

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia

Bruna Souza De Lima

**Considerações sobre o morrer: possíveis relações com a
psicanálise**

SÃO CARLOS
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
BRUNA SOUZA DE LIMA

Considerações sobre o morrer: possíveis relações com a psicanálise

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela de Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo C. P. Câmara

São Carlos

2023

Agradecimentos

Início agradecendo aos meus pais, Eduardo e Cristiane, por todo o apoio, amor e suporte que sempre me deram. Serei eternamente grata por todas as oportunidades e por tudo o que sempre fizeram por mim. Ao meu pai, por me incentivar, torcer e, acima de tudo, fazer dos meus sonhos, também os seus. À minha mãe, por todo acolhimento, cuidado e afeto, estando ao meu lado em todo e cada momento – nosso companheirismo perdurará a vida toda. Vocês são meu conforto e aconchego. Obrigada por semearem comigo uma vida de sonhos.

À minha irmã, Carol, pela eterna parceria que cultivamos. Não importa o quão diferente sejamos, me inspiro todos os dias na mulher que você é e representa para mim. Sigo aprendendo muito com você, e estaremos sempre juntas. Obrigada por sempre acreditar em mim.

Ao meu companheiro, Matheus, por toda cumplicidade e amor. Obrigada por ter me acompanhado nesse processo, por todas as vezes que me ouviu falar sobre este trabalho e, especialmente, pelo carinho nos momentos difíceis em que mais precisei. Sua presença tornou e sempre torna tudo mais leve. Obrigada por estar ao meu lado.

Agradeço aos meus amigos da vida, sobretudo os que a faculdade me proporcionou, Bruna, Júlia, Lara, Letícia, Natália e Róger. Meu coração transborda de amor e de tantas memórias boas que cultivamos juntos ao longo desses cinco anos de graduação. Nada disso teria sido tão prazeroso se não tivéssemos atravessado essa jornada entre tantas risadas. É bom demais dividir essa história com vocês. Espero tê-los comigo a vida toda.

Por fim, agradeço ao meu professor orientador Leonardo, por todo o suporte e apoio durante a produção desta monografia, mas especialmente por transmitir em cada aula e orientação a paixão e o fascínio pela psicanálise. Suas aulas e ensinamentos me despertaram o desejo de prosseguir sempre estudando. Que grata surpresa foi descobrir o gosto pela pesquisa neste trabalho – obrigada por me guiar neste caminho.

“Tenho medo de morrer”, disse a folha a Daniel.
“Não sei exatamente o que tem lá embaixo.”

“Todos temos medo do que não conhecemos. Isso é natural”, disse Daniel para animá-la. “Mas você não teve medo quando a primavera se transformou em verão. E também não teve medo quando o verão se transformou em outono. Eram mudanças naturais. Por que deveria estar com medo da morte?”

(Leo Buscaglia, História de uma folha, retirado
de Kovács, 1992/2002)

Considerações sobre o morrer: possíveis relações com a psicanálise

Resumo: O presente estudo propõe uma reflexão acerca da desaproximação e negação cultural da morte, sugerindo a importância de ressignificá-la como parte inerente e fundamental do viver. Dedicar-se a entender a relação do sujeito com a morte, com ênfase naquele que está em vias de morrer, tratando sobre o luto vivido e o processo de aceitação de uma terminalidade anunciada, além de explorar os mecanismos e processos psíquicos envolvidos. Para tanto, percorre-se principalmente a teoria dos cinco estágios presente na obra “Sobre a morte e o morrer”, escrito pela médica psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1981/2017). Cada estágio é explorado, buscando-se relações e atravessamentos com a abordagem teórica da psicanálise. Por fim, propõe-se uma reflexão sobre os possíveis posicionamentos e ações diante da morte.

Palavras-chave: morte; morrer; psicanálise; Freud; luto antecipatório, Kübler-Ross.

Considerations on dying: possible relations with psychoanalysis.

Abstract: This study proposes a reflection on the cultural disapproximation and denial of death, suggesting the importance of re-signifying it as an inherent and fundamental part of living. It is dedicated to understanding the relationship of the subject with death, with emphasis on the one who is about to die, dealing with the mourning experienced and the process of acceptance of an announced terminality, in addition to exploring the mechanisms and psychic processes involved. To this end, the theory of the five stages present in the work "On death and dying", written by psychiatrist Elizabeth Kübler-Ross (1981/2017), is mainly used. Each stage is explored, seeking relationships and crossings with the theoretical approach of psychoanalysis. Finally, a reflection is proposed on the possible positions and actions in the face of death.

Keywords: death; dying; psychoanalysis; Freud; anticipatory grief, Kübler-Ross.

Sumário

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| Capítulo I: sobre o luto antecipatório, mortes anunciadas e a metapsicologia freudiana do luto..... | 4 |
| Capítulo II: os cinco estágios e a negação cultural da morte | 8 |
| Capítulo III: a travessia da negação à aceitação..... | 13 |
| 3.1. Negação bruta..... | 13 |
| 3.2. Raiva | 15 |
| 3.3. Barganha | 17 |
| 3.4. Depressão | 19 |
| 3.5. Aceitação..... | 21 |
| Considerações finais..... | 26 |
| Referências | 29 |

Introdução

Esta monografia diz respeito à vida.

E é sob esta perspectiva que convidamos o leitor a discutir sobre a morte e o morrer: como parte inerente e fundamental do viver. Sem as armaduras construídas pelo medo, sem o injusto caráter mórbido que comumente atribuímos a ela; mas com naturalidade e respeito, rompendo os muros que nos desaproximam da parte final de nossa própria trajetória.

Temer a morte é uma reação esperada. Este medo é inerente ao nosso desenvolvimento e se apresenta, na humanidade, de diferentes formas e dimensões. Podemos temer o desconhecido, o sofrimento, a solidão, nossa extinção pessoal, ou qualquer outra questão que evidencie nossa fragilidade e que esteja relacionada ao aniquilamento da vida. Entretanto, ainda que não olhemos diretamente para a morte em todo e cada momento, não podemos ignorá-la como um fenômeno inevitável e presente em nossas vidas (Kovács, 1992/2002). É a partir da reflexão acerca desse medo e da contemplação da morte, inclusive, que nos permitimos buscar uma vida sem temores de viver, uma vez que:

Quando o indivíduo está mais cheio de vida, fica mais consciente da morte e do desejo de morrer. Viver plenamente com as emoções é se arriscar. Para não sofrer, a pessoa pode se “amortecer”, não sentir mais, mas também não conseguirá viver. [...] Quando o sujeito vai recuperando a sua vitalidade [...], abre o caminho para o estado de dor que havia suprimido. Ativa-se o caminho da sensação de morte, mas também se está a caminho da vida (Kovács, 1992/2002, p. 26).

O processo de morrer evoca anseios e angústias no sujeito que se depara com a morte, configurando-se como um luto, uma vez que se trata da perda de nosso bem mais valioso: a vida. E como todo luto, ainda que este se dê de forma antecipatória, ou seja, antes da perda em si, é necessário que haja tempo e espaço para a sua superação e elaboração, de forma que esta se revela uma etapa necessária e possível de ser vivida apenas por aquele que morre.

No entanto, fomos privados de viver nossas próprias mortes. Atribuímos às ciências médicas a função de se responsabilizar e lidar com a morte e, com o avanço científico, o que obtivemos foi um gradativo afastamento da realidade do fim. Caímos na ilusão de que se tratava de um acontecimento isolado, distante de nós, sempre associado a um fator externo e maligno (Kovács, 1992/2002). Cultivamos o medo e a fantasia de que, quanto mais adiada e negada a morte for, mais dificilmente seremos tocados por ela. E, assim, direcionamos nossos cuidados

somente às doenças, nos esquecendo por vezes de cuidar do sujeito e de toda a sua subjetividade que se encontram por detrás da enfermidade, muitas vezes comprometendo seu bem-estar em prol de um adiamento do inevitável.

Dessa forma, morrer se tornou um processo solitário e doloroso, especialmente quando cultivamos uma cultura que preza pela medicalização e sedação excessivas, impedindo o sujeito de entrar em contato com suas próprias emoções e angústias. Deixou de existir o tempo em que ele pudesse elaborar sua própria finitude. Como bem disserta Kovács (1992/2002):

Os doentes são raramente consultados sobre os seus desejos, estão internados em hospitais cada vez mais sofisticados, principalmente se têm dinheiro para custear os tratamentos [...]. Tecnicamente, em vez de repouso e tranquilidade, recebem aparelhos, transfusões, picadas, intromissões de tubos e cateteres e exames muito invasivos. Há uma preocupação com órgãos, pulsações, secreções e não com a pessoa.

Atualmente o paciente não é encarado como pessoa e sim como objeto de atuação do médico, passivo, submisso e silencioso. [...] O doente foi privado de suas vontades e de sua consciência, não é consultado em suas necessidades mais básicas [...]. E a medicina representante do século XX preocupa-se mais com o desenvolvimento tecnológico do que com o bem-estar do outro (Kovács, 1992/2002, pp. 198-199).

Dito isso, a partir deste contexto e da sensibilização provocada pelos estudos que avançam na área dos cuidados paliativos¹, entendemos que direcionar nossa atenção e afeto aos que morrem é cuidar do sofrimento e das necessidades de cada e todo sujeito que, em algum momento, se deparará com a morte. É cuidar da saúde física, mas também de toda a complexidade subjetiva de cada um, validando toda a experiência envolvida no processo de morrer – que, talvez, seja a única tão intensa quanto a experiência de nascer (Arantes, 2019).

Nesta monografia, buscaremos retornar nosso olhar aos que morrem e à importância de se reivindicar e, de fato, viver a parte final de nossas próprias vidas. Procuraremos entender a relação do sujeito com a morte, tratando sobre o luto vivido e o processo de aceitação de uma terminalidade anunciada, além de explorar os mecanismos e processos psíquicos envolvidos. Para tanto, percorreremos principalmente a teoria dos cinco estágios presente na obra “Sobre a morte e o morrer”, escrito pela médica psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (1981/2017), que será explicada e explorada ao longo dos próximos capítulos, buscando relações e atravessamentos com a abordagem teórica da psicanálise. Por fim, refletiremos sobre como podemos nos

¹ Segundo a OMS, “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (Ministério da Saúde, 2022).

posicionar e agir diante da morte, considerando sempre que estaremos tratando, aqui, dos que um dia morrerão: nós mesmos.

Capítulo I: sobre o luto antecipatório, mortes anunciadas e a metapsicologia freudiana do luto

O termo “luto antecipatório” foi utilizado pela primeira vez em 1944 no artigo “*The Symptomatology and Management of Acute Grief*”, redigido pelo psiquiatra alemão Erich Lindemann. A partir da observação das reações de mulheres que viam seus maridos serem convocados como soldados para a Segunda Guerra Mundial e passavam a se comportar como viúvas, o termo foi descrito como uma reação genuína de pesar em pessoas que estão enlutadas pela vivência de uma separação em que há a ameaça de morte, e não necessariamente pela morte em si (Flach, Lobo, Potter & Lima, 2012). Dessa forma, estas mulheres experimentavam um processo adaptativo e preparatório que buscava antecipar o desligamento afetivo, apresentando reações semelhantes ao processo comum de luto, ainda que seus maridos posteriormente retornassem vivos da ocasião (Flach, Lobo, Potter & Lima, 2012).

Para que tratemos sobre o luto antecipatório, retornaremos primeiramente ao processo de luto comum, ou seja, aquele que ocorre *após* a morte.

O desenvolvimento do conceito de luto por Sigmund Freud foi de suma importância para a Psicanálise e serviu como base e referência para posteriores teorias e estudos que até hoje são pertinentes em nossa sociedade. O luto é definido por Freud em *Luto e Melancolia* (1917) como a reação à perda de um objeto de amor, seja ele uma pessoa ou uma abstração - como o país, a liberdade, um ideal, entre outros -, e é caracterizado por um doloroso abatimento; pela cessação do interesse pelo mundo exterior na medida em que este não recorde o falecido; pela perda da capacidade de eleger um novo objeto de amor e substituir o que se foi; e pelo afastamento de toda atividade que não se relacione à memória do falecido (Freud, 1917/2010).

Embora doloroso, o luto é descrito como um processo que necessita ser vivido, para que enfim seja consumado e o eu se encontre novamente livre para realizar novos investimentos objetivos. Freud diferencia, ainda, o luto normal do patológico, atribuindo ao segundo uma significativa maior duração e a presença de autorrecriminações, nas quais o sujeito acredita ter causado ou desejado a perda do ente amado (Freud, 1917/2010). De todo modo, em qualquer um dos casos, o enlutado passa a se defrontar com um vazio gerado pela perda que torna seu mundo pobre e desprovido de sentido.

O trabalho do luto é explicado pela metapsicologia freudiana a partir da retirada da libido do objeto de amor para o eu ou para um novo objeto eleito (Freud, 1917/2010). Segundo Juan-David Nasio, em *O Livro da Dor e do Amor*, esse processo é um deslocamento no próprio seio do eu, visto que o objeto de amor nada mais é do que a sua representação em nosso próprio inconsciente (Nasio, 1997). Para Freud, o primeiro passo para se desencadear e iniciar o luto é o chamado “exame de realidade” (“*Realitätsprüfung*”), cuja função é atestar que o objeto de amor não mais existe no mundo externo. Este evento psíquico convoca o início do processo de retirada da libido de suas conexões com a representação do objeto (Freud, 1917/2010), ainda que não implique em seu aniquilamento ou esquecimento completo, mas sim em deixá-lo “descansar em paz” em algum lugar do psiquismo (Câmara & Herzog, 2018). Ainda, o sujeito é forçado a se defrontar com esta realidade da perda em toda e cada situação que traz à tona a lembrança da vida de seu falecido amado (Câmara & Herzog, 2018).

Apenas quando o trabalho de retirada de investimento é concretizado, o sujeito declara morto e renuncia ao objeto, sendo convencido pelo prêmio narcísico de continuar vivo a *finalmente* romper o vínculo com o falecido amado (Freud, 1917/2010)².

No entanto, a superação do luto demanda tempo e é acompanhada pela dor da perda, visto que, para sua elaboração, o sujeito passa inicialmente pelo superinvestimento de lembranças e imagens ligadas ao objeto perdido. Esse processo implica em um maior apego e, conseqüentemente, em uma maior concentração de libido na representação do objeto que não mais existe no exterior, acarretando a dor desta experiência psíquica e tornando o processo mais custoso e difícil de lidar (Nasio, 1997).

Dito isso, sabemos que o luto é um processo cotidiano na história da humanidade, visto que, onde há vida, inerentemente há a morte; e onde há morte, há a instauração do luto. No Brasil, mais de 1 milhão de pessoas vêm a óbito anualmente, e, destes, aproximadamente 80% morrem da chamada “morte anunciada”, ou seja, da morte previamente identificada, geralmente devido a doenças crônico-degenerativas para as quais já se esgotaram os possíveis tratamentos ofertados pela medicina (Arantes, 2019). O que resta é apenas um determinado tempo de vida, por vezes maior ou menor a depender de cada paciente.

² Cabe ressaltar aqui que, ao descrever o processo de luto, Freud (1917/2010) dizia respeito ao objeto e a sua perda, e não à perda de si mesmo.

Diante deste cenário, o paciente e seus familiares se veem frente à realidade da finitude da vida. Comumente, esse processo é penoso e se apresenta como um choque, uma vez que, segundo Freud, nossa própria mortalidade é algo inconcebível por nosso inconsciente, ao mesmo tempo em que perder um amado é como perder uma parte de si (Freud, 1915/2010). Além disso, e talvez devido a isso, em nossa cultura ocidental atual, a morte sempre foi um assunto evitado no cotidiano do ser humano, de forma que, desesperadamente, tentamos nos esquecer desta finitude. Uma pesquisa promovida em 2018 pelo Sindicato dos Cemitérios e Crematórios Particulares do Brasil (Sincep) apontou que somente 21% dos jovens já abordou o tema, ao passo que apenas 32,5% dos brasileiros acima de 55 anos fizeram o mesmo. Para mais de 48%, falar sobre o assunto está associado a sentimentos depressivos, e para 27,8% o assunto é um tema mórbido.

Sendo assim, diante de uma doença que ameaça a continuidade da vida e coloca o sujeito frente à temível morte anunciada, a terminalidade e a proximidade da morte podem desencadear reações comuns ao luto mesmo antes da ocorrência da morte em si. Assim seria o luto antecipatório, preparando o sujeito, paciente ou familiar, no tempo de vida que ainda resta, para a morte e o morrer iminentes (Flach, Lobo, Potter & Lima, 2012).

Estudos posteriores ao de Lindemann trouxeram novas contribuições ao conceito de luto antecipatório, dando enfoque não somente às pessoas que enfrentariam o processo de luto após a morte de um ente querido, mas também àquele próprio que deixaria a vida e se depararia com o processo ativo de morrer. Elizabeth Kübler-Ross (1981/2017) sugere que o moribundo comumente atravessaria cinco diferentes estágios frente à realidade da morte, embora estes pudessem não ser lineares e nem se apresentar de forma semelhante em diferentes sujeitos.

Entre estas cinco fases, as quais serão destrinchadas e exploradas posteriormente, encontram-se a *negação*, na qual o paciente terminal inicialmente se recusa a crer na veracidade de seu diagnóstico; a *raiva*, numa tentativa de protesto contra a realidade e geralmente direcionada de maneira ilógica a terceiros; a *barganha*, consistindo em uma negociação interna ou normalmente com divindades, na esperança de que se possua mais tempo de vida; a *depressão*, evidenciada pelo alheamento e por um humor deprimido devido ao sentimento de grande perda; e a *aceitação*, em que o paciente finalmente aceita sua realidade e seu destino (Kübler-Ross, 1981/2017).

As contribuições oferecidas por Kübler-Ross foram inicialmente voltadas às reações experienciadas pelo moribundo, embora estudos posteriores pareçam ter deslocado o foco majoritariamente aos familiares, que também poderiam apresentar reações de maneira similar ao modelo dos cinco estágios.

Neste estudo, no entanto, voltaremos a atenção à experiência subjetiva que o paciente terminal vivencia ao se deparar com a sua própria mortalidade, ou seja, ao luto antecipatório que ele deverá elaborar ao longo do tempo restante de sua vida através da utilização de processos psíquicos e mecanismos inconscientes de enfrentamento (Jann, 1998).

Capítulo II: os cinco estágios e a negação cultural da morte

Elizabeth Kübler-Ross foi médica e psiquiatra nascida na Suíça em 1926. Iniciou seus estudos sobre a morte e o morrer na década de 1960, sendo grande pioneira no campo dos cuidados paliativos. Uma de suas maiores contribuições foi o estudo sobre os cinco estágios comuns ao paciente terminal a partir de entrevistas com mais de duzentos moribundos, colhendo seus relatos através de conversas realizadas com a própria médica, estudantes e demais ouvintes. Após cada entrevista, o paciente retornava ao seu quarto, e os demais presentes discutiam as emoções, perguntas, respostas e os conteúdos abordados, bem como a contratransferência frequentemente aparente, buscando uma compreensão psicodinâmica de cada conversa (Kübler-Ross, 1981/2017).

A partir da coleta de dados, e expondo a alta frequência com que alguns aspectos apareciam em sua amostra de entrevistas, a autora discorreu sobre seus achados desenvolvendo uma ideia que consistia na existência de cinco momentos diferentes, cada qual relacionados a um sentimento ou emoção específica, sendo eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Eles partiriam do momento em que o moribundo receberia a notícia de sua terminalidade até a ocasião de sua morte.

Assim, considerando não se tratar de uma regra e levando em conta a subjetividade de cada paciente, chamou-os de “estágios”, ressaltando que estes não necessariamente se apresentariam em ordem linear, mas poderiam coexistir lado a lado ou se justapor, embora um não substituísse o outro (Kübler-Ross, 1981/2017). No diagrama a seguir, elaborado pela mesma, apresentamos sua ideia:

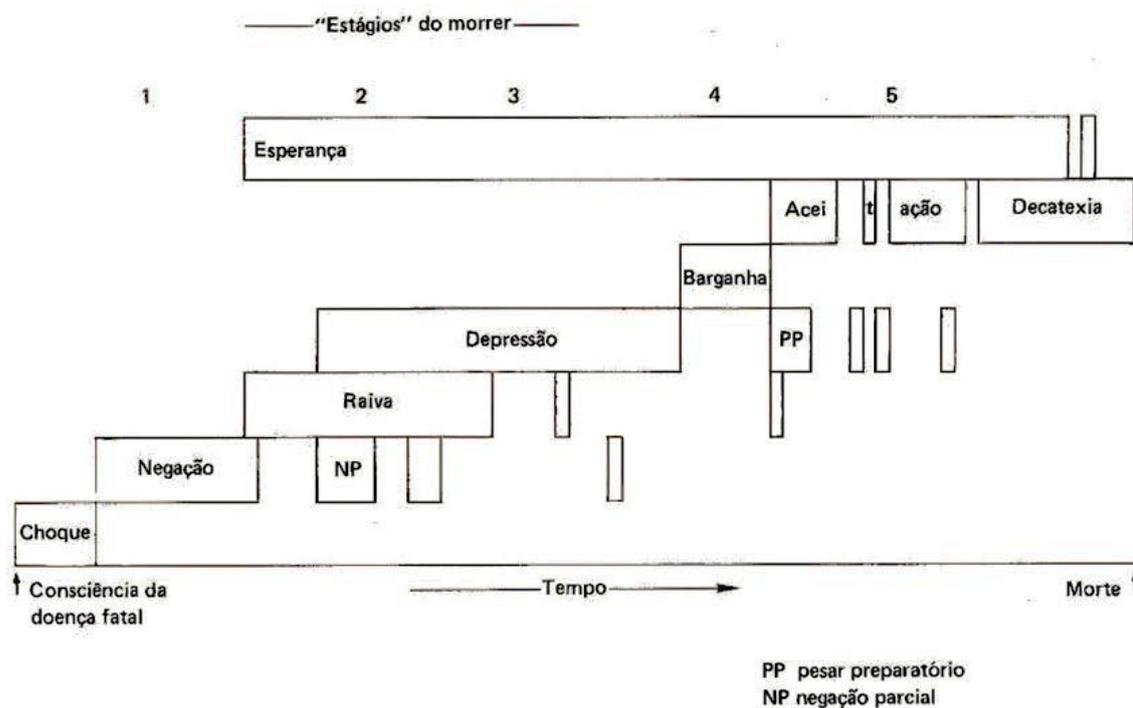


Figura 1. Diagrama dos “estágios” do morrer. Extraído de Kübler-Ross (1981/2017), p. 269.

No diagrama da Figura 1, fica evidente a não linearidade total das reações frente ao morrer. O ponto de partida se dá pela consciência da doença fatal, seguida por um choque e descrença que evocam a utilização da negação. Podendo durar de segundos a meses, a negação nunca é total, podendo retornar em outros momentos em um formato parcial (NP), ou seja, permitindo brechas de aceitação que se manifestam, por exemplo, no consentimento à hospitalização.

Comumente, como demonstrado no diagrama, a raiva prossegue à negação, geralmente acompanhada por sentimentos de revolta e inveja. Na maioria das vezes dirigida de maneira inconsciente a terceiros, a raiva, assim como os outros estágios, também reaparece em outros momentos, alternando-se com outras fases.

A barganha e a depressão sucedem a raiva, podendo aparecer mescladas e alternadas entre si. Kübler-Ross (1981/2017) aponta para a depressão como sendo dividida em dois momentos: o “pesar reativo” e o “pesar preparatório” (PP). O primeiro diz respeito a um humor deprimido inicial devido às perdas que já ocorreram, como a de habilidades que a evolução da

doença provocou. Já o segundo, reaparecendo em outros diversos momentos, se refere à tristeza pelas perdas iminentes, como situações e sonhos que não poderão ser vividos. A barganha, por outro lado, costuma ter uma duração menor e não se apresenta novamente, consistindo em uma tentativa de negociação, geralmente com divindades, para se conseguir mais tempo de vida.

A aceitação, considerada o estágio final, pode se alternar principalmente com momentos de um pesar preparatório, consistindo no momento em que, após externar todos os outros sentimentos e emoções, o paciente deseja apenas aguardar a morte em paz. Ela precede e acompanha o momento de “decatexia”, que aqui designaremos como um desinvestimento do mundo externo, momento no qual o paciente não mais se interessa pelo que ocorre ao redor de si, mas unicamente em vivenciar seu momento final.

Independentemente de qual seja o estágio vigente, como mostrado no diagrama, Kübler-Ross (1981/2017) aponta para a esperança como estando presente em todos os momentos, mencionando que até mesmo os pacientes mais conformados e realistas deixavam aberta a possibilidade de alguma cura.

Tomando como ponto de partida a teoria proposta por Kübler-Ross (1981/2017), entendemos a negação como um conceito central na discussão acerca do morrer. Isso porque, como vimos em Freud (1915/2010), nosso inconsciente não é capaz de crer na própria morte, entendendo-se como imortal. Assim, quando pensamos no âmbito cultural, observamos que, ainda que o sujeito admita sua mortalidade, ele busca negar o aniquilamento da vida. A esse respeito, em *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*, Freud (1915/2010) aponta que a decomposição do ser humano em um corpo e em uma alma permite com que consigamos negar este aniquilamento, na medida em que, admitindo a imortalidade da alma, a morte só alcançaria o corpo. Essa crença ampararia o sujeito no processo de se deparar com a morte, seja da pessoa amada, seja de si mesmo. (Freud, 1915/2010).

Posteriormente, com o desenvolvimento das religiões, declarou-se que a sobrevida, ou a “vida após a morte”, seria realmente preciosa e plenamente válida, de maneira que a vida e a morte em si passariam a ter uma função meramente preparatória (Freud, 1915/2010). A este fenômeno, Freud cunhou a expressão “negação cultural-convencional” (p. 239), atrelando as religiões e demais conceitos desenvolvidos, como a reencarnação, ao propósito de roubar à morte o seu real significado de abolição da vida (Freud, 1915/2010).

Em *Sobre a Morte e o Morrer*, encontramos logo nas primeiras páginas uma reflexão acerca da reação da criança diante da morte de seus pais. Kübler-Ross (1981/2017) afirma que, não raramente, a criança entende a morte como algo não-permanente – algo similar a uma situação de divórcio em que poderá retornar a ver seus progenitores, ou ao enterro de seu falecido animal de estimação que, crê ela, se levantará na próxima primavera, junto com as flores. Ora, não seria essa uma recusa semelhante ao paciente terminal que nega a finitude de sua vida? Não haveria de ser essa uma comparação cabível com o paciente que enxerga a morte como apenas uma passagem para a sobrevivência, ou que crê em seu retorno numa possível reencarnação?

A semelhança entre a reação do sujeito que nega a morte e a da criança poderia evidenciar a atuação de um processo psíquico que, como veremos mais adiante, se mostra muito presente em todo o processo de morrer: a *regressão*. Segundo Freud, a regressão seria basicamente definida como um retorno da libido a anteriores pontos de interrupção de seu desenvolvimento (Freud, 1915/1996). O passado infantil do sujeito e da humanidade sempre estaria presente em nós, de modo que estados primitivos e aparentemente ultrapassados sempre poderiam ser reinstaurados, evidenciando o caráter de imperecibilidade do psiquismo primitivo (Freud, 1915/1996).

Outros autores observam ainda a manifestação da negação na ilusão de uma falsa aceitação, quando o paciente terminal reage com alegria, júbilo ou prazer, e enxerga a morte como um triunfo, um descanso, ou até mesmo um reencontro nirvânico com amados falecidos na entrada do paraíso (Eizirik, Eizirik & Polanczyk, 2013). Afinal de contas, a morte deixa de carregar seu real significado de perda do bem mais precioso para se tornar suportável, desejável ou, mesmo, glamourizada.

De todo modo, “a negação é uma forma de tomar conhecimento do que foi reprimido, [...], mas não, certamente, uma aceitação do reprimido” (Freud, 1925/2011, p. 277). Isso aponta para a questão de que, mesmo encontrando-se diante da morte e não mais podendo negá-la, o sujeito ainda terá de percorrer um processo elaborativo até aceitar, enfim, seu destino. Assim, partindo de uma primeira fase que se dá pela manifestação absoluta e bruta desta negação – a qual Kübler-Ross (1981/2017) define como o primeiro estágio, e que propomos chamar de “negação bruta” –, consideramos que a raiva, a depressão e a barganha consistem em fases nos quais o sujeito continua tentando negar a iminência e a inevitabilidade da morte, mas em um contexto no qual é cada vez mais difícil manter essa negação.

À medida que o sujeito atravessa os estágios e a negação se dissolve progressivamente, processos psíquicos inconscientes – o que também inclui diferentes mecanismos de defesa³ –, parecem emergir de forma secundária na tentativa desesperada de preservar esta negação de sua dissolução, a fim de proteger o sujeito da tomada de consciência de sua morte iminente. É sobre esta travessia dos estágios que trataremos a seguir.

³ De acordo com Laplanche e Pontalis (1982/2022), a defesa é o "conjunto de operações cuja finalidade é reduzir, suprimir qualquer modificação suscetível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico" (p. 107). Tais operações são processos eminentemente inconscientes, os quais operam para além da esfera volitiva e intencional do indivíduo, presentes na personalidade normal e utilizados com maior intensidade em períodos de estresse, reduzindo a experiência consciente das emoções sentidas como negativas (McWilliams, 2014).

Capítulo III: a travessia da negação à aceitação

A seguir, passaremos pelos cinco estágios formuladas por Kübler-Ross (1981/2017) que possivelmente integram o luto antecipatório, articulando e relacionando-os a possíveis processos psíquicos, incluindo os defensivos. Para fins de organização e melhor entendimento, seguiremos a ordem estabelecida pela autora ao longo de seu livro – negação (bruta), raiva, barganha, depressão e aceitação –, ainda que, ao final do livro, ela tenha apresentado no diagrama (Figura 1) o estágio da depressão como aparecendo antes do estágio da barganha.

Cabe ressaltar que dissertar sobre o luto vivido pelo paciente terminal e sobre os processos inconscientes envolvidos neste processo envolve, primordialmente, considerar as peculiaridades emocionais e psíquicas particulares de cada paciente, bem como o período e as circunstâncias de cada morte em si (Eizirik, Eizirik & Polanczyk, 2013). Desta forma, o apanhado de considerações a serem descritas a seguir não implicam numa regra inerente a todo e qualquer moribundo, mas em fenômenos que são notados com certa recorrência, não excluindo a singularidade de cada situação.

3.1. *Negação bruta*

Como mencionado anteriormente, chamaremos de “negação bruta” o primeiro estágio proposto por Kübler-Ross (1981/2017), considerando este o momento de primeiro contato do paciente com a consciência de sua própria morte. A negação bruta por si só já consiste em um mecanismo de defesa bastante utilizado frente a qualquer tipo de catástrofe. Consiste na recusa em aceitar que experiências aversivas ou desagradáveis estejam de fato acontecendo (McWilliams, 2014). É assim que Kübler-Ross (1981/2017) descreve a reação da maioria de seus pacientes entrevistados ao tomar conhecimento de sua terminalidade: “Não, eu não, não pode ser verdade” (p. 43). McWilliams (2014) afirma que a negação é decorrente de um processo arcaico originado no egocentrismo infantil, em que a experiência é governada pela convicção pré-lógica de que “se não reconheço, não está acontecendo”.

Segundo Kübler-Ross (1981/2017), a negação bruta tende a ser temporária, funcionando como uma espécie de “para-choque” que permita a “digestão” ou “metabolização” das notícias negativas. O término deste estágio abre espaço para a manifestação de novas fases e mecanismos. Ainda assim, muitas vezes, ela não é manifestada de uma forma absoluta, podendo

ser possível ocorrerem brechas de uma aceitação parcial quando, por exemplo, o paciente aceita e concorda com sua hospitalização ou com a administração de medicamentos.

Kübler-Ross (1981/2017) descreve em seu livro um interessante caso de uma paciente terminal entrevistada cujas condições evidenciam a forte atuação deste mecanismo – aqui, porém, em seu formato absoluto, em que a negação bruta se manteve presente até o último suspiro.

A paciente é descrita como uma mulher solteira de meia-idade, portadora de um avançado câncer ulcerado da mama, recusando tratamento até pouco antes de morrer. Ainda assim, Kübler-Ross (1981/2017) ressalta que talvez uma parte de si tenha enfrentado a realidade de sua doença ao aceitar a hospitalização no fim de sua vida. Recusava-se a conversar ou escutar sobre qualquer informação que pudesse acabar com esta negação bruta, e referia-se a seu câncer como sendo apenas uma ferida que seria mais facilmente curada com uma cirurgia (Kübler-Ross, 1981/2017). Nas palavras da autora:

À medida que enfraquecia, fazia uma maquiagem cada vez mais grotesca. A princípio era discreta, com um leve batom vermelho nos lábios e pouco ruge nas faces, tornando-se aos poucos tão berrante e vermelha que ela mais parecia um palhaço. Quanto mais se aproximava o fim, mais sua roupa adquiria extravagância e colorido. Nos últimos dias, evitava olhar-se no espelho, mas continuava a maquiarse exageradamente, na tentativa de encobrir sua crescente depressão e a rápida deterioração do olhar (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 46).

O interessante neste caso e que parece ficar evidente é o uso da maquiagem como ferramenta para reafirmar sua negação principalmente a si mesma. À medida que seu corpo definhava,urgia a necessidade de se utilizar de uma carga cada vez mais pesada de maquiagem e cores na tentativa de esconder o que seu corpo lhe mostrava com clareza: a vida se deixando ser substituída pela morte. Próxima do fim, nem mesmo a maquiagem seria suficiente para cobrir a morte estampada em seu rosto, assim não sendo mais capaz de se olhar no próprio espelho, certa de que encarar sua própria face provavelmente lhe evidenciaria aquilo que mais tentava negar.

A autora prossegue dizendo:

Indagada se podíamos fazer alguma coisa por ela, respondia: “Voltem amanhã!”. Não dizia “Deixem-me em paz!” ou “Não me aborreçam!”, deixando aberta a possibilidade de que amanhã poderia ser o dia em que não teria mais defesas, tornando obrigatória a ajuda. Suas últimas palavras foram: “Acho que não aguento mais”. E morreu menos de uma hora depois (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 46).

Aqui, de forma complementar ao discorrido no livro, as falas da paciente evidenciavam ainda mais a presença de uma negação bruta. “Voltem amanhã!” pressupunha a existência de

um amanhã em sua vida, o que claramente não havia de ser uma certeza, visto o andamento de sua doença. Assim, as atitudes da paciente documentadas pela autora pareceram ser uma forma de convencer a si mesma de que seu câncer nada mais era que uma ferida a ser facilmente curada ou extirpada de si. Encerra sua vida com as palavras “Acho que não aguento mais”, deixando claro que já não mais aguentava a luta física contra a doença, mas possivelmente também sua luta psíquica contra a realidade.

3.2. *Raiva*

O segundo estágio descrito por Kübler-Ross é marcado majoritariamente por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento, que geralmente vêm à tona quando não mais é possível sustentar a negação bruta e ignorar os sinais evidentes da doença no corpo. Estes sentimentos frequentemente nada têm a ver com quem os recebe, e são propagados em diversas direções aparentemente sem um motivo lógico (Kübler-Ross, 1981/2017).

Neste momento, o paciente sente-se como um injustiçado, indagando-se principalmente o porquê de ser o escolhido para perder a vida. As pessoas a sua volta parecem ser um constante lembrete de sua atual condição, e sente-se ressentido com aqueles que permanecerão vivos, como retrata o personagem Ivan Ilitch (Tolstói, 2006):

“A morte. Sim, a morte. E nenhum deles sabe nem quer saber, e nem lamenta isso. Ocupam-se de música. [...] Para eles, tanto faz, mas também eles hão de morrer. Bobalhões. Eu vou primeiro, eles depois; hão de passar pelo mesmo que eu. E, no entanto, estão alegres. Animais!” Sufocava de raiva.

Kübler-Ross (1981/2017) destaca que, neste momento, todas as situações ao redor do paciente o fazem lembrar de sua debilitação e morte iminente, quase como se estas (e o restante do mundo todo) estivessem milimetricamente premeditadas para afetá-lo. Um filme na televisão com personagens dançando, como exemplifica a autora, pode ser o suficiente para lembrar de suas movimentações limitadas e dolorosas, e a correria de médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar podem lembrá-lo de que mal se sustenta em suas próprias pernas (Kübler-Ross, 1981/2017).

Além disso, no relacionamento do sujeito com o médico e a equipe hospitalar, frequentemente mostra-se evidente a atuação de outro mecanismo de defesa: a idealização e desvalorização extremas. É comum que, inicialmente, o paciente deposite toda a sua esperança de cura na imagem do médico, que ali se apresenta como uma figura benevolente capaz de,

milagrosamente, livrá-lo da morte. Dessa forma, o sujeito se utiliza de esforços arcaicos para se livrar de um terror interno gerado pela angústia da morte, convencendo-se de que, neste caso, seu médico, onipotente e onisciente, lhe manterá seguro (McWilliams, 2014). No entanto, quando se esgotam as possibilidades de tratamento e a terminalidade se torna uma realidade, a desvalorização desta mesma figura é radical e intensa: este torna-se também alvo da raiva exprimida pelo paciente, e aquele que uma vez deteve todo o conhecimento e poder de cura passa a ser mais um indivíduo incompetente que lhe pede exames desagradáveis e internações prolongadas (Kübler-Ross, 1981/2017).

Um outro ponto a ser destacado é o possível fator transferencial existente na expressão da raiva. A transferência é definida como um fenômeno universal presente em todas as relações sociais, configurando-se como uma repetição inconsciente de protótipos infantis com um sentimento acentuado de atualidade (Laplanche & Pontalis, 1982/2022). Para Freud, esse deslocamento de afeto de uma representação passada para outra atual pode se manifestar de diversas formas, desde a exigência intensa de amor até o desejo de ser considerado o filho predileto. Quanto menos sublimados se mostrarem os impulsos transferidos, mais próximos eles estarão da expressão não elaborada do conflito original (Santos, 1994).

Freud ainda distingue a *transferência positiva* da *transferência negativa*. A primeira é identificada quando estão presentes majoritariamente os afetos amistosos e afetuosos, enquanto a segunda indica o deslocamento de impulsos agressivos e hostis em vez de libidinais (Santos, 1994). Mesmo nas instituições, é muito comum o aparecimento da transferência negativa e posteriormente o desligamento do paciente da instituição em estado inalterado ou agravado (Freud, 1912/1976).

Ao entrevistar uma paciente moribunda, Kübler-Ross (1981/2017) identificou em suas atitudes ríspidas no ambiente hospitalar possíveis entrelaces com situações que, sob uma ótica e lógica pré-consciente, nada tinham a ver com aqueles que a cercavam no momento atual, mas com experiências e sentimentos vivenciados previamente em sua vida que possivelmente muito lhe afetavam.

A irmã I. era uma jovem freira de 43 anos diagnosticada com a doença de Hodgkin⁴, sendo descrita como uma mulher irascível e exigente, principalmente devido a seu

⁴ O Linfoma ou Doença de Hodgkin é um tipo de câncer que acomete o sistema linfático, caracterizado pela transformação de um linfócito em uma célula maligna. Alguns sintomas comuns incluem calafrios, fadiga, febre, perda de apetite, suor noturno, inchaço dos gânglios e perda de peso (Ministério da Saúde, 2022).

comportamento considerado difícil pela equipe hospitalar. Durante sua hospitalização, possuía o hábito de visitar os demais pacientes e investigar suas necessidades, repassando-as posteriormente às enfermeiras de maneira exigente e hostil. Seu comportamento acabou por tornar as visitas da equipe hospitalar cada vez menos frequentes e atenciosas.

Em sua entrevista, a irmã I. discorre sobre a dificuldade de ser diagnosticada com a doença, alegando que muitos médicos inicialmente estavam crenes de que seu problema real seria emocional, embora ela estivesse convicta de que se tratava de um adoecimento físico. Queixa-se e lamenta sobre a falta de atenção das enfermeiras do hospital, afirmando que muitas vezes só conseguia atenção quando ia ao balcão solicitar ajuda para os demais doentes internados. Conta também sobre sua família e relação com seus pais e irmãos, e encerra suas falas comentando sobre o convento e deixando evidente que se zangava com as demais irmãs por não mais fazer questão de mudar seu jeito para tentar agradá-las.

Investigando sua história, Kübler-Ross (1981/2017) relata:

Vivia cheia de mágoas e ressentimentos que pareciam ter origem na infância. Uma entre dez filhos, sentia-se como estranha na família. Enquanto as outras irmãs gostavam de ficar bordando e agradando a mãe, ela parece ter puxado mais ao pai, querendo sair e conhecer lugares, o que foi interpretado como não sendo do agrado da mãe. Parece ter comprometido seus anseios para ser diferente de suas irmãs, de ter sua própria identidade, e ser a boa menina que a mamãe queria, tornando-se freira. Perto dos trinta anos quando adoeceu e se tornou mais exigente, ficou cada vez mais difícil continuar sendo “a boa menina”. Parte de seu ressentimento com as freiras é reflexo do ressentimento com a mãe e as irmãs, a falta de aceitação por parte delas, uma repetição de seus sentimentos de rejeição. As pessoas ao seu redor, em lugar de entender a origem de sua mágoa, assumiam as dores e começavam a rejeitá-la mais ainda. O modo que encontrou para compensar o crescente isolamento foi visitar outros doentes, pedir remédios para eles, atender às necessidades deles (que, na verdade, eram as suas), ao mesmo tempo que mostrava seu descontentamento e censurava pela falta de cuidados. Esta exigência hostil afastou o pessoal da enfermagem, o que é compreensível, dando a ela uma racionalização mais aceitável de sua própria hostilidade (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 84).

3.3. *Barganha*

A barganha é descrita por Kübler-Ross (1981/2017) como uma tentativa de adiamento do desfecho inevitável. Geralmente feita com alguma divindade, ela costuma incluir um prêmio por bom comportamento prometido pelo paciente, ainda com uma promessa implícita de que, caso acatada, não será suplicado nenhum outro pedido (Kübler-Ross, 1981/2017). Muitos dos pacientes atendidos pela médica barganhavam por mais tempo de vida ou por alguns dias livres de dores ou males físicos.

Kübler-Ross (1981/2017) traça uma relação direta da barganha com uma típica atitude infantil identificada facilmente no comportamento de seus filhos. Quando estes se davam conta de que expressões e sentimentos de raiva não seriam suficientes frente a uma situação na qual seus desejos seriam impedidos de ser realizados pelos pais, a abordagem da negociação apareceria como uma nova estratégia, como descreve:

Primeiro exigem, depois pedem por favor. Podem não aceitar nosso “não” quando querem passar uma noite na casa de algum amigo. Podem se zangar e bater os pés. Podem se trancar no quarto e demonstrar sua raiva nos rejeitando por algum tempo. Mas sempre terão outros pensamentos. Podem pensar em outra forma de abordar o problema. Podem se oferecer para executar algum trabalho em casa que, em circunstâncias normais, jamais conseguiríamos que fizessem. E nos dizem então: “Se eu ficar boazinha a semana toda e lavar a louça de noite, você deixar eu ir?” (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 87-88).

O que é sugerido pela autora é que o paciente terminal, conscientemente, se utiliza do conhecimento de experiências passadas para reproduzir este comportamento: ele sabe que obteve êxito em algumas das barganhas realizadas em sua vida infantil, e tentará, por uma última vez, recorrer a tal recurso (Kübler-Ross, 1981/2017). Não discordaremos, mas levantaremos a questão: não seria esta, mais uma vez, uma atitude inconsciente regida pelo processo psíquico da regressão, cuja configuração se daria através do retorno a um estado psíquico primitivo que, diante desta angústia, seria reinstaurado?

Independentemente do que fora estabelecido, nenhum de seus pacientes cumpriu o que prometera. Kübler-Ross (1981/2017) sugere que, psicologicamente, as promessas poderiam estar associadas a alguma forma de culpa recôndita. Esta afirmação também pode ser interessante quando retornamos ao conceito nomeado por Freud como sentimento de culpa, manifestado como uma necessidade de punição devido à tensão entre o eu e o supereu (Freud, 1930/2011).

Para explicar, em *O Mal-estar na Civilização*, Freud (1930/2011) discute a natureza e origem do sentimento de culpa, sugerindo que, muitas vezes, na vida infantil, este sentimento pode ser proveniente da execução, intenção ou desejo de realizar uma “ação má”, ou seja, qualquer ação que, proibida, poderá acarretar a perda de amor da figura de autoridade externa – os pais. No entanto, quando a figura de autoridade é internalizada na psique do sujeito, estabelecendo-se então como um severo supereu que dá continuidade ao rigor da autoridade externa⁵, o eu pecador passa a ser atormentado internamente com as mesmas sensações de

⁵ Freud assume que, em alguns casos, a severidade do Supereu pode não dar continuidade ao rigor da autoridade externa (Freud, 1930/2011).

angústia, sendo tomado por uma permanente infelicidade interna e pela tensão de sentimento de culpa, uma vez que apenas a renúncia pulsional não teria efeito completamente liberador frente a uma instância à qual não se pode esconder os desejos que ainda persistiriam (Freud, 1930/2011).

Dito isso, Freud prossegue pontuando que:

Enquanto as coisas vão bem para a pessoa, também a sua consciência é branda e permite ao eu muitas coisas; quando uma infelicidade a atinge, ela se examina, reconhece sua pecaminosidade, eleva as reivindicações da consciência, impõe-se privações e castiga a si mesma com penitências (Freud, 1930/2011, p. 72).

Dessa forma, o próprio destino pode ser equiparado a uma figura de autoridade e servir como um substituto da instância parental na psique humana. Assim, quando o sujeito se encontra frente a uma situação aversiva ou infeliz, interpreta como não sendo mais amado por este poder supremo, sofrendo com a angústia do sentimento de culpa, tal qual ocorria ante a representação parental no supereu (Freud, 1930/2011).

Dessa forma, ao encararmos a morte anunciada como o que pode ser considerada o pior dos destinos possíveis, faz sentido que de fato haja a presença de uma culpa inconsciente propiciada pelo próprio supereu do paciente terminal. Não à toa, Kübler-Ross (1981/2017) finaliza suas reflexões sobre a barganha sugerindo que esta culpa seja considerada e trabalhada até que o paciente se sinta aliviado e livre de temores e desejos inconscientes de punição.

3.4. Depressão

O quarto estágio, ao qual Kübler-Ross (1981/2017) atribuiu o nome “depressão” (embora aqui o termo não seja utilizado de forma patológica), é caracterizado por um profundo pesar referente às perdas que o paciente pode vivenciar em sua terminalidade: pode sentir que perdeu sua feminilidade ao extrair um seio; pode perder bens materiais para arcar com os custos de sua doença. Pode perder habilidades e sua autonomia, assim como também pode perder sonhos e momentos que não mais poderão ser vividos.

Pensando nisso, a autora subdivide o estágio em dois momentos: a depressão reativa e a depressão preparatória.

A depressão reativa diz respeito principalmente às perdas, simbólicas ou não, que já ocorreram na vida do paciente desde o início de sua doença, podendo ser acompanhadas de sentimentos de culpa e vergonha (Kübler-Ross, 1981/2017). Como exemplificado por Kübler-

Ross (1981/2017), uma mulher pode não mais se sentir mulher ao ter seu útero danificado por um câncer.

A autora propõe como intervenção para esta forma de depressão a compreensão e acolhimento das demandas e angústias que envolvem o paciente, ajudando-o a repensar, refletir e cuidar dos problemas vitais que o afligem (Kübler-Ross, 1981/2017). A sra. C., entrevistada pela médica, exemplifica a situação em que, incapaz de exercer seus antigos ofícios, mostra-se deprimida e com dificuldades de lidar com a própria terminalidade, posto que muitas pessoas dependiam dela e ninguém poderia substituí-la. Nas palavras de Kübler-Ross (1981/2017):

A sra. C. é [...] uma mulher de meia idade cuja morte é evidente no meio de uma vida de responsabilidades, cuidando de muitas pessoas que dependem dela: o sogro de oitenta e um anos, que sofrera um ataque cardíaco recentemente; a mãe com setenta e seis, sofrendo do mal de Parkinson; a filha de doze anos, que ainda precisa da mãe e que pode vir a amadurecer “depressa demais”, como a paciente teme; o filho inválido com vinte e dois anos, que vive entrando e saindo de hospitais estaduais, com quem se preocupa e tem receio. Seu pai deixou três crianças pequenas, do casamento anterior, e a paciente fica transtornada tendo de deixar também todos estes dependentes, justo agora, quando mais precisam dela. [...]

É compreensível que todos estes encargos familiares dificultem enormemente uma morte tranquila, enquanto não forem discutidos estes problemas e encontradas soluções. Se esta paciente não tem oportunidade de partilhar suas preocupações, fica zangada e deprimida. [...]

Seu último desejo, o de não ser vista feia no caixão, foi aceito pelo marido, que sabia que ela sempre se preocupava muito com os outros. [...] Numa visita seguinte, reconheceu que, às vezes, tinha “vontade de gritar”: “Por favor, tomem conta vocês, não posso mais me preocupar com todo mundo”. Foi um alívio quando o capelão e a assistente social decidiram intervir para que o psiquiatra estudasse a possibilidade de uma colocação para seu filho doente. Só depois que todos esses assuntos foram devidamente atendidos é que a sra. C. sentiu-se em paz e deixou de se preocupar com sua aparência no caixão (Kübler-Ross, 1981/2017, pp. 231-233).

Fica evidente neste caso que a paciente sofria por não mais poder cumprir o papel na dinâmica familiar que um dia ocupara, se angustiando especialmente pelas necessidades dos familiares que precisavam dela. Foi importante e necessário a ajuda externa para que estas questões fossem pensadas e solucionadas, e a sra. C. pudesse, enfim, preocupar-se apenas com a sua própria morte.

O segundo momento, a depressão preparatória, refere-se a todas as perdas iminentes e futuras que estarão por vir. Torna-se cada vez mais difícil negar sua condição ou esconder sua doença, e a pessoa se depara com a realidade de que seus sonhos e planos não serão mais vividos. “[O paciente] imagina tudo aquilo que deixará de conhecer, de sentir, de viver; pensa no mundo existindo sem ele” (Eizirik, Eizirik & Polanczyk, 2013, p. 244).

Este momento parece ser marcado especialmente pela dor da perda, como vimos anteriormente em Nasio (1997), em que há um superinvestimento de todo o futuro sonhado e desejado pelo paciente que jamais poderá ser concretizado. Trata-se de um momento de maior apego ao que será perdido, e, por conseguinte, de maior dor – o que se mostra necessário na elaboração do luto, pois permitirá o posterior desinvestimento e deslocamento da libido do objeto (Nasio, 1997).

Segundo Kübler-Ross (1981/2017), este é um importante momento a ser respeitado, não devendo o moribundo ser desencorajado a experimentar os sentimentos profundos de pesar.

O paciente está prestes a perder tudo e todos a quem ama. Se deixarmos que exteriorize seu pesar, aceitará mais facilmente a situação e ficará agradecido aos que puderem estar com ele neste estado de depressão sem repetir constantemente que não fique triste. Este segundo tipo de depressão geralmente é silencioso, em contraposição ao primeiro [depressão reativa], que requer muita conversa e até intervenções ativas por parte dos outros em muitos assuntos, e o paciente tem muito para comunicar. No pesar preparatório há pouca ou nenhuma necessidade de palavras. É mais um sentimento que se exprime mutuamente, traduzido, em geral, por um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos, ou apenas por um silencioso “sentar-se ao lado” (Kübler-Ross, 1981/2017, pp. 93-94).

Kübler-Ross finaliza reiterando a importância de se compreender que a depressão pode ser benéfica e necessária em prol de uma morte mais tranquila e pacífica, uma vez que, em sua experiência, apenas os pacientes moribundos que puderam externalizar e superar suas angústias, tristezas e ansiedades foram capazes de atingir o estágio final da aceitação (Kübler-Ross, 1981/2017).

3.5. Aceitação

Vivenciar e atravessar todas as fases descritas anteriormente mostra-se mais necessário do que nunca quando o paciente consegue, finalmente, dissolver a negação e atingir o último estágio do luto: a aceitação. Como disserta Kübler-Ross (1981/2017), seu destino não mais lhe causará raiva ou tristeza, e o paciente poderá ter externado todos os sentimentos e angústias que lhe envolveram até então. Acrescente-se que a autora ressalta o fato de este estágio não equivaler a um momento de felicidade. Em suas palavras:

[O paciente] estará cansado e bastante fraco, na maioria dos casos. Sentirá também necessidade de cochilar, de dormir com frequência e a intervalos curtos, diferente da necessidade de dormir durante a fase da depressão. Não é um sono de fuga, nem um instante de descanso para aliviar a dor, um incômodo ou um prurido. É uma necessidade gradual e crescente de aumentar as horas de sono, como um recém-nascido, mas em sentido inverso. [...] É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse

cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”, no dizer de um paciente (Kübler-Ross, 1981/2017, pp. 117-118).

Neste momento, passa a ocorrer um gradual desinteresse pelo mundo externo: diminui-se o desejo por visitas e conversas, a comunicação passa a ser majoritariamente não-verbal, e o paciente solicita “que se desligue a televisão” (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 118). Isso talvez reflita sua preferência pelo silêncio e seu desapego por notícias ou informações para além de seu cômodo que não lhe dizem mais respeito, bem como a ressignificação de atividades banais que fizemos durante toda a vida e que agora se mostram desprovidas de sentido. Podemos notar aqui o momento final do luto, uma vez que há o desinvestimento no mundo externo e na vida. Disso decorre o retorno da libido para o seu próprio eu e mundo interno.

É geralmente nesta situação em que a família do moribundo se angustia por imaginar que não há mais luta e desejo por permanecer vivo; mas é também nesta hora em que, por mais distante ou alheio que pareça estar, o paciente não deseja se sentir abandonado ou esquecido, bastando um simples gesto como sentar-se ao lado e escutar o canto dos pássaros para que não se sinta sozinho em seus momentos finais (Kübler-Ross, 1981/2017).

Como vimos anteriormente, alguns pacientes mantêm-se presos a negação, recusando a acreditarem na gravidade de sua doença e alimentando a falsa esperança de possíveis curas até seu último suspiro. “[...] Quanto mais se debatem para driblar a morte inevitável, quanto mais tentam negá-la, mais difícil será alcançar o estágio final de aceitação com paz e dignidade” (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 119). Nesses casos, a angústia da luta contra a morte ainda é reforçada culturalmente pelas crenças de que aceitar seu destino final equivale a uma entrega covarde.

Kübler-Ross (1981/2017) ainda indaga, crítica e nobremente, como os profissionais da saúde distinguem uma entrega precoce e desmotivada, quando ainda poderia haver alternativas válidas da medicina, de um alcance do enfim estágio de aceitação. A não distinção de ambos os momentos poderia levar a uma extensão do sofrimento físico e psíquico do paciente, uma vez que, após tanto esforço para se concretizar o trabalho do luto, o adiamento de uma morte próxima e inevitável poderia gerar ainda mais angústia no moribundo.

O caso da sra. W., uma mulher casada de cinquenta e oito anos, hospitalizada com um tumor maligno no abdômen, exemplifica essa situação. Descrita como uma mulher corajosa e independente, bem-humorada e serena diante de sua morte, atravessou os estágios anteriores

deixando claro a necessidade de cuidar de si mesma e almejando sempre manter sua dignidade e independência. Kübler-Ross (1981/2017) relata:

[...] Quando conversávamos em circunstâncias mais favoráveis, era visível que [a sra. W.] se cansava cada vez mais e estava pronta para morrer. Falou rapidamente sobre seus filhos, seu marido, que seriam capazes de continuar sem ela. Sentia fortemente porque a sua vida, sobretudo o seu casamento, fora muito boa e cheia de sentido, não havendo muito que ainda pudesse fazer. Pediu que a deixassem morrer em paz, quis ficar só, desejando mesmo que seu marido não se envolvesse tanto. Disse que o único motivo que a mantinha viva era o fato de seu marido não conseguir aceitar que ela morresse. Chegava a ficar zangada com ele por não encarar os fatos e por agarrar-se tão desesperadamente a algo que ela estava desejosa e pronta para abandonar. [...]

Nesse ínterim, a equipe médico-cirúrgica havia feito uma reunião com o marido da paciente, sem que nem ela, nem eu, soubéssemos. Enquanto os cirurgiões acreditavam que a vida dela poderia ser prolongada graças a outra intervenção cirúrgica, o marido implorava que fizessem tudo ao alcance para “atrasar o relógio”. Perder a esposa era inaceitável para ele. Não podia compreender que ela não sentia mais necessidade de ficar com ele. A necessidade dela de se desligar, de tornar a morte mais fácil, era por ele interpretada como uma rejeição que ia além de sua compreensão. Não havia ninguém lá para explicar que aquele era um processo natural, até um progresso, um indício talvez de que o moribundo encontrara a paz e se preparava para enfrentar a morte sozinho (Kübler-Ross, 1981/2017, pp. 120-121).

Quando informada da cirurgia, as dores da sra. W. aumentaram, e ela passou a se sentir cada vez mais ansiosa e agitada, destoando da paciente digna e independente que aparecia há até alguns dias atrás (Kübler-Ross, 1981/2017). A mudança abrupta de seu quadro foi interpretada pela autora como uma manifestação implícita de que não gostaria de seguir com a operação que poderia lhe dar mais tempo de vida, visto que, diante de sua família, e principalmente de seu marido que suplicava desesperadamente por mais tempo com a esposa, jamais haveria abertura para que ela a recusasse explicitamente (Kübler-Ross, 1981/2017).

A sra. W. não teve força suficiente para recusar a cirurgia, nem morrer antes ou durante a intervenção. Contudo, ficou totalmente psicótica ao chegar à sala de operação, manifestando ideias de perseguição, gritando e continuando assim até ser levada de volta para o quarto, minutos antes de a operação ser realizada.

Ela estava completamente fora de si, tendo alucinações visuais e ideias paranoicas. Parecia amedrontada, desorientada e proferia palavras sem nexos. Mesmo assim, com todo esse comportamento psicótico, havia um certo grau impressionante de consciência e lógica. Assim que chegou ao quarto, pediu para me ver. Quando eu entrei no quarto no dia seguinte, ela olhou para o marido atônito, e disse: “converse com este homem e faça com que ele entenda.” Virou, então, as costas para nós, mostrando claramente a necessidade de querer ficar só [...] (Kübler-Ross, 1981/2017, pp. 121-122).

Foi necessária uma longa conversa entre a médica e o marido para que, enfim, ele compreendesse os anseios e desejos de sua esposa, entendendo que as necessidades dela não eram as mesmas que as suas, e que nada daquilo significaria uma desistência ou rejeição direcionada ao companheiro.

Na verdade, o cuidado com os parentes se mostra igualmente importante quando notamos que, ao redor do paciente, há uma família também em sofrimento, lidando com seus próprios lutos e com uma série de sentimentos ambivalentes que emergem diante da perda de um ente querido (Eizirik, Mello & Knijnik, 2015). Fica evidente, portanto, a necessidade de uma conversa sensível e acolhedora, ou até mesmo de psicoterapia com os familiares, a fim de auxiliá-los na elaboração de suas próprias dores, também possibilitando a compreensão de que a aceitação do paciente em relação à sua própria morte dizia respeito somente a si mesmo e seria essencial para uma morte em paz.

Embora lhe fosse penoso e difícil, o marido da sra. W se esforçou para dialogar mais com ela, até que, enfim, aceitou sua condição e o percurso natural da doença que lhe deixaria cada vez mais fraca e debilitada (Kübler-Ross, 1981/2017).

Logo que a operação foi definitivamente cancelada e seu marido admitiu a morte iminente, compartilhando isso com ela, [a sra. W.] recuperou-se de sua breve fase psicótica. Passou a sentir menos dores e reassumiu seu papel de senhora distinta, continuando a fazer tudo o que sua condição física permitia. A equipe técnica tornou-se cada vez mais sensível às manifestações mais sutis, respondendo com tato, tendo sempre em mente a necessidade básica da paciente: viver com dignidade até o fim (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 123).

A crise psicótica da sra. W. certamente não haveria de ter sido uma encenação, mas talvez uma manifestação de seu próprio inconsciente deixando claro que o árduo trabalho de elaboração do luto antecipatório havia, enfim, sido concretizado. Em toda sua esfera psíquica, havia aceitado seu destino final. Estava pronta, por inteiro, para morrer.

Na realidade, o que se pode supor é que havia ali uma nova defesa – não mais contra a morte, como fora em todo o percurso até o momento; mas contra uma tentativa infeliz e tardia de lhe prolongar o que lutara tanto para se desvencilhar. Defendia-se contra um mundo que ainda não estava pronto para deixá-la ir.

A sra. W. fora feliz em uma vida cheia de sentido, tivera filhos e um casamento próspero. Em sua terminalidade, pôde atravessar todo o processo elaborando seus sentimentos e suas angústias, seus sofrimentos e suas lástimas. De fato, é assim que Kübler-Ross (1981/2017) descreve parte de seus pacientes que atingem o estágio da aceitação com maior facilidade, sem muita ajuda ou intervenções: pacientes mais velhos, que se sentem realizados com sua trajetória e possuem a sensação de dever cumprido. Contudo, a autora aponta que, mesmo os pacientes menos afortunados, ou seja, aqueles que foram impossibilitados de realizar boa parte de seus sonhos, desejos e planejamentos, podem atingir igualmente o último estágio desde que tenham

tempo suficiente para elaborar e atravessar os estágios anteriores, às vezes necessitando de um maior apoio e compreensão daqueles que estão à sua volta (Kübler-Ross, 1981/2017).

Retornando às nossas primeiras considerações, vimos que Freud (1917/2010) definiu o luto como um trabalho de desinvestimento e retirada da libido do objeto perdido, posteriormente deslocando-a para o eu ou para um novo objeto. Considerando como objeto perdido a totalidade do mundo externo, as relações interpessoais, as memórias, vivências e sonhos, e todo o restante no amplo conceito de existência e vida, a sra. W. exemplificou o encerramento de todo o processo de elaboração pelo qual passara, desapegando-se daquilo que perderia e retornando, por uma última vez, ao cerne de seu eu.

Por fim, encerrando seus escritos sobre o estágio final, Kübler-Ross (1981/2017) nos faz refletir sobre o processo de morrer como uma série de regressões, possivelmente elaborativas, que ilustram a circularidade da vida. Finalizamos nossa trajetória retornando nossos investimentos libidinais a nós mesmos, tal como ocorria em nossa infância, no período de narcisismo primário⁶ (Araújo, 2010). A comum metáfora de se associar o processo ativo de morrer como percorrer um túnel escuro com uma luz em seu fim poderia evidenciar até mesmo a regressão à experiência de nascimento ao se atravessar o canal uterino (Eizirik, Eizirik & Polanczyk, 2013).

Dessa forma, revisitaremos nossos psiquismos antepassados, enfrentaremos nossas angústias, atravessaremos o luto e, enfim, encerraremos os dias em paz, em nosso mundo interno, onde tudo começou.

Temos visto a maioria de nossos pacientes morrer no estágio de aceitação, sem medo e desespero. Talvez se compare melhor com o que Bettelheim descreve sobre a primeira infância: “de fato, foi uma idade em que nada nos era pedido e tudo o que queríamos nos era dado. A psicanálise vê a primeira infância como um período de passividade, uma idade de narcisismo primário, quando vivenciamos o eu como sendo tudo.”

Assim, quando chegarmos ao fim de nossos dias tendo trabalhado, sofrido, nos doado e nos divertido, voltaremos ao estágio por onde começamos, e se fecha o ciclo da vida. (Kübler-Ross, 1981/2017, p. 124).

⁶ De acordo com Laplanche e Pontalis (1982/2022), “o narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma” (p. 290).

Considerações finais

E o que podemos fazer diante da morte?

Percorremos o caminho de elaboração de nossa própria morte ao longo desta monografia, mas talvez sejamos inundados por um sentimento melancólico de que nada mais nos resta fazer além de aceitar nosso destino final. Kübler-Ross (1981/2017) e seus seguidores nos ensinaram, entretanto, o contrário: há muito mais a se fazer pela vida quando tomamos consciência de sua finitude; e há tão mais a se fazer pelos outros quando entendemos que, mesmo em seus últimos momentos, ainda há muita vida para se manifestar.

Podemos ajudar a nós mesmos e aos outros quando nos permitimos uma aproximação respeitosa da morte. Tratá-la com naturalidade nos possibilita desconstruir sua imagem mórbida e medonha e atribuir uma ressignificação de toda a vida e seu fim. Se temos tempo para conversar e refletir sobre a morte, temos tempo para elaborá-la e contemplá-la: o luto se inicia quando tomamos consciência de sua inevitabilidade, e não somente quando estamos morrendo (Kovács, 1992/2002).

Se nos aproximamos da morte, nos permitimos oferecer aos que estão morrendo nossa maior contribuição: nossa presença. Isso porque, dentre todas as possíveis emoções e angústias experienciadas pelo paciente terminal, ele talvez seja envolvido pelo sentimento de desamparo em diversos momentos do processo, ou seja, poderá se sentir abandonado ou esquecido por um Deus, pela família, por amigos, ou até mesmo pela equipe hospitalar.

O dicionário Houaiss da língua portuguesa (2009) define o desamparo como “estado daquilo que ou de quem se encontra abandonado, privado de ajuda material e/ou moral”. Freud (1895/1990), no entanto, se apropria do termo para descrever uma condição inerente ao sujeito. A partir de seus escritos, o estado de desamparo é descrito por Laplanche e Pontalis (1982/2022) como o estado do lactente que depende completamente do outro para a satisfação das suas necessidades e para a diminuição da tensão interna. É a partir da impotência do recém-nascido, que implica em uma suposta onipotência da mãe, que se estabelecem importantes aspectos na estruturação do psiquismo, destinado a constituir-se, inicialmente, na relação com o outro (Laplanche & Pontalis, 1982/2022).

Embora se trate primordialmente de uma condição infantil, o desamparo e a dependência humana em relação ao outro acarretam uma noção econômica que se relaciona, por sua vez, a

um excesso de tensão (Freud, 1926/2014). Segundo Birman (1999), uma vez que o sujeito é constituído pelo trabalho do outro, estabelece-se uma dependência que perdurará durante toda sua vida. Ainda que, ao decorrer do tempo, encontre instrumentos para manejar o excesso de excitações, ele voltará a se encontrar na condição de desamparo fundamental e de dependência ao outro uma vez que a força pulsional seja constante e contínua. Em suas palavras:

O desamparo e a dependência humana em relação ao outro se reproduzem posteriormente, ao longo da existência humana, em função mesmo de que a força pulsional, enquanto exigência de trabalho (Freud, 1968 [1915]), se impõe permanentemente e passa pelo outro para que possa ser dominada, constituindo destinos erógenos. Seria por isso, enfim, que Pontalis formulou que, no que tange a natureza humana, somos desamparados e prematuros por vocação, e não apenas temporariamente, pela condição de imaturidade biológica do organismo nos primeiros tempos de vida [...] (Birman, 1999).

Quando pensamos no sentimento de desamparo diante da morte, algumas situações podem evidenciar e aumentar a sensação de abandono e solidão do paciente. Contar com uma ajuda divina que não será atendida, ter suas vontades e angústias ignoradas ou desvalorizadas por aqueles a quem ama, ser isolado, despersonalizado e até mesmo sedado pela equipe hospitalar, são exemplos de momentos em que o paciente poderá se encontrar diante de um sofrimento e uma angústia que certamente tornarão ainda mais penoso seu processo de elaboração do luto.

É neste ponto que Kübler-Ross (1981/2017) propõe um olhar compreensivo e acolhedor para com os moribundos, buscando entender suas histórias de vida, necessidades e aflições. A validação do sentimento, a escuta, o apoio, a presença, e toda demonstração e entrega de afeto dos que cercam o paciente terminal se mostram essenciais no processo (Kübler-Ross, 1981/2017). E para que consigamos transmitir isso, não devemos ter medo ou recuar: precisamos estar próximos – do outro e da morte.

Não à toa, as estratégias de manejo propostas pela médica durante todos os cinco estágios englobam o sentimento de empatia e compreensão, além de uma promessa implícita ou explícita de que o paciente não será abandonado ou desvalorizado em nenhum momento. Ela ressalta a importância da honestidade em relação à realidade do paciente, possibilitando a ele que possa enfrentar seu destino da forma mais adequada e necessária para seu próprio psiquismo, respeitando também o tempo do inconsciente e de cada processo psíquico do moribundo (Kübler-Ross, 1981/2017). Esse manejo, tomado em um sentido global, consiste, em última instância, em oferecer àquele que está em vias de morrer a possibilidade de sobrepujar o estado de desamparo.

A propósito, considerando-se o desamparo e o processo psíquico da regressão, que vimos tanto aparecer nos momentos finais, Kovács (1992/2002) propõe que o cuidado com paciente deve se dar de forma semelhante ao cuidado de uma mãe com seu filho, como descreve:

Segundo Eissler (1979), o paciente com doença terminal regride e necessita de conforto físico e de cuidados maternos. É como se precisasse de um ego externo, como a criança necessitava da sua mãe para a sobrevivência. Ele sofre como na primeira infância ansiedade de separação. Norton (1973) fala destes aspectos regressivos como, por exemplo, tornar o leito confortável, ajeitar o travesseiro, dar comida ao paciente, ou ficar sentado no leito enquanto este adormece, tendo o [outro] uma função maternal. Às vezes, quando o paciente está tão regredido, normalmente nos estágios finais da doença, o tom de voz e a proximidade física são mais importantes do que o conteúdo do que se fala (Kovács, 1992/2002, p. 205).

Concluindo seus escritos, Kübler-Ross (1981/2017) aponta para a importância de se fazer presente e compreender e acolher as expressões e sentimentos do paciente terminal, permitindo a ele que possa vivenciar todos os pesares e dificuldades do luto até enfim atingir o estágio final de aceitação. Aliás, como vimos em Freud (1917/2010) e Násio (1997), a vivência da dor da perda e de todos os sentimentos envolvidos no processo de elaboração se mostram de suma importância para o desinvestimento libidinal do objeto de amor (aqui, a vida) e para a enfim concretização do trabalho de luto.

Encerrando este estudo, elogiamos os movimentos, especialmente aqueles realizados no Brasil, que visam o avanço dos cuidados paliativos e a promoção de saúde e bem-estar aos pacientes em sua terminalidade. Certamente ainda há muito a se fazer, mas direcionarmos nossa atenção e cuidado aos que morrem – de certa forma, à nós mesmos – e considerar toda a sua subjetividade no processo do morrer, é tão (ou até mais) importante quanto nos preocuparmos com as outras fases da vida.

Morremos porque vivemos, mas também vivemos porque morremos. Nossa única certeza talvez não seja a morte, mas sim a dualidade do viver e do morrer. Onde houver espaço para a contemplação da morte, certamente haverá espaço para a manifestação da vida.

Referências

- Arantes, A. C. Q. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante. (Trabalho original publicado em 2016).
- Araújo, Maria das Graças. (2010). Considerações sobre o narcisismo. *Estudos de Psicanálise*, (34), 79-82. Recuperado em 23 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Birman, J.. (1999). A dádiva e o outro: sobre o conceito de desamparo no discurso freudiano. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 9(2), 9–30. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311999000200002>
- Câmara, Leonardo, & Herzog, Regina. (2018). A realidade da perda: considerações sobre o luto e o exame de realidade. *Psicologia Clínica*, 30(3), 561-578. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A08>
- Coelho, T. (2018, 26 de setembro). Brasileiro não gosta de falar sobre morte e não se prepara para o momento, revela pesquisa. *GI*. Recuperado de <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2018/09/26/brasileiro-nao-gosta-de-falar-sobre-morte-e-nao-se-prepara-para-o-momento-revela-pesquisa.ghtml>
- Eizirik, C. L. & Mello, C. O. & Knijnik, J. (2015). Abordagem do luto. In C. L. Eizirik & R. W. de Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica*. Porto Alegre: Artmed.
- Eizirik, C. L. & Polanczyk, G. V. & Eizirik, M. (2013). A morte: última etapa do ciclo vital. In C. Eizirik & A. M. S. Bassols (Orgs.). *O Ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Flach, Katherine, Lobo, Beatriz de O. M., Potter, Juliana Raush, & Lima, Nara Schhmidt. (2012). O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. *Revista da SBPH*, 15(1), 83-100. Recuperado em 10 de fevereiro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Freud, S. (1976) A dinâmica da transferência. In: S. Freud, *Obras Completas*. (Vol. 12, pp. 129-143). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1990). Projeto para uma Psicologia Científica. In S. Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol.1). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). Repressão. In: S. Freud, *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 145-162). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). A negação. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, trad., vol. 16, pp. 275-282). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925).

- Freud, S. (2010). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, trad., vol. 12, pp. 209-246). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, trad., vol. 12, pp. 170-194). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2011). A negação. In S. Freud, *Obras completas* (P. C. Souza, trad., vol. 16, pp. 275-282). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In *Obras completas*, vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926).
- Jann, I. (1998). *Enfrentando o morrer: A experiência de luto(a) do paciente com câncer avançado e de seus familiares*. (Tese de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP). Recuperado de: [https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/246847/Enfrentando%20o%20morrer_o%20luto\)a%20do%20paciente%20com%20c%C4%81ncer%20avana%C4%93do%20e%20de%20seus%20familiares.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/246847/Enfrentando%20o%20morrer_o%20luto)a%20do%20paciente%20com%20c%C4%81ncer%20avana%C4%93do%20e%20de%20seus%20familiares.pdf?sequence=1)
- Kovács, M. J. (Coord.). (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1992).
- Kübler-Ross, E. (2017). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1981).
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2022). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982).
- McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico psicanalítico* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde. (2022, 18 de julho). Linfoma de Hodgkin. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/linfoma-de-hodgkin#:~:text=profissionais%20de%20sa%C3%BAde-.Linfoma%20ou%20Doen%C3%A7a%20de%20Hodgkin%20%C3%A9%20um%20tipo%20de%20c%C3%A2ncer,essas%20c%C3%A9lulas%20atrav%C3%A9s%20do%20corpo.>
- Ministério da Saúde. (2022, 02 de outubro). Cuidados paliativos. [https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos.](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes/cuidados-paliativos)
- Nasio, J. -D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, Manoel Antônio dos. (1994). A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. *Temas em Psicologia*, 2(2), 13-27. Recuperado em 25 de janeiro de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&tlng=pt.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000200003&lng=pt&tlng=pt)

Tolstói, L. (2006). *A morte de Ivan Ilitch*. São Paulo: Editora 34.