

### 3.

## A DOENÇA E A MORTE

### 3.1.

#### Concepções sobre a morte

A morte é um assunto de difícil abordagem, considerando principalmente a civilização ocidental, por todos os significados negativos a ela atribuídos, o que a torna um tabu. Em *Totem e Tabu* (1913), Freud aborda que a transmissão de um tabu na organização social e na realidade psíquica se dá por duas vias: uma pela cultura e pela tradição – sendo transmitida pela autoridade paterna e social entre gerações – e a outra pela via orgânica da vida psíquica das gerações ulteriores – proibições tornaram-se parte integrante do inconsciente.

Por intermédio da cultura foram transmitidas as proibições e concebida a natureza da culpa primeva, marcando a inclusão do social no psiquismo; entre tais proibições está a temática da morte no mundo ocidental cristão. De acordo com Philippe Ariès, em seu livro sobre a *História da Morte no Ocidente*:

A morte, essa companheira familiar de trinta anos para cá, desapareceu da linguagem e o seu nome tornou-se interdito. Em lugar das palavras e dos sinais que os nossos antepassados tinham multiplicado, expandiu-se uma angústia difusa e anônima (ARIÈS, 1975, p. 168).

Segundo o autor, em nossa sociedade atual há uma exigência de poupar a presença da morte e do discurso sobre ela, porque ela é vergonhosa e deve ser sobreposta por uma vida sempre feliz. De acordo com Souza & Boemer (2005), na Idade Média a morte era vivida como uma experiência tranquila, porém, nos dias atuais ela passou a um momento de temor e angústia, uma situação que deve ser evitada a qualquer custo. Diferentemente de como era sua representação em outros tempos, hoje aquele que perde seus entes queridos muitas vezes acaba por vivenciar sua perda solitariamente e fica mais difícil a elaboração dessa perda.

O desenvolvimento técnico e científico da medicina, que acompanhou o desenvolvimento das sociedades industriais no século XIX, modificou radicalmente a visão da morte, conforme estudo de Combinato & Queiroz (2006). A preocupação era manter os mortos longe do meio urbano e do convívio social:

A revolução higienista radicalizou a separação entre vivos e mortos de tal modo que o convívio entre estas duas condições passou a ser visto como uma fonte extremamente importante de perigo, contaminação e doença (COMBINATO & QUEIROZ, 2006, p. 210).

Para os autores (Ibid.), a prática de cremação vem sendo cada vez mais utilizada, devido não apenas às razões de higiene, como também por ser uma forma de esconder a morte. Para Ariès (1975), é uma prática que se apresenta “como a maneira mais radical de fazer desaparecer e esquecer tudo o que resta do corpo, de anulá-lo” (p.88).

Em *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), Freud argumenta que adotamos em relação à morte um sentimento de alheamento, pois a tendência do homem é pôr a morte de lado, silenciá-la e eliminá-la da vida. Concordando com Freud, Bauman (2008) defende que não é possível conceber a idéia de um mundo que não nos inclua, é inviável à imaginação humana.

Para a teoria freudiana, a noção da própria morte é desconhecida pelo inconsciente, e é no ego que está localizada a angústia do perigo. No inconsciente não é possível a concepção do próprio fim, não se crê na própria morte, está presente apenas a idéia da própria imortalidade. O inconsciente desconhece tudo o que é negativo e, portanto, desconhece a realidade da morte. Esta não pode ser experimentada, pois sua experiência determina o fim, no entanto ela está presente na vida e pode ser pressentida através da morte da pessoa que amamos.

Nas significações sobre a morte sempre está presente o temor e a ela é atribuído um valor negativo. De acordo com Bauman (2008), a morte é vista como “Irreparável... Irremediável... Irreversível... Irrevogável... Impossível de cancelar ou de curar... O ponto sem retorno... O final... O derradeiro... O *fim de tudo*. (p. 44, grifo do autor). Seu significado negativo desperta emoções e concepções mais ou menos padronizadas pela humanidade, pois ela significa que mais nada acontecerá com o indivíduo depois dela.

De acordo com Sontag (1984):

Para aqueles que não vivem de consolações religiosas para a morte nem com a idéia de que a morte (ou qualquer outra coisa) seja algo natural, a morte é o mistério obscuro, a suprema afronta, o fenômeno que não poder ser controlado. Ela só pode ser negada (p. 71).

Para se falar de morte, não podemos esvaziá-la de seus diferentes significados construídos ao longo da história, principalmente, pelos pensamentos filosóficos e religiosos. O tema da morte ganhou diferentes significados em cada cultura e essas variações emergiram na tentativa de dar à morte um sentido e também para não se admitir a impossibilidade de dominá-la (LEÃO, 1994). A necessidade de renovação viria com as frustrações da mortalidade.

De acordo com Freud (1915), o homem primevo admitiu o fato da própria morte, porém negando o significado de aniquilamento. Através da morte de quem amava, ele inventou os espíritos e dividiu o indivíduo em corpo e alma, supondo, a partir disso, uma vida que continuaria após a morte. As religiões passaram a representar essa outra vida, posterior à morte, como sendo desejável e que a existência terrena seria uma preparação para um estado mais válido. A noção de existências passadas e reencarnações também surge para negar a morte como sendo um fim.

Utilizando-se do temor da morte, as diferentes religiões puderam afirmar-se e garantir seguidores de suas doutrinas, relacionando-a à idéia de eternidade assegurada pelas boas ações em vida. A qualidade da “vida” após a morte dependente de como se vive a vida anterior à morte (BAUMAN, 2008).

Para o pai da psicanálise, quando tentamos imaginar nossa própria morte, ainda somos espectadores, e essa postura justifica a procura nas artes e na ficção a compensação daquilo que se perdeu pela morte. No teatro e na literatura, temos pessoas que sabem morrer e matar, pode-se preservar a própria vida, e ainda encontramos uma pluralidade de vidas possíveis.

Sobre o pensamento da cultura ocidental, Bastos (1983) fala da morte, ora vista como fim, ora vista como passagem para a eternidade. Mesmo antes do acontecimento, ela está presente. A humanidade passa a vida com medo da morte, tentando transcendê-la de diferentes maneiras e em torno dela constroem-se mitos

e fantasmas. Recursos culturais como heroísmo, narcisismo, carisma, arte e religião são utilizados pelo homem a fim de enfrentar o pavor da morte. (BECKER, 1973 *apud* BASTOS, 1983).

Esse mesmo pensamento de transcender a morte é constatado no desejo do homem de realizar feitos únicos e memoráveis para o mundo, a fim de deixar sua marca, sua imortalidade. A morte de um herói de guerra pode ser considerada uma tragédia, mas é vista como digna, pois protege a vida de inúmeras outras vidas de um país inteiro (BAUMAN, 2008).

Quando a morte recai sobre o outro que amamos, nada consola ou preenche o vazio que fica, e gera uma perda de interesse na própria vida, pois essa não pode ser arriscada (FREUD, 1915). O medo gerado pela morte do outro deve ser considerado como análogo ao medo da castração e a psicanálise entende que o ego reage a ser abandonado e não dispor mais de proteção contra os perigos (FREUD, 1926 [1925]). Secundariamente, o medo da morte é também, resultado de um sentimento de culpa, medo da punição que recaia sobre os “desvios”, os pecados do homem, condenáveis pela cultura.

De acordo com Bastos (1983), ao longo da história da humanidade, o tema da morte é encarado como o *mistério eterno*. O autor relembra que o Movimento Existencialista, expresso nas filosofias de autores como Heidegger, Camus e Sartre, tornou central a temática da morte para as análises da condição humana, a compreensão de si mesmo dependendo da consciência da própria morte.

Pisetta (2008) também se refere à filosofia de Heidegger para afirmar que a compreensão sobre o ser humano só se dá em sua totalidade caso se interprete, juntamente com a existência, a não-existência, ou seja, a morte. A compreensão da morte permite uma nova compreensão da existência. A totalidade desta inclui a falta, a carência.

Em outras palavras, está presente, a cada vez, em cada atividade, a possibilidade dela [da vida] acabar, ruir. Isto a torna incompleta? Muito pelo contrário. Esta falta presente faz com que a dinâmica que sustenta a atividade se mantenha [...] São exatamente as possibilidades de fracasso, de perigo, de incompletude, que movem os seres humanos a poderem recusar formas impessoais de totalidade e, com isso, a experimentarem a sua existência como uma tarefa intransferível (PISETTA, 2008, p. 263).

Freud (1915) fala da tomada de consciência da morte e cita a frase “*Si vis vitam, para morte*”, “se queres suportar a vida, prepara-te para a morte” (p. 339). A preparação para a morte, de acordo com a teoria psicanalítica, não estaria relacionado à conformidade ou ao culto mórbido. De acordo com Rodrigues (1996), seria a possibilidade de saber que a realidade humana é marcada por um caráter de faticidade, criando um espaço para nomear o vazio.

A psicanálise nos possibilita preparar-nos para a morte através do seu próprio processo, pelo qual se abre uma brecha, um intervalo, uma questão, para que esse morto, o recalque primário, a pulsão silenciosa, o saber que não se sabe, esse vazio fundante da estrutura do sujeito possa ser honrado. (RODRIGUES, 1996, p. 68).

A temática da morte é um desafio para o pensamento, pois não alcança a possibilidade da própria morte. Mas o indivíduo possui, de certa forma, algum *estranho saber* sobre a morte, conforme ressalta Pisetta (2008), pois ele tem o conhecimento sobre a própria morte sempre antecipadamente. A experiência da morte nos *possui* (Ibid.) nos momentos em que nos deparamos com ela, em que tomamos a consciência de sua realidade diante de algo que nos “tira o chão”, como na realidade da doença.

Diante da doença e do processo de sofrimento dela consequente, a morte assume um valor muitas vezes trágico (LEÃO, 1994). A doença não apenas é uma ruptura no curso da vida, como é fonte de muita dor física e psíquica para o sujeito, impondo infortúnio e impotência. Na doença, vimos o indivíduo vivo, mas, muitas vezes, com a morte anunciada, à espreita. A incapacidade e a morte em vida tornam-se ainda mais árduas do que a própria morte e o desejo de guerrear contra isso sobrepõe-se no ambiente hospitalar.

Bastos (1983) afirma que à medida que se avança na ciência, parece haver maior temor e controle da morte por parte da Medicina: “dentro de certos limites pode-se, aliás, abreviá-la ou estendê-la, ficando isso na vontade do médico, do equipamento do hospital, da riqueza da família ou do Estado” (p. 212). A visão do senso-comum é de que a boa morte é a que ocorre durante um momento de inconsciência ou durante o sono. Porém, o mesmo autor nos lembra que o tempo da morte é incerto, ela não chega na hora prevista.

Para Ariès (1975), o novo domínio da morte é delegado à equipe de saúde de um hospital, que deve comandar os ritos do morrer. A morte, antes um acontecimento familiar e privado, tornou-se hospitalar nos dias contemporâneos, no mundo adaptado à medicalização. O autor se refere ao morrer no passado como natural, sem pressa nem lentidão, apenas no tempo em que se devia.

As experiências afetivas que, pelas tradições, cercavam o morrer e que davam apoio às famílias foram reduzidas em sua importância. Hoje, a duração da morte mudou, tornando-a muito mais solitária e mecânica, e os progressos da Medicina vão em direção, cada vez mais, do prolongamento da vida. O espaço entre a vida e a morte vem se dilatando.

Para Sant'Anna (2000), o hospital contemporâneo se modificou em termos de características, instrumentos e trabalho, sendo um lugar de cura, mas também de aprendizado para a morte. Os profissionais de saúde são formados para lidar de forma técnica com os fenômenos da morte.

Diante da espera que a morte ocorra no ambiente hospitalar, os profissionais de saúde, além do cuidado com a saúde, passam a ter a função de postergar ao máximo essa experiência. Esse lugar gera para os profissionais, que lidam com a doença grave, sentimentos ambíguos: ora o trabalho é vivido com prazer, pois visa cuidar e amenizar o sofrimento humano, ora como angústia, pois o coloca de frente com a morte (SOUZA & BOEMER, 2005).

Com base na fenomenologia de Heidegger, Souza & Boemer (2005), afirmam:

Nessa perspectiva, o profissional de saúde tem o seu ser-aí envolvido com o ser-que-está-doente e, a partir do momento que assume o cuidado do paciente em estado grave, passa a ser-com-o-outro-que-está-morrendo e esta relação sempre afeta, de alguma maneira, a sua existência (p.52).

Para Kübler-Ross (1969), a morte é um acontecimento assustador, um medo universal, que não é possível quando tratamos de nós mesmos. A partir da observação e estudo com pacientes terminais, no Billings Hospital de Chicago, a autora estabeleceu cinco estágios evolutivos no lidar com a morte e o morrer. Esses seriam: Fase de negação e isolamento; raiva; barganha; depressão e

aceitação, podendo tais estágios se sucederem, coexistirem ou algum pode não emergir.

O estágio da negação caracteriza a ansiedade quanto a um diagnóstico fatalista e sua negação; o segundo estágio caracteriza a raiva e a revolta, devido ao paciente sentir sua vida interrompida contra a própria vontade; a fase de barganha seria uma tentativa de adiamento da morte, como se por “bom comportamento” o doente ganhasse mais tempo de vida; há o estágio de depressão e pesar pela própria condição e, finalmente, o estágio de aceitação, que representa um sentimento de maior paz e um fim da luta contra o inevitável. Em todos os estágios, há a esperança que persiste e que tenta atribuir um significado ao processo de fim.

Kübler Ross (Ibid.) também se refere a um comportamento por parte do profissional de saúde, do paciente e da família que é a “conspiração do silêncio”. Nela há um falso sentimento de encarar a doença grave como sendo um fato corriqueiro e passível de reverter através do tratamento. O “efeito colateral” desse comportamento é o paciente se dar conta dessa ilusão e silenciar a angústia da morte.

Lidar com a própria morte, portanto, é difícil para o ser humano, mas é coerente com nossas próprias limitações e necessidade de ter o controle da vida. Como nos diz Freud (1915): “Tolerar a vida continua a ser, afinal de contas, o primeiro dever de todos os seres vivos. A ilusão perderá todo o seu valor, se tornar isso mais difícil para nós” (p. 339).

### **3.2.**

#### **O homem diante da finitude**

A relação do indivíduo com seu meio é determinante para a construção de sua subjetividade. Desse modo, a natureza social é um fato biológico de onde emerge a afetividade do homem. Este, em suas vivências subjetivas, se entrelaça

às objetividades do contexto e constrói significados e identificações para a compreensão do mundo e de si mesmo.

A partir do viver individual e coletivo é que se constroem pensamentos, sentimentos, valores e significados. Tais construções são permeadas por tudo o que o indivíduo presencia, tudo aquilo que frustra ou falha trará consequências para a própria subjetividade e para a interação do sujeito com o mundo à sua volta.

Diferentes ameaças ao longo da vida dos indivíduos trazem para o cerne do sujeito o medo e a insegurança. É o mesmo que acontece com a entrada no mundo da doença, e que representa a vivência de um lado mais sombrio da vida. O homem é tomado pelo medo que emerge da constatação de sua fragilidade, de recursos e ferramentas.

Para Bastos (1983), sobre o homem diante do surgimento de uma enfermidade, é importante pensar que:

a enfermidade e a morte são contingências onipresentes nas perspectivas futuras de cada ser humano e que o aparecimento de sintomas mobiliza, mais ou menos intensamente, os temores ligados às possibilidades de adoecer e morrer. O medo, portanto, estimulará a produção de fantasias, racionais e irracionais, que irão povoar a mente do enfermo (p. 215).

Todo animal compartilha a experiência do medo e, quando as ameaças são concretizadas, oscila entre a fuga e a agressão. Com o ser humano o mesmo ocorre, porém moldado pelo social e pela cultura. Seria o mesmo sentimento animal somado à percepção do mundo e às expectativas. Um medo que Bauman (2008) descreve como o “sentimento de *ser suscetível* ao perigo” (p. 9, grifo do autor), uma sensação de insegurança e vulnerabilidade. Somente o ser humano tem a consciência da inevitabilidade da morte.

A doença e a morte encontram-se no centro de nossa existência, parte do ciclo de vida e da condição humana, porém é no momento em que o sujeito se depara com a enfermidade que se dá conta de sua fragilidade. Ele se descobre diante da finitude, vê-se ameaçado com a possibilidade de destruição de sua existência e toma consciência de que é um ser mortal. “O ser, na sua facticidade como doente, se defronta com o “não-ser” e sente-se ameaçado com a

possibilidade de destruição da sua existência. Isso gera muita ansiedade e angústia” (PAIVA & PINOTTI, 1988, p. 125).

De acordo com Pisetta (2008), “basta imaginarmos como é, de certa forma, doloroso abandonarmos o solo ou a terra a que estávamos acostumados e onde nos sentimos seguros” (p. 258).

Paiva & Pinotti (1988) falam que o homem tem, como constitutiva de si, a esperança de um milagre: esperança de cura, de novos medicamentos e cirurgias. Uma esperança permanente para lidar com o insuportável da morte.

Sabemos que o homem é o único ser da natureza ciente de sua própria finitude, o que justifica o início de toda a angústia existencial. Sigmund Freud, em seu clássico *O Mal-estar da Civilização* (1930), já teorizara que uma das três principais causas de sofrimento do homem seria a relação com a fragilidade do próprio corpo. Esse homem se depara com a difícil realidade de que não tem poder sobre o próprio corpo, está sujeito a males e doenças, independente de sua própria vontade e, até mesmo, de seus cuidados.

Além de ter a certeza de seu destino, o homem também é o único ser capaz de escolher entre a liberdade de existir ou deixar de existir, detendo o fluxo temporal (BASTOS, 1983). O autor fala da autodestruição como um atributo do homem, e cita Nietzsche para falar de uma liberdade para a morte, mas acrescenta que há a necessidade de negar a morte e a autodestruição é uma recusa em futurizar a existência.

Há um modelo americano para medidas preventivas em saúde pública, o Health Belief Model (modelo das crenças sobre a saúde), no qual as modificações de comportamento estariam relacionadas à percepção de uma ameaça para a saúde e à crença que determinado comportamento previne essa ameaça.

Há o incentivo de buscar os sinais do câncer, controlar a gordura e o colesterol, precauções contra a fumaça do cigarro etc., com o objetivo coerente, porém ingênuo, de diminuir os riscos de doença e morte. Seriam paliativos para lidar com o medo existencial.

De acordo com Adam & Herzlich (2001), tal modelo possui fraco poder preventivo, principalmente por supor que evitar riscos é o objetivo principal dos indivíduos e por fornecer informações gerais que não atingem uma crença individual, além do fato de que para muitos grupos sociais o conceito de saúde beira a noção de sobrevivência.

Há uma lógica em incentivar a prevenção através de modificações comportamentais, porém esse modelo não considera o importante fator de que, em algumas doenças, a realidade da prevenção ainda é difícil. Algumas doenças ainda surgem de forma repentina e inexplicável, fruto apenas do acaso e da fragilidade do ser humano.

Sontag (1984) fala de uma noção de que a doença exprime caráter e é produto da vontade. A partir do século XIX, surge essa idéia que concebe a doença uma forma de auto-expressão, a vontade da mente falando através do corpo. Sua recuperação dependeria de uma vontade sadia: “A cura é tida como dependente sobretudo da capacidade seriamente provada ou enfraquecida do paciente ter amor-próprio” (SONTAG, 1984, p. 61).

A autora estuda os mitos criados, ao longo da história, sobre doenças como a tuberculose e o câncer, que propõem que cada um é responsável por suas doenças. Tais doenças e outras seriam fruto de emoções mal-resolvidas.

O grave prejuízo dessa concepção, apoiada por uma ampla literatura, seria o de atribuir controle sobre experiências impossíveis de serem controladas. Depressão, perda, rejeição, separação, desamor à vida são alguns estados declarados como causadores de câncer e doenças crônicas. “Mas parece provável que, de algumas centenas de pessoas que *não* têm câncer, a maioria também declara ter tido emoções depressivas e traumas: a isso se chama condição humana” (SONTAG, 1984, p. 66). Esses estados de sofrimento, assim como a doença e a morte, são inerentes à condição humana.

O nefropata confirma o dilema da existência humana. Na evolução de sua doença, ele é o tempo todo confrontado com a realidade da finitude. A perda do órgão, perda de uma parte de si, acarreta a ameaça de fragmentação, a ameaça de morte vivida pelo ego: uma enorme angústia que gera recaídas de tristeza e

depressão e que provoca questionamentos sobre a própria existência. “A própria situação de doença e possibilidade de morte faz vacilarem, de forma violenta, as certezas e garantias do sujeito” (MOURA et al., 1994, p. 153).

Não apenas a realidade do tratamento como também a opção do transplante são provocadores de ansiedades e medos, principalmente porque não significam garantia de vida. Paiva & Pinotti (1988) descrevem que as perturbações psíquicas envolvidas em um processo cirúrgico, focalizadas apenas no sentimento de morte e invalidez, podem ser de grande intensidade e constituírem uma neurose cirúrgica: “A neurose cirúrgica é consequência dos medos básicos mobilizados, essencialmente o medo da morte” (p. 130). Além do medo da morte, a doença crônica e as cirurgias consequentes despertam o temor de uma possível mutilação ou amputação de determinada parte do corpo.

A morte é uma possibilidade real, algo que o sujeito pode presenciar. Tal possibilidade desperta medo e a percepção de não ser suficientemente protegido, uma sensação que pode ser experimentada por qualquer um dos pacientes e que remete o sujeito à dependência da vida infantil para a sobrevivência, ou seja, a sensação de que alguém é necessário para garantir a nossa frágil existência.

É importante saber que o paciente está vivendo, em sua realidade com a doença, um momento de vida muito difícil, cercado de dúvidas e angústias, e que cada um deles tem uma maneira particular de vivenciar uma situação de fatalidade.

O paciente traz, com a sua doença, a sua história. A gravidade do quadro clínico, a incerteza do diagnóstico e a imprevisibilidade da evolução do tratamento de encontro à estrutura psíquica de cada paciente e de seus familiares vão atualizar peculiarmente, no hospital, a vivência de ‘extremo desamparo’, que é o destino humano (MOURA et al., 1994, p. 150).

Os pacientes portadores de uma doença crônica mobilizam determinados mecanismos de defesa em função da adaptação à doença e isso pode gerar um empobrecimento da personalidade – o paciente vê-se incapaz de adaptar-se a novas situações e a manter relações de interesse sobre o mundo externo (PALOMBIN et al., 1985).

Bastos (1983) fala do paciente reagindo ao sofrimento da doença com sua personalidade intelectual e emocional:

Saber envelhecer, adoecer e morrer são expressões de uma atitude adulta, madura e racional, diante da própria existência. Ao contrário disto, são muito comuns o medo, o desespero e a negação ante a presença da doença e a iminência da morte. Não obstante nossa recusa de aceitação e estranheza perante a doença e a morte, ambas devem ser vistas como algo que existe virtual ou potencialmente dentro de nós (p. 215).

Segundo Moura et al (1994), é no espaço entre as necessidades vitais e a demanda que é dirigida aos profissionais, que emerge algo no doente que não é da ordem da sobrevivência – o desejo, que faz emergir o sujeito do inconsciente. Desejo esse que necessita de escuta.

É nesse espaço que o sujeito precisa ser situado para buscar seu lugar no mundo, buscando pontos de ancoramento em sua história, onde o seu desejo se mostre presente. Um lugar de tentativa de sobrevivência, apesar do conhecimento da finitude.

### 3.3.

#### **Perdas decorrentes da doença**

A cura de algumas doenças nem sempre é possível. Existem situações que, por falta de explicações mais objetivas e palpáveis, podemos chamar de milagrosas e nas quais o quadro crônico de uma doença é surpreendentemente revertido. Na doença renal, esses “milagres” acontecem quando a função renal é reativada no organismo do paciente de forma parcial.

Nesse tempo de trabalho com doentes renais, que já somam três anos, pude presenciar apenas uma vez tal acontecimento. Um caso bem curioso para equipe, já que tratava de um paciente, Sr. Dante<sup>1</sup>, de 59 anos, portador da doença há aproximados quatro anos, com um perfil de imensa resistência e rebeldia com a

---

<sup>1</sup> Os nomes dos pacientes citados ao longo do trabalho foram alterados, devido à questão ética de sigilo profissional.

rotina do tratamento hemodialítico. Por ter um pequeno funcionamento dos rins, ou seja, ainda urinava um pouquinho, descuidava-se dos cuidados pré e pós diálise por achá-los desnecessários. Somado a isso, nunca seguiu as dietas recomendadas pela equipe, comendo de tudo e, inclusive, fazendo uso de bebidas alcoólicas com uma frequência quase que diária. Seu único hábito saudável era andar bastante de bicicleta, o que o fazia suar e compensar a retenção de líquidos, e dizia que “só por isso vivia bem”. Quando chegava com excesso de peso para começar o tratamento, culpava a máquina – “que não devia estar lhe tirando peso” – ou os técnicos de enfermagem – “que mentiam sobre seu peso”. Pois aconteceu, que em determinado dia, o rim do Sr. Dante voltou a funcionar, parcialmente, de forma saudável, seus exames de sangue corresponderam a esse funcionamento e hoje ele continua vivendo bem, longe das sessões de hemodiálise e dos malefícios da doença.

A curiosidade do caso não está apenas no perfil indisciplinado do paciente, mas também na reversibilidade da doença, fato tão pouco comum. Casos como este são muito raros, dentro de um contexto onde são mais evidentes os deveres do que os direitos, e mais evidentes as perdas do que os ganhos.

É necessário considerar que o portador de doença renal é um enfermo muito grave. Ele tem um caminho atravessado por perdas, que vão além da perda da função do rim: ele perde, visivelmente, parte da sua energia cotidiana e de sua capacidade física, algo que fica constatado a cada nova cicatriz das fístulas, dos cateteres e das cirurgias.

Na doença renal crônica, o paciente perde uma parte do funcionamento orgânico, e apenas essa perda já seria muito significativa para um processo de elaboração psíquica – um corpo fragmentado, com algo que *falta*, um corpo com novas representações. Porém, ele perde também sua autonomia, sua liberdade, sua saúde. Como consequência, são perdidos papéis sociais, o suporte financeiro fica abalado, causando um grave impacto em toda sua estrutura social, e perde-se, principalmente, algo de si mesmo, de sua identidade.

De acordo com Lima et al. (1994), as perdas sentidas como definitivas repercutem em privação no funcionamento e no prazer corporal e, muitas vezes,

acarretam as reações de um luto. “A vida gira agora em função da doença, o mundo torna-se vazio, desinteressante e pobre” (p. 87). Os mesmos autores ressaltam que o diagnóstico da doença renal não oferece expectativa de cura ou a devolução do estado de saúde. Pelo contrário, por sua cronicidade, marca a entrada permanente no mundo dos doentes.

A entrada no universo da doença crônica é definitiva, e por vezes a preservação da vida pela via do tratamento não é mais possível. Esses são os momentos em que a morte vence a batalha contra a vida.

A possibilidade de perder a própria vida é uma ameaça constante. Não raro, os pacientes presenciam o falecimento de algum companheiro de tratamento, o que podemos considerar como mais uma perda significativa, pois são pessoas que criam vínculos entre si, principalmente por identificação. Diante de tais perdas, emergem fantasias de angústia sobre ter o mesmo destino.

A angústia e a tristeza são inerentes ao ser humano e ficam evidenciados em situações de urgência e ameaça que interrompem o transcorrer natural da vida. O sujeito na urgência vê-se imerso na situação de desamparo e revela a precariedade da condição humana.

Quando ocorre uma perda, e algo significativo que dava sentido à vida do sujeito é rompido, surge um vazio, o sujeito vê-se mergulhado no desamparo e perde a valorização de si próprio. Na doença crônica, a fragilidade do corpo e a ameaça de morte remetem o doente ao desamparo estrutural. As suas idealizações de projetos e futuro se tornam incertas. Diante da falta, a apatia e a depressão se instalam.

No ambiente da doença crônica, quando há situações em que o sujeito se sente mais ameaçado, percebemos os comportamentos regredidos e o aumento da demanda por atenção. Ora por uma perda evidente (algum falecimento), ora por perdas supostas (um provável procedimento cirúrgico) que geram o temor do aniquilamento, os pedidos de ajuda são evidenciados em frases como “fica mais comigo”, “segura a minha mão”, “não quero ficar sozinho”.

Para aquele que sofreu uma perda, há o teste da realidade, onde, de acordo com Freud (1917[1915]), as lembranças e situações de expectativa, que demonstram a ligação com o que foi perdido, confrontam-se com a realidade reveladora de que aquilo não mais existe. Se não existe, a libido deve perder suas ligações com o que era investido e se libertar, não criando expectativas quanto a um retorno.

Freud (Ibid.) fala do luto pela perda como significando tanto o afeto da dor como sua manifestação externa, sendo uma condição que envolve graves afastamentos da vida normal. Em tal estado verifica-se, segundo ele, uma inibição das atividades, um profundo desânimo, perda de interesse pelo mundo externo, sentimentos absorvidos pelo ego. Apesar de tais características, Freud não considera esse estado como sendo patológico, pois se espera com sua elaboração que, passado algum tempo, se recupere normalmente o interesse pela vida.

A representação daquilo que foi perdido deve ser desinvestida e o ego confrontado com a questão de que se partilhará do mesmo destino – a morte –, a partir disso, o ego depende das satisfações narcísicas que se deriva de estar vivo, para dar continuidade à sua existência. O ego deve desistir e declarar a morte do que se foi e ter o incentivo de continuar a viver.

Abandonar os investimentos libidinais significa retirar-lhe o excesso de afeto da representação do que se perdeu, reposicioná-la entre outras representações e investi-la de outra forma. As exigências do teste da realidade, indicadas por Freud (op. cit.) só podem ser realizadas gradativamente e requerem muito investimento. No luto, necessita-se de tempo para que a exigência da realidade seja levada a efeito. É compreensível que essa exigência provoque uma oposição, já que as pessoas não são favoráveis a abandonar seu modo de satisfação libidinal.

Mendlovicz (2003) argumenta que alguns tipos de estados patológicos se apresentam como meias soluções de elaboração de perda, mas acabam por deixar sintomas depressivos. A mesma autora comenta, seguindo o pensamento freudiano, sobre uma relutância, uma recusa que há em se desprender daquilo que se perdeu. A insistência na ligação traz consigo a dor e a depressão. É como se o

sujeito pagasse com sofrimento por essa ligação de dependência do que foi perdido.

A dor no luto corresponde ao reinvestimento momentâneo de uma imagem em vias de desinvestimento. Há dor a cada vez que a imagem é lembrada de quando era viva por algo da realidade, e o sujeito se depara com a evidência da irreversibilidade de tal perda.

Freud (1917 [1915]) comparou a melancolia ao luto, afirmando que os mesmos traços mentais percebidos em uma pessoa enlutada são característicos no melancólico. Segundo ele, há o mesmo estado de espírito penoso; uma perda de interesse em relação ao mundo externo e às atividades cotidianas; e como resultante de uma perda significativa, há igual perda da capacidade de substituir o objeto perdido por um novo objeto de amor.

Para Freud, as pessoas tendem a se agarrar a seus investimentos libidinais e não cedem mesmo quando outro objeto se apresenta a elas. O objeto perdido é considerado insubstituível, mas é o sujeito que lhe atribui o poder de ser único e que pode permitir que outras ligações ocupem o seu lugar.

Perder as ligações felizes com o objeto que se foi exige um difícil trabalho psíquico e, se tomarmos o artigo *Além do princípio do prazer* (1920), observamos que Freud argumenta que até mesmo uma ligação infeliz insiste em ser mantida. Na clínica, verifica-se isto na dificuldade do sujeito em abandonar determinadas posições de satisfação libidinal.

De acordo com Wisniewski (2002), importa considerar que diante da perda do objeto no real, surge a necessidade de um trabalho de retirar a libido do objeto irremediavelmente perdido, e que essa retirada implica em um abandono bastante difícil para o sujeito. A autora nos lembra que Freud estuda o luto e a melancolia, comparando-os e diferenciando-os, porém todo o seu esforço tem o sentido não só de determinar as particularidades clínicas, como também de precisar as diferentes posições subjetivas perante a perda do objeto.

Há situações em que o luto pode se eternizar em um caso crônico, que paralisa a vida da pessoa enlutada por muito tempo, durante anos; essa não

elaboração pode gerar um luto patológico<sup>2</sup> ou outros destinos patológicos, com maior comprometimento da vida do sujeito.

Em seu texto de 1915, Freud distingue o luto, a melancolia e a psicose alucinatória, que seria um estado patológico frente à recusa de renunciar ao objeto, mesmo quando a prova da realidade tenha mostrado que ele não existe. Por um lado, na melancolia há um recobrimento do eu pelo objeto; por outro lado, na psicose alucinatória a questão central é a evidência da realidade psíquica do objeto, que por isso, então, pode ser alucinado.

Na melancolia, a perda de um objeto de amor resulta em uma inibição; o sujeito, que tem sua auto-estima diminuída, tem seu ego empobrecido e esvaziado. “O complexo melancólico se comporta como um ferimento aberto, atraindo de todos os lados para si as energias de investimento [...] e esvaziando o eu até empobrecê-lo completamente” (FREUD, 1915, p.162).

Quando aborda os sintomas neuróticos, a teoria psicanalítica os remonta a um conflito no qual as forças defensivas se erguem contra uma fantasia que é de ordem pulsional e conflitiva. Sua realização pode convocar algo de mal-vindo, como o abandono, a perda de amor, a punição ou a castração. Em *As Neuropsicoses de Defesa* (1894), Freud descreve pacientes por ele analisados que gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência incompatível com sua vida representativa – uma experiência, uma representação ou um sofrimento que suscitou em um afeto aflitivo. O ego se defende, tratando a representação incompatível como se pudesse erradicá-la, esquecer-la, mas não pode. O ego, então, retira o afeto da representação e essa soma de excitação acaba por ser utilizada de outra forma, surgindo o sintoma.

Na visão da psicanálise, a dor aparece quando passamos por uma separação; “da singular separação de um objeto que, deixando-nos súbita e definitivamente, nos transforma e nos obriga a reconstruir-nos” (NASIO, 1996, p. 18). Segundo o citado autor, a dor da separação é uma dor psíquica quando a separação é perda de um objeto ao qual estamos ligados intimamente e essa ligação é constitutiva de

---

<sup>2</sup> Conceito utilizado por Freud em *Luto e Melancolia*, assim como “luto normal”. O luto patológico seria um investimento desmedido ao objeto perdido – que continua a viver no psiquismo – com um reconhecimento da real ausência deste.

nós mesmos e reguladora de nosso psiquismo. Perder o objeto significa perder algo de si.

Nasio (1996), seguindo a ótica freudiana, fala da dor psíquica como um afeto provocado não só pela perda, mas por essa autopercepção do ego do transtorno interno desencadeado por tal perda. O sofrimento interior é vivido como um “estado de choque” provocado pela ruptura de uma ligação afetiva. Essa ruptura desencadeia um transtorno das tensões pulsionais, o ego consegue perceber isso e expressa na consciência essa percepção pelo afeto da dor.

Em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926 [1925]), a perda do objeto é usada por Freud para tentar distinguir dor psíquica e ansiedade. Ele coloca a dor como sendo a reação a uma perda efetiva, enquanto a ansiedade seria a reação a uma ameaça de uma perda eventual, a um possível desamparo.

Para Freud (Ibid.), a ansiedade/angústia aparece como um produto de um desamparo mental da criança, quando esta sente falta de alguém que é amado. Seria uma reação a uma perda sentida do objeto, como a ansiedade da castração (uma possível separação do objeto) e reprodução do trauma do nascimento (separação da mãe), onde houve um aumento de excitação que precisou de descarga.

O perigo do desamparo psíquico surge quando o ego do indivíduo ainda é imaturo, na dependência da primeira infância. Nesta fase, o bebê encontra-se em absoluta impotência e totalmente dependente do outro, que ela teme perder, caracterizando um verdadeiro estado de desamparo. Esse estado pode reaparecer na vida adulta do sujeito, em situações de fragilidade e desamparo (FREUD, 1926 [1925]) e remetendo sempre à castração.

A partir desse texto, o termo desamparo adquire uma definição específica, e é vinculado à extrema dependência do ser humano ao nascer. Como o recém-nascido é inteiramente dependente de cuidados maternos, a estruturação do psiquismo depende da relação com o outro.

Freud nos fala a princípio de uma dependência biológica, mas faz também uma constatação de que o desamparo tem vinculação com o amor, ao dizer que as

situações de perigo criam a necessidade do ser amado. O desamparo passa a ser o protótipo de qualquer situação traumática. O entrelaçamento do desamparo à angústia, à dependência e ao amor é algo de fácil observação não só no bebê como também na vida adulta.

Em Freud, o medo é elucidado como emergindo do desamparo e da ausência de referências simbólicas que possam fornecer algo de proteção. Quando se torna ausente aquilo que deveria servir de proteção, emerge o medo para o sujeito. Esse sempre se faz presente, mas é a perda de referências que joga o sujeito para um desamparo estrutural.

A perda de um objeto coloca o sujeito novamente diante do desamparo. O objeto perdido é composto também por uma parte do sujeito, e isso evidencia o que Freud nomeou realidade psíquica, pois se trata de sua representação, sua imagem no inconsciente. Freud nos diz que possuímos certa medida de capacidade de amor – libido – que se volta para dentro, no eu. Esta libido se agarra aos seus objetos e não quer abandonar os que se perderam. A necessidade de ligar a libido a objetos surge devido à ameaça de desprazer.

O surgimento de sintomas, no lugar de uma elaboração bem sucedida do luto, reflete o fracasso no funcionamento do ego. Os conflitos do ego com suas instâncias caracterizam uma dificuldade para reconciliar as exigências feitas a ele. A dor que se sente durante o processo do juízo da realidade deve-se não somente à necessidade de se renovar os vínculos com o mundo externo, mas também se impõe pela necessidade da reconstrução do mundo interno.

O ego se vê fracassado em aplicar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e em substituir o princípio do prazer pelo princípio da realidade. O princípio do prazer é transformado em desprazer pelo processo de repressão, surgindo, a partir daí, o sintoma. O sujeito não quer abrir mão de sua posição libidinal, e não quer saber da perda narcísica que toda perda objetal implica.

Há a perda narcísica, pois, quando perdemos alguém, deixamos de ocupar um lugar na vida desse alguém e tornamo-nos menos importantes. Isso implica que no trabalho de luto, além de redirecionar o amor antes dedicado ao objeto perdido, é necessária uma conformidade em ser menos especial do que se gostaria.

A capacidade de promover um sintoma é, para Freud (1894), uma manifestação de uma disposição patológica do sujeito, a qual o processo traumático vem para facilitar sua manifestação. É preciso reconhecer que a suscetibilidade à determinada reação patológica já pré-existe antes de um trauma.

O equilíbrio psíquico é instável, nosso narcisismo está sempre submetido a provas e sujeito a desestruturação. O narcisismo não é uma fase do desenvolvimento que superamos ou não, é uma estrutura permanente do psiquismo. O sujeito depende do amor do outro e de sua própria integridade física para que se possa manter ligado à vida, e ele pode ser reconduzido a uma situação de desamparo em qualquer momento da vida.

É preciso valorizar o fato de que uma perda significativa pode provocar dificuldades muito particulares para cada sujeito. O valor traumático do acontecimento, envolvendo uma perda, é relativo à determinada posição psíquica, e, portanto, regido também pela história do sujeito e como esse se articula ao mundo em que vive.

A experiência da perda pode levar a uma transformação da mente e a uma reconsideração do mundo. Dar um sentido à dor possibilita transformar o sentimento da perda em outros sentimentos, e, a partir disso, o desejo pode ser relançado, abrindo a vida a novas perspectivas.