

Existem possibilidades de comunicação através do silêncio? Análise do caso de um paciente oncológico em estado terminal.

**There are possibilities of communication through silence? Analysis of the case of a terminally ill cancer patient.**

Marcelo Lemos<sup>1</sup>

**Resumo:** Utilizando do método cartográfico, onde o terapeuta mapeia seus sentimentos frente ao caso, ilustrado as luzes da psicanálise, o presente artigo demonstra um estudo de caso sobre um jovem paciente oncológico em estado terminal. O silêncio imposto através dos atendimentos falou por si durante toda a trajetória de acompanhamento da Psicologia. O câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa constatação é acompanhada de angústia e temores que seguirão o paciente ao longo do tratamento, e sendo assim o medo é a principal resposta do ser humano perante este período. O silêncio aparece de maneira angustiante para terapeuta e paciente, sendo ele nesse espaço ameaçador e dificultando a vinculação entre os mesmos. Porém, é importante também compreender o silêncio como um modo de comunicação ou de expressão de sentimentos. Contribuições para a clínica psicológica hospitalar e as diversas possibilidades de comunicação permeiam este estudo.

**Palavras-chave:** oncologia; setting; psicanálise.

**Abstract:** Using the method cartográfico where the therapist mapping his feelings in front of the case illustrated by the lights of Psychoanalysis, this article demonstrates a case study about a young cancer patient in terminal stage. During the psychological counseling the silence was the way of communication between the therapist and the patient. Cancer brings itself the consciousness the possibility of death, this consciousness is followed by the feelings of anxiety and fear and this feelings Will follow the patient all the treatment therefore the fear is the principal answer of human being during this period and in front of this situation. The silence appears as a distressing way to the therapist and patient, being the fear threatening and hindering the linkage between them. However is important understand the silence as a way of communication or as a way to express feelings. Contribution to the hospital clinical psychological and to the various communication possibilities relevant to this work.

**Key-words:** oncology; setting; psychoanalysis.

Um dia frio. Pela janela podia-se avistar a chuva; fraca, porém imponente; não parava. Ali estava eu, frente a um silêncio psicanalítico daqueles que se encontra em livros; um silêncio meramente externo, pois internamente eu sentia-me sendo devorado pela minha

---

<sup>1</sup>Marcelo Pereira Lemos, Graduando do 9º semestre em Psicologia, pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

ansiedade, por vezes angustiante, remetendo-me à ideiação de fuga para qualquer outra local, que não ali. Um lugar com o silêncio concretizado como uma barreira de fortaleza permeada por “ouriços”, deixando-me com profundo medo do que poderia ver através desta.

O tempo passou, o silêncio se fez contínuo, a angústia aumentou e o desejo de fazer o acontecimento clínico, de fato “acontecer”, não fora visto por mim e por nenhum outro campo de força. Era apenas silêncio. Imponente como a chuva que desbrava a terra com uma força inexplicável, o silêncio se tornara em mim intrigante, pois remeteu-me a um movimento de questionamentos internos, a respeito dos sentimentos do paciente.

O paciente então se movia, demonstrava-se inquieto no leito, até seus movimentos se fizeram silenciosos diante minha percepção. Uma respiração mais densa deixou-me confuso acerca dos porquês; fez-se em razão da minha inquietude ou pelo câncer, que há sete meses se instalou silenciosamente naquele corpo? Respiro fundo; minha angústia aumenta a cada movimento resiliente que faço em meus pensamentos. Percebo um olhar que me causa pânico, enquanto suplica ajuda. Temo por minha reação ser de pena. Início meu processo de culpabilização, pois não consigo mais suportar tal silêncio. Porém surge uma brisa oriunda do Guaíba, que consegue romper estas barreiras como se fosse um estalar de dedos e me remete a pensar que tenho medo de não sentir mais o vento bater em meu rosto.

Questiono-me acerca deste sentimento. Ouço uma resposta breve, porém carregada de sofrimento: “Medo da morte e do que ela tem a me oferecer. Nada sei, além disso. O nada me faz mal; o vazio me faz muito mal”.

Mas o que certamente é a morte? Como posso abordar esse tema com um paciente que pouco expressa seus sentimentos? Sigo pensando e sentindo uma angústia inevitável, sei que posso contar com todos os dispositivos presentes, mas a relação transferencial e o vínculo terapêutico se instalaram apenas no início. Percebo-me novamente em silêncio.

O silêncio se fez diferente. A morte fora sentida a todo o momento, apenas não fora externalizada. Os movimentos no leito eram prolongados; a dor por vezes permeava nosso

setting; enfermeiros entravam e saíam. Nada que pudesse impedir o imponente e indestrutível ato.

O tempo passou. O que pareciam horas eram segundos. O relógio marcava sonoramente cada um deles com um pequeno “tic-tac”. Era o som que embalava nosso atendimento. O paciente descansava e seu olhar parceria distante e um pouco ofuscado pelo brilho do Sol que, teimosamente após a chuva, entrava pelos frisos da janela entreaberta. Este olhar me marcara com a impressão de uma vida sendo arrancada por algo incontrolável, avassalador, desconhecido e impetuoso. Fiz alusão a uma rosa, que a cada forte vento vê suas pétalas desabrocharem e saírem voando sem direção.

A cada sutil palavra, onde a entonação ficava cada vez mais baixa, o paciente não conseguia verbalizar se a morte seria o encerramento de um ciclo doloroso, ou apenas o início de um momento sem dor e sem sofrimento. Confundia-se entre seus achismos. Era desconhecido, cruel, certo e imprevisível.

Dezenove anos de idade, diversas possibilidades pela frente. A família não aceitava seu silêncio e recusava-se a falar sobre morte. Transmitiam-me uma sensação de incapacidade que não cabia em mim. Minha pouca idade, principalmente comparada a do paciente, demarcavam medos e inseguranças de ambas as partes. Seu pai, com espírito de luta e conquistas. Seu irmão mais novo, com a cabeça raspada, simbolizava na precoce maturidade dos 12 anos, um afeto incomparável e sem possibilidades de medida. Sua mãe apoiando-se na fé insistentemente. E por pensar em família, eis que o paciente rompe o silêncio e questiona-me sobre os porquês da doença que nele se instalara.

O choro se torna visível e intenso, como um copo com água transbordando. Existe a necessidade de esvaziá-lo por hora, para que possa novamente se estabilizar, se embebedando de seus sentimentos, sentindo-se saciado. O movimento clínico, então, aos poucos vai acontecendo, seus sentimentos conseguem ser traduzidos. Minha angústia ao ver aquele olhar, começa a ser amenizada. Minha posição de terapeuta se fortalece. Sinto-me mais seguro e confiante para seguir com o caso, eis que surge um grito que só eu sou capaz de escutar: “Podemos continuar outro dia”?

Acolho suas angústias; valido seus sentimentos e o deixo na companhia do pai e do irmão. Antes de sair do quarto o paciente sinaliza o quão se sente acolhido pela minha forma de ali estar trabalhando com ele. Despeço-me e saio pensando; sigo em silêncio até o hall da enfermagem e lá entendo que o silêncio, por mais rude e forte que aparente ser, esconde em suas questões não ditas, o desejo de falar, sentir, externalizar o que está acontecendo no mais íntimo do ser humano.

Já dizia Marcelo Camelo<sup>1</sup> “Como pode alguém sonhar, o que é impossível saber? Não te dizer o que penso, já é pensar em dizer [...] Sinto que é como sonhar, e que o esforço pra lembrar, é a vontade de esquecer.”

### **Contribuições da Psicanálise para Análise do Caso**

O caso citado acima ilustra o acompanhamento psicológico de um jovem paciente com câncer que estava em fase terminal. Segundo Fonseca (2004), a palavra câncer é utilizada para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e pela sua divisão excessiva. Um câncer começa com uma célula que contém informações genéticas incorretas, de modo que se torna incapaz de cumprir as funções para as quais foi designado. Quando esta célula reproduz outras com a mesma construção genética incorreta, então um tumor começa a ser formado, composto de uma massa dessas células imperfeitas.

Para Borges (2006), o câncer traz em si a consciência da possibilidade de morte. Essa constatação é acompanhada de angústia e temores que seguirão o paciente ao longo do tratamento. Segundo Kovács (2003), o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. A visão da morte pelo paciente oncológico é singular, e o contato com ela é constante, ocorrendo até mesmo por meio de pequenas perdas do seu cotidiano.

Ainda conforme o autor, cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido dependendo da etapa em que se encontra no processo de desenvolvimento vital. Esta visão depende também da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural. Em qualquer fase do desenvolvimento humano a ideia da

---

<sup>1</sup> Autor da música “o Vento” da banda de música Los Hermanos.

morte está presente e tem uma representação característica, trazendo um entrelaçamento entre todos os aspectos presentes no decorrer da própria vida.

Compreendendo a gravidade deste adoecimento e da proximidade com a morte, para pensarmos este caso e toda a demanda emocional presente no paciente, que mesmo através do silêncio, demonstrava sua aflição diante de sua doença é necessário pensarmos o papel do psicólogo neste espaço. Ao se falar sobre a Psicologia é imprescindível se falar do inusitado, pois ao mesmo tempo em que a técnica e a teoria devem estar presentes durante os atendimentos, trabalhamos todos os dias com o desconhecido, com singularidades e sujeitos que nunca se repetem, mesmo tendo as mesmas condições clínicas.

Neste sentido, podemos pensar sobre os escritos de Dutra (2004), o diferencial oferecido pelo psicólogo, é uma escuta que vai além das palavras. Para o autor o profissional da psicologia está diante, através dessa escuta, de outros meios de comunicação e dispositivos, de uma demanda psíquica, dos sofrimentos de cada paciente, e precisará entendê-lo como um sujeito que pensa, sente, fala e cria sentidos nas relações de subjetividades.

O silêncio aparece de maneira angustiante para terapeuta e paciente, sendo ele nesse espaço ameaçador e dificultando a vinculação entre os mesmos. Porém, é importante também compreender o silêncio como um modo de comunicação ou de expressão de sentimentos. Para Marta (2005), o silêncio pode também ser entendido como uma forma de relação que se estabelece. O silenciar no *setting* poderá permitir uma comunicação inconsciente, que será transmitida através do não verbal.

Ainda segundo a autora, nesse momento se ativarão memórias pré-verbais que antecedem a palavra, nos primeiros meses de vida, ou seja, no momento em que o objeto não é separado do sujeito, está difundido e indiferenciado. É como se o paciente experimentasse novamente com o terapeuta a união simbiótica que viveu com a mãe. Podemos pensar a importância deste contato não verbal, em que o terapeuta assume a maternagem, sustentando um *setting* continente capaz de suportar o silêncio e a dor.

O silêncio emerge como uma estratégia do inconsciente para comunicar angústias primitivas. Assim, podemos pensar que a inquietude sentida pelo terapeuta surgia ali, como uma Identificação Projetiva, termo criado por Melanie Klein, que para Moustaki (1994) ocorre entre duas pessoas através de processos inconscientes. O objeto, neste caso, a segunda pessoa, poderá estar envolvida de acordo com a disponibilidade ou vulnerabilidade a qual recebe as projeções.

Para Moustaki (1994), esse mecanismo gera explicações para sentimentos e interações que são vistos como parte do funcionamento normal de cada indivíduo. Assim, surge a possibilidade de transferência de sentimentos como um processo de comunicação com a finalidade de ser compreendido. De acordo com Paulon (2010), devemos interpretar o discurso e o inconsciente humano além daquilo que está visivelmente dado e do que se pode mensurar, pois este discurso não se limita ao que está concretamente simbolizado.

Além da identificação projetiva, podemos observar no terapeuta um processo de contratransferência. Para Gus (2007) esses fenômenos são capazes de trazer para o *setting* as vivências emocionais mais primitivas que são direcionadas do paciente ao terapeuta. Deste modo, de acordo com a interação dos dois psiquismos se constituem trocas de conteúdos inconscientes.

Quinodoz (2003) entenderá que em alguns momentos da psicoterapia, de acordo com a intensidade e conteúdo presentes no *setting*, a palavra se mostra insuficiente e o paciente irá projetar seus medos e sentimentos no campo, sendo estes sentidos pelo psicólogo. Neste caso, o terapeuta ao sentir a angústia, coloca-se nesta posição, onde recebe as projeções e sente junto ao paciente. Alguns pacientes não conseguem utilizar a linguagem verbal para comunicar seus afetos. Então, se utilizam da identificação projetiva para se expressar.

Através da escrita deste caso podemos compreender que o paciente, neste momento, inicia um processo de luto por uma vida perdida. Ou seja, uma rotina que foi deixada, projetos abandonados e exclusão do meio social. Para Oliveira (2001), o luto é definido como os momentos que antecedem ou procedem às perdas, podendo ser a morte ou até mesmo a perda de elementos simbólicos. Os fatores desencadeantes são as influências ambientais e como o

indivíduo lidou com a morte e com as perdas desde a sua infância, bem como, o modo como este estabelece suas relações objetais.

Refletindo sobre a hospitalização, tratamentos invasivos que o paciente foi submetido e todos os rompimentos que aconteceram na vida deste sujeito, para Blaya (2004), nenhuma vivência humana é mais difícil que o rompimento de vínculos. Sejam rompimentos internos ou interpessoais, por afastamento, doenças físicas ou morte. No caso do paciente citado, pela sua juventude, as perdas também são relacionadas ao que o mesmo não viveu, aos projetos e planos de vida que não realizou.

Segundo este autor, para que ocorra a elaboração do luto por esses rompimentos é necessário que o ego do indivíduo possa estar novamente livre do amor deste objeto perdido. Ou seja, somente após deixar as lembranças e expectativas isoladas diante do objeto perdido que o sujeito poderá elaborar seu luto e se vincular a outros objetos. Deste modo, é necessário que este possa entrar em contato com seus conflitos internos e sofrimentos e se conectar com seus afetos para a esta elaboração.

Observa-se neste contexto que todos os processos vivenciados pelo terapeuta e demais profissionais, como mal estar e sentimentos de impotência provocados diante da finitude, muitas vezes passam a ser contidos evitando um sofrimento maior por parte da equipe. Segundo Kóvacs (2003), os profissionais da saúde tem a morte como parte de sua rotina de trabalho. Essa proximidade com impossibilidade de cura traz também uma ameaça à vida e um aceno à morte.

Ainda por Kóvacs (2003), para esses profissionais, negar a morte é uma alternativa para se isentar da dor. A utilização de mecanismos de defesa como a negação e a repressão, torna-se comum a esses contextos, possibilitando assim uma ilusão de imortalidade. Desta maneira, negar é um modo de esconder a fragilidade interna, a finitude e a vulnerabilidade. Mas também pode ser compreendido como um mecanismo saudável para encontrar recursos para o agir, ou seja, para conseguir tratar doenças e lidar com situações graves.

## Referências

Blaya, J. (2004). *Os nomes da nossa dor*. Porto Alegre: Movimento.

Borges, A. D. V. S. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 361-369.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9 (2). Acesso em: <<http://www.scielo.php?script=sciarttext&pid=s1413-294x2004000200021>> Acesso em 16 dez. 2013.

Fonseca, J. P. (2004). *Luto antecipatório*. São Paulo: Livro Pleno.

Gus, M. (2007). Acting, enactment e a realidade psíquica “em cena” no tratamento analítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41, (2), 45-53.

Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Marta, R. (2005). O silêncio na comunicação ou a comunicação pelo silêncio: o silêncio na psicanálise. *Psilogos*, 2 (2), 22-32.

Moustaki, E. (1994). *Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, T. M. (2001). *O psicanalista diante da morte: intervenção psicoterapêutica na preparação para morte e elaboração do luto*. São Paulo: Mackenzie.

Paulon, P. C. (2010). *O silêncio como estratégia do inconsciente*. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Quinodoz, D. (2003). A contra-identificação projetiva é um instrumento precioso? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5 (2), 149-164.