

# Trauma e narrativa: o impacto da leucemia na infância

## *Trauma and narrative: the impact of leukemia in childhood*

Luana Flores Pereira\*

Monah Winograd\*\*

### **Resumo**

O presente artigo apresenta uma pesquisa que teve como objetivo investigar o impacto da leucemia infantil na subjetividade das crianças. O trabalho foi norteado pelo conceito psicanalítico de trauma principalmente em Sigmund Freud, Donald Winnicott e Sándor Ferenczi. Para escutar sobre as experiências das crianças internadas em tratamento para leucemia, foram realizadas entrevistas semiabertas no Hemorio (Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti). Uma análise qualitativa das narrativas evidencia os aspectos próprios do trauma, como o excesso, o desamparo, as invasões, o desmentido e a ameaça de morte. Assim, diante do impacto, resta a necessidade de elaboração: através do narrar, e do brincar.

**Palavras-chave:** Leucemia infantil. Trauma. Psicanálise. Narrativas.

### **Abstract**

*This paper presents a research on the impact of infant leukemia on children's subjectivity. The work was guided by the psychoanalytic concept of trauma, as defined by Sigmund Freud, Donald Winnicott and Sándor Ferenczi. To listen to the experiences of children in treatment for leukemia, semi-open interviews were conducted at Hemorio (State Institute of Hematology Arthur de Siqueira Cavalcanti). A qualitative analysis of those narratives highlights the specific aspects of trauma, such as: the excess, the helplessness, the invasions, the denial and the threat of death. Thus, out of the impact, comes the need to elaborate: through narrating and playing.*

**Keywords:** Infant leukemia. Trauma. Psychoanalysis. Narratives.

---

\* Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

\*\* Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## Introdução

Este artigo apresenta os resultados parciais de uma pesquisa realizada no Hemorio (Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti, Rio de Janeiro) durante o ano de 2015, na qual foram entrevistadas nove crianças entre 05 e 12 anos em tratamento para leucemia<sup>1</sup>. A análise das narrativas coletadas foi realizada, tendo, principalmente, o conceito de trauma nas obras clássicas de Sigmund Freud, Donald Winnicott e Sándor Ferenczi como norte teórico.

Sabemos que crianças hospitalizadas estão, a todo o momento, expostas a situações potencialmente angustiantes. De saída, experimentam a fragilidade radical de um corpo que, adoecido gravemente, depende de cuidados e intervenções específicos. Além disso, apesar de acompanhadas por familiares, devem se sujeitar, recorrentemente, à manipulação de cuidadores estranhos para realização de exames e procedimentos dolorosos. Se considerarmos o processo ao qual são submetidas, desde o diagnóstico e ao longo do tratamento, podemos imaginar que tais experiências não acontecem sem que deixem marcas. Marcas no corpo, certamente, como queda do cabelo, hematomas decorrentes de punções venosas, cicatrizes derivadas do implante do catéter abaixo da pele, etc. Mas, também, marcas importantes no psiquismo: estas foram as que pesquisamos, algumas das quais apresentaremos e discutiremos aqui, a partir da ideia de que essas marcas podem ser traduzidas como cicatrizes psíquicas, revelando os efeitos subjetivos do trauma precoce.

Inicialmente descrito por Freud (1896/1976), a partir do modelo do *a posteriori*, no momento de sua ocorrência, o trauma deixaria uma marca adormecida, como uma potencialidade patogênica posteriormente ativada, a partir da associação com uma experiência atual. Contudo, este não é o único modelo que se pode encontrar na obra freudiana. Muitos anos depois, o metapsicólogo desenhou o que ficou conhecido como modelo econômico. O trauma derivaria do rompimento do escuro protetor do psiquismo por uma intensidade excessiva, a qual ultrapassaria a capacidade de metabolização do sujeito por ela atingido, invadindo e inundando o psiquismo e retornando, incessantemente, através da compulsão à repetição, no esforço de se inscrever psiquicamente (FREUD, 1920/1976). Finalmente, o terceiro e último modelo freudiano do trauma foi o que podemos chamar de modelo narcísico e que, de certa forma, reúne os dois

---

<sup>1</sup> A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pela Plataforma Brasil, CAAE 40514214.0.0000.5267.

anteriores (FREUD, 1939/1976). Se, no modelo econômico, a ênfase recaía sobre os efeitos traumáticos do encontro do sujeito com uma intensidade excessiva a qualquer tempo, o terceiro modelo = apenas rascunhado por Freud, pouco antes de sua morte – indica os efeitos deste encontro quando se trata, particularmente, de um psiquismo em constituição. Em outras palavras, aqui, o trauma atingiria o narcisismo primário, produzindo fragilidades ou feridas em um ego com contornos e limites ainda em formação e que, em função disso, carregará marcas traumáticas intensivas e desestruturantes, porque impossíveis de serem elaboradas, psiquicamente, em momento tão precoce.

Depois de Freud, Ferenczi (1931/1992; 1933/1992; 1934/1992) aprofundou esta problemática do trauma, forjando outros conceitos para melhor compreendê-la. Para ele, certos traumas são inevitáveis e mesmo necessários porque estruturantes e organizadores do psiquismo, como o desmame, a descoberta da diferença sexual e a relação originária e sedutora com a mãe. Mas, há outros traumas que, em vez de impulsionarem a organização subjetiva, promovem sua desestruturação e apresentam um valor patogênico. Este valor patogênico, em uma lógica similar ao modelo freudiano do *a posteriori*, se instala menos no momento do acontecimento traumático e mais em um momento posterior, no qual a criança se depara com o desmentido, ou seja, com uma negação, por parte do adulto a quem a criança recorre, de que algo violento ou mesmo abusivo ocorreu com ela. Em outras palavras, para além da violência indiscutível do trauma, seria o desmentido o que impediria a cicatrização saudável da ferida traumática, pois faria com que permanecesse como um corpo estranho não reconhecido, não sendo, portanto, cuidada devidamente. Nesses casos, diante de poucos recursos subjetivos e através da clivagem do eu, a criança sacrifica e se afasta de uma parte de si mesma para disso se defender, deixando que algo em si morra para que o resto sobreviva.

Quando Winnicott (1963/1983) postulou que o indivíduo possui um potencial inato para crescer e se desenvolver, mas que depende, fortemente, de que o ambiente ofereça a provisão necessária para que isso aconteça, ele se referiu, ao menos de início, aos cuidados da mãe (ou do cuidador que se ocupasse dessa função). Então, ao descrever esse processo de desenvolvimento do indivíduo, ele colocou a importância de um ambiente que reduzisse ao máximo a necessidade de reação, para que o bebê pudesse ter condições favoráveis de amadurecimento, sem ser invadido em sua sensação de continuidade de ser (WINNICOTT, 1960/1983). A partir disso, o psicanalista britânico traz a marca do trauma como um congelamento do momento em que o ambiente falhou para o indivíduo. Neste sentido, a repetição traumática traduziria os traços da

experiência fixados não pelos afetos dolorosos, mas pela impossibilidade de vivenciá-los no momento do evento traumático, uma vez que algo de potencialmente representável ou simbolizável não pôde ser inscrito psiquicamente (UCHITEL, 2001/2011). Com isso, o sujeito que se viu diante de inúmeras invasões inesperadas e que foi obrigado a reagir a elas, foi impedido de seguir o seu desenvolvimento sem rupturas. A quebra da sensação da continuidade de ser, da espontaneidade e da confiança no ambiente deixam a marca do sem sentido que permanece circulando, não integrada no psiquismo.

Os três autores apontam como o trauma insiste em permanecer e, ao mesmo tempo, em não se inscrever. Por isso, ele não pode ser localizado psiquicamente, embora dê sinais de sua presença e de sua atividade, através da compulsão à repetição (movimento primitivo de repetição do mesmo em um esforço incansável de elaboração), do amadurecimento precoce como uma tentativa de superar o sofrimento derivado da violência sofrida – o célebre bebê sábio identificado por Ferenczi (1931/1992) – e dos efeitos dos prejuízos nos processos de identificação e objetualização.

### **A narrativa como apropriação da experiência**

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o impacto da leucemia na subjetividade das crianças: para além de seus corpos feridos, procuramos lançar luz sobre as possíveis cicatrizes advindas dessa batalha pela vida — experiência que, além de tratamentos agressivos, envolve uma série de restrições e excessos relativos aos procedimentos médicos e ao risco de morte. Como esta experiência é vivida pela criança e qual o seu impacto na constituição subjetiva? Para responder a esta pergunta, foram realizadas entrevistas com nove crianças entre 5 e 12 anos, em um único encontro, na presença da mãe, as quais foram gravadas e transcritas para serem analisadas, posteriormente, sempre preservando os nomes verdadeiros como garantia do sigilo ético. A seleção dos participantes foi realizada a partir da listagem de pacientes em tratamento e o critério de inclusão envolveu o diagnóstico de leucemia, em qualquer fase do tratamento. Como único critério de exclusão estão os pacientes recém-diagnosticados, com menos de duas semanas de tratamento, pelo curto período de tempo em que os sujeitos estão expostos à experiência descrita e seus possíveis efeitos.

Cinco das nove entrevistas foram realizadas no próprio leito do(a) paciente, durante a internação e as restantes na sala da Psicologia no ambulatório do hospital. O convite foi feito explicitando o objetivo da pesquisa, o método pro-

posto e a possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento, se assim a criança desejasse. Elas foram convidadas a falar livremente sobre a experiência da doença, do tratamento e hospitalização. Entendidas como narrativas, as entrevistas foram examinadas, a partir da teoria psicanalítica, tendo nos conceitos acima expostos seu norte teórico.

Na análise das narrativas, além do conteúdo verbal, consideramos também o que propuseram Muylaert *et al* (2014), a saber, as características para-linguísticas envolvidas, como o tom de voz, as pausas e os silêncios, os quais são fundamentais para compreender o não-dito neste processo de análise. Além disso, considerando o que destacou Silva (2013), também fizemos uso da técnica de observação livre, com registro em diário de campo como ferramenta adicional importante para validar as informações construídas. Nesse diário, foram registrados gestos, comportamentos e expressões emocionais, percepções que foram acompanhadas em outro registro, que não o verbal.

Costa e Poli (2006), ao explicitarem as dificuldades e possibilidades de se fazer pesquisa em psicanálise fora do contexto clínico, apontam para o importante papel da transferência na produção e apropriação de sentido: “A transferência compartilha com as formações do inconsciente uma estrutura na qual um saber sobre o *Unbewusst* se produz, podendo ser apreendido e nomeado. Esta estrutura é que permite que se reconheça ao que foi produzido o seu valor de verdade” (COSTA; POLI, 2006, p. 17). Assim, elas ressaltam a necessidade de a hipótese sobre as experiências ser construída *a posteriori*, a partir do que emerge neste encontro transferencial. Dessa forma, o que é pressuposto é a experiência única daquele sujeito e a possibilidade de dar voz para a produção de uma narrativa, que o sujeito demanda compartilhar.

Se, de início, a proposta da pesquisa das narrativas se ateve ao seu potencial investigativo e exploratório, ao final do processo, pudemos identificar também uma característica produtiva das entrevistas para os sujeitos. Se, nas situações de trauma, o sujeito se encontra diante da impossibilidade de comunicar o que foi experimentado, “as entrevistas permitem a enunciação daquilo que permaneceu na condição de mutismo” (COSTA; POLI, 2006, p. 19).

Neste sentido, as próprias entrevistas trouxeram, em si, um caráter terapêutico ao possibilitarem, através da oferta de um espaço de escuta, a construção de uma narrativa sobre essas experiências. Uma das mães, por exemplo, demandou que retornássemos para mais entrevistas com seu filho, o que sugere um reconhecimento da importância desse compartilhamento, e do estabelecimento de uma transferência. Outra situação que ilustra essa possibilidade de efeito terapêutico foi quando, ao final da entrevista, uma das crianças pediu

para ouvir a sua narrativa gravada, muito atenta e concentrada. Com isso, pudemos perceber a sua necessidade de (re)inscrever toda aquela experiência, escutar uma história que, apesar de aparentemente surreal, era a sua própria. Era um movimento de repetição da fala, em um eco, na tentativa de escutar um sentido e produzir uma elaboração.

Safra (2006) associou o narrar à possibilidade de se contar uma experiência, sublinhando que, neste processo, o encontro do passado e do presente aconteceria no agora do espaço potencial. Segundo ele, o narrar ofereceria a oportunidade de apropriação das experiências vividas como um saber sobre a condição humana, constituindo-se, então, na memória do que é significativo. Ele afirmou, ainda, que “toda agonia inserida no narrar torna-se sofrimento suportável, pois acontece com o acompanhamento do Outro, por meio da experiência compartilhada” (SAFRA, 2006, p. 31).

De modo similar, ao elaborar o que se passaria com os sobreviventes de catástrofes históricas, Seligmann-Silva (2008) apontou o caráter elementar do narrar como testemunho. Segundo ele, aquele que viveu uma experiência avassaladora seria impelido a falar sobre ela aos outros para que voltasse ao mundo em uma espécie de renascimento. O sobrevivente de uma catástrofe se veria isolado dos outros, devendo encontrar, através da narrativa, uma maneira de construir uma ponte e atravessar o muro que os separa. Entretanto, para que isso acontecesse, se faria necessária uma escuta disposta. Seria preciso alguém capaz de ouvir o sujeito em sua tentativa de traduzir o que o autor chamou de queimadura na memória (SELLIGMANN-SILVA, 2008). É, justamente, neste sentido que pensamos essa queimadura no caso das crianças com leucemia hospitalizadas, como uma cicatriz, marca de uma ferida.

Também a psicanalista armênia Hélène Piralian (2000) se debruçou sobre o caminho percorrido através da construção de uma narrativa, desde a sobrevivência ao trauma (no caso, o genocídio) e de volta à vida. Para ela, ao narrar o trauma, o sujeito poderia começar a simbolizá-lo através da construção de metáforas, trazendo, com isso, o evento para a tridimensionalidade, de forma a integrá-lo aos outros acontecimentos e representações. Mas, ela também chamou a atenção para que o sobraria, ou seja, para o que nunca seria metabolizado psiquicamente, permanecendo como um corpo estranho ou como um resto da experiência vivida. Ainda assim, a autora ressaltou a importância do que ela chamou de escuta verdadeira e disposta, aquela que traria a possibilidade da narrativa do testemunho ser terapêutica, apostando no esforço de dar voz e visibilidade ao indizível.

Mais uma situação registrada em nosso diário de campo ilustra o esforço e a dificuldade em narrar as duras experiências vividas. C., com 09 anos, havia

voltado há 3 semanas do CTI, onde esteve entubado por quase 30 dias devido a uma infecção grave. Nos primeiros dias de retorno ao HEMORIO, mostrou-se, aparentemente, traumatizado: alternava momentos de choro com reações de agressividade, não interagia com a equipe, não se comunicava. Pela condição física em que se encontrava, extremamente fragilizado e desnutrido, a médica, além de liberar a sua dieta pastosa, havia colocado uma sonda enteral para uma superalimentação, no esforço de fazê-lo ganhar peso. Vê-lo no leito foi uma cena chocante: era um menino de nove anos que aparentava no máximo seis, em um corpo que quase não aparecia sob os lençóis e lembrava um bebê recém-nascido, de uma fragilidade palpável.

A psicóloga, enquanto atendia um adolescente no leito ao lado, viu de relance a mãe de C. sair da enfermaria, enquanto C. tentava se colocar sentado. Viu quando ele começou a puxar a sonda enteral e interrompeu o atendimento para ir até ele, perguntar o que estava havendo e alertá-lo para não tirar a sonda, pois iria se machucar. Ela foi expulsa com grunhidos cheios de ódio e chamou a enfermeira, que o conteve, enquanto ela tentava saber, exatamente, o que o estava incomodando. Perguntou se ele sabia o porquê daquela sonda, se estava machucando, se haveria alguma coisa em que ela pudesse ajudá-lo. Neste momento, ele largou a sonda, que foi recolocada pela enfermeira e começou a chorar, como um bebê desamparado. Ela disse a ele que sabia que está muito difícil e voltou a lhe perguntar o que ela poderia fazer por ele e que ele poderia lhe falar do seu incômodo. C., ainda olhando para os lençóis, disse entre soluços: “eu só queria um biscoitinho”. Perguntou-lhe mais sobre o tal biscoitinho, o qual ele tentava descrever com detalhes. Foi assim que começaram os atendimentos a C., que passou a falar cada vez mais e até sorrir, demonstrar afeto, sempre olhando a psicóloga de maneira intrigada como quem diz “quem é você?” quando ela se dispõe a ouvi-lo. Em um dos atendimentos, C. passou longo tempo contando de filmes de terror, sobre mortes e sobreviventes e contou de um pesadelo em que mexiam no seu corpo. Neste momento, parecia que ele já conseguia borderar a narrativa de sua experiência de terror vivida nas últimas semanas e já se mostrava alegre e comunicativo.

Dessa forma, pensamos que ele, talvez, estivesse pronto para participar da pesquisa e o convidamos para a entrevista, aceita de bom grado, tanto por ele quanto pela mãe. E eis que nos surpreendemos: ele não conseguiu falar absolutamente nada. Sua expressão era de eternas reticências, como se quisesse falar, mas lhe faltassem palavras. Para algumas perguntas ele respondeu com a cabeça que “sim” ou que “não”, mas sua mais importante resposta foi o silêncio. Deparamo-nos cara a cara com o trauma, o indizível. Diante do incomunicável

“só se pode, paradoxalmente, respeitar [...] a experiência-limite dos sobreviventes se se acolhe o silêncio e a interrogação que provocam” (GAGNEBIN, 2000, p. 108).

Das falas que ouvimos e registramos, algumas telegráficas, outras mais ricas em detalhes, foi possível extrairmos, através de uma análise qualitativa, cinco categorias principais. A primeira delas — o corpo invadido — foi identificada em todas as entrevistas e diz respeito à experiência dos procedimentos invasivos e dolorosos vividos nos recorrentes exames de sangue, aspirado da medula óssea, acesso venoso periférico e profundo, ativação do catéter, punção lombar, etc. Além disso, também se refere à vivência de dores provenientes de infecções, de reações à medicação e relativas à própria doença. A segunda categoria — as perdas: angústia e castração —, também presente em todas as entrevistas, abrange o sofrimento experimentado a partir das inúmeras restrições que a doença e o tratamento impõem, como o afastamento do lar e da família, a dieta especial, a proibição de brincadeiras, a saída da escola e, muitas vezes, o isolamento físico devido, tanto à baixa imunidade quanto à contaminação de bactérias multirresistentes. A terceira categoria — a mãe fragilizada e o desamparo — aborda a percepção do sofrimento da mãe pela criança. Como, na maioria das vezes, é a mãe que acompanha a criança durante as internações e momentos mais críticos do tratamento, ficou evidente para os pequenos pacientes a angústia sentida por elas, relatada como medo, desespero, tristeza e cansaço. Essa categoria foi identificada em apenas 03 das 09 entrevistas, o que coloca em discussão a dificuldade de algumas mães em sustentarem um lugar de amparo para essas crianças e a preocupação exposta por estas nas narrativas. Mas, além das descrições de seus incômodos, medos e dores, as crianças trouxeram, ainda, a importância do brincar, que configura a nossa quarta categoria — o brincar: da ferida à cicatriz. Oito das nove crianças localizaram no brincar a oportunidade para o descanso diante de tantos excessos e privações e a possibilidade de organizar o ambiente caótico do hospital e suas vivências dolorosas, de forma a dar contorno e sentido ao que viviam. Após a identificação dessas quatro principais categorias, extraídas a partir dos conteúdos manifestos, ainda uma quinta se destacou, mas que não havia aparecido, explicitamente, em um primeiro momento. Chamamos de uma categoria em negativo, que se fez presente pela sua completa ausência na narrativa verbalizada — morrer em silêncio.

## O corpo invadido

As narrativas sobre o incômodo com os procedimentos invasivos e experiências dolorosas trazem cenas de exames, medicamentos e de um excesso, repetido dia após dia. Sobre isso, J. (9 anos) nos falou dos piores momentos que viveu durante o tratamento: “Quando vai furar o catéter pra poder colocar o medicamento.... que dói. Eu nunca gostei de agulha. Agulha é a pior coisa na vida que pode ter”. Assim como ele, C. (8 anos) também destacou o que mais a angustiava: “Que todo dia eles vinham furando com a agulha. Aqui e no outro braço, aí ficava toda picada. Quase todo dia, eles queriam fazer exame de sangue! Eu mal acordava e já vinham com a agulha pra cima de mim”. R. (8 anos) também falou sobre os procedimentos dolorosos: “O que incomodava mais era a furada... Mas o resto eu sabia que tudo era pra ‘mim’ ficar boa... o que eu ia fazer?”.

O que pensar sobre um corpo que dói, que é furado, invadido e marcado? As descrições lembram cenas de tortura, ao mesmo tempo em que se percebe uma tentativa de entender a necessidade de tal sofrimento, como na fala “era pra eu ficar boa”, que, não obstante, não dá conta nem do dolorido, nem dos hematomas. Se partirmos do conceito de *Eu-Pele*, proposto por Anzieu (1985/1989), podemos trazer à discussão os possíveis efeitos de tais invasões no corpo. Nas palavras do autor:

Por *Eu-pele*, designo uma representação de que se serve o *Eu* da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como *Eu* que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência na superfície do corpo (ANZIEU, 1985/1989, p. 44).

Desde cedo, o bebê é manipulado nos cuidados com seu corpo, acariciado, embalado no colo da mãe, ao mesmo tempo em que sente seu calor, seu cheiro e sua voz. A partir desses cuidados, a criança começa a conceber uma superfície que a permite distinguir o dentro e o fora, em uma experiência de continente, de um envelope corporal que garante ao aparelho psíquico segurança e constância de bem-estar.

Anzieu (1985/1989) atribui à pele três significados diferentes: (1) uma bolsa que contém e retém os bons cuidados maternos, (2) uma interface que demarca o limite com o exterior, mantendo-o do lado de fora e protegendo contra diversos tipos de invasões e (3) um meio de comunicação e relação, além de lugar de inscrição dos traços deixados por tais experiências. Partindo

do princípio de que qualquer função psíquica se desenvolve apoiada em uma função corporal, cujo funcionamento é transposto para o plano psíquico, o autor descreve, ainda, diversas funções do Eu-pele, como a de manutenção do psiquismo. Anzieu (1985/1989) associa essa função aos cuidados maternos, resumidos por Winnicott (1949/1978) como o *holding*, a maneira como a mãe segura e sustenta o bebê e que vão sendo interiorizados em uma função psíquica, mantendo o sujeito em um estado de unidade e solidez. A falha dessa função acarretaria um horror de vazio interior pela ausência de uma identificação, com um objeto suporte.

A partir disso, podemos supor que as agulhas que, quase diariamente, perfuram essa superfície corporal e invadem os pequenos sujeitos, causando dor, atuam, diretamente, sobre seu psiquismo: “a pior coisa na vida que pode ter”, nas palavras do pequeno J. Winnicott (1949/1978), que propôs que se considerassem como traumáticas as invasões ambientais incidentes sobre um sujeito que não pode se defender delas. Segundo ele, essas invasões e a necessidade do sujeito desamparado de dar conta delas, colocariam em suspenso sua continuidade de ser, ou seja, sua sensação de ser ele mesmo sem interrupções, obrigando-o a manter-se em constante estado de alerta e ameaçando sua confiança no ambiente. Ao mesmo tempo, como ensinou Anzieu (1985/1989), a dor traz um potencial desorganizador, ameaçando a integração psicossomática e provocando o apagamento das distinções fundamentais e estruturantes entre o Eu psíquico e o corporal: “ela ocupa todos os lugares e eu não existo mais como Eu: a dor é” (ANZIEU, 1985/1989, p. 233). Podemos supor, então, que as repetidas experiências de dor causariam uma ameaça de desintegração de um sujeito já integrado. Lembremos que Winnicott (1949/1978) descreveu o processo de integração, a partir dos cuidados maternos, como sustentados pelo *handling* e pelo *holding*, responsáveis por possibilitar o amadurecimento progressivo do ego ainda frágil e por permitirem a personalização, ou seja, a sensação de ocupar o próprio corpo, reconhecendo-o como seu.

Considerando a pele como protetora do organismo contra as agressões físicas e o excesso de estimulações, ela se relaciona à função de para-excitação, também atribuída ao ego por Freud (1920/1976). Se, de início, é a mãe que funciona como para-excitação, no seu papel de ego auxiliar, mais a frente, o bebê pode encontrar apoio em sua própria pele. Entretanto, os excessos aversivos e os déficits da para-excitação podem ocasionar problemas na constituição do Eu-pele, que Anzieu (1985/1989) chama de Eu-Polvo, quando nenhuma das funções do Eu-Pele é adquirida, ou o Eu-Crustáceo, quando o sujeito cons-

trói uma couraça rígida, que atrapalha o desenvolvimento de outras funções do Eu-Pele. Além disso, a pele, pela sua sensibilidade e localização, dá informações sobre o mundo exterior através da dor, da sensação térmica, etc. Isso implica mais uma função para o Eu-Pele, tanto biológica, como social, que seria a de inscrição dos traços sensoriais táteis, gravando a imagem da realidade como um espelho.

Em geral, diante do sofrimento doloroso da criança, a mãe:

[...] a aperta contra o seu corpo, a aquece, a embala, fala com ela, sorri para ela, a tranquiliza; em resumo, ela satisfaz no bebê a necessidade de apego, de proteção, de agarramento; ela maximiza as funções da pele mantenedora e continente; para que a criança a reintrojetasse suficientemente como objeto de suporte, restabeleça seu Eu-Pele, reforce sua para-excitação, tolere a dor trazida a um grau suportável e tenha esperança na possibilidade de cura (ANZIEU, 1985/1989, p. 234).

Contudo, quando insuportável, a dor mobilizaria o princípio do Nirvana, amplificando e intensificando a ação da pulsão de morte e podendo resultar mesmo em uma desintração pulsional perigosa, pois, no intuito de descarregar os excessos sentidos como desprazer, o psiquismo pode ser levado ao extremo através do desejo de zerar completamente as tensões (FREUD, 1920/1976). Em outras palavras, a dor ameaça a estrutura própria do Eu-Pele em todas as suas funções, principalmente nas de para-excitação e de inscrição de traços significativos. De tal modo que, nas entrevistas, observamos o extravasamento da experiência dolorosa para além dos furos da agulha — cicatrizes não localizadas fisicamente, mas que, invisíveis, passam a funcionar como marcas de um sofrimento não traduzidas psiquicamente. Dito de outro modo, as marcas próprias do trauma, embora não se organizem como representações, insistem em se apresentar e permanecem enquistadas como um corpo estranho, “como um projétil de chumbo que não se pode retirar do corpo” (KLUGER, 2005, p. 126). Os hematomas nos dão apenas pistas sobre o que se passa no interior de tais sujeitos.

Também Nasio (2008) propôs que a dor, tanto física como psíquica, seria uma experiência complexa, na qual se poderia identificar três etapas: (1) fase de ruptura, (2) fase de comoção e (3) fase de reação. Ao descrever a fase de ruptura, ele diz que toda lesão é sentida como uma agressão advinda do exterior sobre o Eu, ou seja, como uma invasão. A fase de comoção é descrita como um fluxo súbito e maciço de energia, rompendo com a homeostase do sistema

psíquico, colocando em suspenso o princípio do prazer. Segundo ele, a percepção do Eu *transtornado* é o que configura a emoção dolorosa e o seu impacto seria tão grande que esse abalo interno implicaria uma marca inconsciente, que retornaria de outras formas: “gravada no inconsciente, ela reaparece sob diversos aspectos que se impõem a nós, à nossa revelia” (NASIO, 2008, p. 23). Por fim, a fase de reação se relaciona ao esforço do Eu para se defender do transtorno experimentado, intensificando ainda mais a dor pelo excesso compensatório produzido.

Novamente, fica claro o aspecto traumático da experiência dolorosa. Primeiro, seu caráter invasivo, que incide agressivamente sobre o sujeito, desorganizando-o. Depois, o excesso derivado no psiquismo que coloca um desafio para o funcionamento para-estimulatório e deixa uma marca não-representada, que retorna em uma compulsão à repetição. Finalmente, o esforço do psiquismo para se defender de uma desorganização, advinda desse excesso e a necessidade de reagir à intrusão. Como propôs Winnicott (1949/1978), diante da necessidade de se proteger, o sujeito investiria na compensação pela invasão, deixando de lado a organização do ego que proporciona a sensação de estar vivo e permanecer o mesmo, para tentar dar conta da ameaça de aniquilamento do Eu, que em si, já causaria uma ruptura pela desorganização que provoca.

Quando Anzieu (1985/1989) abordou o exemplo dos grandes queimados, ele colocou o papel do psicanalista como alguém que não só estaria naquele contexto para ouvir sobre a dor, mas também para banhar com palavras aqueles que estão em sofrimento. Para o autor, o banho de palavras forneceria o equivalente simbólico da suavidade e da pertinência do contato quando o tocar é doloroso ou proibido. Assim, ao estabelecer uma *pele de palavras*, o psicanalista seria capaz de auxiliar no alívio da dor, independente da idade do sujeito, recuperando as funções antes ameaçadas do Eu-Pele.

### **As perdas: angústia e castração**

Desde o diagnóstico ou, ainda, durante as investigações prévias e ao longo de todo o tratamento, a vida da criança acometida por leucemia sofre grandes mudanças. Além das transformações no corpo, elas se veem, repentinamente, afastadas de tudo o que lhes era familiar: sua casa, seus parentes e amigos, sua escola, suas roupas e seus brinquedos, os alimentos do dia a dia e suas atividades em geral. De tal modo que “o hospital é vivido e dramatizado como um lugar de separação” (TORRES, 1999, p. 130). As crianças hospitalizadas se de-

param com uma miríade de “não podes”: não pode brincar disso, não pode comer aquilo, não pode ficar com o pai ou irmãos, não pode sair do leito, não pode ir pra casa, etc. Suas referências de segurança são afastadas, restando apenas ela e a mãe, em uma rotina completamente nova e assustadora.

R. (8 anos) nos contou do que mais sentia falta enquanto estava internada: “da minha casa, da minha família, dos meus brinquedos... do ambiente...”. J. (9 anos) destacou o afastamento de pessoas importantes: “aí depois vai vir minha amiga Nicole, vai vir todo mundo pra poder me visitar. Meus irmãos, meus primos, meus tios, todo mundo. Aí vou poder ficar bem mais tranquilo com eles, que é muita saudade, né? *Criança sente saudade das pessoas*”. E falou também de outras restrições: “só me incomoda as coisas que eu não posso comer, eu vejo as outras crianças comendo mas eu não posso. Salsicha, hambúrguer, tem que ser feito em casa, não pode ser da rua, pastel, pizza, nada disso eu posso comer. [...]. Brincar de bicicleta, correr, jogar bola, soltar pipa...”. Quanto perguntada sobre o que mais a incomodava sobre a doença, A. (12 anos) respondeu com raiva: “que eu não posso fazer nada!”

Com tantas privações, fica patente a exigência de que a criança abra, de certa forma, mão de sua infância, vivendo agora como um paciente dócil que deve se sujeitar a novas regras e cooperar com procedimentos dolorosos. Por vezes, tudo isso culmina na perda da própria identidade, apontando a possibilidade de graves danos ao ego. Ora, como entender tais cortes e proibições se não como castrações adicionais com as quais essas crianças são obrigadas a lidar, em uma situação delicada, enquanto lutam contra uma doença grave? Nas palavras de Torres (1999, p. 131), “o hospital funciona, assim, pelo menos em parte, como uma ‘mãe má’ que agride e castra”. Todas essas perdas são de coisas valorosas para esses pacientes: são perdas de objetos, pessoas e lugares que dão prazer e sentido às suas vidas. A castração se encontra presente, então, não só na doença em si, na perda da saúde e risco de morte, mas também em seus efeitos nos diversos âmbitos da vida da criança com leucemia.

Freud (1925-1926/1976), ao descrever a angústia de castração, a articula com a angústia de separação de um objeto altamente valioso e com o temor dessa perda. Ao longo do desenvolvimento, a angústia poderia ser caracterizada por diferentes aspectos, todos relativos a uma separação ou limitação. Assim, um sujeito, cujo ego ainda é imaturo, experimentaria a ameaça de separação como um perigo de vida. Durante os primeiros anos, esse risco estaria relacionado ao perigo de perda do objeto amado e, até a fase fálica, ao perigo de castração. Mais adiante, essa angústia seria o medo do superego e, por fim, da morte, a castração por excelência: “assim, a angústia da morte é, no

fundo, angústia de castração, especialmente angústia de perda do amor do supereu, que parece, nos momentos difíceis, ter nos abandonado aos desmazelos do destino” (RUDGE, 2003, p. 112). Como, então, elaborar tantas perdas derivadas de inúmeras restrições simultâneas? A partir de Freud (1917 [1915]/1976), podemos considerar que essas perdas vividas exigem um trabalho de luto. Isso porque o luto não estaria limitado à perda pela morte de um ente querido, mas poderia ser vivido também, relativamente, a diferentes perdas reais e simbólicas. Dessa forma, o rompimento de elos significativos da criança nos seus aspectos familiares, pessoais e sociais e a consequente exigência de se adaptar à nova realidade, colocaria à criança a necessidade de elaboração de inúmeros lutos. Segundo Freud (1917[1915]/1976), esse processo é particularmente difícil e doloroso, obrigando o sujeito a limitar a energia dispendida para o mundo exterior ao retirar os investimentos libidinais de volta ao ego.

Uchitel (2001/2011, p. 132) traz, ainda, uma dimensão do trauma winnicottiano, no que diz respeito à “experiência que tira a criança do lugar que lhe cabe de direito”. Neste sentido, tanto a privação de elementos importantes para a criança, como a intrusão de aspectos não pertencentes à infância traduzem um choque que as congela no presente. Para muitas, é como se estivessem paradas no tempo, em suspenso. A vida continua lá fora, mas a delas permanece em uma eterna repetição de exames e medicações, dia e noite, em uma realidade dura e limitada. Essa vivência da temporalidade aponta para a temporalidade própria do trauma proposta por Knobloch (1998). Se o trauma não se inscreve na rede de representações, ele retira o sujeito de seu tempo histórico, congelando-o em um presente absoluto, em um eterno hoje, comprometendo sua ligação com a experiência de *ser* antes da doença e com a possibilidade de vislumbrar um amanhã diferente, principalmente para aquelas crianças que se encontram em tratamento por longos períodos. Por isso, Knobloch (1998) entende o trauma como uma patologia da experiência temporal. Assim como no confinamento, mães e crianças hospitalizadas perdem a noção dos dias e das horas, em um agora que, como em alguns pesadelos, nunca passa.

### **A mãe fragilizada e o desamparo**

Algumas crianças expressaram, nas entrevistas, a preocupação com o sofrimento da mãe ao longo de seu tratamento. C. (08 anos), por exemplo, disse: “É, foi meio assustador porque eu não sabia o que era leucemia, aí eu queria

saber o que era [...]. Aí a minha mãe foi descendo e lendo, né, aí falou ‘C., 8 anos, com leucemia, a minha mãe chegou chorando! Ela não foi pegar o remédio, ela voltou, chorando! [...] Porque ela já tem a minha irmã que é cadeirante, que é especial, não anda e não fala, e agora eu... aí é uma luta, né?’ Depois, ainda completou: “a minha mãe tem pavor de ficar internada, ficar lá em cima. Que ela vê as crianças chorando, igual eu, tenho pavor”.

J. (09 anos) também demonstrou essa percepção sobre a mãe: “até a minha mãe ficou assim, preocupada, porque eu não comia direito, tadinha, ela gastou o dinheiro dela pra poder comprar um montão de frutas, legumes, comprou várias coisas com o único dinheiro que ela tinha. Que aí depois que ela ficou sabendo, teve que se encaminhar pra cá, deixou tudo lá”. Ele também se mostrou preocupado: “é, porque ela quase se arrisca, ela não come direito, não fica... ela fica preocupada... como é que eu estou, se eu vou voltar a ficar com essa doença de novo... Ela fica assim”. J. (09 anos) ainda relata “... a minha mãe ficava até louquinha porque tinha um nome de remédio estranho, que confundia com outro... aí trocava o nome, a minha mãe ficava maluquinha. [...] Quando eu ‘tô’ enjoado, que eu acabo de comer, minha mãe me dá remédio... Aí fica assim: um cuida do outro”.

Como podemos entender a figura da mãe deprimida e angustiada, devotada aos cuidados da criança, no cenário no qual ambos se encontram aparentemente desamparados? Como vimos, Winnicott (1967/1975) apontou o papel da mãe no desenvolvimento emocional do bebê em sua função de mãe suficientemente boa, ou seja, como aquela que oferece a sustentação e a contenção (*holding*), o manejo (*handling*) e a apresentação de objetos, de forma a permitir o processo saudável de amadurecimento. Naturalmente, para uma mãe desempenhar essa tarefa, ela própria precisa de um ambiente que a sustente suficientemente e a permita se dedicar aos cuidados de outro ser dependente dela. Muitas mães que encontramos, angustiadas no hospital, não são, elas mesmas, objeto de cuidados e se veem desamparadas e sobrecarregadas para encarar os desafios e medos de dar conta de um filho gravemente enfermo. Mesmo as que possuem alguma rede de apoio, seja familiar ou social, passam a maior parte do tempo como testemunhas diárias do sofrimento de sua criança, impotentes para resolver as situações mais complicadas e esgotando seus próprios recursos para lidar com a angústia.

A criança, então, passa a se preocupar com a mãe, às vezes com a própria saúde dela, em uma cena aparentemente invertida. Aquela mãe fragilizada e impotente gera um estado de insegurança para a criança que se vê, de certa forma, só. Ela a poupa, minimizando algumas sensações dolorosas ou negando a sua

tristeza e medo de morrer. A mãe pode culpar-se por não conseguir proteger a criança, por fantasiar que a doença seja resultado de uma falha de cuidados.

A criança, por outro lado, pode culpar-se pelo sofrimento que sua doença causa na mãe ao vê-la chorando constantemente ou ouvi-la dizendo aos que se aproximam, que ela não suporta mais aquela situação.

A partir das entrevistas realizadas, encontramos um evidente desamparo na dupla mãe-filho, onde ambos estão vivendo uma experiência potencialmente angustiante: a mãe por sentir que deve dar conta sozinha de uma situação que foge de seu controle e a criança que, além de encarar os percalços da doença, percebe a fragilidade da mãe e não encontra a sensação de proteção e segurança de que necessita. Diante desse cenário, a confiança de sustentação do ambiente encontra-se abalada e a criança lança mão de meios mais drásticos para se proteger: ela amadurece intelectual e precocemente para ter controle (ilusório) da situação. Como escreveu Winnicott: “A compreensão intelectual converte a adaptação ambiental não suficientemente boa em adaptação suficientemente boa” (WINNICOTT, 1949/1978, p. 383). Mas a que preço?

Essa situação nos remete, diretamente, ao que Ferenczi (1931/1992) chamou de bebê sábio. Esse mecanismo de defesa, para dar conta de um desamparo, que obriga à criança a cindir seu ego para tornar-se, em parte, seu próprio cuidador, traz consigo graves consequências. Nas palavras dele: “Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado” (FERENCZI, 1933/1992, p. 104). Winnicott (1967/1975) descreve a mesma situação quando diz que uma criança envelhece prematuramente quando deve se tornar responsável, diante de uma situação inesperada e, assim, é obrigada a abrir mão da espontaneidade e de seu impulso criativo para dar conta de novas exigências.

Entretanto, não podemos afirmar que seja assim em todos os casos. Apesar de a situação em si se colocar como um desafio para qualquer um, será que podemos mesmo supor que todas essas mães perdem a capacidade de exercerem seu papel como suficientemente boas? Se o sofrimento materno em tais situações é inegável e inevitável, ainda assim podemos questionar a generalização dessa dificuldade, como determinando sempre uma falha grave que impossibilitaria o *holding* e as tarefas de cuidado por parte da mãe. Considerando que essa categoria só esteve presente em três das nove entrevistas, podemos supor que algumas mães, ao se sentirem acolhidas, exercem, mesmo nos dias mais difíceis, uma boa sustentação aos filhos em tratamento. Elas podem até expressar sua tristeza e preocupação, mas descobrem uma disponibilidade

para se oferecerem como lugar seguro, como um colo de descanso, em meio a tantas outras falhas no ambiente hospitalar.

### **O brincar: da ferida à cicatriz**

Não surpreende que em oito das nove entrevistas, as crianças expressaram, diretamente, sua necessidade de brincar. Para C. (08 anos), em um dia que estivesse mais triste ou assustada, tinha algo que a fazia se sentir melhor: “os meninos que brincam. Os voluntários que vem aqui pra brincar, eles que me deixavam contente quando eu ia trocar o acesso, vinha um doidão que é o palhaço”. Já, para F. (06 anos), o que a ajudava era “brincar com a minha mãe de dominó”. R. (08 anos) também relata que se sentia melhor no hospital quando “ia pra brincar, que eu me distraía, ou então até quando eu ficava vendo televisão, não era tanta coisa assim... Eram as coisas que me distraíam porque eu... ou então eu ficava pintando, desenhando, assim”. Para qualquer criança, mas, especialmente, para aquelas que se encontram em situações de risco físico e, sobretudo, psíquico, ou seja, quando necessitam, não somente do prazer da brincadeira e do ingresso no mundo lúdico, mas, principalmente, da retomada de seus aspectos infantis mais saudáveis, o brincar faz-se, absolutamente, imprescindível pelo seu caráter estruturante, libertador e apaziguador.

Em uma pesquisa realizada sobre a promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde, Mitre e Gomes (2004) apontaram para o sentido do brincar, na visão dos profissionais que atendem as crianças hospitalizadas. Eles descobriram que para esses profissionais, o brincar apresenta a sua importância em uma variedade de aspectos: como atividade prazerosa que resgata a condição de ser criança; como contraponto às experiências dolorosas, que seriam mais do que a dor física provocada pela doença ou pelos procedimentos, envolvendo também o sofrimento psíquico e existencial; como espaço de socialização e interação com outras crianças, diminuindo o isolamento; como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo em meio a tantas perdas; como uma marca identitária; como um facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e seus acompanhantes por ser uma linguagem universal e que remete ao prazer e à alegria; como veículo de comunicação, no sentido de levar a informação, relativa ao adoecimento e tratamento, numa linguagem acessível à criança; como um espaço que possibilita escolhas e a livre expressão da criança; e como ação sobre o próprio corpo,

promovendo o próprio equilíbrio psicossomático, regulando tensões e estresse, tendo uma ação direta no sistema imunológico.

Freud (1920/1976) propôs a ideia da compulsão à repetição associada às brincadeiras infantis como uma tentativa da criança dar conta de uma experiência desagradável, possibilitando uma elaboração dessa vivência. Observamos que grande parte das brincadeiras propostas pelas crianças na enfermaria trazem os temas próprios do adoecimento, tratamento e morte. Em uma das brincadeiras observadas, P., de 04 anos, colocou a psicóloga na posição de paciente e construiu uma história de como seria a brincadeira: ela estava em casa, brincando e, de repente, uma bomba explodiu. Ela ficou desacordada e uma ambulância foi buscá-la para levá-la para o HEMORIO. Lá, eles a furaram, fizeram exames, ela tomou remédio e depois recebeu a alta do médico para voltar pra casa. P., no papel de médico, tentou tranquilizá-la quando ela se mostrou angustiada durante os procedimentos dolorosos, explicando-lhe os motivos de ela estar ali e demonstrou bom entendimento sobre a situação. Entretanto, pediu que ela encenasse inúmeras vezes o (seu) sofrimento dela, muito atento a qualquer expressão, parecendo querer dar um sentido ao que restou entender ou integrar. Entendemos que a compulsão à repetição presente em tais brincadeiras parece servir como tentativa de elaboração de situações “bombásticas”.

Em *O brincar e a realidade*, Winnicott (1967/1975) afirmou que a tarefa de aceitação da realidade nunca é completada, pois nenhum ser humano está livre da tensão relacionada a realidade interna e externa e que o alívio dessa tensão é proporcionado por uma área intermediária de experiência, como as artes e a religião. Segundo ele, essa área está em continuidade direta com a área do brincar da criança, uma área de experimentação, onde nada é reivindicado, exceto o que ele chamou de repouso (WINNICOTT, 1967/1975).

Ao se aprofundar no tema, o psicanalista inglês afirmou que o brincar é uma manifestação da saúde, ao mesmo tempo em que a promove. Segundo ele, o brincar possibilita o crescimento saudável, a comunicação, a expressão e a elaboração (WINNICOTT, 1967/1975). O brincar é, acima de tudo, uma experiência criativa que coloca o sujeito em uma continuidade tempo-espaço, possibilitando o seu vir-a-ser. De tal modo que não importa o conteúdo da brincadeira e, sim, a experiência de quase alheamento que a criança vive ao se “perder” nela. Ao destacar essa importância do brincar, Winnicott (1967/1975, p. 95) a associou à criatividade: “É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida”. Para as crianças com leucemia, sujeitos desta pesquisa, o brincar representa a contrapartida vital da realidade externa que exige uma dura adaptação e pouca

oportunidade para sentir que a vida vale a pena. Ora, se percebemos ser traumática a experiência vivida por estas crianças durante o tratamento, pelo seu caráter desorganizador e pelas feridas psíquicas provocadas pelo excesso e invasão impossíveis de assimilar, o brincar surge como um facilitador para o cuidado dessas feridas. Ainda que as marcas dessas experiências dolorosas estejam para sempre presentes no psiquismo, talvez cicatrizadas através do brincar, elas possam atuar menos como ameaças desestruturantes e mais como partes integrantes daquele sujeito. Isto porque, no desafio de experiências potencialmente disruptivas, as crianças em tratamento encontram no brincar a possibilidade de serem criativas, integrando sua personalidade e (re)descobrimo o seu *self*. Através da brincadeira, essas crianças podem se comunicar, podem encontrar-se novamente e recuperar um senso de esperança no ambiente e na vida, que servirá de base para que algum sentido seja passível de ser construído e assimilado.

### **Morrer em silêncio**

Por que incluir uma categoria que não apareceu manifesta e verbalmente, de forma explícita, nas narrativas? Para nós, apareceu em negativo justamente pela sua discrepante ausência. Se a questão da morte permeia, a todo o momento, a experiência da leucemia, seja pelo diagnóstico de uma doença grave ou pela criança testemunhar mortes de outros pacientes na enfermaria, por que, então, nada sobre isso apareceu, sequer de relance? Podíamos supor, em um primeiro momento, que isso não se tornasse uma questão para criança, tanto quanto para as mães ou para equipe. Entretanto, a experiência faz pensar em outra leitura: elas não só consideram a morte como uma questão a ser abordada, como a entendem como problemática, como um segredo ou um tabu, pela carga de sofrimento que deflagra. Por que, nas narrativas, esse tema manteve-se completamente oculto? Será que esse silêncio estaria a serviço de defender somente as crianças contra a angústia ou seria uma defesa compartilhada também com as mães presentes durante a entrevista? Consideramos essa variável também relevante para, talvez, explicar a impossibilidade das crianças de falarem da morte na presença das mães, para as quais poderia ser insuportável ouvir sobre tais aflições. Seja por se recusarem a responder perguntas diretas sobre o tema da morte, fazendo as crianças desistirem de perguntar, seja pela percepção das crianças de que as mães se esforçam para esconder qualquer notícia de morte de outros pacientes ou prognósticos reservados recém-comunicados pelo médico, a morte como tabu torna-se evidente.

A morte do outro aponta para a própria morte e, se não se pode falar disso ou se a angústia frente a isso é desqualificada, o desmentido se faz presente, podendo obrigar a criança a lançar mão de defesas mais primárias que o recalque, como a autoclivagem narcísica. Para Ferenczi (1931/1922), seria justamente o desmentido o que tornaria um trauma patogênico: “o pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até mesmo ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática dos pensamentos ou dos movimentos” (FERENCZI, 1931/1922, p. 79). Da mesma forma, Torres (1999, p. 161) afirma que “essa conspiração do silêncio além de ser uma estratégia inútil é também uma estratégia inibidora para a criança”. Quanto a isso, a autora ainda alerta sobre a necessidade de que todos os esforços sejam feitos para preservar, não só a integridade física, mas também a integridade psíquica da criança, pois uma resposta inadequada ou a ausência de resposta frente à questão da morte pode, muitas vezes, fragilizar ou até mesmo romper essa integridade (TORRES, 1999). Segundo Raimbault (1977/1979), quase todas as crianças condenadas teriam plena consciência disso, relacionando sua morte iminente à doença contra a qual elas lutariam. Para elas, a morte seria o destino lógico para as crianças que estão doentes no hospital e que não se curam. A crueza de tal percepção parece ter um efeito direto sobre aqueles, ao seu redor, que acabam por se esforçar em amenizar tal ideia, muitas vezes exigindo, assim, o seu silêncio: “não chore!”.

Portanto, é importante que sejam discutidas as possibilidades para quem se vê diante de poucas: “Acreditamos profundamente que a única ajuda que podemos dar à criança moribunda é mostrar-lhe que temos vontade de permanecer com ela até o fim” (RAIMBAULT, 1977/1979, p. 50). Deve-se oferecer a essas crianças a oportunidade de falar sobre o que pensam, o que temem, o que sentem, incluindo aí suas fantasias e ansiedades em relação a sua própria morte ou a de seus pais. Isso implica na disponibilidade de se estar junto com a criança e de reconhecê-la como um sujeito que demanda uma presença e uma escuta, sustentadas por um desejo e que seja resistente à angústia inerente, quando falamos de morte e de humano. Parece-nos, como acredita Torres (1999), que a ruptura do silêncio acerca do tema da morte é, extremamente, terapêutica e que, ser ouvida e não se sentir sozinha implica, para criança, o sentimento de ser reconhecida na condição em que se encontra. Com isso, não se apresenta como conduta, simplesmente, dizer à criança que ela se encontra diante da morte, mas que a criança perceba que o adulto não impõe o seu silêncio e que é capaz de partilhar seus sentimentos.

De maneira resumida, Torres (1999) conclui que, para dialogar com a criança sobre a morte, é preciso sensibilidade para considerar a sensibilidade da criança. Assim, não existe uma receita de bolo, mas a posição de considerar seu desenvolvimento cognitivo, afetivo, seu momento. Além disso, a autora sugere que a criança pergunte livremente e que se responda sinceramente a essas perguntas, ainda que de forma apropriada, e que, por fim, é preciso acima de tudo “ouvir, aceitar, ser honesto, partilhar” (TORRES, 1999, p. 165).

### **Considerações finais**

Através das narrativas, pudemos identificar os aspectos do trauma presentes nas experiências descritas pelas crianças. O primeiro deles diz respeito à invasão do corpo, à sensação dolorosa, ao excesso advindo do exterior e à ruptura do seu envelope, tanto tátil como psíquico, devido aos exames e procedimentos médicos frequentes e inevitáveis. O segundo aspecto traumático identificado se relaciona às inúmeras castrações sofridas pelas crianças em tratamento, pelas restrições e perdas que são obrigadas a lidar, por tudo que devem abrir mão para que se submetam ao tratamento. O terceiro ponto seria a fragilidade da mãe durante o período de tratamento, percebida pela criança e que suscita o sentimento de desamparo generalizado por ela se encontrar, afinal, só, sem ter quem a acolha e proteja de um ambiente imprevisível e estranho. O quarto aspecto traz a saída encontrada pelas crianças para suportar tantas dificuldades na luta contra a doença: o brincar. Assim, fazem do brincar o seu remédio para cicatrizar as feridas expostas pelas invasões, solidões e perdas. Por fim, através do silêncio, se fez presente o tabu da morte, percebido pelas crianças, ao se verem obrigadas a calarem a sua percepção e seus medos em relação à finitude, seja a sua própria ou a de seus companheiros na enfermaria.

Todos esses aspectos demonstram efeitos que variam de acordo com o sujeito, com a mãe, com a equipe, com a gravidade de sua doença, etc. Se podemos afirmar que as experiências são traumatizantes, não podemos definir, de antemão, qual será, exatamente, o seu efeito. Optamos, assim, por retomar a sugestão da Uchitel (2001/2011) sobre considerar a existência de estados traumáticos, antes de um trauma específico. Neste sentido, observamos o impacto do trauma, mas seu caminho dependerá do que é feito a partir dele. Assim, o trauma pode tomar proporções devastadoras, desestruturantes, como nas clivagens narcísicas e outros graves danos psíquicos, mas pode, também,

ser passível de alguma elaboração e, assim, inscrição, para que integre aquele sujeito, em sua história de vida. E como elaborar tais experiências desafiadoras? Já abordamos o brincar, trazido pelas próprias crianças, que o reconhecem como instrumento de saúde, diante dos danos impostos pelas violências sofridas, sejam elas físicas ou psíquicas. De forma complementar, o narrar, como vimos anteriormente, exerce um importante papel na tentativa do sujeito de simbolizar suas cicatrizes traumáticas.

Maldonado e Cardoso (2006) destacam que umas das características centrais do trauma está relacionada com a sua marca indelével, não inscrita, simbolicamente, no psiquismo. Eles apontam para o indizível do trauma, no sentido da impossibilidade de colocar em palavras a experiência de terror inassimilável (invivível) que se colocou para o sujeito, ao mesmo tempo em que apresentam o paradoxo sobre a necessidade de se narrar esse inenarrável para que ele comece a se inscrever. A aposta é que, ainda que algo permaneça como indizível, através do narrar, o sujeito pode começar a costurar os seus retalhos, buscando e dando forma para o que viveu, ao conectar-se a uma escuta disponível, que sustente o que quer que advenha deste testemunho.

#### **Autoras**

**Luana Flores Pereira.** Psicóloga, especialista Psicologia Clínica com Crianças/Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio), mestrado Psicologia Clínica/Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio), psicóloga/Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemorio), associada à Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). E-mail: luarvim@gmail.com

**Monah Winograd.** Psicanalista; doutora Teoria Psicanalítica/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), profa. adjunta Programa Pós-graduação em Psicologia Clínica/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).  
E-mail: monahwinograd@icloud.com

#### **Tramitação**

Recebido em 03/08/2016

Aprovado em 13/12/2016

## Referências

- ANZIEU, Didier. (1985). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- COSTA, Ana; POLI, Maria Cristina. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, ano XIX, n. 188, dez., p. 14-21, 2006.
- FERENCZI, Sándor. (1931). *Análises de crianças com adultos*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- \_\_\_\_\_. (1933). *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- \_\_\_\_\_. (1934). *Reflexões sobre o trauma*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4).
- FREUD, Sigmund. (1896). *A etiologia da histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, 3).
- \_\_\_\_\_. (1917[1915]). *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, 14).
- \_\_\_\_\_. (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, 17).
- \_\_\_\_\_. (1925-1926). *Inibições, sintomas e ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, 20).
- \_\_\_\_\_. (1939). *Esboço de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (ESB, 23).
- GAGNEBIN, Jeanne Marie. Palavras para Hurbinek. In: NESTROVSKY, A.; SELIGMANN-SILVA, M. (Org.). *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 73-98.
- KLUGER, Ruth. *Paisagens da memória: autobiografia de uma sobrevivente do holocausto*. São Paulo: Editora 34, 2005.
- KNOBLOCH, Felícia. *O tempo do traumático*. São Paulo: Educ.; Fapesp, 1998.
- MALDONADO, Gabriela; CARDOSO, Marta Rezende. O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-57, 2009.
- MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), p. 147-154, 2004.
- MUYLAERT, Camila Junqueira *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*, 48, p. 193-199, 2014.

NASIO, J. *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

PIRALIAN, Hélène. *Genocídio y transmisión*. México; Buenos Aires: Fondo de Cultura, 2000.

RAIMBAULT, Ginette. *A criança e a morte*. Crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

RUDGE, Ana Maria. Trauma e temporalidade. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano VI, n. 4, dez. p. 102-116, 2003.

SAFRA, Gilberto. *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo: Edições Sobornost, 2006.

SELIGMANN-SILVA, Márcio. Narrar o trauma – A questão dos testemunhos de catástrofes históricas. *Psic. Clín.*, v. 20, n.1, p. 65-82, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Denise Quaresma. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 39, julho, 2013, p. 37-46.

TORRES, Wilma da Costa. *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

UCHITEL, Myriam. *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

WINNICOTT, Donald Woods. (1949). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

\_\_\_\_\_. (1960). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. (1967). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.