

Travessias psíquicas no transplante autólogo de medula óssea:

a escuta psicanalítica diante do corpo, do vazio e do excesso

Psychic journeys in autologous bone marrow transplantation:

Psychoanalytic listening to the body, emptiness, and excess.

Lucas Silva Romano¹

Luzia Silva dos Santos²

Fernanda Gonçalves Correia³

¹Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG, Brasil.

²Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG, Brasil.

³Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG, Brasil.

RESUMO: **Introdução:** O acompanhamento psicológico de pessoas internadas para o Transplante de Medula Óssea autólogo (TMO) permite um olhar mais atento aos principais fatores que mobilizam o eixo de sofrimento emocional associado a este contexto. O isolamento, a suspensão da vida cotidiana, os efeitos colaterais agressivos das quimioterapias e a entrada forçada em uma temporalidade absolutamente distinta, compõem alguns dos aspectos mais marcantes das vivências. **Objetivo:** Investigar como o processo de elaboração psíquica se manifesta neste contexto e analisar como a escuta psicanalítica pode favorecê-lo. **Método:** Estudo descritivo, de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência, realizado na atenção terciária à saúde em hospital de referência em Minas Gerais. **Resultados e conclusão:** A sistematização desta experiência permite perceber que, apesar de cada sujeito vivenciar de forma absolutamente singular a travessia, o enquadre comum do TMO pode operar como experiência liminar que catalisa e intensifica o processo de elaboração psíquica, permitindo conceber seu estágio anterior por meio do conceito de metabolização psíquica.

Palavras-chave: TMO; Sofrimento; Psicanálise; Hospital; Experiência.

ABSTRACT: **Introduction:** Psychological support for individuals hospitalized for autologous bone marrow transplantation (BMT) allows for a closer look at the main factors that drive the emotional suffering associated with this context. Isolation, the suspension of daily life, the aggressive side effects of chemotherapy, and the forced entry into a completely different temporality are

some of the most striking aspects of these experiences. **Objective:** To investigate how the process of psychic elaboration manifests itself in this context and to Analyze how psychoanalytic listening can facilitate it. **Method:** A descriptive, qualitative study in the form of an experience report, conducted in tertiary healthcare at a reference hospital in Minas Gerais. **Results and conclusion:** The systematization of this experience allows us to perceive that, although each subject experiences the Journey in a completely unique way, the common framework of BTM can operate as a liminal experience that catalyzes and intensifies the process of psychic elaboration, allowing us to conceive of its previous stage through the concept of psychic metabolization.

Keywords: BMT; Suffering; Psychoanalysis; Hospital; Experience.

Introdução

Este trabalho nasce do lugar da escuta. Mais do que uma habilidade profissional, escutar, no contexto hospitalar, é colocar-se à beira do inominável, na borda do que, muitas vezes, escapa à simbolização. Atuar como psicólogo em uma unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO) é, antes de qualquer coisa, estar na presença de sujeitos em travessia - entre o risco e a possibilidade, entre o adoecer e o viver, entre o que se perde e o que, por vezes, se reinscreve na experiência.

Desta posição, emerge uma inquietação nascida do encontro cotidiano com os sujeitos que embarcam neste translado: como se manifesta o processo de elaboração psíquica no contexto do Transplante de Medula Óssea autólogo (TMO)? A formulação desta questão se deu a partir de um estudo das principais características da terapêutica, cuja vivência emocional parece inaugurar o percurso por vir, são elas: o isolamento; a suspensão da vida cotidiana; os efeitos colaterais agressivos das quimioterapias; a perda do corpo conhecido; a quebra de referências identitárias como a rotina, o trabalho, o convívio social; e, ainda, a entrada forçada em uma temporalidade absolutamente distinta, uma temporalidade de espera, de suspensão e de incerteza.

A travessia aqui não diz respeito apenas ao adoecimento físico, mas a uma vivência subjetiva que atinge os campos do imaginário, do simbólico e do

real. Em 1914, Freud¹ define elaboração (*Durcharbeiten*) como um trabalho de transformação psíquica necessário para que o sujeito possa inscrever no campo simbólico aquilo que, em um primeiro momento, se apresentou como puro afeto, repetição ou ato. Neste sentido, elaborar é trabalhar sobre o vivido, é permitir que a experiência deixe de se repetir no corpo e na ação para ganhar forma no dizer. Trata-se de um trabalho de passagem do real traumático à simbolização possível, em um movimento que nunca se completa, mas que permite ao sujeito construir uma narrativa que o sustente diante do impossível de suportar.

Por sua vez, Lacan² retoma esse conceito ao discutir a temporalidade da experiência psicanalítica e a lógica da formação de um saber. Para o autor, este percurso se manifesta em três tempos: o tempo de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Elaborar, para Lacan, é percorrer esses tempos subjetivos, passando do olhar perplexo sobre o acontecimento (ver), à tentativa de dar-lhe sentido (compreender), até alcançar algum tipo de decisão interna (concluir), ainda que tal conclusão seja sempre provisória. Nesta direção, elaborar se configura como um movimento pulsante de significação, uma forma de manter o desejo vivo mesmo diante da dor.

No campo da psicologia hospitalar³ ⁴, observa-se um conjunto consistente de produções voltadas à adaptação psicológica ao adoecimento grave, ao enfrentamento do tratamento e à adesão terapêutica, com especial atenção aos impactos emocionais do isolamento, da hospitalização prolongada e da ruptura da vida cotidiana - aspectos amplamente descritos em contextos de transplante de medula óssea. Na psiconcologia⁵, a seu turno, os estudos aprofundam a compreensão do sofrimento psíquico associado ao diagnóstico, aos efeitos colaterais dos tratamentos intensivos e às ameaças à continuidade da vida, enfatizando fenômenos como ansiedade, depressão, luto antecipatório e reorganizações identitárias, frequentemente articulados a modelos de *coping* e resiliência.

Já no campo da psicanálise, embora existam contribuições relevantes sobre o adoecimento grave, o trauma e a experiência limite, ainda são

escassos os trabalhos que tomam o transplante de medula óssea como experiência clínica específica, sobretudo no que diz respeito à temporalidade singular, à radical vulnerabilidade corporal e à necessidade de elaboração psíquica frente a um real que insiste. É nesse intervalo - entre o corpo submetido a procedimentos extremos, o tempo suspenso da espera e a escuta implicada do analista - que o presente trabalho se inscreve, propondo pensar o TMO não apenas como um tratamento médico, mas como uma travessia subjetiva, na qual a escuta psicanalítica pode sustentar processos de elaboração psíquica diante do excesso, da perda e da contingência.

Por meio de um relato de experiência do acompanhamento psicológico de pacientes que se submeteram ao transplante de medula óssea autólogo, buscaremos percorrer o tema. O objetivo aqui é investigar de que modo o processo de elaboração psíquica se manifesta no contexto do TMO, analisando, ao mesmo tempo, como a escuta psicanalítica pode favorecê-lo.

Compreendendo o TMO – um lugar entre o remédio e a aposta

No universo das doenças hematológicas e onco-hematológicas, o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, mais conhecido como Transplante de Medula Óssea (TMO), emerge como um dos recursos terapêuticos mais complexos e intensos da medicina contemporânea. Sua indicação se dá em contextos nos quais o adoecimento compromete profundamente o funcionamento do sistema hematopoiético, exigindo uma intervenção que não apenas reabilite a produção de células sanguíneas, mas que o faça a partir de uma espécie de reinício, isto é, de uma destruição programada para possibilitar o florescimento de um novo ciclo vital.

Em termos técnicos, existem três modalidades principais de TMO: o transplante autólogo (em que o próprio paciente é seu doador), o alogênico (realizado com doador aparentado ou não) e o singêntico (quando o doador é um irmão gêmeo idêntico). No caso do transplante autólogo, utiliza-se a medula do próprio paciente, colhida previamente e reinfundida após um regime de

condicionamento que envolve doses elevadas de quimioterapia e, em alguns casos, radioterapia.⁶

A indicação da modalidade autóloga se faz, sobretudo, para doenças onco-hematológicas, dentre as quais estão os diagnósticos de mieloma múltiplo, os de linfomas de Hodgkin e não Hodgkin, além de alguns tumores sólidos e doenças autoimunes refratárias^{7 8}. Nesses casos, o TMO autólogo permite a administração de altas doses de quimioterapia, doses estas que seriam letais sem o posterior resgate da medula.

Apesar do nome, o transplante não envolve procedimento cirúrgico de retirada e implantação de órgãos, mas uma transfusão de sangue⁶. As células progenitoras são infundidas, via endovenosa, e circulam pelo corpo até encontrarem, no microambiente medular, a possibilidade de se fixarem e iniciarem o processo de reconstituição da hematopoiese.

Entretanto, para que haja a possibilidade de cura ou de prolongamento da vida, o corpo precisa primeiro atravessar um processo radical de destruição das células cancerígenas, por meio de doses intensas de quimioterapia, o que opera como um gesto de esvaziamento, devastação e redução do organismo a um estado de extrema vulnerabilidade. E é neste mesmo esvaziamento que se abre a possibilidade de renascimento, uma vez que a infusão das células-tronco inaugura a promessa de uma nova medula capaz de sustentar a retomada da vida. Encena-se, então, um gesto de matar para que se possa viver, de arriscar para que se possa reiniciar. Como pontuam Cardoso e Santos⁹, há uma linha tênue entre remédio e veneno, entre o que salva e o que pode ferir neste procedimento. Tal ambivalência evidencia o caráter paradoxal do TMO como uma solução clínica.

Embora apresente-se de modo distinto e com características de risco menos elevadas, no TMO autólogo, o paradoxo acima mencionado também se verifica. Nele, como registra Teodoro¹⁰, mesmo que as células reinfundidas pertençam ao próprio paciente, reduzindo o risco de rejeição imunológica, as possibilidades de complicações infecciosas e de recaída da própria doença de

base se mantém. Assim, a promessa de reinício carrega, desde sempre, uma sombra de ameaça, na medida em que o que se oferta como possibilidade terapêutica traz, embutido, uma experiência limite, como se cada passo em direção à cura tivesse de atravessar o terreno instável da destruição.

Ainda que a prática médica divida o procedimento em fases como *pré-transplante*, *condicionamento*, *infusão* e *pós-transplante*, o que se vive ali dificilmente se organiza de forma tão linear¹¹. Para o paciente, trata-se de uma travessia fragmentada, marcada por descontinuidades e redefinições constantes. Antes da internação, na fase do pré-transplante, o acompanhamento ambulatorial se faz repleto de avaliações, exames, protocolos, escutas e orientações. É nesse momento que começa a se delinear, no campo psíquico, a complexidade daquilo que está por vir, isto é, um tratamento cujos efeitos colaterais podem incluir dores severas, mucosites, náuseas, toxicidade hepática, queda capilar, além da já esperada aplasia medular, uma espécie de apagamento temporário da fábrica de sangue.

A internação dura em média de quinze a vinte dias e a etapa do condicionamento se inicia logo no início com uma contagem de dias negativos (–5, –4, –3, etc.), momento em que o organismo é submetido a doses intensas de quimioterapia, cujo objetivo é a destruição da medula óssea do paciente. Aqui, o corpo esvaziado, pode responder de maneiras inesperadas. As defesas caem, a imunidade se rompe, o sujeito se vê isolado, suspenso de sua vida cotidiana, separado de sua casa, de seus afetos, de suas rotinas mais elementares.

O cotidiano é substituído por um tempo de espera monitorada, de protocolos médicos, de cuidados rígidos e, sobretudo, por um silêncio espesso que começa a habitar o espaço entre o desejo de viver e o medo de não conseguir. A partir do Dia 0, dia da infusão das células tronco, inicia-se uma nova contagem, agora positiva (D+1, D+2, D+3, etc.) e, com ela, a espera pela chamada “pega da medula”, isto é, o momento em que as células reinfundidas

encontram seu lugar na medula óssea e começam a produzir novamente células sanguíneas.

No hospital, esse instante é celebrado como um novo aniversário. Canta-se parabéns, oferecem-se balões, e o paciente se torna, de certo modo, um recém-nascido, precisando recomeçar as vacinas, reaprender a habitar o mundo e o próprio corpo. Mas, para além do gesto médico e festivo, há ali algo da ordem do renascimento subjetivo, uma nova chance de tecer sentido, de reorganizar o laço com o desejo e com o outro.

Todo esse processo é acompanhado de perto pela equipe multiprofissional, por meio da monitorização das contagens hematológicas. Quando há o aumento sustentado de células de defesa no sangue periférico, considera-se que ocorreu a pega da medula ou enxertia. Esse momento parece ser vivido com intensidade pelos pacientes, pois representa não apenas um sinal clínico de recuperação, mas também um marco simbólico - a confirmação de que o risco atravessado começa a se transformar em chance concreta de continuidade da vida. A contagem dos dias e a espera pela pega instauram, portanto, um tempo singular, que mistura cronologia médica e experiência existencial, organizando a vivência do transplante como travessia entre morte e renascimento.

Por sua vez, a fase do pós-transplante, vivida fora do hospital, não se apresenta como alívio imediato¹¹. Ainda que o corpo comece a responder, a rotina precise ser retomada e as visitas à equipe sejam mais espaçadas, a marca da travessia permanece. A vulnerabilidade se prolonga, o corpo ainda dói. E o sujeito precisa encontrar alguma forma de reinscrever sua existência nesse corpo que já não é mais o mesmo, uma vez que a medula transplantada não é a única mudança sofrida. O próprio lugar do sujeito é o que, por vezes, ainda precisa ser reconstruído.

O isolamento é uma das marcas mais contundentes do transplante de medula óssea. Por exigência médica, os pacientes permanecem em uma ala separada dos demais setores oncológicos, em quartos individualizados e

hermeticamente protegidos contra agentes externos. A medida visa evitar infecções durante o período de aplasia medular, quando o organismo, desprovido de defesas, torna-se vulnerável a qualquer microrganismo. As visitas são restritas, os profissionais adentram o quarto paramentados e o próprio paciente não pode sair, nem mesmo para ir ao posto de enfermagem. O quarto se torna, assim, o mundo possível: espaço de tratamento e de reclusão, de esperança e de solidão.

Mas, para além de uma prescrição hospitalar, o isolamento pode constituir uma vivência psíquica de confinamento. É como se o sujeito fosse convocado a enfrentar uma retirada forçada do campo social, um tempo suspenso em que o corpo e o pensamento se voltam sobre si mesmos. O TMO impõe, nesse sentido, uma experiência que lembra a de um recolhimento radical, quase monástico, em que o paciente é confrontado com o próprio limite, com o silêncio do mundo e com as marcas do que foi perdido. É nesse cenário de clausura que podem, também, emergir elaborações profundas, lembranças antigas, afetos recalados e gestos de reconciliação. O isolamento, então, se revela não apenas como condição de cuidado, mas como cenário simbólico da travessia, isto é, um espaço-tempo em que o sujeito, separado do exterior, é chamado a habitar o seu próprio interior.

Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que é privado da convivência social e do toque, o paciente não atravessa esse processo sozinho: a presença de um acompanhante exclusivo é obrigatória durante a internação. Essa figura, geralmente um familiar próximo, é simultaneamente apoio afetivo e testemunha das vulnerabilidades físicas e psíquicas do paciente, configurando-se como um elo vivo entre o mundo interno da enfermidade e o mundo de fora.

Tal paradoxo revela a ambiguidade estrutural do TMO. O isolamento necessário à cura convive com a presença indispensável do outro. O acompanhante se torna uma espécie de extensão do ambiente de cuidado, partilhando a clausura e, muitas vezes, o sofrimento. Em alguns casos, o confinamento conjunto intensifica laços; em outros, desperta tensões e

sentimentos ambíguos, pois o espaço íntimo e o espaço terapêutico se confundem. Assim, a experiência do TMO põe em cena uma convivência limite em que o sujeito é chamado a elaborar a solidão e a dependência simultaneamente, vivendo uma forma de estar acompanhado em seu isolamento.

Consentir o ingresso em todo este percurso é decisivo. Entretanto, para muitos, o TMO se apresenta não apenas como possibilidade de cura, mas como aquilo que resta quando tudo o mais já foi tentado. Essa é a marca do que chamamos de escolha forçada, uma aposta que nasce de uma urgência frente a ameaça da doença. Ao paciente e à sua família, não se oferecem caminhos equivalentes, mas uma travessia paradoxal, ou seja, aceitar o risco da morte pela progressão da doença ou enfrentar o risco contido no próprio tratamento. Ainda que esse paradoxo não seja nomeado nesses termos, ele pode se inscrever na vivência do paciente, que intui, em cada gesto, a convocação para uma aposta sem garantias. E é aí que a experiência subjetiva do transplante pode se revelar em sua dimensão mais angustiante, pois como toda aposta, carrega consigo um futuro imprevisível.

Métodos

Orientada pelo referencial teórico da Psicanálise, a pesquisa foi construída a partir da metodologia de *relato de experiência*. Este método se mostra particularmente adequado quando o pesquisador ocupa, ele próprio, um lugar implicado no campo de investigação, seja por meio da prática profissional, seja por atravessamentos subjetivos que fazem da experiência vivida um campo legítimo de produção de saber.

O relato de experiência é uma modalidade metodológica situada no campo da pesquisa qualitativa, especialmente nas Ciências Humanas e Sociais, que tem como principal característica a valorização da implicação subjetiva do pesquisador na construção do saber¹². Trata-se de uma metodologia que parte da experiência vivida para, a partir dela, produzir reflexão crítica e sistematizada, sempre ancorada em referenciais teóricos

consistentes. Em sua finalidade, o relato de experiência não pretende generalizar resultados, mas revelar o singular como portador de sentido e de potência epistemológica.

A interlocução com a psicanálise, então, se mostra fundamental. Como pontua Iribarry¹³, na psicanálise, a escuta não é apenas técnica. É um modo de operar o saber, uma forma de estar diante do outro, do discurso e da verdade do sujeito. Diferentemente de abordagens que buscam interpretar o conteúdo do relato a partir de categorias fixas, a escuta clínica psicanalítica sustenta a lógica do sujeito do inconsciente, como parte constitutiva da experiência humana, inclusive no adoecimento.

Neste sentido, a escuta psicanalítica, quando aplicada ao contexto hospitalar, funciona como uma ferramenta de produção de saber diante do sofrimento, tanto pela sustentação da palavra, quanto pela criação de um lugar onde o sujeito possa se colocar. É uma escuta implicada, que se dá no campo da transferência e que, por isso mesmo, afeta tanto o analista quanto o analisando. Daí a pertinência do uso do relato de experiência como método. Ele permite ao pesquisador formalizar os efeitos de discurso que se inscrevem também nele, reconhecendo-se como sujeito da experiência e da produção de saber.

O relato foi desenvolvido a partir do acompanhamento clínico de pacientes adultos submetidos ao Transplante de Medula Óssea autólogo, internados em hospital de referência na área de oncologia. As reflexões tecidas emergem dos encontros terapêuticos realizados ao longo dos diferentes momentos do transplante, desde a avaliação ambulatorial, anterior ao transplante, passando pela internação preparatória até as etapas subsequentes, com foco nos movimentos subjetivos observáveis, nos atravessamentos pulsionais e nos modos de enfrentamento e elaboração do real da doença.

O compromisso ético da pesquisa se sustentou no rigor da preservação da identidade dos pacientes, no manejo responsável do material clínico e na

sustentação de uma ética da escuta, conforme os princípios da psicanálise¹³. Os nomes, as datas e qualquer elemento identificatório foram suprimidos, de forma a garantir o anonimato dos sujeitos. A análise se estruturou a partir do olhar para a experiência como operador de reflexão teórico-clínica, à luz de conceitos fundamentais da psicanálise, como elaboração, luto, identificação, e corpo.

Resultados e Discussões

Do olhar para o vivido – o relato da experiência

Com a suavidade persistente de uma gota d'água que, dia após dia, vai talhando uma pedra, diversas vivências me atravessaram. Há sujeitos que vivem o transplante como um deserto em silêncio e há aqueles que o vivem como um terremoto. Mas há, também, quem o atravesse como se caminhasse por uma estrada já conhecida, ainda que dura, cansativa e um pouco repetida. Essa nuance surgiu na escuta quando me dei conta de que o sofrimento não era sempre clamoroso. Por vezes, o sofrimento era singelo, mas, ainda assim, se mostrava ali, como uma película fina de angústia que cobria a experiência.

Dentre os casos acompanhados, os diagnósticos que mais surgiram foram os de mieloma múltiplo e os de linfomas. Conforme Palumbo & Anderson¹⁴, o mieloma múltiplo é uma neoplasia maligna originada das células plasmáticas da medula óssea, caracterizada pela proliferação clonal dessas células e pela produção excessiva de imunoglobulinas anormais, conhecidas como proteínas M. O curso da doença leva à destruição óssea, anemia, insuficiência renal e imunossupressão, sendo o transplante autólogo uma das estratégias terapêuticas que mais prolonga a sobrevida e promove uma melhora na qualidade de vida de pessoas acometidas. Por sua vez, os linfomas, constituem malignidades que se originam nos linfócitos, células do sistema imunológico, e dividem-se em dois grandes grupos: linfomas de Hodgkin e linfomas não Hodgkin, cuja diferença está no modo em que se originam e se desenvolvem no organismo. Ambos podem demandar o TMO autólogo nos casos de recidiva ou resistência ao tratamento convencional.

Acompanhar estes pacientes me ensinou a não esperar sempre as dificuldades em suas formas mais ruidosas. Às vezes, o sofrimento se aloja nos gestos simples: um medo de reviver um enjoo, a angústia de uma comida que não desce ou um incômodo com o isolamento prolongado que faz os dias parecerem todos iguais. Uma idosa, por exemplo, me dizia temer o segundo transplante de medula óssea não porque não sabia o que esperar, mas justamente porque o sabia. Ela já havia enfrentado o mal-estar físico da quimioterapia intensiva e dizia lembrar com precisão de como tudo havia sido desagradável. Porém, algo no vivido o tornou ainda mais intenso: o sentimento de abandono por parte do acompanhante.

Ao rememorar seu primeiro transplante, a paciente relatava com emoção a sucessão de ausências que marcaram o período. Primeiro a cunhada, uma figura afetuosa, precisou interromper o acompanhamento devido a questões pessoais; o filho, que a substituiu, não suportou o período de isolamento restrito ao quarto e a deixou nos dias finais da internação, após um conflito. Sua narrativa condensava o sofrimento físico das náuseas e dores, mas, sobretudo, a ferida simbólica da solidão. Nesse contexto, o isolamento protetor revelou-se também um espaço de desamparo, em que a falta real do outro expunha uma falta mais primária, isto é, a do apoio simbólico que sustenta o sujeito frente à experiência do limite. Na escuta, pude perceber como o luto pela ausência do acompanhante se entrelaçava ao luto pela integridade do corpo e da vida anterior ao adoecimento. A paciente parecia elaborar, a seu modo, a impossibilidade de ser acompanhada inteiramente - nem pelo outro, nem por si mesma - nesse trajeto de suspensão entre vida e morte, presença e ausência.

Ao rememorar esta experiência, a paciente parecia entrar em contato com conteúdos psíquicos não trabalhados. Esse retorno, o reencontro com sensações já vividas, indica o que Lacan¹⁵ define como real, isto é, aquilo que não se deixa simbolizar, que insiste fora do sentido, e que retorna sempre no mesmo lugar. No TMO, esse real se encarna no corpo que dói, que sangra, que falha. Um corpo sem garantia, sem defesa, submetido ao invasivo, ao

químico, ao biológico. Um corpo que, para alguns, deixa de ser um aliado e se converte em um campo de hostilidade.

Em psicanálise, concebemos o corpo como uma espécie de matéria feita de palavras. Não é o organismo da biologia, mas o corpo que nasce quando a linguagem cai sobre a carne como um batismo inaugural, traçando bordas, interditos, contornos e abismos. É um corpo atravessado, fendido, costurado. Um corpo que fala antes mesmo de sabermos falar, que responde aos ecos do desejo do Outro, que se organiza a partir das marcas simbólicas que o habitam.

Na experiência humana, então, o corpo pode ser pensado como um acontecimento de saber. Ele se faz no entrelaçamento dos registros: no real, aquilo que escapa, vibra, dói, insiste; no imaginário, a imagem que nos dá forma, unidade, promessa de consistência; e no simbólico, a rede de significantes que captura, orienta e transforma o viver. É nesse enredo que se ergue um corpo que sente e que, às vezes, não sabe traduzir isso. Sendo justamente aí o lugar onde explode o sofrimento, o sintoma e o gozo que excede.

No adoecimento oncológico e no TMO, essa articulação se tensiona, a partir da imposição do corpo biológico que arrasta consigo o corpo simbólico. Cada intervenção médica, cada risco calculado, mobiliza também os contornos psíquicos que sustentam esse corpo falado e falante. Assim, quando a carne é tocada é o sujeito inteiro que se move. O corpo, afinal, é esse palco onde o biológico e o inconsciente fazem sua coreografia mais íntima, às vezes trágica, às vezes luminosa, mas sempre profundamente humana.

Neste sentido, os sinais do corpo não podem ser negados. Aquilo que, até então, sustentava uma coesão mínima da identidade, torna-se agora estranho, falho, informe, invadido, podendo surgir efeitos de desnarcisização ou uma espécie de desfiguramento do eu na sua dimensão imaginária.

A irrupção deste real, quando não encontra nenhuma borda simbólica ou imaginária, pode levar ao colapso psíquico. Mas, quando sustentada por uma escuta que não busca tamponar o vazio, mas habitá-lo, algo da subjetividade pode ainda ser preservado. Ao colocar em palavras o temor vivido, o real encontrado pela paciente, que temia o reencontro com os enjoos e as sensações de mal-estar e desconforto vividas anteriormente, associadas ao abandono dos acompanhantes, começou a ganhar contorno simbólico, entrando em processo de elaboração. A escuta promovida era mobilizada por uma oferta de presença. Uma presença que funcionava como suporte para essa passagem, ainda que parcial, do indizível ao dizível.

Outro caso que me tocou foi o de uma paciente idosa que havia trabalhado por anos na limpeza do próprio hospital, onde agora estava internada para o TMO. Ela disse uma vez, com um olhar perdido no tempo, que costumava limpar esses quartos e sempre se perguntava sobre a utilidade daqueles instrumentos. Agora, ela mesma, era quem estava ali. Suas palavras carregavam uma densidade simbólica difícil de ser nomeada. Era como se sua trajetória estivesse sendo reescrita diante dela mesma, num movimento de desidentificação dolorosa. O que antes era função, limpar o espaço de outros, transformava-se em destino: ocupar o leito, tornar-se objeto do cuidado, habitar o lugar do outro. O trabalho, que outrora estruturava seu lugar no mundo, já não sustentava a mesma posição. O TMO, aqui, mexia também com os papéis sociais, tocando algo da ordem da imagem.

Percebo, então, como o tempo do TMO pode, também, se impor como uma experiência de suspensão simbólica da vida. Lacan¹⁶ descreve o simbólico como o campo da linguagem, da estrutura, da Lei e das redes de significantes que conferem ao sujeito um lugar no discurso do Outro. Durante a internação, a experiência parece se inscrever como um tempo em que os significantes conhecidos, tais como o trabalho, a rotina, o convívio social, a sexualidade, a maternidade/paternidade, os projetos, são provisoriamente (ou definitivamente) retirados de cena. O sujeito se vê, muitas vezes, impossibilitado de exercer suas funções sociais e afetivas, mergulhado em uma temporalidade marcada

pela espera, pela repetição e pela incerteza, passando a figurar um tempo psíquico particular, que remete ao que Freud¹⁷ chamava de *Nachträglichkeit* - uma lógica de posterioridade em que os sentidos se constroem a posteriori, na articulação retroativa entre os acontecimentos e sua significação inconsciente.

O isolamento imposto pelo procedimento, neste contexto, não é apenas espacial, é simbólico. Apresenta-se como uma espécie de suspensão do mundo, onde o sujeito flutua em um entre-lugar, marcado pelo “não mais o que era, ainda não o que poderá ser”. E é neste entre que se instaura o risco da desorganização, mas também uma possibilidade de elaboração. O tempo passa a ser biológico e não mais narrativo. Cada novo dia não se refere ao calendário externo, mas ao D-4, D+3, D+9, etc., dias que remetem ao transplante em si. A subjetividade, nesse intervalo, precisa encontrar novas ancoragens simbólicas para continuar de pé.

De volta ao primeiro caso, foram vários os atendimentos em que a paciente se queixou de enjoos persistentes e da dificuldade em se alimentar. Referia sentir que não estava ajudando seu próprio corpo. Nesse enunciado tão singelo, senti reverberar uma dor particular, a de quem se vê atravessado por uma lógica médica que impõe à subjetividade um ritmo que ela não consegue acompanhar. O corpo, neste caso, deixa de ser aliado e passa a ser obstáculo. O desejo de se cuidar esbarra na impossibilidade de fazê-lo da forma esperada. E então, paradoxalmente, é a própria pessoa quem se sente culpada, como se não estivesse colaborando o suficiente com o próprio processo de cura.

Também me marcou profundamente o caso de um paciente jovem acompanhado pela esposa. Havia, entre eles, uma coreografia de sofrimento compartilhado. Tanto o paciente, quanto a companheira sempre destacavam que, antes da doença, o paciente era muito forte, tralhava duro como motorista e sempre pescava aos fins de semana. Faziam questão de mostrar fotos de como era antes, em comparação ao momento atual.

Aqui, o papel do imaginário não é sem peso. A imagem corporal, como propôs Lacan¹⁸, é o primeiro grande organizador do eu. É pela via do Imaginário que o sujeito estrutura uma imagem de si, ainda que alienada, capaz de produzir uma sensação de unidade. Essa imagem é sustentada em parte pela integridade visual e funcional do corpo: a pele sem lesões, os cabelos, a expressão fisionômica, o controle dos esfíncteres, a familiaridade dos gestos e a previsibilidade das reações orgânicas.

O TMO, no entanto, impõe uma ruptura profunda nesse campo. Os efeitos colaterais do condicionamento (mucosite, alopecia, náuseas, fraqueza, feridas visíveis) corrompem a continuidade da imagem especular. O que retorna do espelho, durante a internação, não é mais o corpo que sustentava a identidade anterior do sujeito, mas um corpo, por vezes, desfigurado, despotencializado, irreconhecível. Essa ruptura do imaginário não é apenas estética, é narcísica. Com a escuta, fui testemunha silenciosa da dor que se impõe quando o sujeito não mais se reconhece em sua imagem. E talvez seja esse um primeiro efeito do transplante - o luto de si mesmo, de uma imagem perdida.

Freud¹⁹, em *Luto e Melancolia*, descreve o luto como o processo psíquico pelo qual o sujeito se desliga, pouco a pouco, de um objeto perdido. Ao investigar o que se assemelha e o que se diferencia em cada contexto, o autor distingue o luto da melancolia afirmando que, no luto, o mundo é o que se torna pobre e vazio, mas o eu permanece preservado, empenhado em retirar a libido do objeto ausente para reinvesti-la em novos vínculos. Ao contrário, na melancolia, a perda não é simbolizada e a sombra do objeto perdido recai sobre o eu, atacando-o. No luto, trata-se, portanto, de um trabalho que implica tempo, dor e uma lenta desidentificação. Nesse percurso, o sujeito se confronta à realidade da perda e, ao reconhecê-la, torna possível a reinvenção de si mesmo frente ao vazio deixado pelo outro.

Lacan²⁰, ao retomar Freud, propõe pensar o luto não apenas como uma operação de desligamento libidinal, mas como uma experiência que toca o real

da falta, aquilo que não se simboliza. O objeto perdido, escreve o autor, é também o índice do impossível de recuperar, o sinal de que o desejo se funda justamente nessa perda inaugural. Assim, o luto não se resolve pela substituição do objeto, mas pela elaboração da falta como constitutiva do sujeito. Se em Freud o luto é o processo de retirar o investimento libidinal do objeto, em Lacan ele se torna a travessia da ausência, o reconhecimento de que nada falta ao lugar do nada, e que é dessa falta que o desejo se alimenta.

O que faltava e havia se perdido parecia claro. O paciente sempre dizia que quando voltasse para casa iria voltar a fazer o que adorava - pescar e estar entre familiares e amigos. A sensação que atravessava a escuta, entretanto, era, principalmente, a de que ao se ver no espelho ou por meio do olhar da esposa, ele se perguntava se isso seria possível. Um eu que se vê e não se encontra revela um sujeito que ao se ver se perde. Nesse contexto, o corpo adoecido desorganiza não apenas a biologia, mas também o tecido do eu.

Didier Anzieu²¹ nos ajuda a pensar o papel do corpo como um envelope simbólico construído a partir da experiência da pele como um continente. Quando a pele é tocada, violada, lesionada, seja por procedimentos invasivos, seja pelo adoecimento em si, o envelope do eu também se rompe. No TMO, essa ruptura é cotidiana: punções, sondas, cateteres, reações cutâneas, mucosites, perda dos pelos. Não se trata apenas de lesões físicas, mas de feridas subjetivas que comprometem a contenção psíquica. O sujeito pode se ver escoando ou vazando por dentro e por fora sem bordas, sem abrigo.

Para Anzieu²¹, o *eu-pele* representa a função continente da psique, a membrana simbólica que separa e liga o dentro e o fora, o eu e o outro. Quando essa membrana é violada por uma experiência como o transplante, que redefine o corpo, os papéis e as relações, o sujeito pode se sentir exposto, como se estivesse sem pele.

A coreografia compartilhada entre o paciente e sua esposa também se mostrava na relação com os alimentos. A mulher, ao vê-lo vomitar, dizia com

os olhos marejados que ele queria comer, que ele sabia que precisava comer, mas não conseguia. O sofrimento deles parecia entrelaçado por um fio invisível, como se um fosse a pele do outro. Aqui, penso com Xavier Bichat²² que a vida é o conjunto das funções que resistem à morte. Mas o sofrimento extremo, nesses casos, não resiste, ele se propaga. A angústia do paciente era amplificada pela impotência de sua companheira. E, novamente, surgia a culpa por não conseguir comer, associada à sensação de que ele não estava contribuindo para seu próprio tratamento.

Mas, dentre os diversos pacientes acompanhados, um caso me marcou de modo particular. Trata-se de uma paciente que, desde o período do pré-transplante, trazia insistentemente a lembrança de um episódio doloroso com seu filho. Havia entre eles um conflito enraizado no passado, quando, tomada por um ódio dirigido à irmã, a paciente descarregou esse afeto sobre o filho, ainda criança, punindo-o por uma acusação injusta. Desde então, o vínculo materno-filial permaneceu ferido, e as tentativas de reparação nunca alcançaram o efeito esperado: o filho não a perdoava.

O que se tornava evidente na escuta era que esse tema retornava, com força, especialmente nos momentos de maior fragilidade clínica, durante o isolamento do transplante. É como se o corpo debilitado, atravessado pela toxicidade da quimioterapia e pelo isolamento, abrisse espaço também para o retorno de um sofrimento psíquico não metabolizado. O episódio com o filho reaparecia como um núcleo traumático, insistente, que precisava ser ouvido.

A psicanálise nos mostra que aquilo que não se elabora tende a retornar sob a forma da repetição¹. Nesse sentido, o TMO parecia funcionar como catalisador de memórias dolorosas, como se o corpo em crise convocasse a psique a reencenar, no espaço da internação, aquilo que permanecia como dívida simbólica. Lacan¹⁶ nos lembra que, diante do real da dor e do desamparo, o sujeito se vê confrontado com o impossível de simbolizar, e é justamente aí que o sintoma, a repetição e a fala podem surgir como tentativas de dar forma ao que insiste.

Em particular, ao olhar para esse caso, percebo que o processo de elaboração psíquica no TMO não se limita à adaptação ao tratamento ou à ressignificação da doença. Ele se estende a conflitos históricos, vínculos familiares e experiências traumáticas que se reatualizam no contexto de fragilidade corporal e de isolamento. O que está em jogo é a possibilidade de que o sofrimento que retorna, em sua insistência, encontre uma nova destinação psíquica pela via da palavra e da relação transferencial.

Com essa paciente, percebi, ainda, que no TMO, não é apenas o corpo que precisa metabolizar as toxinas da quimioterapia ou aceitar a reinfusão das células-tronco. Há também um processo de metabolização psíquica em curso. Assim como o organismo luta para transformar substâncias invasivas em algo suportável, o psiquismo tenta dar destino simbólico a experiências traumáticas e vínculos feridos.

O conflito com o filho funcionava como uma espécie de "corpo estranho" não digerido. A lembrança da agressão ao filho ressurgia em momentos de maior fragilidade, como se a dor física e o desamparo do TMO convocassem também essa dívida simbólica.

Metabolizar, nesse contexto, não significava apagar o trauma ou resolvê-lo, mas transformar a matéria bruta da experiência em algo que pudesse ser narrado, compartilhado, simbolizado. É aqui que a escuta psicanalítica se tornou fundamental ao oferecer um espaço em que a repetição pudesse encontrar um testemunho, permitindo ao sujeito começar a operar sobre o que retornava.

A metabolização psíquica, portanto, é um processo análogo ao metabolismo orgânico, ou seja, uma constante tentativa de transformação do insuportável em algo assimilável. No caso dessa paciente, o TMO potencializou o retorno de conteúdos não metabolizados da vida, como se a experiência extrema do corpo fragilizado funcionasse como catalisador da memória traumática. A tarefa da escuta clínica, nesse cenário, não foi oferecer soluções,

mas sustentar o trabalho subjetivo da metabolização, dando um destino simbólico ao que insistia como resto não digerido da história.

O TMO como campo de elaboração psíquica

Ao pensar na experiência vivida pelos pacientes, não podemos deixar de percebê-la como um tempo suspenso, um rito de passagem que, ao mesmo tempo em que fere, também abre fendas. O isolamento, a toxicidade das altas doses de quimioterapia, a fragilidade de um corpo que se torna território de invasividade e dor, tudo parece construir uma cena comum, uma moldura compartilhada. E é justamente nessa moldura que se desenham as diferenças mais singulares.

O que pode ser comum a todos não é apenas um detalhe técnico. É a marca de uma paisagem psíquica em que cada sujeito se vê convocado a lidar com experiências arcaicas de desamparo, a confrontar sua própria finitude e a rememorar histórias já vividas. O corpo fragilizado, aqui, não apenas sofre, ele convoca.

Diante da dor e da impotência, algo do real lacaniano se impõe e resiste à simbolização. É como se o TMO escavasse o terreno do sujeito, fazendo emergir fantasias e memórias que, em outro contexto, permaneceriam soterradas. As condições comuns não determinam o que será elaborado, mas criam um campo propício, quase como uma câmara de ressonância onde a história singular ecoa com mais força.

Nesse sentido, concebemos o TMO como um dispositivo iniciático. O isolamento hospitalar se torna caverna e o leito, um útero onde se espera pelo renascimento. A medicina o concebe como protocolo técnico, mas para o sujeito ele pode se apresentar como rito de passagem: um tempo liminar, no qual a vida é suspensa para que a morte possa ser experimentada simbolicamente.

Ao se submeter a quimioterapias em altas intensidades, o paciente tem apagada, em sentido literal e metafórico, sua antiga inscrição corporal. A internação isola, o cabelo cai, o paladar se transforma. Há um despojamento radical, como se o sujeito precisasse se despir de tudo o que o identificava até então. A pega da medula, por sua vez, marca o momento simbólico de um renascimento em que a vida parece retornar ao corpo e o sangue voltar a pulsar.

A morte simbólica vivida no TMO pode, assim, ser compreendida como condição para que uma nova inscrição do sujeito se produza, desde que algo da experiência possa ser elaborado. E é justamente nesse ponto que a escuta psicanalítica se faz fundamental para sustentar o espaço onde essa elaboração possa emergir, onde o sujeito possa reinventar sua vida a partir daquilo que, por um instante, pareceu querer apagá-la.

Um ponto importante a ser destacado é que nos contextos de vulnerabilidade extrema, como o vivido no Transplante de Medula Óssea, a experiência subjetiva do adoecimento deixa de ser estritamente individual e passa a se constituir em um campo compartilhado, no qual paciente, acompanhante, profissionais de saúde e analista encontram-se implicados. O sofrimento psíquico que emerge nesse cenário não se apresenta apenas como um conteúdo a ser elaborado pelo sujeito, mas como um excesso que circula, transborda e convoca o outro. A experiência do TMO, marcada pelo isolamento físico, pela ameaça à vida e pela intensa dependência, exige a presença de testemunhas que possam sustentar, ainda que parcialmente, aquilo que o sujeito não consegue simbolizar sozinho. Trata-se menos de compreender o sofrimento e mais de habitá-lo junto, oferecendo um espaço onde ele possa, ao menos, ser suportado.

Essa perspectiva encontra ressonância no que Miriam Debieux Rosa²³ propõe ao pensar a ideia de experiência compartilhada em situações de sofrimento extremo. Para a autora, em contextos nos quais o trauma rompe as bordas do simbólico, a clínica não pode se apoiar em uma posição neutra ou distanciada, mas implica necessariamente o analista e os dispositivos

institucionais como participantes do campo de experiência. No TMO, essa implicação se manifesta na presença constante da equipe, na função do acompanhante e na escuta do analista, que opera não como aquele que detém um saber sobre o sofrimento, mas como aquele que se dispõe a partilhar sua sustentação.

Por estas razões, o TMO pode ser pensado como um caldeirão aquecido ao extremo. Os ingredientes são de cada sujeito e se compõem de suas memórias, seus lutos, suas identificações, suas fantasias, mas o fogo é comum: a toxicidade, o isolamento, a vulnerabilidade do corpo. É nesse calor intenso que se aceleram reações psíquicas, processos de metabolização e elaboração que talvez em outro cenário não ganhassem tal intensidade.

Ao sintetizar esta experiência, percebemos que a noção freudiana de elaboração nos ofereceu uma bússola inicial. A elaboração, conforme propõe Freud¹, diz respeito ao trabalho do sujeito para transformar o que se repete em ato ou sintoma em uma narrativa possível. É um labor que opera na passagem do indizível ao dizível, do trauma ao saber. Contudo, diante das especificidades do TMO, percebemos que esse processo adquire contornos singulares: o corpo, tão intensamente manipulado, parece participar de modo direto desse trabalho de simbolização, como se o real orgânico se tornasse ele próprio cenário do psiquismo.

Foi nesse ponto que emergiu, quase como uma consequência natural da experiência, a ideia de *metabolização psíquica*. Conceitualmente, a metabolização se refere a um tempo lógico anterior, ainda pré-simbólico, no qual o sujeito pode suportar o impacto do vivido sem ser subjetivamente devastado por ele. Trata-se de um trabalho psíquico elementar, que não implica necessariamente a produção de saber, mas a possibilidade de realizar ligações mínimas que tornem a experiência habitável. Nesse sentido, a metabolização psíquica configura-se como uma condição de possibilidade para que, em um momento posterior, o trabalho de elaboração venha a se instaurar.

No contexto do TMO autólogo, a metabolização psíquica manifesta-se de forma marcadamente relacional e compartilhada. Diante da saturação do aparelho psíquico, o sofrimento tende a circular no laço com o acompanhante, a equipe e o analista, evidenciando que a sustentação do excesso não se dá de modo exclusivamente intrapsíquico. A escuta psicanalítica, ao se implicar nesse campo, opera menos pela via interpretativa e mais pela oferta de presença, continência e reconhecimento da experiência vivida. Assim, o trabalho clínico não se orienta pela exigência de compreensão, mas pela sustentação do sujeito em sua travessia, favorecendo que o excesso não se fixe apenas como trauma bruto.

Observamos, então, que o processo de elaboração psíquica no TMO autólogo não se manifesta de maneira linear ou imediata, mas é precedido, em muitos casos, por um tempo de metabolização psíquica. Este reconhecimento permite ampliar a compreensão do trabalho psíquico realizado em contextos de vulnerabilidade extrema e oferece subsídios clínicos importantes para a atuação do psicanalista no hospital. Ao nomear esse processo, nosso estudo contribui para pensar uma clínica que sustenta o excesso antes de simbolizá-lo, possibilitando que, quando houver condições, a elaboração psíquica possa emergir como um trabalho posterior.

A introdução do conceito de metabolização psíquica, portanto, não substitui o conceito de elaboração, ela o expande. Ela introduz a dimensão do corpo como parte integrante do processo de simbolização, reconhecendo que, em certas experiências-limite, como o TMO, a fronteira entre o psíquico e o somático se torna porosa, e a travessia se torna ainda mais praticável quando algo do sofrimento é também metabolizado na linguagem. Assim, se elaborar é trabalhar com a palavra, dando circulação discursiva ao que se apresenta no campo das recordações e repetições, metabolizar é trabalhar com o que não pôde ainda ser dito, mas pulsa e pede escuta no corpo, na dor, no silêncio.

É possível notar, então, como o comum do procedimento não anula o singular, mas o exacerba; como o enquadre técnico se torna também enquadre psíquico, cenário para que o sujeito encene, repita e, quem sabe, elabore. Isto

permite conceber o TMO autólogo como uma experiência liminar que catalisa o trabalho psíquico, podendo criar as condições para que a metabolização psíquica aprofunde o processo e o simbolismo da travessia. Ao aproximar vida e morte, desamparo e cuidado, corpo e memória, ele se configura como um campo fértil para pensar as formas de tratar o sofrimento emocional.

Conclusão

Escrever este trabalho foi um ato de retorno e de travessia. Um retorno às marcas simbólicas que o hospital deixou - cenas, afetos e silêncios compartilhados. Mas, também, uma travessia, no sentido mais radical do termo, isto é, uma passagem entre modos de escutar, de pensar e de permitir se afetar. Uma tentativa de não apenas observar o sofrimento, mas de habitá-lo como quem se aproxima com delicadeza de algo que merece cuidado.

A experiência clínica no Transplante de Medula Óssea nos confronta com aquilo que a psicanálise ensina desde sempre, que há um real que não se educa, não se simboliza facilmente, mas que ainda assim pode ser escutado. Um real que fura, que excede, que se mostra nos corpos exaustos, nas palavras truncadas, nos gestos de contenção e nos olhares que comunicam mais que qualquer prontuário. O hospital, longe de ser apenas um espaço técnico de procedimentos biomédicos, se revelou como um território de subjetividades feridas e potências emergentes. Um lugar onde o sofrimento não é apenas um sintoma a ser eliminado, mas uma linguagem a ser decifrada, metabolizada, acolhida.

Ao longo da escrita, compreendeu-se que diante da vulnerabilidade extrema, o sofrimento psíquico frequentemente se apresenta sob a forma do excesso, anterior a qualquer possibilidade imediata de simbolização. O risco de morte, o isolamento, as perdas corporais e a invasividade do tratamento convocam vivências que não se deixam, de saída, organizar como narrativa ou sentido. Nesses momentos, o sofrimento ultrapassa o âmbito da experiência individual e se inscreve em um campo compartilhado, no qual paciente, acompanhante, equipe e analista se encontram implicados. A escuta

psicanalítica, nesse contexto, não opera prioritariamente pela via da elaboração, mas pela sustentação do excesso, acolhendo aquilo que ainda não pode ser dito, representado ou compreendido.

É a partir dessa sustentação que este trabalho propôs o conceito de metabolização psíquica como um tempo lógico anterior à elaboração. Diferentemente do trabalho elaborativo, que supõe a articulação simbólica e a produção de sentido, a metabolização se refere a um processo mais elementar, ainda pré-simbólico, no qual o sujeito pode, antes de compreender, suportar, ligar minimamente e não ser devastado pelo que o atravessa. No contexto do TMO, a metabolização psíquica se dá no laço, na experiência compartilhada que oferece continência ao sofrimento quando o aparelho psíquico se encontra saturado. Somente a partir desse primeiro tempo — em que o excesso é acolhido, circunscrito e parcialmente ligado — se torna possível, em um momento posterior, o trabalho de elaboração psíquica propriamente dito. A escuta psicanalítica, ao sustentar esse tempo inicial e frequentemente invisível do tratamento, favorece as condições para que a experiência traumática possa, futuramente, ser simbolizada e reinscrita na história do sujeito.

Desta forma, elaborar psiquicamente no TMO envolve a possibilidade de metabolizar o que surge como um obstáculo ao processo, o que, por vezes, se apresenta como corpo estranho, não integrado às vivências emocionais. Isto demanda que o sofrimento extremo, tão presente na oncologia e no TMO, não seja apressadamente superado. Ao contrário, o trabalho exige tempo, espaço e presença. Exige que estejamos ali, não como técnicos do afeto, mas como sujeitos que também se deixam afetar. E é nesse ponto que a psicanálise encontra seu lugar mais fecundo no hospital. Não como protocolo, mas como ética do cuidado.

Referências

¹ Freud, S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: Freud, S. Observações sobre o amor de transferência e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 147-158.

² Lacan, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma. In: Lacan, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.

³ Simonetti, A. Manual de Psicologia Hospitalar: *o mapa da doença*. 8 ed. Belo Horizonte: Artesã, 2021.

⁴ ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

⁵ Carvalho, V. A. de; Barros, L. H. C.; Franco, M. H. P.; Gomes, M. J. B.; Kovács, M. J.; Liberato, R. P.; Macieira, R. C.; Veit, M. T. *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus Editorial, 2008

⁶ Silva, D. Neto, J.Z. Dóro, M.P.; Menegatti, C.L. Revisão narrativa sobre avaliação psicológica em pacientes pré-transplante de células tronco hematopoiéticas. *Brasilian Journal of Development*, 2021, 7(2): 16048-16069.

⁷ Santos, M. A. et al. Transplante de células-tronco hematopoéticas autólogo: perfil de pacientes e complicações em um centro de referência. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 2020, 42(1): 20–27.

⁸ Souza, C. A. et al. Indicações e resultados do transplante autólogo de medula óssea: experiência de um centro universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2019, 65 (6): 768–774.

⁹ Cardoso, É. A. O.; Santos, M. A. Atuação do psicólogo no contexto da Onco-hematologia e TCTH: contribuições da Psico-oncologia. In: Baptista, H.V. (Org.). *Psicologia e Psico-Oncologia em Transplante de Medula Óssea*. São Paulo: Maker Mídia, 2020. p. 41-56.

¹⁰ Teodoro, J. L. O que o psicólogo precisa saber sobre TCTH? O que é esse “tal” TCTH? In: Baptista, H.V. (Org.). *Psicologia e Psico-Oncologia em Transplante de Medula Óssea*. São Paulo: Maker Mídia, 2020. P. 31-39.

¹¹ Batista, A. L. B.; Zukauskas, M. M. Soares; Netto, M. V. R. F.; Aquino, M. I. Atuação com pacientes oncológicos. In: Kernkraut, A.M.; Silva, A.L.M.;

Gibello, J. (Orgs.) *O Psicólogo no hospital: Da prática assistencial à gestão de serviço*, São Paulo: Blucher, 2017, p. 265-281.

¹² Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

¹³ Iribarry, I.N. *O que é pesquisa psicanalítica?* *Ágora*, 2003, 6(1): 115–138.

¹⁴ Palumbo, A.; Anderson, K. *Multiple myeloma*. *New England Journal of Medicine*, 2011, 364(11): 1046–1060.

¹⁵ Lacan, J. *Mais, ainda: Seminário, livro 20 (1972–1973)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

¹⁶ Lacan, J. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

¹⁷ Freud, S. *Projeto para uma psicologia científica (1895)*. In: Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 335–454.

¹⁸ Lacan, J. *O estádio do espelho como formador da função do eu (1949)*. In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 93–103.

¹⁹ Freud, S. *Luto e melancolia (1917 [1915])*. In: Freud, S. *Obras completas*. v. 12: *O ego e o id, e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

²⁰ Lacan, Jacques. *O seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

²¹ Anzieu, D. *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

²² Bichat, X. *Pesquisas fisiológicas sobre a vida e a morte*. São Paulo: Hucitec, 1995.

²³ Rosa, M. D. Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clínico-políticas. São Paulo: Escuta, 2016.