

Contribuições da teoria do amadurecimento para a prática em psico-oncologia com pacientes adultos

Raquel de Sousa Neto

IBPW/IWA

Resumo: O processo de adoecimento oncológico implica vivências complexas que afetam dimensões físicas, emocionais, espirituais e relacionais do paciente, com repercussões significativas sobre sua vida cotidiana, sua percepção de si mesmo e seus vínculos interpessoais. Nesse cenário, a psico-oncologia, enquanto subespecialidade da oncologia, busca compreender os fatores psicológicos envolvidos no enfrentamento da doença, a fim de melhorar os desfechos clínicos e a qualidade de vida dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo refletir sobre as contribuições da teoria do amadurecimento emocional de Donald Winnicott para a atuação em psico-oncologia com pacientes adultos. Para isso, realizou-se uma revisão narrativa da literatura. A abordagem winnicottiana fornece base teórica para compreender a singularidade do paciente oncológico, destacando que o modo como ele vivencia o adoecimento está diretamente relacionado ao seu amadurecimento emocional. Conclui-se que a teoria winnicottiana oferece importantes subsídios para uma prática clínica que valorize a subjetividade e respeite a singularidade do paciente, além de abrir caminhos para futuras pesquisas sobre o papel do terapeuta winnicottiano em contextos hospitalares.

Palavras-chave: Psico-oncologia; Winnicott; Câncer; Amadurecimento emocional; Subjetividade.

Abstract: The oncological illness process involves complex experiences that affect the patient's physical, emotional, spiritual, and relational dimensions, with significant repercussions on their daily life, self-perception, and interpersonal relationships. In this context, psycho-oncology, as a subspecialty of oncology, seeks to understand the psychological factors involved in coping with the disease in order to improve clinical outcomes and patients' quality of life. This study aims to reflect on the contributions of Donald Winnicott's theory of emotional development to psycho-oncological practice with adult patients. A narrative literature review was conducted. Winnicott's theoretical approach offers a foundation for understanding the uniqueness of the oncology patient, highlighting that the way they experience illness is directly related to their level of emotional maturity. It is concluded that Winnicott's theory provides important support for a clinical practice that values subjectivity and respects the individuality of the patient, while also opening paths for future research on the role of the Winnicottian therapist in hospital settings.

Keywords: Psycho-oncology; Winnicott; Cancer; Emotional development; Subjectivity.

1. Introdução

O câncer consiste em um grupo de doenças que se caracterizam pela proliferação anormal de células, as quais podem invadir tecidos adjacentes e órgãos próximos ou se disseminar para outras regiões do corpo. Há mais de cem tipos diferentes de câncer, os quais podem afetar várias partes do organismo. Para o triênio 2023-2025, o Instituto Nacional de Câncer (2022) estima aproximadamente 704 mil casos novos de câncer no Brasil.

O câncer é um evento estressante, com implicações psicossociais significativas relacionadas às dimensões física, emocional, espiritual e interpessoal do paciente. Com repercussões em diferentes aspectos da vida, como contato com o saber de sua finitude,

impermanência e alterações nas dimensões do tempo em aspectos práticos, como nos papéis desempenhados, na relação com o próprio corpo e nos relacionamentos (Grassi, Spiegel e Riba, 2017).

O paciente oncológico, ao longo da trajetória da doença, passa por diferentes etapas: desde o diagnóstico, quando algum sinal é observado ou há um achado de exame de rotina, geralmente um evento inesperado; ao longo do tratamento, quando é exigida elaboração de mudanças em sua autoimagem (queda de cabelo, perda de peso, entre outros), na funcionalidade do organismo (constipação, náuseas, perda de apetite e do paladar, perda de disposição física) e nos papéis desempenhados (muitas vezes, afastamento das atividades profissionais, alterações na dinâmica familiar, na relação conjugal, entre outros); e no pós-tratamento, muitas vezes permeado pelo medo da recidiva ou o saber de finitude quando as terapêuticas curativas não são possíveis.

A psico-oncologia é definida por Jimmie Holland (1996) como uma subespecialidade da Oncologia, que procura estudar as dimensões psicológicas presentes no adoecimento por câncer. Estudos buscam determinar fatores que podem facilitar ou dificultar o enfrentamento do paciente oncológico, os desfechos clínicos e a qualidade de vida.

A prática clínica revela que a experiência do paciente oncológico é singular e que diferentes variáveis influenciam a maneira como o paciente enfrenta esse contexto, entre eles, sua história de vida, suas características psicodinâmicas e seu amadurecimento emocional.

Observamos que alguns pacientes vivem o adoecer como se ele não lhes dissesse respeito; outros apresentam dificuldades de se responsabilizar pelo seu adoecimento; há, ainda, pacientes que sentem alívio pelo diagnóstico, após sintomas de hipocondria e a busca por doenças no próprio corpo ao longo da vida; e há ainda aqueles vivenciam angustias inomináveis pelo medo da finitude.

A teoria do amadurecimento proposta por Winnicott oferece-nos embasamento teórico para estudar esse fenômeno. Winnicott não se dedicou ao estudo específico da psico-oncologia, mas contribuiu com ela de maneira expressiva, desenvolvendo a teoria do amadurecimento emocional do indivíduo, assunto que será desenvolvido neste trabalho.

Para Winnicott (1988/1990), todo ser humano possui uma tendência inata à integração, mas é também um ser relacional, dependente de cuidados ambientais que podem favorecer a ocorrência daquela tendência inata. Quem oferece esse cuidado é, inicialmente, a figura materna, até que o bebê vá se abrindo para outras experiências.

O indivíduo parte da “dependência absoluta” para a “dependência relativa” e seguindo até a “independência relativa” do ambiente, ou seja, a relação do sujeito com o ambiente altera-

se ao longo do processo de amadurecimento, através de tarefas e conquistas presentes em cada etapa. É através desse processo que o indivíduo integra sua personalidade, que é psicossomática (psique e corpo), responsabiliza-se pela sua existência e sente que sua vida tem sentido.

Porém, não se trata de um processo rígido e linear com idades pré-determinadas, apesar de algumas conquistas terem pré-requisitos e só podem ser alcançadas depois de outras, que são sua condição de possibilidade. Falhas significativas nos cuidados ambientais (que não puderam ser reparadas) afetam a saúde do indivíduo. Quando essas falhas ocorrem muito precocemente na vida do bebê, dificultam ou impedem a integração da personalidade do indivíduo, necessária para relacionamentos e vivências mais amadurecidas (1988/1990).

Tais aspectos irão repercutir em como o paciente vivencia o câncer e os cuidados que ele demandará da equipe de saúde. Não podemos pressupor que todo paciente oncológico tenha condições de elaborar o luto pelas perdas do adoecimento e de encontrar maneiras pessoais e criativas de enfrentá-lo ou mesmo de responsabilizar-se por seu tratamento, uma vez que o adoecimento oncológico requer do paciente o exercício de recursos maturacionais na elaboração dessa condição de sucessivas perdas.

Esse conhecimento é extremamente pertinente em um contexto de cuidado à saúde do indivíduo que adoece e contribui para um assunto tão discutido no contexto hospitalar atualmente: como valorizar e assegurar o cuidado que respeita a singularidade de cada paciente e família.

Neste trabalho, pretende-se refletir a respeito de algumas contribuições da teoria winnicottiana para a psico-oncologia com pacientes adultos. E como a teoria do amadurecimento pode contribuir para a atuação do psico-oncologista diante do paciente oncológico adulto, de sua família e da equipe de saúde.

Para tal, realizamos uma revisão narrativa que abordou pontos importantes referentes ao processo de amadurecimento emocional do indivíduo e também os distúrbios desse processo, com ênfase no que Winnicott postula a respeito do estabelecimento do *self* unitário e sobre a psicossomática, conceitos importantes de sua obra para estudar o tema.

A revisão narrativa é caracterizada pela síntese crítica e interpretativa da literatura disponível sobre um determinado tema, permitindo ao autor apresentar sua visão e análise pessoal a partir das evidências coletadas. Rother (2007) aponta que a revisão narrativa é útil para contextualizar o conhecimento, discutir aspectos históricos, desenvolvimentos conceituais ou tendências de pesquisa.

2. A teoria do amadurecimento de D.W. Winnicott e as implicações para o paciente oncológico

Para constituir as bases da personalidade que vão facilitar o enfrentamento da doença oncológica, o indivíduo deve passar por diferentes experiências que propiciam a integração do si mesmo no tempo e no espaço, a existência psicossomática, e que o permitem, ao adoecer, depender, pedir ajuda, sentir-se seguro diante dos cuidados da equipe médica, e até mesmo se entristecer, deprimir-se e enfrentar esse processo de modo pessoal.

2.1 A dependência absoluta

Para Winnicott (1988/1990), o processo de amadurecimento está presente desde o início da vida do indivíduo e não cessa até sua morte; ao longo da vida, o indivíduo irá lidar com diferentes tarefas exigidas em cada etapa. Para o autor, o processo de amadurecimento saudável significa maturidade relativa à idade do indivíduo, ou seja, um desenvolvimento prematuro ou retardado é indicativo de distúrbios do processo de amadurecimento (1971b/2021).

Grande ênfase é dada aos estágios iniciais da vida, pois é nesse período que são construídas as bases da personalidade e da saúde psíquica. Para constituir um si mesmo pessoal, o indivíduo passa por estágios de desenvolvimento que vão do mais primitivo ao mais amadurecido, de modo a pavimentar a evolução crescente no sentido da individualidade e autonomia. Para tal, é necessário um ambiente que ofereça cuidados suficientemente bons (1988/1990).

No início da vida é a mãe, ou quem assume sua função, que denominamos como ambiente provedor de tais cuidados para o bebê. Nesse momento, a dependência deste é absoluta, exige alto grau de adaptação da mãe às múltiplas necessidades do bebê (1988/1990).

A mãe, em estado de preocupação materna primária, estado de devoção ao bebê, viabiliza a ocasião para as tarefas de integração, no tempo e no espaço, e de alojamento da psique no corpo. Nesse estágio inicial, a mãe ora é ambiente que sustenta os estados tranquilos, ora objeto que sacia os estados excitados do bebê (Dias, 2003).

O bebê, ao ser cuidado de maneira suficientemente boa, não tem somente suas necessidades fisiológicas atendidas (fome, evacuação etc.); ele é cuidado como um corpo vivo e personalizado, o que significa oferecer ao bebê experiências de ser um bebê que tem fome e que tem sua necessidade saciada, e não somente um peito que alimenta uma boca, uma necessidade corpórea. Essa relação vai dando ao bebe o sentimento de ser real (1988/1990).

Quando a etapa de dependência absoluta é vivenciada de maneira suficientemente boa, através do *holding* materno, ela permite ao bebê a ilusão de onipotência, já que vive a

experiência de correspondência do ambiente às suas necessidades, sentindo ter criado os objetos externos dos quais necessitou (1988/1990). É importante pontuar que é somente a partir de uma experiência satisfatória de ilusão de onipotência que a criança ganha condições de lidar com a desilusão nas etapas seguintes.

Esse cuidado inicial sintônico às necessidades do bebê protege e preserva a continuidade de ser, o seu vir a ser, e facilita que a tendência inata à integração ocorra. A principal qualidade desse ambiente/cuidado é a previsibilidade, a ausência de mudanças bruscas. Manter a ilusão de onipotência e preservar o mundo subjetivo implica evitar que o bebê seja surpreendido com um sentido de realidade para o qual ainda não está preparado.

Além da possibilidade de ilusão de onipotência, os cuidados ambientais favorecem que a experiência somática seja elaborada imaginativamente, fortalecem o ego e o esquema corporal do bebê, iniciando a integração psique-soma. Nesses casos, estamos diante de um ambiente inicial suficientemente bom que fortalece a coesão psicossomática e enriquece o mundo interno pessoal (Laurentiis, 2007).

Através do *handling* ambiental o bebê pode iniciar a integração psicossomática. Ou seja, quanto mais os cuidados do ambiente proporcionam experiências que integram o corpo e a psique (modo de segurar, olhar) e sustentam a situação no tempo, a morada do bebê em um corpo (soma) vai fortalecendo-se, bem como seu esquema corporal e a construção de um dentro e um fora através de uma membrana limitadora (dentro-fora, eu-não eu), o que podemos chamar de alojamento da psique no corpo, personalização e integração no tempo e no espaço (1988/1990).

“A coesão psicossomática é uma realização, e não tem como estabelecer-se, a não ser que haja participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele, reunindo-o nos braços e no olhar” (Dias, 2003, p. 209).

Por outro lado, intrusões ambientais mobilizadas, por exemplo, por uma mãe ansiosa, geram reações, desorganizam ou até impedem que esses processos aconteçam, dificultando a elaboração imaginativa de funções corpóreas, interrompendo a continuidade de ser do bebê (Dias, 2003).

Quando ocorrem falhas ambientais relacionadas ao estágio em que o indivíduo não consegue perceber a falha como ambiental (porque ainda não percebe o eu e o outro como separados), defesas primitivas são erguidas no sentido contrário ao amadurecimento pessoal e no sentido da fragmentação (1969/1994).

Winnicott (1988/1990) nos diz que a ansiedade que ocorre em consequência de falhas no cuidado primitivo do bebê se relaciona com a não integração no tempo e espaço e a despersonalização ou perda do conluio psicossomático.

Winnicott (1969/1994) considera a dissociação uma organização defensiva bastante primitiva e entende por dissociação as integrações incompletas ou parciais. Entendemos, então, que, ao longo do processo de amadurecimento, podem ocorrer distorções na organização psicossomática que podem estar relacionadas à pré-história do bebê, como os traumas do nascimento, ao *holding* inseguro, à mãe que se adianta aos ritmos do bebê, roubando seu impulso pessoal, a quando a sustentação aos estados excitados é frouxa e ainda à mãe que não sobrevive aos ataques do bebê. Esses são alguns exemplos de distorções possíveis que podem acontecer na organização do si mesmo psicossomático, desenvolvendo uma tendência a ir ao encontro da experiência ou de retrair-se, a organizar um tipo de defesa e a existir precariedade no sentimento de habitar o soma.

Por exemplo, quando a mãe é do tipo que faz nessa etapa precoce e impõe o seu ritmo ao bebê, ocorre uma reação que quebra a continuidade de ser, gerando reatividade ou submissão. Quando o ambiente segue esse modo como um padrão, o bebê pode criar uma identidade falsa, edificada defensivamente visando proteger seu si mesmo verdadeiro e espontâneo do trauma (Dias, 2003).

Um dos efeitos desta falha é que a mente do bebê passa a existir por si mesma, para substituir a mãe e como uma organização defensiva diante de um cuidado que não atende suas necessidades. O que acarreta é um crescimento falso com base na submissão (1965a/1994).

Sobre isso, Winnicott fala:

Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa de início, se pode esperar que o lactente morra fisicamente, porque a catexia dos objetos externos não é iniciada. O lactente permanece isolado. Mas na prática o lactente sobrevive, mas sobrevive falsamente. O protesto contra ser forçado a uma falsa existência pode ser discernido desde os estágios iniciais [...]. O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente. (1960/1983, p. 134)

A prática clínica revela que esses pacientes têm um sentido de ameaça constante e se protegem de maneira racional (1968b/1999). O indivíduo pode funcionar intelectualmente de modo brilhante, mas esse saber só pode ser falado, e não vivido enquanto experiência psicossomática.

Pacientes adultos que passaram por tais privações e se organizaram defensivamente experimentam o medo do colapso. Entretanto, o medo clínico do colapso é um medo da agonia primitiva que provocou a organização da defesa. A experiência, porém, não está registrada no passado, ela não pode ser vivida no tempo e no espaço. O paciente tem que continuar procurando o detalhe passado que ainda não foi experienciado, com a busca desse detalhe no futuro. O colapso é o fracasso de uma organização defensiva (1965b/1994).

As agonias primitivas são caracterizadas como o retorno a um estado não integrado, cair para sempre, despersonalização, perda do senso do real (1965b/1994).

2.2 A dependência absoluta e implicações para o paciente oncológico

Iniciamos este item questionando-nos quais são as dificuldades e necessidades de pacientes com imaturidades importantes e que se organizaram defensivamente de maneira rígida diante do adoecimento por câncer? Considerando que o adoecimento oncológico exige ao paciente o contato com o saber de sua finitude, de sua impermanência, o contato com a perda de controle, com as exigências do soma.

Sobre esses casos, Winnicott (1965b/1994) fala-nos que, caso o paciente possa viver essa agonia no presente, primeiro, o indivíduo precisa reuni-la em sua experiência atual e em seu controle onipotente, presumindo a experiência do ego auxiliar do analista para, assim, poder viver essa agonia no presente, para que reúna gradualmente o fracasso original do ambiente facilitador dentro da área de sua onipotência.

Ao nos falar sobre os casos de depressão com sintomas psicóticos, Winnicott (1963b/1965) refere que as falhas podem ser relativas à estruturação da personalidade, podendo haver algum grau de despersonalização e sentimentos de irrealidade.

É esperado e natural que o paciente oncológico deprima e vivencie o luto diante das perdas que o adoecimento provoca, entretanto, em casos de pacientes com organizações defensivas primitivas, as perdas podem ser mais obscuras e promover sofrimentos diferentes do luto ou da depressão reativa em virtude da fragmentação da integração.

Winnicott (1963b/1965) refere também que existem elementos que podem complicar e trazer impurezas para o diagnóstico de depressão, como a paranoia e os elementos persecutórios, estes, quando retidos dentro da personalidade, acarretam o estado de hipocondria. Para Winnicott (1963b/1965), a paranoia não se trata de uma doença, mas de uma complicação da depressão ou da esquizofrenia. O indivíduo pode imaginar doenças somáticas, produzi-las através de distorção dos processos fisiológicos ou usar a presença efetiva de doenças somáticas.

Nesses casos, fica comprometida sua capacidade para relacionar-se com objetos externos e usar a realidade externa como forma de enriquecimento do mundo pessoal, os perseguidores internos ameaçam a integração e a unidade psicossomática (1963b/1965).

Ainda pensando nos quadros de qualidade psicótica, torna-se importante discutir as considerações de Winnicott (1988/1990) sobre o verdadeiro distúrbio psicossomático. Observamos que o corpo é essencial para a psique, mas essa relação não é considerada inata. Na saúde, a localização da psique no corpo é uma conquista a ser alcançada gradualmente, o que permeia todo o processo de amadurecimento do indivíduo. Na saúde, a base da psique é o soma (1988/1990).

O indivíduo que padece do verdadeiro distúrbio psicossomático não possui uma integração em um eu unitário, compatível com a posição EU SOU, consistindo, então, em um distúrbio psicótico (1964/1994).

Para a teoria winnicottiana, então, o transtorno psicossomático é uma organização defensiva, em que uma cisão ou dissociação persiste na organização do ego do indivíduo. Entretanto, em seus estudos, Winnicott pontua o aspecto positivo dos sintomas somáticos, em que o elemento físico da doença empurra a doença psicológica de volta para o corpo, evitando uma fuga completamente para a mente (1964/1994).

Sobre isso, o autor diz:

É este, então, o valor positivo do envolvimento somático. O indivíduo valoriza a vinculação psicossomática potencial. Para entender isto, tem-se de lembrar que a defesa é organizada não apenas em termos de cisão, que protege contra o aniquilamento, mas também em termos de proteção da psique-soma quanto a uma fuga para uma existência intelectualizada ou espiritual, ou para façanhas sexuais compulsivas que ignorariam as reivindicações de uma psique que é construída e mantida em uma base de funcionamento somático. (1964/1994, p. 90)

Podemos elucidar, então, a respeito da possibilidade do adoecimento oncológico, assim como de outras doenças físicas, ser uma oportunidade desses pacientes que possuem imaturidades de ordem psicótica receberem cuidados suficientemente bons com confiabilidade, comunicação pessoal e verdadeira, apesar de desafiador para a equipe de saúde.

2.3 Da dependência relativa à independência relativa

Partindo da dependência absoluta, contexto sustentado integralmente pela mãe, como ego auxiliar, para um bebê que nada sabe de si e que é imaturo por princípio, na dependência relativa, o cenário modifica-se. A mãe promove uma desadaptação gradativa e o lactente

começa, de certo modo, a tornar-se consciente dessa dependência através das falhas ambientais que ocorrem em um momento em que a criança já pode lidar com isso (1963a/1983).

O que ocorre é que a mãe emerge naturalmente do estado de preocupação materna primária e passam a ocorrer pequenas falhas, que, por darem-se de acordo com a maturidade do bebê, pertencem à pauta da adaptação (Dias, 2003).

Nessa etapa, ocorre, então, a desilusão, porém, se houver saúde, a sensação de ilusão básica de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece (Dias, 2003).

Observamos que, quando a criança não necessitou de um funcionamento mental precoce defensivo, o recurso intelectual começa a operar de maneira saudável. A criança que já reconhece os sons, cheiros e climas emocionais do ambiente – saber este que não é mental –, apura esse conhecimento através do funcionamento mental, que se torna mais um recurso que a ajuda a poder esperar, a compreender a desadaptação ambiental (1949/1993).

Além do recurso intelectual, outra possibilidade de existência se abre para o bebê na etapa de dependência relativa e de desadaptação gradual da mãe: a de existir no espaço potencial, lugar do brincar para a criança e da cultura para o adulto. Sobre isso, Winnicott fala:

[...] Para dar lugar ao brincar, postulei a existência de um espaço potencial entre o bebê e a mãe. Esse espaço varia bastante de acordo com as experiências de vida do bebê em relação a mãe ou figura materna, e contrasto-o com o mundo interno (relacionado a parceira psicossomática), e (b) com a realidade concreta ou externa. (1971c/2019 p. 74)

Ou seja, o espaço potencial, espaço de relaxamento, surge entre o mundo subjetivo e a realidade concreta situada fora do controle onipotente do bebê a partir da desadaptação da mãe, que acontece de acordo com a maturidade emocional do bebê, e não com um padrão invasivo que exigiria defesas (1971c/2019).

No início, a criança lança mão de um objeto transicional para lidar com a desadaptação ambiental. Sobre esse objeto, a criança exerce seu controle onipotente, mesmo na ausência da mãe. Entretanto, os fenômenos transicionais só fazem sentido se essa ausência não se torna longa demais, caso contrário, a memória da presença esmaece-se, o objeto é descateixizado.

Quando tudo vai bem, entre esse processo de desilusão, início do funcionamento mental, e os fenômenos transicionais, ocorre também *o uso do objeto*, o *Eu Sou* e o *estágio do concernimento*. Processos esses que, quando vividos de maneira suficientemente boa, vão possibilitar que o paciente oncológico possa deprimir, responsabilizar-se, viver o luto e enfrentar o adoecimento com pessoalidade.

É somente no estágio de uso de objeto que os objetos podem ser percebidos e usados como externos, em contraposição ao objeto subjetivamente percebido, a tendência ao amadurecimento empurra o bebê para o contato com a realidade externa e compartilhada. Até essa etapa, a comunicação com os objetos ocorria dentro do âmbito da ilusão de onipotência, já na etapa do uso do objeto, trata-se da capacidade de levar em consideração o caráter independente do objeto, o que fala de um outro contato com a realidade (Dias, 2003).

Para isso a criança irá lidar com a destruição do objeto subjetivo que está dentro de seu controle onipotente e com a criação do objeto externo que deve sobreviver aos seus ataques. Nas palavras do próprio Winnicott,

Duas coisas estão acontecendo. Uma delas é a percepção da identidade entre dois objetos, a mãe dos momentos tranquilos e a mãe usada e até atacada no auge da tensão instintiva. A outra é o início do reconhecimento de que existem ideias, fantasias, elaboração imaginativa da função, ideias e fantasias relativas ao fato, mas que não devem ser confundidas com o fato. (1954/1993 pp. 361-362)

Na fase de uso de objeto, significa que o bebê precisará destruir o objeto subjetivo, interno e que o objeto em si deve sobreviver à destruição pelo bebê para que ele possa usar o objeto que sobrevive, o que nos fala da importância da destrutividade na teoria winnicottiana para criação da realidade (1968c/1975).

Quando a mãe sobrevive, o que significa que ela sustenta a situação no tempo, não retalia, não muda de atitude e permanece confiável, o bebê pode viver no mundo dos objetos, separa fato e fantasia (aceitação da destruição continuada da fantasia inconsciente situando o objeto fora do *self*, na realidade externa) e, com isso, em vez de inibição e retraimento, é possível arriscar-se em direção ao relacionamento com a realidade externa, enriquecê-la e ser enriquecido por ela (1968c/1975).

Nessa fase, a mãe que continua como presença contínua ajuda o bebê a se adaptar a sua destrutividade, que é cada vez mais um aspecto das relações objetais. A falha ambiental, por sua vez, é quando o objeto não sobrevive e a destruição mobiliza o autocontrole dos impulsos em uma etapa muito inicial, com inibição dos impulsos, da espontaneidade e da criatividade (1963a/1983).

Esses são processos importantes para o amadurecimento saudável do indivíduo e para o paciente oncológico relacionar-se com a realidade externa, com a equipe de saúde, direcionar suas questões de modo espontâneo, seus sentimentos e anseios. Pacientes que passaram por falhas nessa etapa e se defenderam através do autocontrole demandarão cuidados diferenciados da equipe de saúde.

O estágio seguinte, nomeado EU SOU, refere-se à conquista da unidade em um eu integrado, processo que é reforçado ao longo de todo o processo de amadurecimento. Nessa etapa, a criança passa a habitar de maneira cada vez mais firme seu corpo, com uma membrana limitante que separa eu e não eu. E o grande desafio é justamente lidar com o mundo externo e suas exigências sem perder sua espontaneidade pessoal e criatividade originária. O espaço potencial é parte importante desse processo e é área que deve ser preservada durante todo o processo de amadurecimento do indivíduo (Dias, 2021).

Nesse momento, o indivíduo tem a possibilidade de ser uma pessoa total que se relaciona com pessoas totais, ou seja, em caso de provisão ambiental satisfatória, a criança poderá chegar *ao estágio do concernimento* e ter experiências de preocupações com os objetos e responsabilidade por suas ações, integração dos instintos e de sua destrutividade (Dias, 2003).

O bebê passa de incompadecido para preocupado *na etapa do concernimento*. O bebê pode odiar alguém sem sucumbir à culpa e estabelecer relações pessoais. Essa culpa é, então, saudável, permite ao indivíduo reagir à perda de modo organizado, deprimir-se com saúde e preocupar-se (1948/1993).

Porém, “a culpa pelos impulsos amorosos primitivos representa uma conquista do desenvolvimento; ela é grande demais para ser suportada pelo bebê a não ser através de um processo gradual que se sugue ao estabelecimento do círculo benigno” (1988/1990, p. 99).

Esse processo precisa então ser sustentado no tempo. “A sequência é a seguinte: amor (com elementos agressivos), ódio, um período de digestão, culpa, reparação através de expressão direta ou de brincadeira construtiva. Se faltar a oportunidade de reparação, a criança deve então reagir mediante a perda da capacidade para sentir culpa e, por último, pela perda da capacidade de amor” (1953/2017, p. 218).

Ou seja, as conquistas do concernimento permitem ao indivíduo preocupar-se, deprimir-se, responsabilizar-se e viver o luto.

Sobre o luto, Winnicott diz-nos que,

[...] em si mesmo, o luto indica maturidade do indivíduo. O mecanismo do luto é complexo e inclui o seguinte: um indivíduo, sujeito a perda de um objeto, introjeta o objeto, e este é submetido ao ódio dentro do ego. Clinicamente, existe um amortecimento variável do objeto introjetado, conforme esse objeto num momento dado seja mais amado ou odiado. No decorrer do luto, o indivíduo pode ser temporariamente feliz. É como se o objeto ganhasse vida porque se tornou vivo no íntimo do indivíduo, mas existe mais ódio por vir, mais cedo ou mais tarde, a depressão retorna, ora sem causa óbvia, ora em virtude de eventos fortuitos ou aniversários que recordam a relação com o objeto e voltam a enfatizar o fracasso do objeto, por ele ter desaparecido. Com o tempo e com saúde, o objeto internalizado começa a libertar-se do ódio que no começo é tão poderoso. Num dado momento, o indivíduo recupera a capacidade de ser feliz, a

despeito da perda do objeto, e por este ter readquirido vida no ego do indivíduo. (1958/2012, p. 150)

2.4 Da dependência relativa à independência relativa e às implicações para o paciente oncológico

Na prática clínica, pode-se, às vezes, perceber o exagero do uso de um objeto transicional, negando sua perda de sentido, como, por exemplo, o uso de drogas (1971d/2019).

Nesse ponto, o tema do meu estudo se amplia e passa a incluir o jogo, a capacidade de criação e apreciação artística, o sentimento religioso, o sonho, mas também o fetichismo, a mentira e o roubo e a perda do sentimento afetivo, a dependência química, o talismã dos rituais obsessivos, etc. (1971d/2019, p. 20)

Na saúde, há uma ampliação dos interesses, não sendo mais necessário o objeto transicional em si. O que ocorre é que os fenômenos transicionais se tornam difusos entre a realidade psíquica interna e o mundo externo, ampliando-se para a vida cultural, religiosa, artística (1971d/2019).

É a área que está livre do julgamento regido pela objetividade, em que o indivíduo pode existir mantendo sua realidade interna e externa separadas e inter-relacionadas (1971d/2019).

Um ponto importante da prática clínica com pacientes oncológicos e na própria literatura em psico-oncologia é a discussão a respeito da religiosidade/espiritualidade como fator para o enfrentamento do adoecimento. A teoria Winnicottiana mostra-nos, então, que a possibilidade de internalizar a ilusão de onipotência e de se abrir ao sentimento religioso e existir em uma área intermediária ao mundo interno e externo depende da história de vida dessa pessoa e de se ela conquistou essa etapa do amadurecimento. Onde perde-se a onipotência, mas a capacidade de acreditar permanece.

O paciente que pode contar com esses recursos de enfrentamento do adoecimento poderá encontrar um modo de vivenciar seu adoecimento sem sucumbir à realidade objetiva e, ainda assim, comprometer-se com seu tratamento.

É interessante pontuar que Winnicott considera que a psicoterapia ocorre também entre o brincar do paciente e do terapeuta, e, quando o paciente não sabe brincar, que ele possa conquistar essa capacidade na análise, através do manejo do terapeuta (1968a/1975). Ou seja, também é nesse espaço que se encaixam os cuidados da equipe de saúde. Através da construção de um espaço livre de julgamento, em que o paciente possa se expressar e trazer suas particularidades para o hospital. E encontrar ali um local em que ele possa SER e descobrir sendo apesar do câncer e do tratamento que impõe rotinas, protocolos e técnicas.

Observamos que o paciente oncológico que possui maturidade emocional irá vivenciar o processo de luto, que envolve períodos de recolhimento, contato com sentimentos de tristeza, raiva e questionamentos pelas perdas vivenciadas. O que envolve também a elaboração imaginativa de suas mudanças físicas e a integração delas. Até que, aos poucos, e não em um processo linear, possa reintegrar-se à nova realidade. Esse processo ocorre em diferentes etapas do adoecimento: diagnóstico, tratamento e pós-tratamento, já que cada uma delas impõe um contato diferente com a realidade.

Sobre isso, Winnicott discute o valor da depressão, uma vez que exige do indivíduo força de ego, estabelecimento do *self*, capacidade de sentir-se responsável, culpado, sentir alegria ou arrependimento, separar fatos e fantasias, tolerar a destrutividade e a capacidade para ambivalência (1963c/2021).

Sob a denominação depressão reativa, incluem-se os estados depressivos experienciados pelas pessoas que alcançaram o concernimento, trata-se da capacidade para sentir tristeza e para reagir à perda de maneira organizada. Uma conquista do amadurecimento que pressupõe um cuidadoso manejo materno nos momentos iniciais do estágio da dependência relativa, época em que delicadas passagens precisam ser realizadas até que a posição Eu Sou seja confirmada, tornando a pessoa capaz de admitir e aceitar a destrutividade como pessoal (Winnicott, 1963c/2021).

A depressão reativa é então uma experiência de recolhimento passageira, um estado de inércia que barra os instintos e a capacidade de relacionamento com objetos externos, porém, constituída sua capacidade para reparação, o humor deprimido pode ser suspenso gradativamente. Esse tipo de depressão pressupõe força de ego e maturidade pessoal; embora denote um rebaixamento vital, um certo distanciamento do mundo e alteração de humor, não deve ser considerada doença (1963c/2021).

As patologias relacionadas ao concernimento referem-se a não constituição do círculo benigno, originando a culpa patológica, em que o indivíduo não acredita em sua capacidade de reparação, ou quando o círculo benigno é quebrado e ocorre a inibição dos instintos, a dissociação, assim como a capacidade de trabalhar e brincar construtivamente. Por outro lado, a pessoa que evidencia força de ego tem o que ele chama de capacidade para deprimir (1963c/2021).

Dessa maneira, entendemos que o paciente oncológico com força de ego e integração psicossomática poderá, diante do seu adoecer, vivenciar luto e processos de elaboração de mudanças inerentes ao adoecimento. Diante desse processo, o paciente poderá vivenciar um estado de depressão reativa como parte do caminho da elaboração.

Essas mudanças são elaboradas por intermédio dos fenômenos transicionais, reconstituindo um espaço de existência concomitante entre união e separação. Assim, os fenômenos transicionais tornam possível uma forma de elaboração de tais perdas, ou seja, do processo de luto acontecer.

Podemos esperar que os pacientes com essas conquistas poderão reagir criativamente ao diagnóstico oncológico, sem perda da capacidade pessoal para existir e lidar com esse contexto.

Assim, o indivíduo que teve experiências de cuidados suficientemente boas que o possibilitaram a integração em uma unidade, bem como a experiência de existir em um espaço potencial, de ter uso saudável da mente, e que também possui a capacidade de se responsabilizar por seu tratamento, esse indivíduo terá mais facilidade de confiar na equipe de saúde, aguardar pelos cuidados sem se sentir desamparado, compreendendo o contexto e rotinas hospitalares, pedir ajuda e de maneira geral encontrar recursos espontâneos, pessoais e criativos para lidar com esse contexto, sem se defender de maneira rígida.

Por outro lado, pacientes com imaturidades importantes nessas etapas descritas podem encontrar dificuldades significativas nas diferentes etapas do tratamento, desde aquelas que envolvem o diagnóstico até aquelas caracterizadas pela debilidade clínica decorrente dos tratamentos. A equipe de saúde, que tem condições maturacionais para se adequar às necessidades desses pacientes, poderá ajudá-los a caminhar rumo à integração e à saúde, que não se refere somente à cura do câncer.

3. A prática em psico-oncologia

Para pensar este item, consideramos que a prática do psicólogo em psico-oncologia envolve o cuidado com a tríade paciente-família-equipe de saúde, e que a teoria do amadurecimento de Winnicott nos traz elementos importantes para problematizar os desafios desse inter-relacionamento quando o adoecimento por câncer se dá, bem como nos instrumentaliza para esta prática.

3.1 O paciente oncológico e sua família

Nos diz Laurentiis:

Mas, mesmo na saúde, os arranjos psicossomáticos serão sempre chacoalhados, pelos amores, pelos lutos, pelas novas experiências instintuais. E, mais, testados pelo enorme desafio que é o de prosseguir integrando as mudanças corporais próprias a cada etapa, seja na adolescência ou no continuar a viver, amadurecendo e envelhecendo. A parceria

psicossomática, sede da existência, pode se abalar por qualquer um desses fatos ou passagens, e as tarefas primitivas do amadurecimento poderão precisar ser constantemente retomadas e revisitadas. (Laurentiis, 2016, p. 30)

Ou seja, mesmo o indivíduo com maturidade emocional, diante do adoecimento oncológico, irá lidar com o exercício de integração das mudanças impostas pelo adoecimento. O corpo Winnicottiano é mutante e relacional.

Moraes (2014) ressalta que conquistas podem ser perdidas, podem ocorrer retrocessos, paralisações, assim como a retomada do processo a partir de condições satisfatórias, ou seja, ao atendimento das necessidades do indivíduo.

Winnicott (1971a) ressalta que a existência permanente de condições de retorno à dependência absoluta devem ser mantidas. Necessidade essa que dura para sempre. Principalmente se pensarmos no adoecimento, envelhecimento e morte.

Seria lógico descrever o desenvolvimento do ser humano desde a concepção, gradualmente prosseguindo através da vida intrauterina, o nascimento, passando em revista o bebê que aprende a andar e a criança em fase de latência, e depois o adolescente, e mais tarde alcançar o adulto maduro, pronto para ocupar um lugar no mundo, e que depois envelhece e afinal, morre. (1988/1990, p. 51)

Envelhecer e morrer também se configura como uma etapa do amadurecimento do indivíduo que só é possível para quem se integrou em uma unidade a partir da qual pode viver a vida. Winnicott (1951/2005) ressalta que a morte só pode ser percebida e vivida quando há integração, uma vez que, para perceber um tempo e um corpo que findam ou que se alteram, é necessário integração no tempo/espço, psique e soma.

Nas palavras de Winnicott:

Por outro lado, sem a propiciação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse eu que pode dar-se ao luxo de morrer nunca se desenvolve. O sentimento de realidade encontra-se ausente, e se não houver caos em excesso o sentimento final será o de inutilidade. As dificuldades inerentes à vida não poderão ser alcançadas, e menos ainda o serão as satisfações. Quando não há caos surge um eu falso que esconde o eu verdadeiro, que se submete às exigências, que reage aos estímulos e que se livra das experiências instintivas tendo-as, mas que está apenas ganhando tempo. (1956/2000, p. 404)

Winnicott (1951/2005) escreve que é necessário saúde para tolerar a incerteza, o caráter enigmático do existir humano, o que ele considera como sinônimo de maturidade e integração até dos aspectos que não podem ser integrados, como a finitude.

Aqui também destacamos os desafios da prática em psico-oncologia, onde muitas vezes nosso paciente não está envelhecendo no momento em que adoece por câncer e necessita elaborar a própria finitude. Como no caso de pacientes oncológicos jovens.

O paciente oncológico, poderá necessitar, tal como nos ensina a mãe suficientemente boa, de manejos ambientais que favoreçam a integração das mudanças impostas pelo adoecimento oncológico e a elaboração da própria finitude, muitas vezes.

Winnicott postulou modalidades diferenciadas em termos de adaptação à necessidade do paciente. Trata-se, então, de um processo de análise modificada. Muitas vezes, no contexto atual, no trabalho em instituições, os psicólogos Winnicottianos deparar-se-ão com fatores que impedem ou limitam o atendimento em frequência e *setting* tradicional. Sendo assim, torna-se rico e interessante discutir o que Winnicott denominou por “consultas terapêuticas” e “psicanálise compartilhada”.

Nas diferentes práticas de cuidado a seus pacientes, Winnicott (1962/1965) baseia seu trabalho no diagnóstico maturacional que é elaborado ao longo do tratamento. O diagnóstico é individual e social. Ressaltando a importância de considerar o contexto amplo do paciente, sua dinâmica familiar, contexto social, com quais apoios conta. Sobre isso, o autor fala-nos que faz psicanálise quando o paciente necessita, tolera e quer psicanálise. Em muitos casos, a cura é pelo cuidado, pelo manejo do caso. E o objeto é o mesmo: a adaptação às necessidades do paciente, tal como a mãe suficientemente boa nas diferentes etapas do amadurecimento de seu bebê. Além de princípios norteadores como escuta, prática e flexibilidade clínica.

Ou seja, dentro do que a realidade institucional permitir, o terapeuta winnicottiano buscará atender as necessidades do paciente, com um manejo que permitirá que o processo de integração do seu adoecimento ocorra. Cuidado este que é compartilhado com a equipe de saúde e com a família do paciente, mas que também pode ser complicado por elas.

Sobre as consultas terapêuticas, Winnicott (1965a/1994) as desenvolveu a partir de um instrumento do psicólogo: as entrevistas clínicas, que marcam o momento do pedido de ajuda do paciente. Assim sendo, cada encontro analítico/entrevistas clínicas adquire uma configuração própria.

A consulta terapêutica parte do princípio de que, sob condições adequadas, o problema predominante irá ser comunicado nessa entrevista inicial. O terapeuta ocupa o lugar de objeto subjetivo para o paciente (1965a/1994).

Assim, a consulta terapêutica busca favorecer, através do papel desempenhado de maneira suficientemente boa pelo terapeuta, ou seja, através da confiabilidade e previsibilidade oferecida pelo terapeuta (manejo clínico) e da tendência inata ao amadurecimento do paciente,

o surgimento de sua problemática mais significativa. Esse surgimento pode possibilitar que aspectos anteriormente dissociados da personalidade possam ser integrados através do processo de comunicação significativa, brincadeiras e desenhos que acontecem de maneira mútua (1965a/1994). Desse modo, não se espera uma resolução conclusiva da problemática do paciente, mas a integração de alguma dificuldade ou aspecto dissociado da personalidade.

Winnicott restringe o uso das consultas terapêuticas em relação a dois fatores: a capacidade do paciente em ter esperança em um encontro humano que o possa auxiliar e, em relação a seu ambiente fora do *setting* com o analista, o quanto esse ambiente poderá prover as necessidades do paciente a partir da integração favorecida pela consulta. Na ausência de cuidado consistente fora do *setting*, pode ocorrer um levantamento de esperança e uma reedição do trauma (1965a/1994). E, como já mencionamos, no contexto de adoecimento, incluímos a capacidade da equipe de saúde dar sustentação aos processos do paciente.

Neste caso, torna-se importante ao psicólogo avaliar os recursos maturacionais dos membros da família mais próximos ao paciente. Identificando se apresentam capacidade de dar sustentação ao processo do paciente, atendendo às suas necessidades. Isso muitas vezes é viabilizado pelo adoecimento físico que evidencia a fragilidade do paciente. Ou se a família precisa de cuidados e/ou funciona como desintegrador importante.

Iremos nos deparar então com as singularidades do funcionamento familiar de cada paciente e este deve ser um elemento de atenção para o terapeuta winnicottiano. Com frequência, o psico-oncologista atuará dando suporte tanto para o paciente como para seus familiares, encorajando-os e dando apoio para poderem oferecer o cuidado que o paciente necessita, mas também os atentando para o seu cuidado.

E a equipe de saúde?

3.2 A equipe de saúde

A respeito da tendência de fragmentação do cuidado em função das especialidades médicas e diante do desafio da interdisciplinaridade frente a essa fragmentação, Winnicott (1964/1994) diz:

Muitos pacientes não dividem o seu cuidado médico em duas partes; a cisão se dá em fragmentos múltiplos, e nós, como médicos, nos descobrimos agindo no papel de um desses fragmentos. Utilizei (1958) o termo “disseminação dos agentes responsáveis” para descrever esta tendência. Pacientes desse tipo fornecem os exemplos citados em levantamentos de assistência social nos quais descobriu-se que vinte, trinta ou mais agências se achavam envolvidas no alívio da aflição de uma só família. Os pacientes com dissociações múltiplas também exploram as divisões naturais na profissão médica,

tais como: médica, cirúrgica, psiquiátrica, psicanalítica, psicoterapêutica, homeopática, osteopática, cura pela fé, diversos serviços auxiliares. (1964/1994, p. 83)

Sobre isso, Winnicott (1964/1994) refere tratar-se de um triste resultado dos avanços da medicina moderna. E questiona a possibilidade de um encontro pessoal entre paciente e equipe de saúde como pessoas inteiras. Ou seja, muitas vezes estaremos diante de um paciente desintegrado e de uma equipe que também presta um cuidado cindido.

O cuidado interdisciplinar pela equipe de saúde não é tarefa fácil, é preciso conexão entre os profissionais, interação, boa comunicação, com possibilidade de permutar o lugar de liderança dependendo da situação em foco (Tosta, 2006). Entretanto, sabemos que as instituições e profissionais da saúde nem sempre estão pessoalmente e tecnicamente preparados. O que justifica a importância do acolhimento à equipe e a necessidade de cuidado à condição emocional, uma vez que, muitas vezes, os profissionais deparar-se-ão com pacientes com imaturidades importantes e que, por isso, apresentam dificuldades de lidar com mudanças físicas pelo adoecimento, manifestações psicóticas, raiva e dependência.

A esse respeito, Winnicott (1969/1994) fala-nos, em “Fisioterapia e Relações Humanas” e em “A Contribuição da Psicanálise à Obstetrícia” (1951/2005), sobre a importância do relacionamento humano, em contraposição às máquinas, nas relações de cuidado, uma vez que esses profissionais receberão de seus pacientes dependência, amor, desconfiança e até mesmo ódio. O psicanalista trabalha com esse material na transferência, mas isso precisa ser aceito como natural quando o profissional está cuidando do corpo. Este profissional deve, então, estudar o modo pelo qual as pessoas vivem e imaginam, e aprender com sua própria experiência.

Ao adoecer por câncer, o paciente geralmente é assistido por uma gama extensa de profissionais, sendo eles, em muitos casos, médico oncologista clínico, cirurgião, radioterapeuta, mastologista, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, enfermeiros, farmacêuticos. O que torna ainda mais relevante o que Winnicott ressalta sobre a divisão do cuidado, dando a cada profissional um pedacinho do cuidado ao paciente.

A prática clínica revela que o adoecimento por câncer pode também, além de implicar perdas, acarretar, em muitos casos, uma dependência de cuidados, seja de familiares, seja, principalmente, da equipe de saúde. Além disso, passa a haver um contato com um soma que passa a fazer exigências. O paciente também ficará imerso nessa rotina por muitos meses ou, em casos de cronicidade da doença, por toda sua vida. Serviços que possuem pouca rotatividade de profissionais, poderão acompanhar os pacientes por um longo período.

Podemos hipotetizar, então, que esse contexto se coloca como uma oportunidade para regressão à dependência e integração para continuidade do amadurecimento para pacientes sem os alicerces de si mesmo. O que não se trata de um processo fácil para o paciente adulto e exige encontrar cuidados suficientemente bons que atendam suas necessidades para que seja possível a construção da confiabilidade.

Winnicott (1963a/1983) refere-se aos pacientes que se tornam clinicamente doentes porque encontram, nos cuidados dos profissionais, um ambiente de confiança que o permite desintegrar. Ou, no caso da tendência antissocial, em que há esperança e o paciente irá testar o ambiente, a teoria do amadurecimento permite-nos compreender esses processos como a cura que muitas vezes o paciente necessita.

O adoecimento impõe a vivência de sensações corpóreas de diferentes qualidades, pode abrir possibilidade para um cuidado suficientemente bom pela equipe de saúde, ou mesmo da família que entende (por conta da doença física) a fragilidade do paciente, que atenda a necessidade do indivíduo e possa possibilitar o acesso a uma corporeidade pessoal. O adoecimento implica certa dependência, o que pode possibilitar o retorno a uma posição de dependência e a retomada do amadurecimento.

O que nos faz lembrar o que Winnicott (1964/1994) enfatiza a respeito do elemento positivo na defesa psicossomática: que o envolvimento somático protege o indivíduo de uma vida somente mental, mantendo a possibilidade ou o potencial de vinculação do corpo à psique, ou seja, mantém a esperança de integração.

4. Considerações finais

Estudos na área hospitalar têm se voltado, cada vez mais, para compreender como os serviços e a assistência podem se organizar e se capacitar para atender melhor o paciente, valorizando cada vez mais sua singularidade, principalmente no adoecimento oncológico, permeado pelo impacto emocional de uma doença estigmatizada como fatal.

Este trabalho, pautado na teoria de Winnicott, traz elementos importantes para o cuidado com o paciente oncológico, uma vez que compreende o adoecimento por câncer pelo adulto como uma experiência que exige recursos maturacionais sofisticados para lidar com a dor, a finitude e perdas diversas. Nem sempre a equipe de saúde estará diante de pacientes com amadurecimento emocional saudável e que tenham condições de reagir às perdas de modo organizado.

Sendo assim, em resumo, esse trabalho nos permite destacar alguns pontos de contribuição da teoria Winnicottiana para o cuidado ao paciente oncológico adulto. Tais como considerar o amadurecimento ou imaturidade emocional do paciente – sua história de vida, se foi possível a ele ter contato com expressões de cultura e de espiritualidade, se ele pôde viver em um espaço potencial que preserva sua experiência pessoal e criativa e se tem condições de se responsabilizar em seu tratamento, confiando na equipe, lidando com as perdas de modo criativo. Ou, se as perdas são mais obscuras, colapsam o falso si mesmo ou levam à hipocondria. Principalmente nestes casos, deve-se observar se é possível contar com um cuidado compartilhado com a família ou se a família funciona como um desintegrador importante. Assim como na clínica tradicional, as hipóteses diagnósticas são reavaliadas ao longo de todo tratamento.

A teoria winnicottiana contribui também para fundamentar que o cuidado ao paciente seja construído com base na confiabilidade, flexibilidade, previsibilidade e apresentação do mundo em pequenas doses. E que a equipe possa ser capaz de identificação, de não ser moralista, de ter interesse genuíno na tarefa terapêutica, tendo capacidade para ambivalência, humildade, sabendo que o paciente pode se tornar dependente e tendo conhecimento e fé na natureza humana, tal como nos ensina Dias (2021).

Assim, a equipe de saúde que conhece a evolução da doença oncológica, assim como a mãe suficientemente boa, poderá propiciar condições ambientais adaptadas às necessidades do paciente para que ele enfrente seu adoecimento.

Além disso, este trabalho traz embasamento para pesquisas futuras a respeito do terapeuta winnicottiano diante do paciente oncológico.

Referências*

- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Dias, E. O. (2021). *As competências do terapeuta winnicottiano*. São Paulo. DWWeditorial.
- Grassi, L., Spiegel, D., e Riba, M. (2017). Advancing Psychosocial Care in Cancer Patients. *F1000Research*, 6, 2083.
- Holland, J. (1996). Cancer's Psychological Challenges. *Scientific American*, 275 (3), 122-125.

* Todas as referências, no corpo do texto, em que não constam o nome do autor são de D.W. Winnicott. Nos casos em que são mostradas duas datas, a primeira refere-se à publicação original e a segunda, à publicação consultada.

- Instituto Nacional de Câncer. (2022). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Laurentiis, V. R. F. (2007). A incerta conquista da morada da psique no soma em D. W. Winnicott. *Winnicott e-prints*, 2(2), 1-13.
- Laurentiis, V. R. F. (2016). *Corpo e psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWWeditorial.
- Moraes, A. A. R. E. (2014). *Depressão na obra de Winnicott*. São Paulo: DWWeditorial.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi.
- Tosta, R. M. (2006). Do multiprofissional ao interdisciplinar nas equipes hospitalares: uma reflexão a partir da psicossomática winnicottiana. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, XXVI(3), 61-73.
- Winnicott, D. W. (1948). A reparação relativa a defesa organizada da mãe contra a depressão. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 203-211). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- Winnicott, D. W. (1949). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 332-347). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- Winnicott, D. W. (1951). A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In D. W. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 153-163). São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- Winnicott, D. W. (1953). A mãe, a professora e as necessidades da criança. In D. W. Winnicott, *A criança e o seu mundo* (pp. 214-224). Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Winnicott, D. W. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 355-373). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In D. W. Winnicott, *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- Winnicott, D. W. (1958). A psicologia da separação. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (pp. 149-152). São Paulo: Martins Fontes, 2012.
- Winnicott, D. W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed, 1965.

- Winnicott, D. W. (1963a). Moral e educação. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 88-98). Porto Alegre: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963b). Os doentes mentais na prática clínica. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 196-206). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963c). O valor da depressão. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 82-92). São Paulo. Ubu Editora, 2021.
- Winnicott, D. W. (1964). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos (Parte I do Capítulo 20, Transtorno [*disorder*] psicossomático). In D. W. Winnicott, *Explorações Psicanalíticas* (pp. 82-90). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965a). O valor da consulta terapêutica. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1965b). A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 94-101). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1968a). O brincar: uma exposição teórica. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 59-78). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1968b). Sum: eu sou. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 41-51). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Winnicott, D. W. (1968c). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 121-132). Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- Winnicott, D. W. (1969). Fisioterapia e relações humanas. In D. W. Winnicott, *Explorações psicanalíticas* (pp. 427-432). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- Winnicott, D. W. (1971a). *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. Londres: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis.
- Winnicott, D. W. (1971b). O conceito de indivíduo saudável. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 21-42). São Paulo, Ubu Editora, 2021.
- Winnicott, D. W. (1971c). O brincar: proposição teórica. In *O brincar e a realidade* (pp. 69-90) São Paulo, Ubu Editora, 2019.
- Winnicott, D. W. (1971d). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *O brincar e a realidade* (pp. 13-2). São Paulo, Ubu Editora, 2019.
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990