

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Alyne Lopes Braghetto

O tratamento acabou, e agora?

Investigações psicanalíticas dos processos psíquicos suscitados no paciente diante do término  
do tratamento oncológico

São Paulo - SP

2023

ALYNE LOPES BRAGHETTO

O tratamento acabou, e agora?

Investigações psicanalíticas dos processos psíquicos suscitados no paciente diante do término do tratamento oncológico

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo como requisito para  
obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profa. Titular Dra. Maria Lívia Tourinho  
Moretto.

São Paulo - SP

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA  
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lopes Braghetto, Alyne

O tratamento acabou, e agora? Investigações psicanalíticas dos processos suscitados nos pacientes diante do término do tratamento oncológico / Alyne Lopes Braghetto; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2023.

112 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Sobrevivente. 2. Cancer. 3. Psicanálise. 4. Luto. 5. Desejo. I. Tourinho Moretto, Maria Livia, orient. II. Título.

## FICHA DE AVALIAÇÃO

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Profa. Dra. (Orientadora)

\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.

\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.

\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.

\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Para Guilherme e Carolina, causas do meu desejo mais bonito...que tanto me ensinam  
sobre o amor infinito, pulsante, vivo! Que o meu trabalho lhes chegue como marca de  
uma feliz escolha e lhes contagie, sempre!*

*Para Vagner, pelo amor ímpar, por nossa (des)construção diária.*

## AGRADECIMENTOS

Definitivamente uma pesquisa não se faz sozinho! Essa dissertação de mestrado é produto dos traços, das marcas e das ressonâncias que cada um de vocês deixaram em mim. É chegada a hora de agradecer:

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, ao departamento de Pós-graduação em Psicologia Clínica, pela oportunidade, por aprender com professores que são referências, desde muito cedo em minha formação. A Cláudia Rocha, por todo auxílio, paciência e disponibilidade nos processos administrativos e burocráticos, estendo o agradecimento ao Maicon e Gustavo.

A Maria Lívia Tourinho Moretto, muito mais do que uma orientadora, é uma inspiração! Agradeço sua aposta, desde o começo, ainda lá na graduação. Por me apresentar a Psicanálise no Hospital, por mostrar que rigor e afeto caminham juntos. Agradeço sua transmissão generosa, que fez e faz marcas em mim. Pela escuta atenta nas orientações, por acolher a angústia de escrever. Seu desejo contagia e causa!

A Ana Merzel Kernkraut, por acreditar no meu trabalho. Pela liberdade e autonomia, para que pudesse construir o meu lugar no hospital. Obrigada por ter incentivado cada projeto, cada ideia, por ter estimulado o ingresso no mestrado. Pela torcida, pelo carinho e amizade!

Ao querido grupo do Laboratório de Psicanálise, Saúde e Instituição. Pela leitura atenta, por cada apontamento, pelos questionamentos que impulsionaram, pela sensibilidade, escuta, apoio. Admiro muito cada um de vocês! Saibam que estão aqui, presentes nas linhas da dissertação. Layla Raquel, Marcus Fagundes Netto, Thais Pereira, Paula Maia, Laura Bechara, Marina Lavrador, Lara Mundim, Patrícia Leite, Daniela Ferraz, Vanessa Freitas, Willian Fender, Gustavo Ramos, Mayra Xavier, Eliane Dias, Cláudio Akimoto, Mariana Ribeiro, Mariana Seuaciuc, Rafael Trevizoli, Diene Gimenes.

Aos amigos, Layla, Marcus, Thais e Paula, que tanto admiro, que são presença, cuidado e inspiração. Layla obrigada por sua poesia, por sua amizade, sabedoria. Má, obrigada por ser você, por seu brilho, por nos juntar, por ser o primeiro a acreditar e estimular essa escrita. Thais, obrigada pela alegria, pelo amor que você dá, pelas melhores figurinhas. Paula, obrigada por sua presença, sua escuta, sua lucidez desconcertante. Amo vocês e agradeço nosso encontro.

A Laura Bechara, Laurinha, agradeço sua amizade, seu entusiasmo tão contagiante, sua curiosidade, seu amor pela vida, sua sabedoria, você tem meu afeto e admiração!

A Marina Lavrador, pela amizade, por ensinar tanto sobre a clínica com crianças pequenas, pela generosidade. Pela acolhida nos momentos de angústia com a pesquisa, pelos áudios fundamentais!

Ao Wil, querido. Pela leitura atenta, pela leveza, disponibilidade, pelos apontamentos precisos.

Aos amigos do Laço Analítico, que são laços do Laço, Mariana Desenzi e Enzo Pizzimenti, ingressamos juntos também na pós, atravessada pela pandemia, agradeço as acolhidas, as trocas, a amizade, admiro a construção rigorosa e decidida na práxis da Psicanálise. Bruna Gianini, Camila Portela, Daniela Smid e Thiago Oliveira, queridos amigos e companheiros de Cartel, obrigada pelas discussões potentes, pelos compartilhamentos, cuidado, pelos vinhos regados a carinho, música e desejo. Bru, obrigada pela indicação do mestrado da Sandra Berta, fundamental, especialmente na finalização da pesquisa. Ao Luciano Elia pelas valiosas discussões proporcionadas no Seminário Nacional.

A Michele Roman Faria, pela transmissão rigorosa da psicanálise lacaniana, por ser peça fundamental no meu percurso de formação. Por permitir que a leitura de Lacan fosse menos árida, em meio a densidade. Agradeço as construções e discussões do grupo de quinta!

A banca de qualificação Anna Carolina Lo Bianco, pela leitura atenta, crítica, pelas indicações e apontamentos, Mayra Xavier, agradeço por sua leitura rigorosa, fundamental, tentando me encontrar nas entrelinhas. Seus apontamentos e indicações enriqueceram minha escrita. Agradeço também sua disponibilidade em compor a banca de defesa da dissertação. Ao Marcus Vinícius Rezende Netto, que acompanha “de dentro” o trabalho na Oncologia, e desde o início tão presente nas linhas dessa pesquisa (não à toa, você está em espaços diferentes nos meus agradecimentos), fico muito feliz em tê-lo como parte da banca de defesa. A Eliane Dias pela leitura generosa, pelos apontamentos valiosos, rigorosos e instigantes.

Aos amigos que a Oncologia trouxe, Sabrina, Marquinhos, Alexandre, Ana Carolina Rezende, Juliana Helito, Icaro Carvalho, Thais Xavier, Tatiana Azevedo, Bruno, Bob,

Nazinha, Ana Fê, Ana Paula, Fernanda, Letícia, Fernando, João, Eli, Cindy, Camila, Priscila, Bernard, Polianna, Ju Todaro, Karina, Ana Beatriz, Camila Viale, Denise Tiemi.

Aos amigos do quarteto, que tornam as semanas mais leves e divertidas quando do nosso encontro, Ju Gibello, Fábio Romano, Letícia Arantes e Marcus.

As amigas-irmãs de alma, que amo e admiro, Van, Má e Ka, que trouxeram os agregados, que viraram família também Fá, Victor e Thy, que me deram esses “sobrinhos” amados Pedro, Lina, Tomás chegando e Isabela.

As amigas da facul, que mesmo longe, estão comigo. Cá, Glau, Fê, Jaque.

Aos amigos desde a infância, juntos descobrimos um mundo! Que bom termos vivido tantas histórias, construído esse afeto, que distância ou rotina jamais apagarão. Fábio, Teco, Herbert, Popeye, Elisa.

Ao Duzinho, pela amizade, cuidado, inteligência, afeto. Por ter trazido consigo sua grande família. Por ter trazido a Júlia, amiga, mãe, mulher, admirável e inspiradora. Juntos deram os presentes Artur e Eva.

A Celeste, pelo encontro raro. Por podermos compartilhar as dores e as delícias da maternidade, do feminino. Obrigada pelo abraço pronto, pelo olhar cuidadoso. Ao Bruno, Pedro e Nina por termos podido compartilhar momentos inesquecíveis, conversas intermináveis e muito vinho, sigamos juntos. Estendo o agradecimento para Ana Carolina, Jacqueline pelo cuidado mútuo, conversas necessárias, Ygor, Gabriel, queridos e pela bela amizade dos nossos filhos.

Ao Carlos Eduardo pela escuta, pelo ato, pelo silêncio, pela presença, pelas palavras necessárias, pelo desejo de acompanhar minhas costuras e tecituras, em um percurso de autorização que permitiu, inclusive, a produção dessa dissertação.

Aos meus sogros amados, pelo olhar generoso. Por acreditarem em mim, mais do que eu. Aos meus sobrinhos Davi e Benjamin, que o mundo se abra e que a vida seja leve e generosa com vocês.

Aos meus amados avós Dorothy, Alcides, Efigênia e David que deixaram em mim a marca do amor puro, da generosidade, do cuidado, do olhar interessado. Ao meu avô Alcides por me transmitir o amor pela leitura, pelos livros. Por me ensinar que um bom



livro nos faz desbravar novos mundos, nos permite acessar lugares desconhecidos de nós mesmos.

A minha irmã, Jéssyca, minha pequena, pela dupla que formamos, pela cumplicidade, por dividir as histórias familiares, as da vida, por sua força, pelo amor, por querer saber. Por acreditar que consigo, desde sempre e sei lá por quê. FÁ, cunhado, pela parceria, pelo amor e cuidado.

A minha mãe, por me amar, por me ensinar a amar. Pelo cuidado, dedicação a nós, por ensinar que delicadeza também é força. Ao meu pai, pelo amor, pelo olhar, pelo cuidado, pela voz mansa. Por proporcionarem as ferramentas para que eu pudesse construir meu caminho pelo mundo, com a tranquilidade de saber que posso voltar.

Ao Vagner, meu amor, meu amante. Por dançar comigo a coreografia da vida, pela escolha diária, pelo cuidado, pelo carinho, pelo incentivo. Por me ver em seus olhos, pelo abraço que é casa. Por ter entendido os momentos em que fui silêncio e ausência para a escrita da dissertação.

Ao Guilherme, filho amado, o primeiro, que me ensinou a ser mãe. Obrigada por sua perspicácia, por sua inteligência, sua sensibilidade. Por me mostrar que as coisas simples são as mais importantes. Por entender a importância da escrita, mesmo contrariado com as vezes em que precisei me ausentar. Pela presença silenciosa e marcante, em só vir me dar seu abraço, enquanto me dedicava ao estudo e a escrita da dissertação.

A Carolina, minha filha amada, meu desejo. Por ser esse acontecimento, por sua beleza, seu carinho, por me ensinar a não ceder de seu desejo, por sua inteligência, por ser destemida. Pela paciência enquanto escrevia e não podia brincar.

Agradeço, sobretudo, aos pacientes, que confiaram a mim suas histórias e suas dores mais profundas. Essa escrita foi causada por cada um de vocês.

*O que será que será?  
Que todos os avisos não vão evitar  
Porque todos os risos vão desafiar  
Porque todos os sinos irão replicar  
Porque todos os hinos irão consagrar  
E todos os meninos vão desembestar  
E todos os destinos irão se encontrar  
E mesmo o Padre Eterno que nunca foi lá  
Olhando aquele inferno, vai abençoar  
O que não tem governo, nem nunca terá  
O que não tem vergonha nem nunca terá  
O que não tem juízo?*

(Chico Buarque, 1976)

*“Deste mundo que te foi contraditório  
lembra-te que afinal te resta a vida com tudo o que é insolvente e provisório e de que  
ainda tens uma saída: entrar no acaso e amar o transitório.”*

*Carlos Pena Filho – A solidão e sua porta*

## RESUMO

BRAGHETTO, A.L. **O tratamento acabou, e agora? Investigações psicanalíticas dos processos psíquicos suscitados no paciente diante do término do tratamento oncológico.** 2023. 112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023

A presente pesquisa nasce da união entre o percurso clínico e teórico em Psicanálise e o trabalho na Oncologia em um hospital privado na cidade de São Paulo. O avanço tecnológico e farmacológico das últimas décadas, assim como a detecção precoce, permitiu aumento significativo das chances de cura do câncer e, conseqüentemente do número de sobreviventes. Sendo assim, o cuidado em longo prazo desses pacientes se configura como um problema de saúde pública, uma vez que suas necessidades não são só de ordem orgânica, mas emocionais, sociais e laborais. Portanto, esse cenário relativamente novo, coloca a nós, psicanalistas diante de novas demandas de cuidado, a partir das novas roupagens do sofrimento humano, que nos exigem reflexão, ato e formalização teórica. O cenário internacional, que se repete também no Brasil, revela que pacientes que sobreviveram ao câncer, apresentam sintomas de ansiedade e depressão, assim como dificuldade na retomada de suas vidas. Centros especializados no tratamento do câncer nos Estados Unidos dispõem de ambulatórios para acompanhamento em longo prazo de pacientes, que inclui uma equipe multidisciplinar focada em minimização de sintomas orgânicos e psicoemocionais. Os pacientes são separados pelo tipo de doença. As intervenções são pautadas na educação, por meio da entrega de material com informações padronizadas de acordo com o tipo de câncer, além de grupos de suporte e aconselhamento. As estratégias adotadas no Brasil, seguem o modelo americano, sendo que a leitura do sofrimento manifestado pelos pacientes relaciona-se a falta de orientação, medo da recidiva e sintomas pós-traumáticos. No entanto, ao escutar pacientes em sofrimento, no lugar de psicanalista, uma questão chama atenção: o término do tratamento oncológico não é apenas um momento muito esperado pelo paciente, família e equipe, de celebração e alegria. Mas pode ser um momento mobilizador de sofrimento psíquico, vivido não apenas como ganho, mas como experiência de perda. Uma vez que o paciente se apercebe de que seu corpo e sua vida não são os mesmos de antes do diagnóstico. Não entendemos que tais intervenções não sejam importantes, o que questionamos é que, ao tomarem o lugar da verdade e do saber, pela especialidade, não alcançam o sujeito. O sofrimento psíquico fica sem lugar e a perda, por não ser reconhecida no campo do outro, impossibilita o luto. O trabalho de luto é necessário para que o sujeito possa reconstruir sua vida, possa reconhecer-se nos significantes que o representam, para enfim, encontrar-se no que ele deseja, essa foi nossa hipótese. Dessa forma, a presente pesquisa se propôs a investigar e descrever os processos psíquicos implicados no término do tratamento oncológico, sob a perspectiva psicanalítica de Freud, Lacan e comentadores. Utilizamos os conceitos psicanalíticos de corpo, luto, identificação e angústia. Propusemos uma formalização a partir da análise teórica e articulação clínica para a direção do tratamento do sofrimento psíquico, visando a interlocução com a equipe de cuidado e promoção de avanços clínico-teóricos na temática relacionada à sobrevivência ao câncer.

Palavras-chave: Sobreviventes. Câncer. Psicanálise. Luto. Desejo.

## ABSTRACT

BRAGHETTO, A. L. **The treatment is over, and now? Psychoanalytic investigations of the psychic processes raised in the patient before the end of cancer treatment.** 2023. 112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2023

This research is born from the union between the clinical and theoretical path in Psychoanalysis and the work in Oncology in a private hospital in the city of São Paulo. The technological and pharmacological advances of the last decades, as well as the early detection, allowed a significant increase in the chances of cancer cure and, consequently, in the number of survivors. Thus, the long-term care of these patients is configured as a public health problem, since their needs are not only organic, but emotional, social and labor. Therefore, this relatively new scenario puts us, psychoanalysts before new demands of care, from the new clothes of human suffering, which require us reflection, act and theoretical formalization. The international scenario, which is also repeated in Brazil, reveals that patients who survived cancer, have symptoms of anxiety and depression, as well as difficulty in resuming their lives. Centers specialized in cancer treatment in the United States have outpatient clinics for long-term follow-up of patients, which includes a multidisciplinary team focused on minimizing organic and psychoemotional symptoms. Patients are separated by the type of disease. Interventions are guided in education, through the delivery of material with standardized information according to the type of cancer, as well as support and counseling groups. The strategies adopted in Brazil follow the American model, and the reading of suffering manifested by patients is related to lack of guidance, fear of relapse and post-traumatic symptoms. However, when listening to patients in suffering, instead of a psychoanalyst, one question calls attention: the end of oncological treatment is not only a moment long awaited by the patient, family and team, of celebration and joy. But it can be a mobilizing moment of psychic suffering, lived not only as gain, but as experience of loss. Once the patient realizes that his body and his life are not the same as before the diagnosis. We do not understand that such interventions are not important, what we question is that, when taking the place of truth and knowledge, by specialty, they do not reach the subject. The psychic suffering is left without place and the loss, for not being recognized in the other's field, makes it impossible to mourn. The work of mourning is necessary so that the subject can rebuild his life, can recognize himself in the signifiers that represent him, to finally find himself in what he wants, this was our hypothesis. Thus, this research aimed to investigate and describe the psychic processes involved in the end of cancer treatment, from the psychoanalytic perspective of Freud, Lacan and commentators. We use the psychoanalytic concepts of body, mourning, identification and anguish. We proposed a formalization from the theoretical analysis and clinical articulation for the direction of the treatment of psychic suffering, aiming at the interlocution with the care team and promotion of clinical-theoretical advances in the theme related to cancer survival.

Keywords: Survivors. Cancer. Psychoanalysis. Mourning. Desire.

## SUMÁRIO

### PARTE I

1. APRESENTAÇÃO.....	p. 15
2. INTRODUÇÃO.....	p. 24
2.1 <i>Ring the bell</i> .....	p.28
2.2 Fragmento clínico: Sofia e seu mundo...que caiu.....	p.30
2.3 Nossas justificativas.....	p.32
2.4 ...e Hipóteses.....	p.36
3. OBJETIVOS.....	p.39
3.1 Objetivo Geral.....	p.39
3.2 Objetivos Específicos.....	p.39
4. O PERCURSO METODOLÓGICO.....	p.40
5. A CIÊNCIA, O CÂNCER E O PSICANALISTA.....	p. 45
5.1 A Ciência e sua relação com a verdade.....	p.45
5.2 Diagnóstico de câncer e implicações subjetivas.....	p.47
5.3 O Psicanalista na Instituição de Saúde.....	p.52

### PARTE II – DEPOIS DA LUTA, O LUTO! O QUE ELE NOS ENSINA?

6. O CORPO ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE.....	p.55
7. O LUTO NA TEORIA PSICANALÍTICA.....	p.65
7.1 O luto a partir de Freud.....	p.66
7.2 O luto, segundo a versão lacaniana.....	p.69
7.2.1 <i>O que sou ainda não tem nome: a identificação</i> .....	p.71
7.2.2 <i>O luto do falo</i> .....	p.75

7.2.3	<i>Culpa do sobrevivente</i> .....	p.78
7.3	<b>Angústia e luto</b> .....	p.81
7.4	<b>O que a clínica do luto nos ensina?</b> .....	p.84
8.0	<b>SOBRE VIVENTES</b> .....	p.89
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	p.92
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	p. 101

## **PARTE I**



## 1. Apresentação

Essa pesquisa nasce da união entre um percurso clínico e teórico em Psicanálise e o trabalho no Hospital. O interesse pela história de pessoas que haviam sido atravessadas por uma doença orgânica, começou muito antes da minha entrada na graduação de Psicologia. Durante a faculdade, meu interesse pela atuação do psicólogo em Instituições de saúde só aumentou, então, tratei de buscar estágios na área hospitalar. Fiz o estágio de recreacionista na brinquedoteca do Incor (Instituto do Coração – HCFMUSP), no sexto semestre (era a partir desse período que os estágios em hospitalar eram permitidos), passei pela internação, ambulatório e UTI. Pude conhecer mais da rotina em um hospital de alta complexidade (ainda que não pudesse realizar atendimentos psicológicos), assim como crianças com graves doenças cardíacas, que muito me ensinaram sobre a vida.

Meu trabalho de conclusão de curso (2006) discorreu acerca dos *Aspectos Psicossociais do estabelecimento e manutenção de vínculos entre casais sorodiscordantes*. Esse estudo, ainda muito raso e ingênuo, revelou o desejo pela clínica. O objetivo desse trabalho foi o de investigar o que sustenta o investimento amoroso entre casais, em que um dos parceiros apresenta uma doença transmissível, potencialmente ameaçadora da vida e carregada de estigmas e preconceitos.

Ainda na graduação (2007), mas já durante os estágios supervisionados em Psicologia Hospitalar, fui atravessada pela Psicanálise, pelo discurso e pelo desejo decidido de uma professora/supervisora, que na época estava voltada com a questão de *O que pode o psicanalista no hospital?* (2006). Sua maneira de transmitir sua clínica, pautada pela ética da Psicanálise, articulada rigorosamente com a teoria, me tocaram definitivamente. Assim, me inscrevi num curso de extensão no CEPSIC (Centro de Estudos em Psicologia da Saúde), coordenado pela mesma supervisora da graduação, Maria Lívia Tourinho Moretto, denominado: Saúde, Subjetividade e Instituição. Nesse curso pude ter mais contato com psicanalistas que atuavam em Instituições, mostrando que a psicanálise era possível para além dos consultórios e dos divãs.

No ano seguinte, em 2008, recém-formada, mas já decidida com relação a área em que eu queria atuar, fui aprovada no Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de

São Paulo. Minha área de atuação concentrou-se principalmente na Onco-hematologia e no Transplante de Medula Óssea. Foi uma experiência marcante em meu percurso profissional, e por que não dizer, na minha vida. Dei início ao percurso de formação em Psicanálise, comecei a análise, supervisão e estudos teóricos pela obra Freudiana. Com outros colegas do Aprimoramento, que se tornaram amigos e que também se interessavam pela Psicanálise, demos início a um grupo de estudos, todas as quartas feiras, após a jornada de trabalho. Esse grupo teve uma função terapêutica, mas que só descobrimos depois, pois por meio daquele espaço, pudemos compartilhar algo de nosso não saber. Diariamente, testemunhávamos dor, sofrimento, morte. Assim como a beleza de pessoas que conseguiam não se reduzir à doença, ao trágico.

Durante o aprimoramento, observei que o status do corpo tomado pela Medicina era muito distinto do status do corpo para a Psicanálise. E que os pedidos direcionados ao psicólogo diziam de uma adequação, do (re)estabelecimento de uma ordem. Portanto, muitas vezes, de um pedido de anular a subjetividade, aquilo que aparece no desarranjo e diz do que é mais particular de cada um. Tomada por essa questão, minha monografia de conclusão de curso foi: *A interface da compreensão de pacientes com doenças inflamatórias intestinais e a adesão ao tratamento proposto*. Minha inquietação nesse estudo se dava pelo fato de que apesar de compreenderem sobre sua doença, tratamento e prognóstico, portanto, apesar de dotados de informação; muitos pacientes não aderiam ao esquema de tratamento proposto, ainda que dissessem que gostariam de curar-se. O que apontava para a divisão subjetiva, ao saber inconsciente. E que, a não adesão ao tratamento não era sustentada pela (des)informação, mas apontava para uma Outra cena.

Após a saída do Aprimoramento, dei seguimento ao estudo teórico da Psicanálise, a análise, supervisão e iniciei os atendimentos no consultório. Em 2012 fui contratada como psicóloga no Instituto de Medicina Física e Reabilitação – Rede Lucy Montoro HCFMUSP, lá prestava assistência psicológica para crianças, adolescentes e adultos que necessitavam de reabilitação física, por lesões adquiridas. Por conta do alto volume de pacientes portadores de lesões encefálicas, decorrentes de traumas ou doenças vasculares, fui convocada a estudar o funcionamento cerebral e funções cognitivas. No entanto, avisada de que a Psicanálise é um caminho sem volta, não deixava de me inquietar diante da posição subjetiva de pacientes que escutava, diante da limitação imposta. Em alguns casos, apesar do efeito devastador da limitação (amputação, lesão medular, hemiplegias),

vi pacientes mantendo-se investidos na vida, criando outras formas de existir. Em outros, vi a identificação totalizante à deficiência e a paralisia decorrente dessa posição alienante.

No ano seguinte, fui contratada pelo Hospital Israelita Albert Einstein, para atuar no centro Oncológico, referência do ambulatório de Radioterapia. Nesse cenário, tive a oportunidade de trabalhar com uma vasta equipe multidisciplinar, desde médicos Radio-Oncologistas, passando por tecnólogos, físicos, enfermeiros, nutricionistas, até profissionais administrativos. Além disso, tive o privilégio de escutar pessoas que confiaram a mim seus medos, suas fantasias, suas dores, desejos, numa das experiências mais marcantes de suas vidas: ser atravessados pelo câncer. Seguramente, posso dizer que não se sai ileso de uma experiência como essa.

Assim que cheguei ao Ambulatório de Radioterapia, percebi que a Psicologia tinha um lugar estabelecido. Fazia parte do protocolo que toda criança, com indicação de Radioterapia, passasse por uma avaliação psicológica a fim de confirmar ou não a necessidade de sedação para a realização do tratamento. Poucas demandas, diferentes dessa, eram endereçadas ao psicólogo. Em função de uma parceria público-privada, o ambulatório recebia muitas crianças de outros serviços de Oncologia, diariamente.

Pouco tempo depois, essa parceria foi finalizada, o que fez com que as características daquele trabalho mudassem significativamente. Essa mudança possibilitou que um outro trabalho começasse a ser construído, a partir de novas demandas endereçadas a mim. Era muito comum, nas reuniões clínicas, nas quais participava toda a equipe multidisciplinar, que as manifestações subjetivas dos pacientes fossem interpretadas como ansiedade. Então, recebia pedidos assim: *“Paciente está muito ansioso! Fica me fazendo muitas perguntas sobre o tratamento, sendo que eu já havia respondido várias delas. Acho bom você dar uma avaliada.”* Ou *“Paciente ansiosa, com os efeitos da Radio.”*, ou ainda, *“paciente ansioso, não para de falar. Dá uma conversada? Acho que precisa desabafar.”*. Falas como essas nos dão notícias da relação estabelecida com a subjetividade e com a psicologia. À medida que fazia as avaliações, discutia com o profissional solicitante a respeito de minhas impressões do caso e a fim de perceber se havia algum interesse pela subjetividade. Com isso, algumas transferências de trabalho puderam se estabelecer e, como consequência, uma inserção na equipe.

Aos poucos, o que era interpretado como ansiedade, passava a ser visto de outras maneiras, assim como o manejo de tais manifestações, possibilitou que o

encaminhamento para avaliação psicológica fosse feito de maneira mais cuidadosa, refinada, dando alguma legitimidade ao que era da ordem do psiquismo.

Durante o atendimento com uma paciente, que me foi encaminhada a partir da percepção médica de que o final do tratamento oncológico e a breve retomada ao trabalho, lhe eram mobilizadores de angústia. A suposição médica era a de que faltava orientação ou mesmo compreensão de tais orientações quanto ao momento atual do término do tratamento, daí o medo em retomar o trabalho.

Uma questão chamou minha atenção, enquanto escutava a paciente, visivelmente angustiada, dizia que estava difícil de admitir, mas não estava feliz com o fato de estar terminando seu tratamento de câncer de mamas (era sua última sessão de Radioterapia). Referiu que esperou muito esse momento, mas ao invés de alegria, sentia angústia. O que a fala dessa paciente revela? O furo no saber, o risco da verdade que se pretende total. Ao tomarmos o término do tratamento oncológico como vitória e celebração, incorremos no erro do sentido, fechamos o universo de significação e assim ensurdecemos. A resposta ideal, padrão, que se espera de um paciente que termina o tratamento do câncer é a alegria, celebração e ponto. Qualquer manifestação diferente é tomada como desvio.

Nessa direção, o centro oncológico do hospital tinha como iniciativa (ancorada nas estratégias de humanização) oferecer um bolo ao paciente a cada conclusão de um ciclo: a última quimioterapia, a “pega”<sup>1</sup> da medula no transplante de medula óssea, a última sessão de Radioterapia, que no caso dessa paciente, significava o término do tratamento oncológico. Na ocasião, a equipe chega com bolo, bexigas, cantando parabéns ao paciente, que quase sempre está acompanhado de um familiar. Muitas mensagens motivacionais e de apoio são transmitidas ao paciente. A iniciativa marca um momento feliz! Será? Agradecemos às histéricas, que denunciam o furo no saber do mestre, permitindo avanços clínicos e teóricos.

Na mesma semana em que havia escutado essa paciente, um colega médico traz uma questão, travestida de pedido: *Meu paciente está muito ansioso! Traz uma queixa atrás da outra. Agora, fala que não dorme direito. O tratamento tá acabando, ele respondeu super bem, semana que vem tá na casa dele, tinha que estar feliz!* Falas como

---

<sup>1</sup> Pega Medular’ é o momento após a transfusão das células da medula, quando a medula já consegue produzir as células do sangue em quantidades suficientes. A ‘pega’ da medular acontece quando a taxa de plaquetas alcança 20.000/mm<sup>3</sup>, sem necessidade de transfusão por dois dias seguidos e quanto os leucócitos ficam acima de 500/mm<sup>3</sup>, por dois dias também.

essas se tornaram frequentes: *“paciente ansioso com o término do tratamento.”* O estranhamento da equipe médica, diante do sofrimento psíquico manifestado pelos pacientes, revelava, primeiro, a ideia de que o sofrimento psíquico era reconhecido quando atrelado a um mal-estar orgânico e que o término do tratamento oncológico **deveria** ser um momento feliz.

Devo confessar que certo estranhamento também me atravessou, inicialmente, com a fala da paciente. Até então, não havia passado pela minha cabeça que o término do tratamento oncológico pudesse representar outra coisa além de celebração, sucesso, alegria. Incorri no erro do sentido, ao me dar conta disso, entendi que era importante escutar tais pacientes, desejando saber o que mais estava em jogo nesse momento específico vivenciado por eles.

Fui percebendo que o próprio tratamento oncológico e tudo que o envolve, no que diz respeito tanto à frequência de consultas e exames, como o cuidado de toda uma equipe multidisciplinar, poderiam representar para o paciente uma espécie de segurança imaginária, de garantia de controle sobre o corpo doente. A fala de uma paciente, que confia ao médico seu sofrimento, ilustra bem essa questão: *“Doutor, sinto muito medo. A vida lá fora não é brincadeira, como vai ser se eu sentir algo? Alguma dor? Aqui me sinto segura, são muitos olhos me olhando.”* Esse pequeno recorte coincide com a fala de muitos pacientes. A passagem, “a vida lá fora” dá notícias de que, durante o tratamento oncológico (que corresponde ao estar dentro), vive-se uma outra vida, em suspenso, protegida pelo saber médico. De fato, a depender do tipo de câncer e da terapêutica prescrita, o paciente pode passar a dedicar-se exclusivamente ao tratamento. Muitos, por morarem longe do hospital, alugam um local mais próximo ou residem em casas de apoio, afastando-se de suas casas, do trabalho, relacionando-se quase, exclusivamente, com a equipe de saúde e poucos familiares. Outro ponto relevante, a ser marcado nessa fala, é a importância do olhar, olhar esse, que lhe confere um lugar no campo do Outro.

Aponto para esse médico, com quem já trabalhava há um certo tempo, a importância de sua escuta para essa paciente, uma vez que o que ele havia recolhido da consulta e provocava questão, não era uma lista de sintomas, para enquadrá-lo em uma categoria diagnóstica, mas seu sofrimento psíquico, a sua posição diante do término de seu tratamento. Assim, na seguinte reunião clínica, faz a seguinte proposição, na consulta médica inicial com o paciente na Radioterapia, o profissional aplicaria uma escala de

ansiedade e depressão neste e, de acordo com o resultado, seria encaminhado para avaliação psicológica. Ainda que fosse uma tentativa de estabelecer mais um protocolo, para que nada escapasse, achei interessante a posição do médico em dar dignidade ao sofrimento psíquico de pacientes, que estão prestes a finalizar o tratamento. Ocorre que a proposta não encontrou adeptos nos demais colegas médicos, que entendiam que essa seria mais uma atribuição, na qual não estavam dispostos. Sugeri que, durante a consulta médica inicial, que inserissem a pergunta: *Como você se sente, diante do término do tratamento?*

Assim, as reuniões clínicas, que aconteciam semanalmente no ambulatório, passaram a incluir a dimensão do mal-estar psíquico no debate. O que antes era uma reunião em que só se discutia o diagnóstico oncológico e o cálculo da dose de radiação que o órgão alvo receberia, passou a ser uma discussão multidisciplinar, com participação de outras especialidades, como enfermagem, nutrição, odontologia, que se autorizaram a falar, desde seu campo de atuação. Em outro encontro, uma médica, com a qual eu tinha uma relação de amizade, fez uma confissão, *“percebi que nas consultas com meus pacientes, fazia questão de destacar o quanto eles estavam bem, daí me dei conta de que eu acabava inibindo os pacientes de falarem, principalmente que falassem algo que contrariasse minha percepção sobre eles”*.

Recordei-me, com essa fala, de uma passagem do texto freudiano *Princípios básicos da Psicanálise* (1913), que diz:

Não se pode contestar, porém, que os ensinamentos puramente médicos e não psicológicos contribuíram muito pouco, até aqui, para o entendimento da vida psíquica. O progresso da psicanálise é também retardado pelo medo que sente o observador médio de enxergar-se em seu próprio espelho. Os homens da ciência tendem a confrontar resistências emocionais com argumentos, convencendo-se, assim, do que desejam ser convencidos! Quem não quiser ignorar uma verdade fará bem em desconfiar de suas antipatias, e analisar primeiramente a si mesmo, se pretende submeter ao exame crítico a teoria da psicanálise. (p.274)

Que bom que essa médica pôde examinar-se e, de alguma forma, rever sua posição na relação com os pacientes. Assim sendo, fui construindo um lugar de inserção na equipe, por meio de discussões de casos, interconsultas, participação em reuniões. Recebi então um convite para participar de um programa multidisciplinar, que estava sendo implementado na Instituição, com foco no acompanhamento de pacientes que finalizaram

o tratamento oncológico e recebem o nome de sobreviventes. O programa (Programa Survivorship) consiste em uma avaliação inicial das seguintes especialidades: Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Medicina Integrativa<sup>2</sup>, com abordagem centrada no paciente. Após a avaliação dessas especialidades, o paciente tem mais três encontros com um *Coach em saúde*. Cabe aqui, uma breve descrição a respeito dessa modalidade.

O coaching de saúde sugere uma maneira diferente de abordagem das demandas trazidas pelos pacientes, utiliza-se de habilidades como: escuta sensível, psicologia comportamental e entrevista apreciativa, com foco centrado no paciente. É uma prática de educação e promoção de saúde, com objetivo de melhorar o bem-estar dos indivíduos e facilitar o alcance de suas metas relacionadas à saúde. Diferencia-se de outras estratégias educacionais, pois o paciente é encorajado a escolher metas que estejam alinhadas aos seus valores pessoais, tendo como principal benefício a facilitação do processo de mudança comportamental (OLSEN e NESBITT, 2010; PALMER e TUBBS, 2003). Portanto, nesse programa multidisciplinar, o objetivo do coaching de saúde é a de auxiliar o paciente a elencar suas prioridades com relação a manutenção do seu bem-estar após o tratamento oncológico, dizendo de outro modo, um refinamento de suas demandas, para assim, realizar os encaminhamentos necessários.

Retomando a descrição do programa, no quinto e último encontro, é fornecido um Plano de Cuidados com orientações ao paciente, incluindo possíveis encaminhamentos, com o objetivo de facilitar a retomada da vida fora do tratamento. Importante ressaltar que a entrega de um manual produzido pela equipe que “sabe” sobre o que é melhor, obedece ao imperativo metodológico do discurso médico. Parte-se do pressuposto de que o paciente relatará seus sintomas e dificuldades, para que a partir daí, a equipe lhe entregue estratégias de sobrevivência, visando a eliminação ou minimização dos sintomas e conseqüentemente, do sofrimento.

Se, para a equipe médica e outros profissionais de saúde no hospital, o sofrimento apresentado pelos pacientes que haviam finalizado seus tratamentos oncológicos estava relacionado a falta de informação a respeito dos cuidados, hábitos saudáveis ou mesmo a

---

<sup>2</sup> Medicina Integrativa é a prática da medicina que reafirma a importância da relação entre o paciente e o profissional de saúde. Ela é focada na pessoa em sua integralidade, informada por evidências e faz uso de todas as abordagens terapêuticas adequadas, com profissionais de saúde e disciplinas para obter o melhor da saúde e a cura (health and healing). Fonte: [www.einstein.br/medicinaintegrativa](http://www.einstein.br/medicinaintegrativa)

dificuldade de readaptação à vida; para mim, o sofrimento manifestado pelos pacientes se apresentava como um enigma. Muitas vezes, eles mesmos não entendiam e buscavam, na equipe, uma resposta para seu mal-estar que, agora, não era puramente orgânico. Trago a fala de uma paciente, durante uma sessão: *“sabe, eu deveria estar me sentindo muito feliz, pois o meu tratamento acabou, meu médico diz que foi um sucesso e que eu estou curada! Parece até ingratidão, mas não é assim que me sinto. Tem uma angústia, estou estranha.* Com isso, foi importante ao longo de minha atuação no programa, demarcar uma posição: a de escutar o paciente, numa aposta no saber inconsciente, o que vai muito além de escutar a história de sua doença e tratamento. Trata-se da escuta analítica a partir da qual o paciente possa bem dizer sobre seu sofrimento, sem que nenhuma suposição a priori advenha do analista, uma vez que o saber não está desse lado. Portanto, de que se trata essa estranheza, esse infamiliar em relação a si? O que a angústia acena? São perguntas que procuraremos responder ao longo de nossas investigações.

A clínica, com pacientes que foram acometidos pelo câncer, nos mostra que a finalização do tratamento e sucesso deste, embora seja um momento muito esperado pelo paciente, familiares e pela equipe médica; pode ser algo que mobilize sofrimento psíquico. Na tão almejada fala médica: *“seu tratamento acabou, agora é vida normal!”*, o que escutamos na clínica é a angústia frente a uma vida e um corpo que não são mais como antes da doença. Além disso, a própria necessidade de vigilância periódica, aponta para o não controle a respeito da cura, *“Mas volte em três meses com esses exames.”*, diz o médico. Para a Medicina, a noção de sucesso do tratamento, de cura, está relacionada ao resultado de um tratamento que tem como finalidade a eliminação da doença, o que equivale ao retorno a uma condição anterior de normalidade, de homeostase.

O sofrimento mobilizado pela saída do tratamento oncológico faz parte do discurso de muitos e muitas pacientes, ao depararem-se com o desconhecimento de si, com um não lugar, que pode remeter ao desamparo primordial. O que nos convoca a refletir sobre o que está em jogo no tempo do término do tratamento, como cada um, a partir de sua posição subjetiva lida com o fato de ter sido atravessado por um câncer? Desse modo, ciente da importância de manter uma postura investigativa, levando a escuta analítica para a Universidade; entendemos que é fundamental que nos dediquemos a entender melhor a respeito dos processos psíquicos envolvidos no anúncio do término do



tratamento oncológico, o que se desvela, justamente nesse tempo, que é tomado pelo discurso médico, como tempo de alívio e celebração?

Em uma conversa despretensiosa com uma grande amiga e psicanalista, em que tentava discorrer sobre a problemática em que se debruça essa pesquisa, ela, com sua maneira sensível e peculiar, envia a seguinte música, que decidimos compartilhar aqui alguns versos, acompanhando Freud (1933[1932]) quando nos adverte que os artistas, os poetas chegam primeiro ao inconsciente, a fim de ilustrar nossa questão de pesquisa:

Eu devia estar contente  
 Porque eu tenho um emprego  
 Sou um dito cidadão respeitável  
 E ganho quatro mil cruzeiros  
 Por mês

Eu devia agradecer ao Senhor  
 Por ter tido sucesso  
 Na vida como artista  
 Eu devia estar feliz  
 Porque consegui comprar  
 Um Corcel 73

Eu devia estar alegre  
 E satisfeito  
 Por morar em Ipanema  
 Depois de ter passado fome  
 Por dois anos  
 Aqui na Cidade Maravilhosa

Ah!  
 Eu devia estar sorrindo  
 E orgulhoso  
 Por ter finalmente vencido na vida  
 Mas eu acho isso uma grande piada  
 E um tanto quanto perigosa

Eu devia estar contente  
 Por ter conseguido  
 Tudo o que eu quis  
 Mas confesso abestalhado  
 Que eu estou decepcionado

Porque foi tão fácil conseguir  
 E agora eu me pergunto "E daí?"  
 Eu tenho uma porção  
 De coisas grandes pra conquistar  
 E eu não posso ficar aí parado...

(Ouro de tolo - Raul Seixas, 1973)

## 2. INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um grupo de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento celular normal. Os distintos tipos de câncer correspondem aos tipos de células do corpo, quando se iniciam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como os ossos, músculos ou cartilagens, são chamados sarcomas. Outras características que diferenciam os variados tipos de câncer são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase. (INCA, 2020)

O tratamento do câncer pode compreender a realização de cirurgia, para ressecção da massa tumoral, a quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, hormonioterapia, entre outros. O protocolo de tratamento dependerá do tipo de câncer e de cada caso, bem como seus possíveis efeitos colaterais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2030 estima-se 25 milhões de casos de câncer em todo o mundo. Segundo o INCA (2023), estima-se que o Brasil terá em torno de 704.000 novos casos de câncer a cada ano do triênio 2023-2025. Um importante reflexo no perfil epidemiológico se dá a partir de mudanças nos padrões de vida, hábitos nutricionais e da uniformização das condições de trabalho, desencadeada pelo processo global de industrialização. As alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade, indicam o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer. O câncer constitui, assim, problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e para países em desenvolvimento. No Brasil, as doenças neoplásicas são responsáveis pela segunda maior causa de morte, só em 2020 foram registrados 225.830 mil óbitos entre homens e mulheres. (INCA,2023)

Entretanto, com o avanço tecnológico, farmacológico e a detecção precoce, houve aumento significativo do número de sobreviventes. A sobrevida mediana estimada para o período de 2010-2014 foi de 92% para o câncer de próstata, 75% para mama, 60% para

colo do útero e 66% para LLA na infância, os tipos mais prevalentes, com sobrevida mais elevada. Não há ainda no Brasil, uma estimativa bruta para o número de sobreviventes. (Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 – CONCORD-3 apud INCA,2020). Nos EUA os dados da Sociedade Americana de Câncer, estima que em 2022 tenham cerca de 22 milhões de sobreviventes de câncer. (American Cancer Society, 2023)

O crescimento de novos casos no Brasil e o aumento significativo nas taxas de sobrevida, oferecem um desafio à saúde, por convocar profissionais no implemento de novas práticas de cuidado e acompanhamento em longo prazo desses pacientes, com foco em qualidade de vida e promoção de saúde, para além da eliminação da doença do organismo. Dizendo de outra forma, o desafio à saúde está em acompanhar o paciente após o tratamento oncológico.

O MD Anderson Cancer Center, hospital de referência mundial para o tratamento de câncer, localizado no Texas, publicou um dado em seu site, que nos chama atenção: a prevalência de 70% de ansiedade ou depressão em pacientes que sobreviveram ao câncer. Além dos sintomas psíquicos, existem outros sintomas orgânicos, decorrentes do tratamento oncológico. Como iniciativa de cuidado e prevenção, centros especializados no tratamento do câncer nos EUA dispõem de ambulatórios para acompanhamento em longo prazo de pacientes. Este inclui uma equipe multidisciplinar focada em minimização de sintomas orgânicos, como fadiga, neuropatias, perda de massa corporal, alterações de apetite, entre outros, além de sintomas psicoemocionais, como alterações cognitivas, sintomas ansiosos e depressivos, medo da recidiva (retorno da doença ou aparecimento de um novo câncer). As intervenções psicoemocionais são pautadas na educação, por meio de informações padronizadas de acordo com o tipo de câncer, além de grupos de suporte e aconselhamentos, visando a minimização dos sintomas apresentados (MD Anderson, 2019).

Em 1986, a organização chamada de Coalizão Nacional para a Sobrevivência ao Câncer (The National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS)) apresentou uma definição, que foi incorporada pelo Instituto Nacional de Câncer: *“Um indivíduo é considerado um sobrevivente de câncer desde o momento do diagnóstico, tratamento, pós-tratamento passando pela retomada de equilíbrio em sua vida. Familiares, amigos e cuidadores também são impactados pela experiência de sobrevivência e, portanto, estão incluídos nesta definição.”*

Uma pesquisa publicada no *Journal of the Psychological, Social and Behavioral dimension of câncer*, aponta para a natureza traumática do diagnóstico oncológico e do stress enfrentado ao término do tratamento, já que os efeitos psíquicos (descritos na pesquisa como depressão e transtorno de stress pós-traumático) persistem mesmo quando o efeito de outros estressores estão estatisticamente controlados (DEIMLING, B. *et al*, 2002). O referido estudo fala da dimensão traumática do câncer a partir da Psicopatologia Psiquiátrica, relacionando os sintomas apresentados ao tempo cronológico da “ausência” do agente estressor.

Jones e Barczyk (2011) realizaram uma pesquisa com sobreviventes de câncer infantil e puderam constatar a dificuldade de alguns jovens em desenvolver identidade, autonomia e construir planejamentos futuros, após o tratamento oncológico.

Barrett e Carthy (2020) realizaram uma pesquisa qualitativa com adultos sobreviventes de câncer infantojuvenil que revelou a recorrência de diagnósticos em saúde mental após o tratamento, em especial ansiedade e depressão. Os participantes da pesquisa relacionaram o desencadeamento das crises com a experiência de adoecimento oncológico.

Outro estudo revelou que pacientes que sobreviveram ao câncer não se sentiam curados e que, por isso, buscavam a construção de um novo senso de normalidade para que conseguissem se reinserir socialmente (CANTRELL e CONTE, 2009).

Duas pesquisas que tiveram como objetivo investigar a percepção de sobreviventes de câncer a respeito do tratamento oncológico, demonstraram que, apesar de se sentirem gratos às instituições de saúde, onde realizaram os respectivos tratamentos, apresentam como queixa o lugar de subordinação que ocuparam. Apresentam demandas de cuidado social (nos relacionamentos interpessoais), uma vez que percebem grande preocupação com o cuidado centrado na saúde física em detrimento dos aspectos psicossociais. (FREDERICK, 2017; SVEDBERG, 2016).

Um estudo brasileiro prospectivo, conduzido por uma oncologista (Landeiro, 2017), buscou avaliar taxas de retorno ao trabalho de mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama e finalizaram seus tratamentos. A pesquisa concluiu que após 24 meses do término do tratamento oncológico, apenas 60,4% das mulheres participantes

retornaram ao trabalho. Os fatores que ofereciam barreira ao retorno laboral estavam relacionados à terapia endócrina adjuvante e depressão.

Um artigo publicado na revista *Psicologia: Ciência e Profissão* na edição de 1998, realizou uma revisão crítica da literatura especializada, a respeito da sobrevivência de pacientes que passaram pela experiência do câncer. Os achados desse estudo apontam para os paradoxos da sobrevivência, relacionando-os às sequelas da doença ou tratamento, sintomas de ansiedade e depressão, relacionadas à dificuldade de ajustamento à vida, pós-tratamento oncológico. O estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas em Psico-Oncologia, a fim de conhecer melhor aspectos que envolvem a sobrevivência diante de situações-limite, como o câncer (ARAÚJO e ARRAES, 1998). Apesar de ter sido um estudo publicado há mais de 20 anos, percebemos que o status das discussões acerca dessa problemática avançou pouco no Brasil.

Uma pesquisa nacional, realizada em 2019, com pacientes que passaram pela experiência do câncer, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e pelo Ministério da Saúde (MS), por meio de uma abordagem qualitativa, revelou que a maioria dos pacientes participantes da pesquisa adotaram hábitos de vida saudáveis, atribuindo essas mudanças à vivência do tratamento oncológico. Os pesquisadores concluíram que apesar do sofrimento mobilizado, alguns pacientes passaram por processos de reformulação do que é de fato importante em suas vidas. Grande parte dos pacientes entrevistados falou da dificuldade de acesso a informações acerca de seu tratamento, bem como da falta de modelos de cuidado no pós-tratamento. Outro ponto que chama a atenção na pesquisa é a grande demanda por suporte emocional, já que os participantes da pesquisa relataram sofrimento psíquico. O referido estudo aponta para a importância do atendimento às necessidades individuais para pacientes sobreviventes ao tratamento oncológico, colocando tal questão como desafio para o Brasil. Segundo Rildo Pereira da Silva, um dos pesquisadores do estudo, a questão da sobrevivência ao câncer no Brasil ficou em segundo plano, ofuscada pela primazia do tratamento. O estudo conclui apontando para a necessidade de mais pesquisas acerca do assunto, a fim de subsidiar políticas públicas para este grupo (INCA, 2019).

Percebe-se que há certo consenso na literatura de que o término do tratamento oncológico, a ausência da doença no organismo, não coincide com ausência de sofrimento. Pelo contrário, cerca de 70% dos pacientes oncológicos apresentam sofrimento, seja de ordem psíquica ou orgânica (Stein, KD; Syrjala K., Andrykowski, M.,

2008). A clínica com pacientes oncológicos corrobora com a literatura, uma vez que escutamos que há sofrimento psíquico, mesmo após o término do tratamento oncológico e da possibilidade do retorno a vida “normal”. No entanto, a clínica nos revela mais um dado: o anúncio do término do tratamento, apesar de muito esperado, pode envolver sofrimento psíquico, por desvelar que não se é mais o mesmo depois do câncer.

### ***2.1 Ring the bell!***

Ouve-se o soar do sino, seguido de muitos aplausos e emoção. É o anúncio de que mais um paciente, alí, naquele ambulatório, termina seu tratamento oncológico. Essa cena pode ser vista em diversos hospitais brasileiros e norte-americanos, onde se originou. Trata-se de um projeto de uma ONG dos Estados Unidos, que consiste em comemorar uma etapa vencida, que marca um novo início de vida do paciente oncológico. Ao término da última sessão de Radioterapia ou Quimioterapia, o paciente é encaminhado para a cerimônia do Sino junto com os seus acompanhantes/familiares, além de profissionais que o assistiram durante o tratamento. É lida uma mensagem que estará gravada em uma placa e logo após o paciente badalará o sino! O projeto tem como objetivo transmitir a vibração de motivação para todos os pacientes e familiares que enfrentam o câncer. (IBCC, 2019)

A cerimônia *Ring the bell* teve origem nos Estados Unidos, no Hospital MD Anderson Cancer Center, em 1996, quando um contra-almirante da Marinha dos EUA, Irve Le Moyne, estava passando por radioterapia para tratamento de um câncer de cabeça e pescoço e referiu ao seu médico que planejava seguir a tradição da Marinha de tocar um sino para significar “que o trabalho foi realizado”. Ele trouxe um sino de bronze para seu último tratamento, tocou várias vezes e deixou como doação. Foi colocado em uma placa na parede no Centro de Radioterapia com a inscrição:

Ring this bell  
Three times well  
Its toll to clearly say,  
My treatment's done  
This course is run  
And I am on my way!

Ringling out – Irve Le Moyne

A partir daí, o soar do sino tornou-se tradição no hospital, iniciativa que foi replicada em diversos centros de saúde norte-americanos (MD Anderson, 2021). A partir de 2018, a iniciativa chega ao Brasil com a fundação, por uma médica oncologista e um sócio-administrador, da ONG *Ring the Bell* Brasil, em parceria com a norte-americana e apresenta as seguintes premissas, de acordo com o site da própria organização:

- Tocar o sino significa “cair a ficha”, realmente acordar para uma **nova** vida, ter uma oportunidade de uma vida sem câncer e com hábitos mais saudáveis. (grifo nosso)
- O sino *Ring the Bell* não simboliza a cura e sim a gratidão e dedicação ao trajeto percorrido com etapas de superação física e emocional.

O Projeto brasileiro apresenta também a intenção de fornecer informação de qualidade a respeito do câncer e sua prevenção<sup>3</sup>.

O *Ring the bell* tem ganhado cada vez mais força no Brasil, assim como o apoio de diversos profissionais de saúde, atuantes na Oncologia. Isso ilustra que o término do tratamento é tomado, pelo discurso médico, com um sentido fechado, estabelecido, de vitória, celebração. Evidentemente, não pretendemos aqui, defender o oposto disso, uma vez que se trataria da mesma posição totalizante, a da certeza. E a certeza pode nos ensurdecer para o sofrimento psíquico apresentado pelos pacientes. Com Moretto (2019), aprendemos sobre os efeitos iatrogênicos do não reconhecimento do sofrimento psíquico, que, uma vez não reconhecido no campo da alteridade, fica sem lugar, sob o risco da impossibilidade de elaboração.

Nessa direção, se admitimos que o término do tratamento oncológico representa a possibilidade de um novo começo, não de recomeço, do ponto de vista lógico, aponta para a necessidade de uma renúncia, portanto de uma perda, que carecerá de um trabalho, muitas vezes árduo, de elaboração.

Então, o que defendemos aqui é que não tentemos obturar, suturar ou apagar a marca de ter sido atravessado pelo câncer. Não há como viver, sem ser marcado pela vida,

---

<sup>3</sup> (fonte: ringthebell.org.br, 2022)

afinal, não foi por meio de um corte, nos separando do corpo materno, que nos deu a possibilidade da existência?

## 2.2 Fragmento clínico: *Sofia e seu mundo...que caiu*

Para iniciar as discussões acerca da problemática que pretendemos investigar, apresentamos um fragmento clínico, que operou como um dos disparadores da questão de pesquisa:

Sofia<sup>4</sup>, de 46 anos, foi encaminhada para o Programa *Survivor*, pois, apesar de haver terminado o tratamento e estar curada do câncer de mama, demonstrava importante sofrimento psíquico. Foi diagnosticada com um adenocarcinoma de mama em estágio inicial e como proposta terapêutica realizou cirurgia conservadora (sem a necessidade de retirada das mamas), radioterapia e terapia hormonal oral. Não houve necessidade de realização de quimioterapia, que para a maioria das pacientes, mobiliza angústia pelos efeitos colaterais, dentre eles, a alopecia (perda dos cabelos).

Durante avaliação comigo, falou sobre duas perdas importantes na vida: a da saúde, a partir do diagnóstico oncológico, e do marido, decorrente de separação conjugal no mesmo período, dizendo que tais perdas eram a principal fonte de sofrimento. Ao contar sobre sua história, diz que a mãe sempre trabalhou para que nada (recurso material) lhe faltasse. A escolha pelo marido foi também pautada por esse ideal de segurança, *pois “o L. é muito regrado, não deixa que nada nos falte, nunca atrasou uma conta sequer! Se bem que nunca foi um marido parceiro, carinhoso..., mas apesar disso, me oferecia muita segurança! Sem ele fiquei completamente perdida, L. sempre soube o que fazer.”* Faço um apontamento sobre o marido sempre saber o que fazer, Sofia diz: *“ele sempre sabia o que eu tinha que fazer, pensando no melhor pra mim.”* Chamava a atenção, a dificuldade que apresentava em falar em nome próprio, qualquer pergunta que fazia sobre ela, em uma tentativa de descolagem, respondia em terceira pessoa, uma vez que quem tinha o lugar de saber, era o marido. Sua posição era de desconhecimento de si. Vivia a sombra do Outro, trabalhando incansavelmente para completar o Outro, para que nada lhe faltasse.

---

<sup>4</sup> Nome fictício



Com relação ao diagnóstico de câncer diz: *“eu sei que deveria estar feliz, e agradecer por não ser algo mais grave. Não precisei fazer quimioterapia..., mas sabe, tudo o que pedia a Deus era que não tirasse minha saúde. Minha mãe sempre dizia que o mais importante nessa vida é ter saúde!”* A paciente dizia ainda, que não conseguiria passar por toda essa dor sozinha e que gostaria muito de seguir com a assistência psicológica, além de ter direcionado demandas a outras especialidades. Sofia repetia na transferência com a analista a relação de dependência, para que continuasse a nada saber de si. Nesse sentido, foi muito importante manejar a transferência, de modo a não responder desse lugar de mestria.

Com relação à interlocução com a equipe, foi fundamental a transmissão da posição subjetiva de Sofia, advertindo acerca da demanda incessante por respostas, por garantias. Ainda assim, teve algumas de suas demandas atendidas, como a prescrição de antidepressivos e indutores de sono.

Sofia demandava que tamponássemos um buraco, costurássemos o vazio, escancarado a partir da perda, posto que durante anos conseguiu, cedendo ao próprio desejo, levar uma vida “segura”, sem que nada “faltasse”. Porém uma vida alienada ao Outro. Referia que era a “esposa dedicada, atenta, que atendia prontamente a todos os pedidos do marido. Cuidava com presteza da casa, *“sem deixar uma poeirinha sequer”*, uma vez que, segundo ela, o marido gostava muito da casa brilhando e das crianças asseadas. Acreditava que, assim, teria seu casamento garantido. Com o diagnóstico, o sentido construído pela separação conjugal estava relacionado a um possível medo que o marido teria de que ela morresse e não suportando, abandonou-a antes de ser abandonado. Essa construção imaginária reforçou o medo da morte, como se pelo diagnóstico oncológico, apesar de tratada, estivesse “sentenciada”. Mais uma vez se apagava.

O plano de cuidados ou os remédios não deram conta de costurar uma fenda que insistia em aparecer, a saber, não há garantias! Não há no Outro um último significante que responda a sua existência, que dê a resposta sobre seu ser, convocando-a, portanto, a implicar-se em seu sofrimento, na aposta de que pudesse equivocar-se, olhar e consentir com a perda. Elaborar seus lutos, para que algo do desejo pudesse advir e com ele a invenção de uma vida possível.

Uma fala insistente dessa paciente ecoou em mim por muito tempo, e apareceram no discurso de tantos outros que tive oportunidade de escutar: “*Preferia não ter sabido de nada disso!*” O que uma doença, como o câncer, faz saber? Parece-me que essa fala aponta para algo da ordem do ser, no caso da angústia de não ser. Não nos esqueçamos de que foi pela falta de um significante que respondesse pelo nosso ser, que se abriu o enigma do desejo do Outro, *Che vuoi?* (LACAN, 1958-1959), que oferece a possibilidade de, a partir da falta de resposta, construir uma ficção própria ao desejo. Esse ponto é fundamental para o desenvolvimento de nossa pesquisa, de que é essa a marca, a inscrição subjetiva deixada pelo câncer.

A paciente permaneceu em tratamento comigo no ambulatório, hoje, quatro anos após o término de seu tratamento oncológico, com um árduo trabalho de análise, tem podido sustentar uma posição na vida que incluía a falta, o não saber, a equivocação. Conseguiu descolar-se da identificação totalizante ao Outro (medicina, marido, mãe), o que abre espaço para que algo do seu desejo possa aparecer, para que possa estar viva até a hora de sua morte.

Essa paciente, assim como outros que tenho a oportunidade de escutar diariamente, foram disparadores para essa inquietação, para que pudesse sustentar o desejo de saber o que se revela a partir do término do tratamento oncológico? Quais são os processos psíquicos implicados nesse tempo?

### **2.3 Nossas justificativas...**

Ao discorrer sobre *O Mal-Estar na Cultura*, Freud (1930/1996) referiu que o sofrimento humano nos ameaça a partir de três direções: o mundo externo, uma vez que a natureza pode agir contra nós com forças impiedosas; o relacionamento com os outros e, o que mais nos interessa aqui, a fragilidade e vulnerabilidade do nosso próprio corpo. Para ele:

Nunca dominaremos completamente a natureza, e nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização. Esse reconhecimento não possui um efeito paralisador. Pelo contrário, aponta a direção para a nossa atividade. Se não podemos

afastar todo sofrimento, podemos afastar um pouco dele e mitigar outro tanto. (p.93)

Essa passagem nos remete às diferenças na concepção de mal-estar e sofrimento, além da diferença fundamental concernente ao corpo tomado pela Medicina e o corpo tal como concebido pela Psicanálise. Freud se distancia do modelo dicotômico pelo qual esses conceitos são habitualmente abordados no campo da saúde.

Como apresentamos até aqui, o status dos estudos atuais acerca da sobrevivência ao câncer, demarcam a importância de um olhar apurado às necessidades individuais. No entanto, as estratégias de intervenção estão pautadas em modelos protocolares com objetivo informativo e de minimização sintomática.

Tais intervenções, embora importantes, parecem não alcançar o fato de que sobreviver a um câncer não se “reduz” a *ganho* de vida, ou de tempo de vida. Uma vez que o que aparece na clínica é o sofrimento de pacientes que relacionam tal experiência como uma espécie de condenação à vida.

O recorte clínico a seguir, nos ajuda a refletir sobre essa questão: uma paciente, encaminhada por uma médica amiga, chega para a primeira sessão com a seguinte queixa (que inspirou o título da dissertação): *“estou te procurando porque o meu tratamento acabou! E agora, eu não sei o que fazer. Dizem que é pra eu estar feliz...e eu estou. Mas não me sinto mais como antes, sinto que perdi o brilho no olhar. Como é que vai ser a vida agora?”* Importante salientar que a literatura que versa sobre as condições psicoemocionais que envolvem o câncer, dão destaque para questões relacionadas à angústia de morte, a influência do imaginário social, ao medo da recidiva, o retorno do câncer (ALMEIDA, 2017). Porém, o que recolhemos na clínica, apesar da presença de narrativas relacionadas à morte, o que se destaca são narrativas sustentadas na preocupação com o vivo, o pulsante, em como viver a partir das marcas deixadas pelo câncer, ou ainda no sofrimento decorrente do desencontro com o outro e consigo mesmo.

Allouch (2004), ao discorrer sobre o luto, em uma passagem nos diz que Lacan, assim como aparece na cultura mexicana, não crê na existência da angústia de morte, mas na angústia de vida, “isto é, uma angústia diante da vida, diante de uma vida que seria a vida desejante” (p.196).

A dissertação de mestrado da psicanalista Cristiana Rua (2014) revelou que o que passou cronologicamente, nem sempre passa, subjetivamente, uma vez que, em sua experiência clínica, deparou-se com pacientes que, mesmo curados do câncer, apresentavam-se como se ainda estivessem doentes, como se o adoecimento fosse um acontecimento atual, remetendo-nos à atemporalidade inconsciente, que não se estrutura pelo tempo cronológico. Nessa mesma direção, Ferreira & Arantes (2014) referem que acompanham pacientes que sobrevivem ao tratamento oncológico, porém permanecem atrelados, identificados ao câncer, beneficiando-se, de alguma forma deste, “fazendo com que a vida em torno dos cuidados com o corpo adoecido seja o uso de um caminho que pode aprisionar o sujeito em um gozo, ou seja, em uma forma de satisfação que coincide com o sofrimento” (p.13).

Além disso, não podemos desconsiderar o fato de que, muitos pacientes encontram um lugar na vida, no laço com o outro, a partir do adoecimento. Para Lacan (1966a/2001)

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, de modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença. (p.10)

Uma dissertação de mestrado, de abordagem junguiana, Bueno (2018) versou sobre o eu, depois da doença oncológica e constatou que, apesar do médico convidar o paciente a voltar para a vida normal após o sucesso do tratamento oncológico, “do ponto de vista psíquico, deixar de ter a doença é assumir uma nova identidade, que exige um novo processo adaptativo. Isso parece se complicar quando não há estímulos sensíveis para se confirmar o veredito” (p.62). Esse estudo corrobora com o que encontramos na clínica, a necessidade do sujeito se reposicionar após o acontecimento e o não reconhecimento do sofrimento do paciente frente ao que foi perdido.

É frequente que o paciente demande que acabem com seu sofrimento, que lhe ofereçam garantias, ou mesmo uma resposta sobre a maneira ideal de viver depois de

atravessado pela experiência do câncer, especialmente quando se vê sem referências simbólicas e imaginárias. Atender a essa demanda, lhe fornecendo uma resposta pronta e, portanto, precipitada, por meio da oferta de um plano ou manual de cuidados, contendo dicas de como viver melhor, comer melhor, exercitar-se melhor e informar-se melhor, seria da ordem da exclusão e porque não dizer, do silenciamento do sujeito, entravando a possibilidade de elaboração de suas perdas e da construção de uma saída inventiva sobre viver depois do câncer.

Orientar-se por essa demanda, sem responder diretamente a ela é uma posição ética, que diz também do desejo do analista, um desejo prevenido, àquele que não pode desejar o impossível, pelo fato de não ser possível responder à demanda do paciente, uma vez que ela aponta para além e para alguém do que é formulado na sua cadeia significativa. Afinal, como nos adverte Lacan:

E na medida em que a demanda está para além e para alguém de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa, que, em toda a satisfação da necessidade, ela exige outra coisa, que a satisfação formulada se entende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja o que quer dizer a demanda para além do que ela formula (LACAN, 1959-1960, p. 344-345).

O que percebemos na clínica, muitas vezes, é justamente o efeito devastador para o sujeito tentado a alcançar o ideal de sobrevivência e, com isso, vendo-se frustrado e fracassado diante da insistência do mal-estar e do sofrimento. Aliados ainda, aos imperativos de felicidade e sucesso que caracterizam nossa cultura e o advento das redes sociais que evidenciam o culto ao corpo, como imagem. Lacan, em seu O Seminário, livro 10 *A angústia* (1962-63), nos aponta que quanto mais o homem se aproxima e cerca o que supõe ser o objeto de seu desejo, na verdade, mais é afastado, desviado dele.

Nessa direção, partimos do princípio de que o tratamento ofertado, na abordagem do sofrimento psíquico de pacientes que passaram pelo câncer, pode favorecer ou impedir a transformação do acontecimento em experiência singular. Portanto, a presença de um psicanalista pode contribuir com a interlocução de diferentes campos do saber, a fim de tornar a experiência do cuidado, uma experiência transdisciplinar (MORETTO, 2019).

Centros de saúde que se dedicam ao acompanhamento em longo prazo de pacientes que sobrevivem ao câncer, no Brasil, adotam o modelo americano, com estratégias de psicoeducação para tratar do sofrimento psíquico dos pacientes, com foco na eliminação ou minimização de suas queixas e sintomas apresentados (Anderson, MD, 2020). Por outro lado, a proposta do nosso trabalho se dá a partir do referencial psicanalítico, por meio da obra de Sigmund Freud e do ensino de Jacques Lacan, tendo a ética da Psicanálise como norte para as investigações relatadas nesse estudo. Partimos do pressuposto de que existem perdas vivenciadas pelo paciente ao terminar um tratamento oncológico, que não encontram espaço para elaboração, uma vez que não são reconhecidas, no laço social.

Importante ressaltar que essa pesquisa não se propõe a denunciar um furo, no sentido de atingir o ponto fraco para enaltecer a Psicanálise, colocando-a no lugar de verdade, em detrimento do discurso médico. Freud (1933) se recusava a fazer da psicanálise uma visão de mundo (*Weltanschauung*) e isto também não é o que almejamos. A Psicanálise revela-se subversiva, justamente, por não se pretender revolucionária, já que toda revolução é a volta a um mesmo ponto.

#### **2.4 ...E hipóteses**

Por definição no dicionário Michaelis (2022), o significado de sobrevivência está relacionado a “condição de permanecer vivo após um acontecimento de extrema gravidade ou a continuidade da vida, da existência diante ou a despeito de situações adversas.”

Retomando a pesquisa citada anteriormente, realizada pelo INCA (2019) e liderada pelo pesquisador Rildo Pereira da Silva, o conceito de sobrevivência em oncologia vem sendo discutido por vários estudiosos no mundo. “*Consideramos sobrevivente aquele paciente diagnosticado com câncer há, pelo menos, um ano. Muitos ainda estão em tratamento, porque precisávamos apreender a experiência dele, atribuindo seus sentidos com o que ele vivenciou a partir do diagnóstico, ao longo do tratamento e após*”, define Silva. Essa definição relaciona-se à necessidade de criação de políticas públicas que abarquem as demandas dos pacientes que passaram pelo tratamento oncológico, que vão além do monitoramento de uma possível recidiva (retorno da doença), mas incluem aspectos psicológicos, econômicos e sociais.

Podemos dizer, portanto, que a sobrevivência, mais do que escapar à morte ou a situações que coloquem em risco a existência, diz respeito à vida, mas uma vida que carregará, necessariamente, a marca dessa experiência. Danièle Brun, psicanalista francesa, que trabalhou por muitos anos com crianças portadoras de doenças oncológicas, refere:

Se não é surpreendente que, muitas vezes, o diagnóstico de câncer seja compreendido como uma sentença de morte, não se pode permanecer insensível ao fato de que o anúncio da cura seja entendido como uma condenação à vida. (BRUN, 1996. p.23)

Na clínica, o que aparece na fala de pacientes, que finalizaram seus tratamentos oncológicos, é que este não é vivido apenas como ganho, mas como experiência de **perda**.

Após o término do tratamento oncológico, o paciente não é nomeado curado, uma vez que necessita manter o acompanhamento médico regular, o que inclui exames laboratoriais e de imagem e consultas ao médico oncologista. De maneira geral, o sobrevivente é considerado curado pela Medicina após um intervalo de cinco anos sem recidiva, ou seja, sem o retorno da doença (BARROS, 2018). Nesse sentido, entendemos que a cura é um significante que semblanteia o real, avesso com o que ocorre com o paciente oncológico, que ao não receber do campo médico esse significante, mas o de sobrevivente, que carrega com ele a ameaça atrelada a condição de existir, escancara o real, deixando a verdade sobre o ser em carne viva.

Apesar de estar livre de qualquer evidência de doença no organismo, necessita atravessar um período de vigilância. A clínica nos mostra que apesar de livre da doença no organismo, não está livre dela, ou das marcas deixadas por ela, subjetivamente. Pontuamos aqui uma diferença importante na concepção de cura e tratamento em Medicina e na Psicanálise, uma vez que para a Psicanálise, o desaparecimento do sintoma não basta para que consideremos um sujeito curado. Um paciente curado, do ponto de vista médico, pode ser, do ponto de vista psicanalítico, um sujeito a ser tratado (MORETTO, 2019).

Na clínica, o que escutamos é a angústia de pacientes que são convocados a seguir na vida após e, apesar de, terem sido atravessados pelo câncer, como podemos evidenciar na fala desta paciente, depois de dois anos do término do tratamento: *“Na verdade, eu*

*não queria saber de nada disso. Queria continuar minha vida, como se nada tivesse acontecido, mas não consigo. Esse ganho de consciência é muito duro! Tudo o que eu vou fazer, penso, mas e se...?”* A fala acima vai nos acenando sobre o que pode se tratar essa perda, curiosamente expressa pelo paradoxo “*ganho de consciência*” (*saber*), a perda da ilusão, vivenciada na carne, de um corpo infalível. E mais ainda, que após o câncer, a vida é outra vida, o corpo é outro corpo. É com esse corpo “*falhante*”, que o sujeito é convocado a existir.

Para a Medicina há recuperação, há restauração da saúde após o tratamento de uma doença e sua eliminação do organismo, portanto, o médico espera que o paciente possa retomar sua vida no ponto em que deixou quando foi diagnosticado. No entanto, há algo que insiste e resiste, manifestado pelo sofrimento psíquico de pacientes, por meio dos mais diversos sintomas. Aprendemos com Freud (1919/1996) que o que é recaiado, não reconhecido, retorna. Portanto, construímos a hipótese de que o sofrimento que aparece com o término do tratamento, com o sucesso deste, aponta para aquilo que não é passível de recuperação. Face ao acontecimento potencialmente traumático, é necessário um trabalho de luto, para que o sujeito possa construir uma vida e encontrar-se com as vias do desejo.

Desenvolveremos essa questão adiante, ao tratarmos do luto na teoria psicanalítica.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

- Investigar e descrever os processos psíquicos implicados no término do tratamento oncológico, sob uma perspectiva psicanalítica freud-lacanianana.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Investigar o que se revela, do ponto de vista psíquico, diante do anúncio do término do tratamento oncológico, partindo do pressuposto que se trata de uma experiência de perda.
- Promover avanços clínico-teóricos na temática relacionada à sobrevivência ao câncer.
- Contribuir com a interlocução entre Psicanálise e Medicina, no manejo clínico de pacientes que apresentam sofrimento psíquico diante do término do tratamento oncológico.

#### 4. O PERCURSO METODOLÓGICO

Nossas investigações partiram eminentemente da clínica, daquilo que pôde ser escutado, depurado e que nos interroga, promovendo um impasse, que tomamos assim como objeto de nossas averiguações, para que uma vez circunscrito, analisado, possamos retornar à clínica, promovendo avanços teórico-clínicos. Esse, além de nosso ponto de partida, foi nosso desejo.

Nossa bússola foi a Psicanálise, a partir do ensino de Sigmund Freud e Jacques Lacan, assim como de seus comentadores. Desde o início, estávamos advertidos de que teoria, clínica e pesquisa são indissociáveis (Freud, 1912/1996), uma vez que uma mudança operada em um dos três registros, acarretarão mudanças também nos outros (SAURET,2003). Nogueira (2004), vai ainda mais longe, referindo que a psicanálise é, em si, uma pesquisa que inaugura em nossa cultura uma investigação a partir da relação entre falantes e, portanto, envolve a implicação do próprio sujeito.

Nessa direção, como aponta nossa bússola, o método do presente trabalho é o psicanalítico, que é distinto do dispositivo de análise, inventado por Freud. A pesquisa psicanalítica decorre do que foi recolhido na clínica, a partir da experiência psicanalítica, o que significa dizer que preserva a ética que a ancora quanto ao sujeito e seu desejo. Dallazen *et al* (2012) refere que a especificidade no objeto de estudo da Psicanálise, diz respeito a descoberta freudiana, a supremacia do inconsciente. Sauret (2003) concorda com Dallazen, e acrescenta que o método psicanalítico considera o efeito da falta, introduzido pela linguagem e permite que esta, fundamentalmente inconsciente, seja mantida.

Ainda de acordo com Dallazen (2008), a ética em Psicanálise tem como fundamento a pressuposição de liberdade e comporta uma reflexão profunda sobre o desejo do analista/pesquisador como uma condição para o processo de análise/investigação referente à disponibilidade do analista/pesquisador de produzir questionamentos sobre si mesmo e sobre o laço social, ou seja, sobre o contexto da pesquisa em geral. Enquanto a ciência moderna se propõe a estudar um objeto e realizar experimentos separando o pesquisador daquilo que é pesquisado, a pesquisa em

psicanálise se dá de modo a incluir o sujeito, deixado de fora no discurso da ciência. Portanto, tal qual nos ensina Kehl (2007), a atitude investigativa é a própria ética psicanalítica, em que a dúvida deve furar as certezas imaginárias, possibilitando que o pesquisador se inquiete, interrogando o aparente das ações e os sentidos latentes em seus discursos. Foi, por meio de questões suscitadas na clínica que Freud foi interpelado a formular hipóteses e criar conceitos importantes em sua metapsicologia. E esse movimento continua sendo fundamental para a construção e avanço do conhecimento da teoria psicanalítica.

Como dissemos no início desse capítulo, partimos de uma questão clínica que nos interpela, a saber, o término do tratamento oncológico e o mal estar psíquico, engendrado nesse término. Com ele, aparece o desencontro com a equipe médica, com os familiares e até mesmo com a expectativa do próprio paciente, que tomavam o término do tratamento oncológico, como um momento de vitória e celebração (universo fechado de significação), tal como pontuamos em nossa apresentação.

Como ressalta Nasio (2001), o caso clínico é essencial para a construção de conhecimento e formulação de novas hipóteses em psicanálise. Acrescentamos a esse ponto também, a interlocução entre pares (psicanalistas e psicólogos) na Universidade, no Hospital, na Literatura e entre ímpares (médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde), com o objetivo de oferecer a integralidade do cuidado ao paciente oncológico e promoção de conhecimento interdisciplinar. Dessa forma, utilizamos, no presente trabalho, a articulação entre fragmentos clínicos e a teoria psicanalítica.

Foi fundamental então, que buscássemos conhecer o estado da arte, desse modo, realizamos um levantamento bibliográfico a respeito do câncer e suas estimativas no Brasil, assim como aquelas relacionadas à sobrevivência. A partir das informações encontradas, verificamos que se trata de uma das doenças de maior prevalência no país, configurando-se como um desafio à saúde na criação de medidas de tratamento e promoção de saúde. Além disso, os dados epidemiológicos apontaram para o aumento do número de pessoas que sobrevivem a doença oncológica no Brasil e no mundo. Levantamos, na literatura especializada, as principais estratégias utilizadas para tratar do sofrimento manifestado pelos pacientes que sobrevivem ao câncer. Procuramos dar maior ênfase em estudos psicanalíticos que abordassem a temática do câncer, em especial no que concerne ao término do tratamento. Infelizmente, encontramos escassas publicações

que versassem sobre essa temática, principalmente no campo da Psicanálise. Esse dado nos impulsionou a seguir nossas investigações e retornar à clínica com novas proposições.

Realizamos estudo minucioso de textos oriundos da obra de Sigmund Freud, bem como do ensino de Jacques Lacan, que nos auxiliaram a pensar a questão do adoecimento e sobrevivência ao câncer a partir da noção de corpo para a Psicanálise, dos conceitos de luto, identificação e angústia, articulando tais conceitos com as operações de constituição subjetiva. Relacionamos o material levantado na literatura com a prática clínica e institucional na Oncologia, buscando possíveis efeitos de teorização, diante da problemática apontada. O tipo de revisão realizado na literatura foi sistemático, em consulta a livros de referência sobre o tema e artigos publicados nas bases de dados mais relevantes às áreas da saúde, oncologia, psicologia e psicanálise: SIBiNET USP, BVS-Psi, PePSIC, PsycINFO, PEP- Psychoanalytic Electronic Publishing, Web of Science, MEDLINE (PubMed), SCIELO. E em bases de dados de Associações e Escolas de Psicanálise de orientação lacaniana.

Segundo Rother (2007), a revisão sistemática é uma revisão planejada para responder a uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos. Nesse sentido, essa pesquisa não se propõe a realizar qualquer tipo de generalização, mas investigação do desconhecido, em busca de conceitualizações que possibilitem a ampliação do corpo teórico dos dois campos, psicanálise e medicina (MEZAN, 2006).

A partir do apresentado até aqui, com o intento de responder aos objetivos da pesquisa, seguimos o seguinte delineamento metodológico:

No capítulo 5 abordamos brevemente o estatuto da ciência hoje, como opera a medicina baseada em evidências, na criação de protocolos de tratamento de doenças, como o câncer. Discorremos sobre o discurso médico e o imperativo metodológico na exclusão da subjetividade e seus possíveis efeitos na clínica, assim como possíveis efeitos da união entre Ciência e Capitalismo. Discorremos acerca do lugar da Psicanálise na Medicina, uma vez que estamos advertidos que aquilo que é excluído, retorna. Em seguida, discorremos acerca das implicações subjetivas do diagnóstico oncológico, articulando com psicanalistas contemporâneos e estudiosos do tema, tecemos possíveis aproximações sobre nosso objeto de investigação, que versa sobre a saída do tratamento

oncológico. Prevenidos quanto ao lugar íntimo da Psicanálise, discutimos a ética da Psicanálise, em um entendimento de que a ética que norteia a sua atuação não é a mesma que determina a ação da equipe de saúde, que compõe a cena hospitalar. Entendemos ser necessário delimitar essa diferença, uma vez que isso nos possibilitará delimitar também a especificidade do ato analítico frente ao empuxo universalizante das estratégias atuais de tratamento para os pacientes sobreviventes do câncer.

No capítulo 6, realizamos uma discussão sobre o corpo para a Psicanálise e o corpo tomado pela Medicina. Traçamos um delineamento do corpo enquanto organismo, tal como concebido pelo discurso médico e o corpo enquanto suporte da singularidade e alteridade, como proposto pela Psicanálise. Construimos uma discussão sobre o corpo na Psicanálise, a partir de Freud, seguido pelas proposições de Lacan nos registros Real, Simbólico e Imaginário. Enfatizamos a importância de, enquanto analistas, escutarmos esse corpo, atravessado pelo câncer e sobrevivente deste. Ainda nessa discussão, apresentamos a construção de que, do ponto de vista lógico, o término do tratamento engendra uma perda, levantando o véu que revela algo da verdade sobre o ser.

No capítulo 7, discorreremos sobre o luto na teoria psicanalítica, partindo das proposições de Freud (1917), no texto *Luto e Melancolia*, em que apresenta suas concepções acerca do luto, como um trabalho a ser realizado pelo eu, efeito da perda de algo ou alguém que ocupe um lugar, para o sujeito, de objeto de amor. Delimita as principais diferenças entre o luto e a melancolia (sua manifestação patológica). Em seguida, apresentamos a versão lacaniana do luto, principalmente nas formulações realizadas em seu O Seminário, *O desejo e sua interpretação* (1958-1959), a partir da leitura realizada da tragédia shakespeariana, *Hamlet*. Nessa leitura, Lacan refere a íntima relação entre o luto e a constituição subjetiva, uma vez que o sujeito se constitui no campo do Outro, por meio das identificações imaginária (imagem especular) e simbólicas (significante). Ressalta a cessão do falo, o luto do falo, como o sacrifício a ser realizado pelo *ser*, como o ato, a libra de carne a ser paga para se constituir como sujeito desejante. Traçamos então, um caminho, articulando o luto e identificação, uma vez que a clínica com pacientes que passaram pelo câncer, mostra a queda das referências imaginárias e simbólicas que os localizava na vida, antes do adoecimento. Articulamos luto e angústia, uma vez que o que se revela ante a queda da montagem fantasmática do sujeito é o real. Discutimos a importância da angústia, como o afeto que não engana e que, portanto, pode

ser o primeiro tempo de um luto. No tópico, que denominamos culpa do sobrevivente, discutimos possíveis efeitos da impossibilidade de significação, frente a perda, ficando o sujeito alienado a sombra do acontecimento, uma vez que “a falta do luto não é gratuita” (BERTA,2007 p.47).

Ainda nesse capítulo, traçamos uma importante proposição, na tentativa de responder e descrever quanto aos processos subjetivos suscitados no paciente diante do término do tratamento oncológico. Vale ressaltar que essa formulação foi produto da articulação com uma rigorosa interlocutora, Berta (2007) a partir de suas construções sobre os destinos do luto no exílio político e dos tempos lógicos da constituição do sujeito, de Lacan.

No capítulo 8, apresentamos fragmentos de histórias sobre viventes, retirados do documentário produzido e dirigido por Miriam Chnaiderman, (2009) denominado *Sobreviventes*, no qual apresenta o depoimento de pessoas que foram atravessadas por situações limite, ficando o sujeito, num primeiro tempo, exposto ao gozo do Outro, eclipsado. Mas que, por meio de saídas singulares, porém que não deixam de levar em conta a importância do laço social, conseguiram, pela elaboração do luto, pagar o preço por ex-sistir, a libra de carne, consentindo com a perda, para que dela o desejo pudesse advir. Um desejo mais advertido de que, não há no Outro o último significante que responda pelo sujeito.

## 5. A CIÊNCIA, O CÂNCER E O PSICANALISTA

### 5.1 Ciência e sua relação com a verdade

*Será que eu falei o que ninguém ouvia?*

*Será que eu escutei o que ninguém dizia?*

*Eu não vou me adaptar, eu não vou me adaptar.*

(Arnaldo Antunes e Nando Reis - 2007)

Em uma época em que a Ciência é um importante regulador do modo de viver dos sujeitos, bem como a mídia e as redes sociais, que apontam para padrões de saúde, beleza, bem-estar e relacionamentos, vemos o pouco espaço para a singularidade, para formas únicas de satisfação e sofrimento. Ferreira e Arantes (2014) trazem ainda mais um ponto nessa discussão, referindo que, na sociedade de poder, onde tudo é regido pelo capital, as idealizações se sobrepõem e *ter e poder* tornam-se palavras de ordem.

Vemos pipocar nas redes sociais, pessoas de diversas áreas vendendo cursos ou serviços que visam garantir ao consumidor o alcance do sucesso, da felicidade, do corpo perfeito, sustentando uma ideia de que o impossível é só uma questão de opinião. Apoiados nessa mesma direção, temos o casamento da ciência com o capitalismo, trazendo consequências para o campo da saúde. Assistimos ao desenvolvimento de recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados e precisos, para o diagnóstico e tratamento de doenças graves e ameaçadoras da vida, como o câncer, por exemplo. Outra consequência dessa união da lógica capitalista com a ciência médica está no que Lacan (1968/2004) nomeou como *mercado do saber*, fruto dessa cumplicidade política e discursiva entre ciência e capitalismo. A verdade teria feito junção com o saber, o que fundou um mercado do saber e da verdade, o saber passa a ser um produto ofertado e, então, para obter um saber que possa ser consumido, a ciência provoca um discurso, delirante, de que poderia dizer toda a verdade, com a intenção de ser absoluta. O saber moderno, portanto, se institui como o lugar da verdade recusando toda “verdade para fora da dialética do sujeito e do saber”. (PORGE, 1998, p.117). O real fica, assim, escamoteado e não há buraco que não possa ser tamponado. É assim que se apresentam

as intervenções da ciência contemporânea no real do corpo, tamponando imaginariamente os orifícios pulsionais. (DANZIATO, 2012)

Clavreul (1983) já nos advertiu que as etapas relativas ao ato médico: diagnóstico, terapêutica e prognóstico, estão sustentadas num discurso totalizante., em que o médico é o portador do saber, da verdade sobre o organismo do paciente. Nessa lógica, se estabelece uma relação hierarquizante em que o médico detém o poder do conhecimento. Trazemos Moretto (2006) para a discussão, ao afirmar que no discurso médico, há a primazia da doença em relação a subjetividade, em descartar o que há de particular no discurso do paciente para torná-lo legível. É preciso excluir as diferenças entre cada caso, em nome de uma pretendida objetividade científica e terapêutica.

Apesar disso, estamos advertidos por Freud (1919/1996), que tudo aquilo que é recalcado retorna. Entendemos que as tentativas de padronização e universalização que as Instituições de saúde promovem, por meio dos protocolos, são furados pela singularidade, pela particularidade de cada caso. Uma vez que o que insiste é a impossibilidade de tamponar a fenda inerente à condição humana, o que nos remete à importância de um trabalho psíquico que inclua a dimensão do impossível, da fantasia e a criação como possibilidade de borda diante do não representável (Leite, 2019).

Lacan (1965) nos provoca com uma advertência:

“O analista, qualquer que seja e mesmo quando ele tenta discorrer sobre a análise, o analista não sutura ou, pelo menos, ele deveria se esforçar, como dizer, se preservar dessa paixão.” (p.362)

Nesse ponto, se impõe a diferença radical entre o discurso médico e o discurso psicanalítico, na medida em que o que interessa à Psicanálise é justamente esse resto, isso que fica de fora, de como o paciente experiencia subjetivamente o acontecimento (doença). Dizendo de uma outra maneira, podemos dizer que o acontecimento em si, a doença, é alvo direto da Medicina, que dela tratará com todo seu aparato teórico-clínico. Já, nós, psicanalistas somos os profissionais da experiência, em como tal acontecimento será acomodado, incluído ou não em sua vida psíquica, por meio de um árduo processo de elaboração.



Nessa discussão, entendemos que há, então, na Instituição de saúde, lugar para a psicanálise na medicina, o que não necessariamente coincidirá com o ocupado pelo psicanalista. Segundo Lacan, em sua conferência *O Lugar da Psicanálise na Medicina* (1966), esse lugar é de *extraterritorialidade*, ou seja, não há qualquer concorrência com o saber médico e nem uma submissão a esse saber, mas um lugar nem dentro, nem fora, sim à margem, o que sugere certa impostura e não adequação.

Seguindo essa linha, Dunker (2005), numa conferência sobre “A pesquisa psicanalítica nas instituições de saúde”, nos diz que os psicanalistas estão em Instituições de saúde não só interessados na metapsicologia do adoecimento, mas sim porque, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a Psicanálise participa do dispositivo clínico, naquilo que concerne à singularidade de cada caso. Portanto, estar num hospital investido na manutenção da clínica, que se vê ameaçada pelo discurso universal e padronizante, não deixa de ser um ato de resistência do analista.

### **5.1 Diagnóstico de câncer e implicações subjetivas**

Para tecermos nossas discussões acerca das implicações subjetivas envolvidas no ato de ser diagnosticado com uma doença oncológica, entendemos que será importante que realizemos uma contextualização do cenário em questão.

Sabemos que o câncer é imediatamente associado à morte e a debilidade do corpo no imaginário social, há algo de estigmatizante que o envolve, onde aquele que é acometido pelo câncer, facilmente é visto como “coitado”. A palavra câncer carrega consigo enorme peso, fazendo com que muitos pacientes não consigam nem ao menos dizer o nome de sua doença, referindo-se a ela como “*aquela doença lá*” ou “*essa doença maldita*”. Podemos inclusive refletir que aquilo que é da ordem do não dito, ou do mal dito, pode mesmo transformar-se numa espécie de maldição, uma vez que aquilo que não é tratado no simbólico, retorna no real (LACAN,1955-1956). Encontramos, na clínica, pacientes que preferiram manter seus diagnósticos e tratamentos em segredo, elegendo pouquíssimas pessoas para serem incluídas em todo processo. Lembramos de um paciente que, ao falar sobre sua decisão de não se ausentar do trabalho, ou comunicar sua equipe a respeito do tratamento, refere que se contasse, seria visto como uma pessoa fraca, que

teriam pena dele, além disso, corria o risco de ser “escanteado” na empresa. Outra paciente dizia que temia que o parceiro estivesse com ela por pena, entendendo que não era mais olhada da mesma maneira, “*através dos olhos dele, sinto pena de mim.*” Fantasias como essas povoam o imaginário dos pacientes, mobilizam sofrimento e vão nos dando notícias de que o pavor está relacionado à perda do lugar que os representa para o Outro.

Uma questão que não podemos ignorar é o fato de, segundo a Associação Brasileira de Linfomas e Leucemias (ABRALE), muitos pacientes que passaram por doenças, como o câncer, e necessitaram se ausentar do trabalho, encontram dificuldades no retorno laboral. Muitos chegam a ser demitidos após o período de estabilidade garantido pela lei trabalhista. Além disso, muitas organizações, durante o processo de seleção, quando tomam conhecimento do histórico oncológico de um candidato, deixam de contratá-lo, uma vez que poderá ser um colaborador oneroso aos seguros saúde, e associam a doença com baixa produtividade, tão caro à sociedade capitalista. A Associação disponibiliza assessoria com advogados, no auxílio no retorno ao mercado de trabalho para pessoas que passaram pelo câncer. (ABRALE, 2023)

Voltando a caracterização do cenário em questão, além do estigma social, relacionando o câncer à sentença de morte e o paciente como “coitado”, outros significantes foram introduzidos na clínica oncológica, que foram retirados da linguagem bélica ou militar: “batalha”, “guerreiro”, “luta”, “combatente”, “alvo”, “sobrevivente”, entre outros. Sontag (1984), ao escrever a obra *Doença como metáfora*, elenca duas doenças, que segundo a autora, são sobrecarregadas de ornamentos de metáfora, a tuberculose e o câncer. Com relação ao câncer, aponta que as metáforas não são tiradas da economia, mas da linguagem bélica. Nas palavras dela:

Todo médico e todo paciente atento está familiarizado com essa terminologia militar. Assim, as células do câncer não se multiplicam simplesmente; elas são "invasoras"... A partir do tumor original, as células do câncer "colonizam" regiões distantes do corpo, estabelecendo primeiro minúsculos postos avançados ("micrometástases") cuja presença é admitida, embora não possam ser detectados. Raramente as "defesas" do corpo são suficientemente vigorosas para obliterar um tumor que estabeleceu sua fonte de suprimento de sangue e consiste em bilhões de células destrutivas... O tratamento também tem um sabor militar. A radioterapia usa as metáforas da guerra aérea: os pacientes são "bombardeados" com raios.

tóxicos. E a quimioterapia é a guerra química, o tratamento objetiva "matar" células cancerosas (sem — assim se espera — matar o paciente) [...]Impossível evitar que se danifiquem ou se destruam células sadias, mas acredita-se que quase todo dano ao corpo é justificado se ele salva a vida do paciente. A verdade é que, muitas vezes, isso não funciona. (Como em: "Tivemos de destruir Ben Suc para salvá-lo.") Aí está toda a questão, mas o corpo é fundamental. (p.42 grifo do autor)

E continua:

As expressões relativas a sítio e guerra, usadas para descrever a doença, têm um contundente sentido literal e muita autoridade. Não só o desenvolvimento clínico da doença e seu tratamento médico são assim descritos, mas a própria doença é concebida como o inimigo contra o qual a sociedade trava a guerra. (p.43)

A obra publicada por Susan Montag conta mais de 30 anos, e ao longo desse período, tivemos avanços expressivos no campo da Oncologia, com o desenvolvimento tecnológico de ferramentas diagnósticas, com leituras cada vez mais precisas, o que possibilitou a detecção precoce da doença, aumentando significativamente as chances de cura. As técnicas cirúrgicas também foram aprimoradas, com a possibilidade, a depender do caso, da realização de cirurgias minimamente invasivas. No campo farmacológico, foram desenvolvidas novas drogas para o tratamento do câncer, a exemplo da imunoterapia, hormonioterapia, entre outras. Além da modernização dos recursos dos aceleradores lineares utilizados na Radioterapia, oferecendo maior precisão no ataque as células tumorais, com maior preservação dos tecidos sadios (SILVA,2018). Se houve progressos consistentes nas técnicas de detecção e tratamento do câncer, o discurso social, a linguagem metafórica utilizada para descrever esse contexto, não acompanharam tais progressos.

Podemos dizer que receber um diagnóstico de câncer produz um marco na vida da pessoa, na medida em que estabelece um antes e um depois em sua história. É também a marca de sua entrada no campo da Oncologia, passando a existir, através do nome-diagnóstico, para a especialidade, que lhe dá um lugar em um discurso, que comporta um saber científico sobre seu corpo doente e que poderá servir de referência para possíveis identificações, nesse terreno recém-inaugurado (CASTELLANI, 2021). Ao deparar-se com um campo ainda desconhecido, nomeado pelo Outro, é possível que a saída encontrada para tolerar o sofrimento mobilizado seja a identificação ao diagnóstico médico, colando-se a ele, na condição de objeto. Portanto, destituído de qualquer saber

sobre si (MORETTO, 2013). Nesse lugar subjetivo, a saída do tratamento oncológico pode aparecer como algo bastante ameaçador, como discutiremos adiante.

Acontece que, o médico, quando comunica o diagnóstico de câncer ao paciente, provavelmente não calcula que, entre aquilo que revela e o que o paciente escuta, existe um abismo. O médico comunica seu saber científico, do objeto doença no organismo, as mutações e multiplicações celulares, que colocam em risco a sua integridade, recebem o nome de câncer. No entanto, para o paciente, receber a notícia de que tem um câncer, é sobretudo, deparar-se com a fragilidade de aspectos fundamentais que constituem o *eu*. O câncer é aquilo que aparece como o sem sentido, como impossível, uma vez que sua etiologia carrega algo do incerto, de indeterminado. Essa questão traz um componente de horror, pois ele pode ser tomado pelo sujeito como um Outro voraz, que pode engolir-lo.

Lacan (1959-1960/1997) nos ensina que há uma parte de si reduzida à condição de resto, ou seja, algo fica fora da operação de estruturação de um corpo pela linguagem, o que aponta para a existência de uma perda na constituição subjetiva (Ferreira e Arantes, 2014). Não à toa, escutamos repetidamente, na clínica, pacientes dizerem do estranhamento, do não reconhecimento do próprio corpo. Um rapaz, em torno de 30 anos, carregava uma foto de si anterior ao tratamento e, sempre que tinha oportunidade dizia para a equipe “*Esse aqui (batia no peito) não sou eu! Esse (apontava para a foto) sou eu!*”

Podemos dizer que ao receber um diagnóstico oncológico, o sujeito se vê diante de uma escolha forçada (Berta, 2007) na luta pela vida: ou o tratamento ou a morte. O termo escolha forçada parte das interlocuções com Berta (Ibidem), pelo exílio diante da iminência da morte na permanência da pátria e, com Lacan (1964), ao tratar a operação de constituição subjetiva, na qual o sujeito tem de escolher entre *a bolsa ou a vida*. A única escolha possível é a vida, e como consequência, perde-se a bolsa.

O *vel* da alienação se define por uma escolha, cujas propriedades dependem do seguinte: que há, na reunião, um elemento que comporta que, qualquer que seja a escolha que se opere, há por consequência um *nem um, nem outro*. A escolha aí é apenas a de saber se a gente pretende guardar uma das partes, a outra desaparecendo em cada caso. (LACAN, 1964 p. 206)

A morte passa para o campo do possível, muitas vezes, na carne. E assim como relatado por Moretto (2013), em nossa prática também encontramos pacientes que ao depararem-se com a própria finitude, sentem-se interpelados a lutar pela vida. “*Quando*

*descobri que estava doente, senti meu chão se abrir, mas aos poucos, me deparei com uma urgência, urgência de vida, como nunca havia sentido antes.”*

Dessa maneira, acompanhando Castellani (2021), ao receber o significante câncer, que o representa para o discurso médico, este (significante) receberá um lugar de pertencimento na cadeia de representações, enlaçado por algo de sua fantasia inconsciente. Em suas palavras:

Ao mesmo tempo em que marca a igualdade, porta o rastro da diferença, diferença original e autêntica, levando em conta o que tem de próprio em cada sujeito, como cada um é tocado pela nova experiência de adoecimento. No cenário do recebimento do diagnóstico, o desafio passa a ser então o sujeito se representar pelo seu diagnóstico, nomeando-se sem fazer um com o nome, sem que sua identidade seja resumida a ele, abrindo espaço para algo da ordem do único, do próprio de cada sujeito, mantendo reconhecido seu saber inconsciente em cena. (p.161)

Portanto, podemos afirmar que a maneira como cada sujeito irá se posicionar diante do câncer, suas identificações e enlaces é absolutamente singular e porta algo de seu saber inconsciente. A experiência de ser atravessado pela doença oncológica toma a realidade psíquica do paciente, provoca articulações com sua própria história de vida e tentativas de acomodação do acontecimento, em um processo de subjetivação da experiência. Adentramos, aí, no campo da imprevisibilidade e da surpresa, e qualquer tipo de generalização, de compreensão, seria um risco. Por tratar-se do acontecimento no corpo de um sujeito e que, portanto, só por ele pode ser falado.

Entendemos que essas identificações e enlaces suscitados no momento da entrada do paciente no terreno da Oncologia, que diz de sua posição subjetiva diante do acontecimento, trará implicações na maneira como se posicionará diante do término do tratamento e essa articulação é ponto fundamental para nossas investigações. Lo Bianco (2014) aponta, na mesma direção, referindo que a abertura, a entrada é decisiva, e relembra Freud (1913/1996 apud Lo Bianco, 2014) ao trazer o jogo de xadrez, no qual o princípio da partida é determinante, uma vez que a primeira jogada enlaça as próximas. Não podemos esquecer que o tratamento, a necessidade de procedimentos invasivos, cirurgias mutiladoras, além da agressividade dos efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia ou radioterapia, são fatores que também vão compor a sua experiência com o câncer e o possível trauma decorrente dela.

No término do tratamento oncológico, no discurso dos chamados sobreviventes, aparece a marca deixada pelo encontro com o limite, no real do corpo, que desvela a verdade do ser. Importante assinalar, como nos lembra Moretto (2006), a história de um paciente que porta um corpo que adocece, deparando-se com a dor de existir e o pavor de deixar de existir, desencadeia um sofrimento que plano de cuidado algum consegue esgotar. A partir do entendimento de que o corpo é o suporte da singularidade, apostamos na possibilidade da superação dicotômica cartesiana, dando lugar a subjetividade daquele que sofre, sem qualificá-lo pelo tipo de doença, mas com coragem de escutá-lo, para daí saber o que virá.

Todavia, para que isso seja possível o psicanalista deve estar avisado de que a ética que norteia sua atuação não coincide com a ética que determina a ação dos outros atores que compõem a cena hospitalar. Dizer sobre essa diferença faz-se necessário, uma vez que isso nos possibilitará delimitar a especificidade do ato analítico frente ao empuxo universalizante das estratégias atuais de tratamento para os pacientes sobreviventes do câncer.

### **5.3 O psicanalista na Instituição de Saúde**

Um analista inserido numa equipe multidisciplinar em Oncologia é parte do campo de decisões e de responsabilidade. No entanto, ele só pode atuar ancorando sua clínica, à ética da Psicanálise. Por isso, em determinadas situações, torna-se imprescindível que o discurso analítico interrogue as regras instituídas para dar lugar à palavra e à particularidade de cada caso (PEREIRA, 2015).

De maneira geral, a prática médica utiliza como referência a ética do Bem Supremo, universalizante, do “bom para todos”. Pautada no princípio de beneficência, essa prática consiste na *“obrigação de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possíveis que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente (ação que faz o bem).”* (CREMESP, 2019). Por essa lógica, o que muitas vezes se demanda ao analista, que faz parte de uma equipe de saúde, é a de que se acabe com todo o sofrimento manifestado pelo paciente, numa tentativa de obturar a fenda da castração inerente a todo ser humano (MORETTO, 2002).

Lacan, em seu *O Seminário 7 – ética da Psicanálise* (1959-60), denomina a ética da Psicanálise como a ética do desejo, interligado ao Real. A ética da psicanálise se refere a um sujeito que não deve ceder de seu desejo, e, quando Lacan traz o desejo para o centro do debate ético, afasta-se do caráter prescritivo, em termos de valores e ideais de conduta próprios a ética nomeada por ele de aristotélica ou ética do Bem Supremo. O campo da ética para a psicanálise, por outro lado, está para além de um ideal, de um sentimento de obrigação e, dessa forma, não se restringe ao funcionamento imperativo do Supereu (NETTO, 2014).

Ainda em seu *O Seminário 7 A Ética da Psicanálise* (1959-1960), Lacan nos diz:

Eis o que convém lembrar, no momento em que o analista se encontra em posição de responder a quem lhe demanda a felicidade. A questão do Bem Supremo se coloca ancestralmente para o homem, mas ele, o analista, sabe que essa questão é uma questão fechada. Não somente o que se lhe demanda, o Bem Supremo, é claro que ele não o tem, como sabe que não existe. (1959-60/2008, p. 351)

Na demanda do hospital, aparece como exigência ao analista a produção de respostas rápidas e eficientes às situações, com o objetivo de colocar em ordem o que atrapalha a norma ou protocolos institucionais, garantindo a retomada do equilíbrio e do bem-estar geral. No entanto, a ética da psicanálise privilegia o bem dizer, aposta no singular, no caso a caso, na contramão do Bem Supremo. O que se leva em consideração é o desejo do paciente, implicado em seu discurso, permitindo que seu saber inconsciente se apresente a partir de sua fala.

As intervenções do analista podem favorecer uma mudança de posição do paciente, colocando seu sintoma como passível de interpretação (não de eliminação) e possibilitar a criação de saída a tratar com o Real do adoecimento oncológico. Segundo Silva (2017), o sintoma para a psicanálise, pode ser considerado como uma saída do sujeito frente ao sofrimento psíquico. E Moretto (2001) refere que, no campo da psicanálise, não se trata de vencer os sintomas, mas sim de interpretá-los, na medida em que dizem respeito à verdade do sujeito. Assim, o sintoma pela psicanálise revela não a verdade da doença, mas a verdade do sujeito, já que busca apreender no sintoma, seu desejo inconsciente.

**PARTE II – DEPOIS DA LUTA, O LUTO! O QUE ELE NOS ENSINA?**



## 6. O CORPO ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE

Oh, pedaço de mim  
 Oh, metade amputada de mim  
 Leva o que há de ti  
 Que a saudade dói latejada  
 É assim como uma fisgada  
 No membro que já perdi

(Chico Buarque, 1978)

Para que possamos construir uma discussão acerca da sobrevivência de pacientes que passaram pela experiência do adoecimento e tratamento oncológico, em uma perspectiva psicanalítica, é importante nos perguntarmos: que corpo é esse que sobrevive? O trabalho do psicanalista na Oncologia, por meio da escuta de pacientes que dizem *“meu corpo não é mais o mesmo, eu não sou mais o mesmo”* nos aponta a necessidade clínica de revisar o conceito de corpo para a Psicanálise, uma vez que, como nos adverte Moretto (2006), não escutar esse corpo, pode fazer com que o paciente abandone a tentativa doída de falar dele.

No ambulatório da Oncologia encontro com uma paciente, que havia concluído o tratamento havia alguns meses e que na ocasião retornara para sua cidade natal. Estava aguardando para ser atendida por seu oncologista, numa consulta de retorno programado. Porém, referiu que não se sentia bem, *“não do câncer, porque tô aqui só pra trazer os exames de acompanhamento, que estão bons. Mas porque sinto muita dor...na alma. Não me sinto mais como antes. É como se ninguém pudesse me entender, nem meus filhos, nem meu marido, nem meu médico, às vezes nem eu mesma.”* Nesse mesmo dia, encontro com seu médico no corredor e pergunto sobre a paciente. Ele responde, *“ela está ótima! Mas fica procurando sarna pra se coçar!”*. Algum tempo depois, lendo um romance autobiográfico de Rosa Montero, que versa sobre o duro processo de luto que atravessou pela perda do marido, me deparo com as seguintes palavras, que me remeteram a essa paciente:

Uma solidão tão grande que não cabe na palavra solidão e que não podemos nem imaginar se não estivemos lá. É sentir que você se desconectou do mundo, que não vão conseguir te entender, que você não tem palavras para se expressar. É como falar uma língua que ninguém mais conhece. (...) é desse tamanho de solidão que estou

falando. E parece que na dor verdadeira, na dor-avalanche, acontece algo parecido. (p.22)

O que é isso que não tem sido escutado? Que corpo é esse que dói? Que dói quando não há doença, que dói quando deveria se (re)encaixar. Evidentemente, a fala dessa e de outros tantos pacientes que foram atravessados pelo câncer, nos remete a perda e, portanto, a necessidade de um trabalho de elaboração de lutos, que será abordado no próximo capítulo do presente trabalho. Nesse sentido, para que uma discussão sobre o luto seja possível, acreditamos ser fundamental que passemos por uma discussão acerca do corpo; tomando como partida a questão: de que corpo se trata? Do mesmo corpo apontado na fala médica?

Esse apontamento revela que há diferenças epistemológicas no corpo tomado pela medicina, no qual o oncologista intervém e o corpo tomado pela Psicanálise. O médico se ocupa do corpo biológico, este que podemos chamar “organismo”, objetivado pela ciência e por ela estudado em termos de suas funções (digestão, respiração etc.), do funcionamento específico dos vários órgãos, tecidos e células. O psicanalista, por sua vez, trata de um corpo tecido pela sexualidade e pela linguagem (PRISZKULNIK, 2000).

Nossa revisão da noção de corpo, passará pelas construções de Freud e do ensino de Lacan. No entanto, cabe aqui uma observação, acompanhando Dunker (2021), que refere não haver uma teoria unificada sobre o corpo na Psicanálise, não pelo fato de que este não tenha sido objeto de estudo, tema ou exigência do método psicanalítico, mas que a procura por uma espécie de teoria psicanalítica unificada sobre o corpo e suas afecções, é um gênero desnecessário de metafísica:

A Psicanálise pode dispensar o sonho de uma teoria unificada sobre o corpo e suas afecções, porque ele se apresenta cada vez mais, como uma teoria sobre o próprio fracasso da unidade desse corpo, atravessado por especialidades, discursos, narrativas, práticas e formas de tratamento. (DUNKER, 2021 p.81).

Freud (1895), em seus estudos sobre a histeria, toma o corpo como diferente do organismo. A partir da escuta das pacientes, percebeu que a lógica apresentada pelo sintoma histérico não obedecia à organicidade, mas a uma anatomia imaginária. Que os sintomas histéricos não são efeito de uma falha biológica, mas de um trauma psíquico e que como tal, pode-se intervir sobre o sintoma, falando sobre o trauma. Sendo assim, formula a hipótese de que o corpo não é afetado apenas pelo que lhe é inerente biologicamente, mas

também sofre efeitos de linguagem, tanto no que diz respeito à formação dos sintomas quanto a sua dissolução. (FERREIRA, 2013)

É que verificamos a princípio com grande surpresa, que cada sintoma histérico individual desaparecia, de forma imediata e permanente, quando conseguíamos trazer à luz com clareza a lembrança do fato que o havia provocado e despertar o afeto que o acompanhara, e quando o paciente havia descrito esse fato com maior número de detalhes possíveis e traduzido o afeto em palavras. (FREUD, 1895/2006, p. 42)

Foi também por essa via que Freud deixa de ser médico para ser psicanalista, uma vez que rompe com o discurso da Medicina, em que desvincula a histeria do campo das doenças orgânicas, na medida em que separa o órgão de sua função puramente biológica (CUKIERT, 2000). Freud engendra uma nova concepção acerca do psiquismo a partir do conceito de pulsão, articulando inconsciente, sexualidade e linguagem, em um movimento inédito em relação às construções teóricas de sua época.

De acordo com Roudinesco (1986), após os estudos com Breuer e Charcot:

De volta a Viena, Freud separou-se progressivamente da clínica dominada pela função do olhar, pelo culto do quadro e pelo da aula; instaurou uma nova prática, fundamentada na primazia da escuta e do relato. Ao término dessa dupla inversão, na qual a histérica teve um lugar central, a noção de inconsciente emergiu e a psicanálise veio à luz: o médico renunciou ao ver e ao tocar, distanciando-se dos dois termos que selavam a existência da clínica no século XIX; ao mesmo tempo, a fala mudou de campo: o estudioso calou-se, guardando seus comentários para si; retraiu-se no silêncio, deixando ao enfermo o cuidado de curar a si mesmo. Com a entrada em cena da "orelha freudiana", o paciente passou a ocupar o lugar outrora reservado ao médico; tornou-se criador, relator e romancista, inventando um discurso e fabricando seu caso. (p.34)

Freud reintegra em seu campo o domínio do relato, da linguagem e da fantasia. No lugar de explicações anatômicas surgem em primeiro plano, variáveis ocultas e enigmáticas: o deslocamento, as identificações, os sentidos das palavras e dos sintomas. Em um desejo de saber sobre a verdade do sujeito expressa nos sintomas. (CUKIERT,2000)

Na interpretação freudiana, os sintomas históricos se articulam em um sistema coerente, fundado na imagem do corpo e não na estrutura do corpo, esta última subordinada as leis da distribuição funcional e anatômica dos órgãos. Nesse sentido, é importante saber como na histeria o paciente vivencia sua corporeidade, de que maneira

investe as diferentes partes do seu corpo e as interpreta como superfícies dotadas de significação. Em *O ego e o id* (1923), Freud nos diz que “o *eu* é, antes de mais nada, corporal, não se trata somente de uma superfície, mas da projeção de uma superfície” (p. 40), que se constrói por meio de uma identificação imaginária.

Para a Psicanálise corpo não é organismo e está relacionado a própria constituição subjetiva, intimamente ligado aos conceitos de *eu*, identificação e narcisismo. Não há *eu* sem Outro, assim como não há corpo sem Outro. Segundo Moretto (2006), podemos pensar o corpo tomando como chave a alteridade. Em função de sua prematuridade na hora do nascimento, o homem nada pode contra o que há de nocivo, nem a favor do que há de bom. Daí seu desamparo fundamental. A mercê da pulsão de morte que efetivamente o levaria ao retorno ao estado inanimado, se não tivesse havido essa especialíssima função de um Outro para ajudá-lo, instalando o princípio do prazer (Alberti, 2004). Portanto, entre o recém-nascido e a morte, intromete-se o Outro a fim de adiá-la.

Como operador teórico capaz de circunscrever a problemática do corpo biológico e representado, Freud introduz o conceito de pulsão. De acordo com o texto freudiano, *A pulsão e seus destinos* (1915), o termo pulsão refere-se a um conceito fronteiro entre o psíquico e o somático, uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua relação com o corpo, pois, embora as pulsões sejam inteiramente determinadas por sua origem em uma fonte somática, na vida mental nós a conhecemos apenas por suas finalidades. Cabas (2009), ao falar sobre a localização dada à pulsão, (no limite entre o psíquico e o somático), ela precisa inscrever-se no psíquico. A pulsão não está presente automaticamente no psiquismo, é necessária uma operação de inscrição, mais do que isso, não poderá inscrever-se diretamente, precisará de um representante: “a pulsão não ingressa no domínio psíquico a não ser através de uma representação, de um representante que tem a função de apresentá-la, inscrevê-la na dimensão simbólica, de fazê-la aparecer no inconsciente. De onde se deduz que a pulsão é causa do simbólico.” (CABAS, 2009 p.47)

É por meio do seu retorno a Freud que, anos mais tarde, Lacan situa o corpo a partir dos três registros fundamentais: Real, articulado ao conceito de gozo; Simbólico, marcado pelo significante e Imaginário, corpo como imagem. Faremos uma breve discussão acerca do corpo nos três registros, com ênfase no Imaginário, na medida em que o *eu*, como proposto por Lacan, é uma construção imaginária e, como vimos, na

clínica com pacientes que passaram pelo diagnóstico e tratamento oncológico há um abalo na imagem do corpo, no *eu*. Além disso, o luto se dá na dimensão do *eu*, claro, articulado pelo campo simbólico para tratar o furo no real.

Por mais que Lacan articule gradativamente os três registros em sua teoria, passando a concebê-los no quadro de uma tópica, os conceitos de Imaginário, Simbólico e Real são inseparáveis e devem ser pensados formando uma estrutura. Somente para finalidade didática é que os tomaremos separadamente.

A problemática do eu e do corpo para Lacan está presente desde o início de sua trajetória pela Psicanálise. Em sua teoria do estágio do espelho, apresentada pela primeira vez no congresso de Marienbad, em 1936 e depois novamente em 1949, sob o título “*O estágio do espelho como formador da função do eu*”, marcando a importância da antecipação da imagem do corpo próprio numa unidade organizada, efeito da alienação que confere ao *eu* sua estrutura. Vale lembrar que, desde o início, Lacan trabalhou com seus três registros, pois não só localizou na identificação com a imago a matriz simbólica do eu, como verificou existir nela uma permanente tensão erótico-agressiva, portanto real. Além disso, retornou inúmeras vezes ao longo de sua obra, ao estágio do espelho, ora salientando a função de sanção do Outro da linguagem nessa experiência primitivamente vivida, ora lembrando o que ela comporta de júbilo, ou seja, de gozo. (POLLO, 2004)

Destacará a expressão de júbilo da criança que reconhece sua imagem no espelho como uma importante evidência da *gestalt* ilusória e totalizante do *eu* e seu efeito sobre o domínio motor:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de infans parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1949 p.97)

O estágio do espelho permite especificar o momento no qual, a partir da imagem corporal, a criança estabelece uma diferenciação entre o seu corpo e o mundo exterior. De acordo com o proposto por Lacan (1953-1964), “é a aventura original através da qual, pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe como outro que não ele mesmo – dimensão essencial no humano que estrutura toda sua vida de fantasia” (p.96). Aponta a imagem corporal como aquela capaz de um efeito

formador, é o reconhecimento primeiro da criança de sua totalidade no espelho e a antecipação imaginária de um corpo unificado através de uma identificação, que possibilita a criança passar do momento pré-especular para a constituição de uma subjetividade. Pensar o corpo do ponto de vista do Imaginário, portanto, implica em levar em conta os primeiros momentos da teoria lacaniana e a forma como a imagem do corpo próprio a partir do outro marca a constituição subjetiva e a imagem assumida pelo sujeito. Sendo concebido a partir da imagem e da identificação, o registro Imaginário é também o registro do engodo (CUKIERT,2004). Segundo a mesma autora, na relação intersubjetiva é sempre introduzido algo de fictício, que é a projeção imaginária de um sobre a tela simples em que o outro se transforma. Esse é o registro do eu, com aquilo que comporta de desconhecimento, de alienação, de amor e de agressividade. Lacan (1953-1954) nos adverte ainda que todo equilíbrio puramente imaginário com o outro está sempre condenado por uma instabilidade fundamental.

Ao formular o estágio do espelho, pensando a gênese do eu em termos de uma identificação, Lacan (1953-1954) se contrapõe às concepções da Psicologia do Ego que prevaleciam basicamente nos Estados Unidos. A ideia de que o *eu* se constrói primeiramente a partir do outro, em especial a partir da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante, implica em tirar a consciência de um lugar central, apontando o eu como sede do desconhecimento, uma vez que o espelho aponta para o próprio engodo da imagem. Muitos anos depois, como nos aponta Alberti (2004), o imaginário é a consistência que está sempre se impondo e da qual temos enorme dificuldade de nos desvencilhar em função do efeito de fascinação que causa.

Portanto, a perspectiva imaginária traz consequências na conceituação do eu. Ela recoloca o fato de que a ideia de um ego racional, consciente, dono de si e agente do seu querer não passa de mera ilusão. Ao mesmo tempo, ela questiona qualquer suposição de unidade do eu: sendo marcado pela divisão, ele é absolutamente diverso da noção psicológica de um indivíduo (uno), harmonioso e completo (CUKIERT, 2004).

A medida em que a formulação do registro Imaginário proposta por Lacan descentraliza o campo da consciência, nos aponta para consequências clínicas, permitindo-nos problematizar acerca de ofertas de cuidado que acenam para um fortalecimento egóico, ofertas essas que apostam na adaptação do paciente à realidade, como se este (o ego), fosse uma instância livre de conflitos, disposto a cooperar com a tarefa de restabelecer sua saúde, em uma aliança terapêutica na luta contra o sintoma. É

nessa lógica que o discurso da ciência, associados aos imperativos do discurso capitalista, foraclui o sujeito e, portanto, da castração que o constitui. O cogito freudiano “penso onde não sou, sou onde não penso” desvela que para além da ciência moderna, existe o efeito sujeito, em constante retorno para denunciar que não é possível saber tudo. (ALBERTI e RIBEIRO, 2000)

No seminário sobre as Psicoses, Lacan (1955-1956), ao versar sobre a fala, nos diz que o inconsciente “fala” no sujeito:

Naturalmente, para que a questão tenha sentido, é preciso que vocês tenham admitido que o inconsciente é algo que fala no sujeito, além do sujeito, e mesmo quando o sujeito não o sabe, e diz sobre isso mais do que crê. (p.54)

Com Lacan (1953-1954), aprendemos que o *eu* é a sede do desconhecimento. Além disso, o corpo, como lugar de júbilo, é adorado pelo Imaginário, justamente para poder acreditar que o tem, enquanto não o tem. (ELIA,2000)

Se o registro Imaginário é formulado a partir da identificação a imagem especular, isso pressupõe um outro, um outro que olha e tenha lugar no campo do Outro, cujo reconhecimento, na medida em que a nomeia, permite sua entrada no registro Simbólico. Se há um processo de identificação no campo especular, na medida em que a criança assume determinada imagem de si mesma, ela não se reduz a isso, pois não é com seus próprios olhos que a criança se vê, mas sempre com os olhos da pessoa que a ama ou detesta. (CHEMMANA apud CUKIERT, 2004)

Vale lembrar que ao mesmo tempo em que o outro é tomado como referência imaginária, no processo de identificação e constituição subjetiva, isso não se dá fora do campo da linguagem. E tentando situar o Imaginário em relação ao Simbólico, Quinet (1994) refere que “ao simbólico corresponderá o furo, pois só existe a falta a partir do Simbólico”. Dizendo de outro modo, só se pode ter um corpo e falar sobre o corpo aquele cujo corpo, no sentido ingênuo, foi concedido pela linguagem.

Lacan (1955-1956), identifica o momento no qual o Simbólico se organiza no sujeito. Além de ser o momento da formação do eu, refere que a própria entrada do sujeito na ordem simbólica testemunha sua pré-existência:

A primeira etapa não é uma etapa em que vocês têm de situar em alguma parte na gênese. Eu não nego, é claro, que o que se passa ao nível das

primeiras articulações simbólicas, a aparição essencial do sujeito, não nos questione, mas não se deixem fascinar por esse momento genético. A criancinha que vocês veem brincar fazendo um objeto desaparecer e tornar a aparecer, e que se exercita assim na apreensão do símbolo, mascara, se vocês se deixam fascinar por ela, o fato de que o símbolo já está ali, imenso, englobando-o por toda a parte, de que a linguagem existe, enche bibliotecas, transborda, rodeia todas as suas ações, guia-as, suscita-as, de que vocês estão engajados, que ela pode solicitá-los insistentemente a todo momento para que vocês se desloquem e sejam levados a alguma parte. Tudo isso vocês esquecem diante da criança que está se introduzindo na dimensão simbólica. (p.100)

Portanto, a ordem simbólica está para aquém e para além do sujeito:

Eu insisto – a ordem simbólica deve ser concebida como alguma coisa de superposto, e sem o que não haveria vida animal possível para esse sujeito estrambólico que é o homem. É em todos os casos assim que as coisas nos são dadas atualmente, e tudo leva a pensar que sempre foi assim. A cada vez, com efeito, que encontramos um esqueleto, nós o chamamos humano se ele está numa sepultura. Que razão pode haver para pôr esses restos num recinto de pedra? Já é preciso para isso que tenha sido instaurado toda uma ordem simbólica, que implica que o fato de que um senhor tenha sido o Senhor Fulano na ordem social necessita que seja indicado na pedra dos túmulos. O fato de que ele se chamou Fulano ultrapassa em si sua existência vital. Isso não supõe nenhuma crença na imortalidade da alma, mas simplesmente que seu nome nada tem a ver com sua existência viva, ele a ultrapassa e se perpetua além. (p.118)

Como vimos, o corpo só é corpo a partir da incorporação significativa, o corpo simbólico é produto da incorporação da linguagem na carne. O corpo imaginário está articulado ao corpo simbólico, na medida em que o segundo faz o primeiro por se incorporar nele. Segundo Quinet (2004), o corpo entra na linguagem sofrendo os ditos daqueles que representam o Outro para o sujeito, que historiza e histeriza o corpo. Lacan retomará ao tema da identificação, já abordado na teoria do estágio do espelho, para esclarecer que a identificação não é com a imagem, mas com o significante, destacando o limite da linguagem nessa operação (LACAN, 1961-1962). Destacará, no problema da constituição do eu, a importância e a função desse limite, dando ênfase agora ao resto que se produz como efeito da própria operação de identificação. Utilizará o objeto *a* para definir o estatuto desse resto, efeito de toda inscrição no campo da linguagem, e passará a nomeá-lo como objeto causa de desejo. (FARIA, 2019)

A incorporação deixa marcas da incidência do significante no corpo, marcas dos vestígios de gozo barrado, o afeto surge, assim, como efeito dos ditos do Outro no corpo (Quinet, 2004). Podemos dizer que o corpo é o que pode ser incorporado ao simbólico



para ser o suporte de significantes. Se o efeito do processo de incorporação da linguagem da carne é o esvaziamento de gozo, estamos diante do corpo em sua dimensão real. E o resto dessa operação é uma concentração de gozo fora do corpo, mas que não deixa de ter efeitos sobre este, por intermédio da pulsão e do objeto *a*, condensador de gozo. A incorporação significativa não se dá sem afeto, sem angústia. De modo que o enunciado de Lacan de que a verdadeira angústia do sujeito é reduzir-se tão somente ao corpo, o que dito de outra maneira diz respeito a uma vida sem significação. (POLLO, 2004)

A partir da intrusão do significante, podemos dizer que a linguagem mortifica a carne para constituir o corpo como tal, corpsificado, “deserto de gozo”, como nos aponta Moretto (2006), mas com alguns oásis, que dizem respeito aos furos do corpo, às zonas erógenas, tal como proposto por Freud. Assim, além do corpo ser afetado pela linguagem, goza. E para gozar, é necessário um corpo vivo. O que dizemos com isso é que a operação de incorporação simbólica não é toda, completa, há um resto que escapa à significação, o corpo real, que aparece como corpo que ex-siste.

Como condensa Moretto (2006), referindo que após a operação de incorporação significativa, todo outro está do lado de fora para o sujeito: enquanto referência imaginária, permanece fora, quando mediado pela linguagem; o Outro simbólico permanece fora, sem falar para que o sujeito seja falante e o outro, enquanto objeto pulsional, está sempre fora, por mais íntimo que seja, aparece como êtimo, infamiliar.

O sujeito em Lacan é o que sutura, na estrutura, o lugar do furo – o mesmo lugar que, em outro plano, é ocupado pelo objeto *a*, sem o qual a estrutura permaneceria um conjunto covariante de elementos simbólicos, uma combinatória puramente simbólica sem que nenhum efeito de Real nela incidisse. Insistir no sujeito, portanto, longe de significar a manutenção do lugar do humano na estrutura do inconsciente, é interditar, radical e definitivamente, que esse lugar seja humanizado, é sustentar que a estrutura, em psicanálise, é furada, é reconhecer o próprio simbólico, que deixa de constituir-se como um registro de representações e traços, para tornar-se, antes de tudo, o lugar de um furo inviolável (ELIA, 2004).

Essa trajetória nos permite dizer que o corpo para a Psicanálise não é o mesmo corpo no qual a Medicina intervém. Se o corpo é o suporte dos significantes, portanto da singularidade, é com esse que o sujeito se localiza no tempo e no espaço, constitui laço com o outro e com o mundo. Então, como podemos articular esse corpo com a clínica de

pacientes que sobreviveram ao câncer? E que revelam, a partir dessa experiência, o não reconhecimento de si, a perda de um lugar?

O término do tratamento oncológico, como discutido anteriormente, marca o sucesso deste na batalha contra o câncer. Portanto, espera-se que seja um momento a ser comemorado, de vitória. No entanto, a clínica nos mostra que esse momento revela uma perda e mais ainda, que o não reconhecimento dessa perda, tem efeitos no cuidado. Com Moretto (2019), vimos que a condição para que um paciente possa lutar por sua vida na condição do adoecimento, é o trabalho de elaboração de lutos, visto que tal acontecimento o afasta de seus ideais, ao mesmo tempo que lhe oferece um lugar para se referenciar no campo do Outro da ciência.

No que tange a sobrevivência, propomos uma inversão lógica da equação do luto à luta, para *da luta ao luto!* O que significa dizer que, em um primeiro tempo, o paciente ao deparar-se com o corpo doente, necessitará elaborar o luto do corpo saudável. Após o término do tratamento e sucesso deste, o paciente passa à condição de sobrevivente, condição essa que carrega a marca do adoecimento. Sobreviver envolve a perda do lugar de adoecido, uma vez que é convocado a descolar-se da doença. Assim como também envolve a constatação de que a vida anterior ao tratamento foi perdida, pelo imperativo lógico da impossibilidade de retorno. Lembremos com Heráclito de Éfeso (500 a.C), que ninguém se banha duas vezes no mesmo rio. Nesse sentido, a vida após o tratamento é inédita e sobre viver será resultado de um novo trabalho de elaboração.

Portanto, a partir do que pudemos construir ao longo do trabalho, utilizaremos a palavra *sobre viventes* assim escrita, uma vez que entendemos que é de vida que se trata, de seres vivos, que carregam singularmente a marca, a cicatriz de suas experiências.

A maneira como cada um vai lidar com a experiência do câncer depende da sua relação com a imagem, com a linguagem e com o gozo, portanto, de sua estrutura psíquica. É frequente que o paciente não encontre palavras para dizer do seu sofrimento, seja pelo fato de estar tomado pelo ideal de bem-estar, seja por não conseguir encontrar significantes que possam circunscrever o real, que produz nele a experiência de angústia e estranhamento, que evidencia um intervalo de vida esvaziado de saber e sentido (LACAN, 1962-1963). É, portanto, na aposta de trabalho, não de recuperação ou restauração, mas de elaboração de perdas, em que o sujeito pagará com seu ser, para que, com o advento do desejo, invente uma vida, aquela possível, ética e advertida, com sua narrativa própria sobre viver. E como nos ensina uma sábia paciente, *“a gente não se recupera, se reinventa.*

## 7. O LUTO NA TEORIA PSICANALÍTICA

*O luto é a passagem dolorosa e íntima entre duas vidas, a que tinha antes e a que teve depois.*

(H.B.S. in Berta, 2007)<sup>5</sup>

Como temos apresentado até aqui, ter vivenciado o adoecimento e tratamento oncológico, impõe ao sujeito um corte, estabelecendo um antes e um depois. Nesse sentido, ao terminar um tratamento oncológico, o paciente se vê diante da constatação de que a vida que tinha antes do câncer não existe mais. Está, portanto, diante do inédito. Ineditismo esse que se desvela nesse tempo, em que é convocado pelo Outro da Medicina a “voltar a vida normal.” Aqui, estamos num ponto de impossível, a vida antes do tratamento foi para sempre perdida. Não há volta! Aliás àquele que passou pela experiência do câncer não é mais o mesmo. Não há volta, não se apaga (ainda que encontremos sujeitos que se apaguem diante desse acontecimento potencialmente traumático). A experiência de perda, muitas vezes nomeada como uma espécie de perda de si, produz efeitos de intenso sofrimento psíquico, que pode ser potencializado, seja por não encontrar lugar de reconhecimento no laço social, seja por estar estagnado num ideal de gratidão e bem-estar, frente ao sucesso do tratamento. Lacan (1962-1963) nos dá pistas sobre o não reconhecimento de si:

Em termos fenomenológicos, parece evidente que a despersonalização começa pelo não reconhecimento da imagem especular. Todos sabem como esse fenômeno é sensível na clínica, e com que frequência é ao não se encontrar no espelho, ou em qualquer coisa análoga, que o sujeito começa a ser tomado pela vacilação despersonalizante. Mas essa formulação que indica o fenômeno nem por isso deixa de ser insuficiente. Se o que é visto no espelho é angustiante, é por não ser passível de ser proposto ao reconhecimento do Outro. (pg.134)

---

<sup>5</sup> Esta epígrafe foi retirada do depoimento de um participante da pesquisa de mestrado da psicanalista Sandra Letícia Berta (2007), intitulada: O exílio: vicissitudes do luto. Reflexões sobre o exílio político dos argentinos (1976-1983). Acreditamos que ela seja uma importante definição, em nossa problemática de pesquisa, daqueles que atravessam a experiência do tratamento oncológico.

Berta (2007) apontou, a respeito do exílio, que o exilado ao não encontrar lugar em que possa se referenciar, se identificar, vivencia o que chamou de “*exílio interno*, em que se observa uma estrita alusão ao desamparo e à impossibilidade de enlutar, bem como o fator da culpa – falta moral – por deixar os outros e os mortos” (p.48). Trata-se da queda do marco simbólico e imaginário, no qual o sujeito se sustentava, assim como verificamos na clínica com pacientes que passaram pelo adoecimento oncológico e experimentam a dor de existir, como “uma espécie de sentimento puro de existência, de existir, se podemos dizer de uma forma indefinida” (LACAN, 1958-1959, p. 105).

É nesse sentido que o trabalho de luto se torna essencial para que, uma vez finalizado, o sujeito (re)encontre as vias de seu desejo. Acompanhando a teorização de Jean Allouch em *A erótica do luto – no tempo da morte seca* (2004), acerca do luto, refere que a sua conclusão está ligada a um sacrifício, no qual o sujeito paga com uma parte de si, a libra de carne. Desenvolveremos essa proposição ao discutirmos a concepção lacaniana do luto.

### **7.1 O luto a partir de Freud**

Em seu texto, publicado em 1917, *Luto e Melancolia*, Freud define o luto como um afeto normal, “é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc.” (FREUD, 1917/2016 pg.100). No qual a perda do objeto empobrece o mundo externo, há perda da capacidade de escolher qualquer novo objeto de amor. Essa inibição e limitação do *eu* expressa a dedicação exclusiva ao luto.

Além disso, Freud (Ibidem,1917) refere-se ao luto como um trabalho, que acontece no *eu* e que, há a exigência do desligamento da libido com o objeto perdido, passo a passo, com grande dispêndio de tempo e energia. Uma vez concluído o trabalho de luto, o *eu* se torna novamente livre e desimpedido para ligar-se a novos objetos. Essas definições do luto estão ancoradas nas teorias do narcisismo, no qual eu e objeto se diferenciam, e na da libido como expressão da pulsão sexual, dividida entre libido do eu e a libido do objeto. Portanto, não só o objeto, mas o próprio *eu* pode ser objeto de investimento libidinal.

Freud (1917) diferencia o luto da melancolia, mas partilha com ela as seguintes características: a alteração do humor, a supressão do interesse pelo mundo exterior, a perda da capacidade de investimento em novo objeto de amor e a inibição do ego (com exceção da capacidade de lembrar daquele que perdeu). Porém, na melancolia há ainda a depreciação do sentimento de si.

No que consiste, então, o trabalho realizado pelo luto? Nas palavras de Freud (1917):

A prova da realidade mostrou que o objeto amado já não existe mais e decreta a exigência de que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Contra isso se levanta uma notável oposição: em geral se observa que um homem não abandona de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo quando o substituto já lhe acena. Essa oposição pode ser tão intensa que dá lugar a um afastamento da realidade e a uma adesão [*Festhalten*] ao objeto através de uma psicose alucinatória de desejo. O normal é que vença o respeito à realidade. Entretanto, a tarefa que a realidade solicita, não pode ser atendida imediatamente. Ela é cumprida pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia de investimento [*Besetzungsenergie*], ao mesmo tempo que a energia do objeto é psiquicamente prolongada. Cada uma das lembranças pelas quais a libido estava conectada ao objeto é enfocada, superinvestida [*überbesetzt*], e nelas ocorre a dissolução da libido. Não se pode indicar com facilidade, em uma fundamentação econômica, porque essa operação de compromisso [*Kompromissleistung*] – em que a tarefa solicitada pela realidade é executada passo a passo – é tão extraordinariamente dolorosa. O curioso é que esse desprazer doloroso nos parece natural. Mas de fato, o Eu se torna novamente livre e desimpedido [*ungehemmt*], depois de concluído o trabalho do luto. (p.101 grifo do autor)

Levantamos uma questão acerca da prova de realidade, com relação àqueles que terminaram seus tratamentos oncológicos e referem a experiência de perda, que é, muitas vezes localizada, na perda de algo de si (no âmbito pulsional), assim como no suporte simbólico e imaginário nos quais se localizavam. Ocorre que, essa realidade percebida pelo paciente não é autenticada no campo da alteridade. Ficando, portanto, impedido de realizar o trabalho de luto.

Com relação à prova de realidade, proposta por Freud, e o luto, Allouch (2004) tece uma crítica importante:

Somos, assim, levados a conceber que não haveria precisamente prova da realidade para o enlutado. Se há, para ele, uma realidade, longe de ser o lugar de uma prova possível, no sentido em que uma prova se conclui, seria essa fatia de experiência subjetiva onde, justamente, não é possível fazer a prova da morte daquele que perdemos. A verdadeira prova da realidade, o que a torna assim tão assustadora e tão rica de experiência é quando percebemos que ela não permite nenhuma prova. O luto põe o enlutado ao pé do muro desse estatuto da realidade. (p.72)

Portanto, a experiência do luto coloca em causa a realidade e do ponto de vista clínico, devemos pensá-la no sentido da perda da realidade na qual o sujeito se ancorava. O luto nos abre uma questão que não é de realidade, mas de verdade! Com Lacan (1962-1963) aprendemos que a verdade tem estrutura de ficção,

Por isso mesmo é que foi muito útil, nas primeiras fases desse discurso sobre a angústia, eu formular uma distinção essencial entre dois registros: de um lado, o mundo, o lugar onde o real se comprime, e, do outro lado, a cena do Outro, onde o homem como sujeito tem de se constituir, tem de assumir um lugar como portador da fala, mas só pode portá-la numa estrutura que, por mais verídica que se afirme, é uma estrutura de ficção. (Ibidem p.130)

Podemos depreender que a realidade é a construção de uma resposta frente ao impossível, ao impossível de se imaginar e representar. Ante a realidade, o sujeito se divide, uma vez que a realidade psíquica não suporta tudo, algo se excede e fica de fora a toda inscrição simbólica e imaginária. Entre a verdade e o que dela podemos saber, enquanto ficção, está a fantasia ( $\$ \hat{a}$ ), resposta construída por cada sujeito face ao impossível. E o luto é justamente o que coloca o enlutado diante da queda de suas coordenadas, frente ao encontro com o real. Encontro potencialmente traumático, mobilizador de angústia.

Outra questão que nos chama a atenção, com relação ao trabalho de luto proposto por Freud, é que uma vez concluído o eu fica livre e desimpedido para realização de novos investimentos objetivos. O que nos leva a crer que se trata de uma operação sem restos, um retorno ao *status quo*. Dunker (2019) segue o mesmo fio na crítica à concepção do luto de Freud, com relação a sua conclusão, trazendo uma dimensão de infinito no trabalho de luto, lançando a seguinte questão: “Mas quando é que o trabalho de luto se conclui? Vai ser análogo ao sonho? Mas quando o sonho se conclui?” E traça uma articulação com o ponto de impossível do sonho, no qual Freud (1900/1996) nomeou como umbigo do sonho, o núcleo duro, irrepresentável. E lança uma provocação, “não seria o trabalho do

luto algo análogo ao trabalho da análise, ou seja, uma tarefa finita e uma atividade infinita?” (DUNKER, 2019 p.33)

Concordamos com a leitura de Allouch (2004), ao dizer que o luto é subjetivante, criador, instaurador de uma posição subjetiva até então não efetuada. Portanto, uma operação que deixa resto. E mais ainda, acompanhamos Berta (2007) em sua proposição de que, após um primeiro tempo de angústia frente ao objeto perdido, há um segundo tempo de elaboração (o trabalho de luto propriamente dito), que uma vez concluído, implica um ato, que inaugura o terceiro tempo, o advento do desejo. Voltaremos a essa proposição ao tecermos possíveis aproximações com a clínica oncológica.

## 7.2 O luto, segundo a versão lacaniana

Lacan fala da questão do luto em momentos muito pontuais de sua obra. O tema esteve presente pela primeira vez em seu *O Seminário*, livro 6, *O desejo e sua interpretação* (1958-1959), na lição de 8 de março de 1959, quando inicia sua valiosa leitura sobre a tragédia Shakespeariana *Hamlet*. A referência ao luto aparece novamente no Seminário 7, a *Ética da Psicanálise* (1959-1960), ao abordar o amor cortês, na lição de 10 de fevereiro de 1960 e ao tratar da incorporação do objeto, proposto por Freud, na saída do luto, na lição de 29 de junho de 1960. No Seminário 8, *A Transferência* (1960-1961) ao discorrer sobre a identificação, articulando com Freud, nas lições de 21 e 28 de junho de 1961. No Seminário 10, *A angústia* (1962-1963), ao tratar da identificação ao objeto, do objeto como suporte da castração, do objeto *a* como objeto de identificação e ao abordar o luto do  $-\psi$  (falo imaginário), nas lições de 28 de novembro de 1962, 16, 23 e 30 de janeiro de 1963, 27 de março de 1963 e 03 de julho de 1963. A referência ao luto aparece pela última vez no Seminário, livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1963-1964), na lição de 12 de fevereiro de 1964, ao discutir o desejo a partir do sonho do filho em chamas.<sup>6</sup>

Nos deteremos aqui nas discussões apresentadas no seminário sobre o desejo e sua interpretação (1958-1959), que ilustram a posição de Lacan acerca do luto e sua articulação com o desejo, assim como as discussões apresentadas na aproximação do luto

---

<sup>6</sup> Essas informações foram retiradas do Index das referências dos seminários de Lacan (KRUTZEN,2022)

e angústia, desenvolvidas no Seminário sobre a angústia (1962-1963). Temas que interessam a nossa problemática de pesquisa e nos ajudam a pensar o manejo clínico de pacientes que terminaram o tratamento oncológico, em sofrimento psíquico diante da necessidade da retomada da vida. Não pretendemos, portanto, realizar um aprofundamento teórico acerca dos conceitos lacanianos.

Lacan situa o luto em articulação com os três registros, real, simbólico e imaginário. Parte do que, em Freud, havia sido construído até então, para nos oferecer avanços clínicos importantes, traçando o papel do luto na constituição subjetiva, na medida em que não há o último significante no Outro que possa responder pela existência do sujeito  $S(\bar{A})$ , será necessário, após o luto, luto do falo ( $-\psi$ ), realizar a montagem própria da fantasia fundamental, que servirá de suporte para o desejo.

Inicia suas elocubrações sobre o luto a partir da leitura da tragédia de *Hamlet*, que denomina como a tragédia do desejo (LACAN, 1958-1959). Um pouco mais adiante, no mesmo seminário, nos diz que “de uma ponta a outra de *Hamlet*, só se fala de luto” (Ibidem p.363). Uma de suas definições a respeito do conceito, o situa como um furo no real e faz uma contraposição com a psicose:

Em outras palavras, o luto, que é uma perda verdadeira, intolerável para o ser humano, lhe provoca um buraco no real. A relação em questão é o inverso daquela que lhes apresento como *Verwerfung*, quando lhes digo que o que foi rechaçado no simbólico reaparece no real. Tanto essa fórmula quanto seu oposto devem ser tomados em sentido literal. (LACAN, 1959-1959 p.360)

Esse buraco no real, aberto pelo luto, como efeito da perda de algo ou alguém que para nós é essencial, oferece lugar onde se projeta o significante que falta, e que tal ausência o torna impotente para nos dar a resposta. Esse significante é o falo sob o véu. Diante da impossibilidade de uma resposta simbólica, essa passa a se estabelecer pelo imaginário, “por isso, como na psicose, vemos pulular no seu lugar todas as imagens ligadas ao fenômeno do luto” (LACAN, 1959-1959 p.360). Um pouco mais adiante, mas ainda no mesmo seminário, Lacan vai nos dizer que a respeito da perda do objeto, o falo, é com a textura imaginária que o sujeito é convocado a responder.

A esse respeito, Allouch (2004) refere que na forclusão psicótica o apelo se dirige a um termo simbólico, o Nome-do-Pai, significante foracluído, e o que encontra em seu lugar é um furo (o que é rechaçado no simbólico, retorna no real). No luto, um elemento



simbólico é convocado pela abertura do furo no real. Para o autor, trata-se sempre do significante fálico, velado como tal. E que é desta experiência que se trata na erótica do luto.

Lacan, retomando Freud, concebe que a experiência do luto acontece no eu. Porém, ao invés da incorporação do objeto, o psicanalista francês o situa no campo da identificação, uma vez que entende que é em uma relação de identificação, que o objeto atinge seu alcance. Por sua vez, a constituição do eu e do corpo próprio acontece pela identificação à imagem especular e ao significante. Falemos então, brevemente sobre esse processo.

### *7.2.1 O que sou ainda não tem nome: a identificação*

Uma parte de mim é todo mundo  
 Outra parte é ninguém, fundo sem fundo  
 Uma parte de mim é multidão  
 Outra parte, estranheza e solidão  
 (...)  
 Uma parte de mim é permanente  
 Outra parte se sabe de repente  
 Uma parte de mim é só vertigem  
 Outra parte linguagem.  
 (Ferreira Gullar)

Nos versos do poema de Ferreira Gullar (2004), musicada por Raimundo Fagner, acompanhamos a tentativa do eu-lírico em traduzir-se, dizer de si, encontrando significantes que deem suporte para essa tentativa de tradução. No entanto, vemos também a impossibilidade de tudo dizer sobre o que se é, há algo que insiste em escapar. Demonstramos, no capítulo anterior, quando discorremos sobre a constituição do corpo para a psicanálise, concebido a partir dos três registros (real, simbólico e imaginário), que algo fica de fora, como resto na operação de incorporação significativa, o que significa dizer que nem tudo podemos saber ou dizer sobre o ser.

Essa discussão nos interessa aqui, uma vez que temos escutado repetidamente na clínica com pacientes oncológicos o não reconhecimento de si, após o término do tratamento, um descompasso entre o corpo em que supunham antes e o corpo em que se

deparam agora. Na fala de Sofia, “*preferia não ter sabido de nada disso*”, a partir de sua posição psíquica diante do outro, vai dizendo de não querer se haver com o imponderável do corpo, com o real revelado pela experiência do adoecimento, fazendo saber algo da verdade sobre o ser. Tal saber provoca vacilação na montagem de sua fantasia, acerca do lugar que ocupa para o Outro.

Lacan, em seu Seminário IX, *A Identificação* (1961-62), discorre sobre o saber e versa sobre a impossibilidade de um saber absoluto, uma vez que este “é intersubjetivo, o que não quer dizer que seja o saber de todos, nem que seja o saber do Outro. E o Outro não é um sujeito, é um lugar ao qual nos esforçamos, diz Aristóteles, por transferir o saber do sujeito.” (p.24). E continua ao afirmar que, por esses esforços, resta a história do sujeito, mas que isso não quer dizer que ele saiba um cisco a mais sobre a questão. A perturbação do sujeito está em supor, indevidamente, que o Outro saiba, que haja um saber absoluto. No entanto, refere que o Outro sabe disso ainda menos que ele, pela simples razão de que o Outro não é um sujeito, mas um depositário do que Lacan chamou de representantes representativos dessa suposição de saber.

Lacan, no mesmo seminário, faz alusão ao sonho do pai, sobre o filho morto descrito por Freud, (2000b) e discutido em seu *O Seminário, livro VI, Sobre o desejo e sua interpretação* (1958-59), articulando o saber ao encontro com o real, uma vez que ilustra o limite absoluto do significante. Não há pai que saiba sobre a morte (Fingermann, 2018), e dormir representa o não despertar para a morte, para o real traumático da ausência de garantia, de um pai que saiba. Nas palavras de Lacan:

“Eu não sabia que vivia por ser mortal. Está bem claro que é na medida em que podemos dizer tê-lo esquecido quase a todo instante, que seremos postos nesta incerteza para a qual não há nenhum nome, nem trágico, nem cômico, que possa nos dizer, no momento de abandonar nossa vida, que fomos sempre, à nossa própria vida, de alguma maneira, estranhos.” (LACAN, 1958-1959 p.29)

Fingermann (2019) descreve a identificação como o processo de humanização que, “ao se efetivar deixa de lado uma parte maldita, que embora excluída constitui o cerne, o âmago do ser humano. Esse âmago, ponto de exílio do ser, é o que ele tem de mais humano, embora esteja quase sempre revestido pelas aparências mais inumanas possíveis” (p.22).

Lacan, logo no início da lição 2 de seu Seminário 9, *A Identificação*, nos adverte que a identificação é “uma identificação de significante” (p.25). Retomará a teoria do espelho, que depois foi sucedida pelo esquema óptico (vaso invertido) para nos indicar que além da identificação à imagem especular, a identificação ao outro, como semelhante [i(a) – eu ideal], há a identificação ao significante, que diz respeito aos traços que são introjetados do Outro e que constituem o I(A) [ideal de eu]. A hesitação da criança frente sua imagem refletida no espelho, a virada de cabeça, e a necessidade de invocar seu assentimento, para depois retornar à imagem, parece um pedido feito ao Outro que ratifique o valor dessa imagem. Mais ainda, Lacan (1960-61) vai dizer que o olhar do Outro materno é instituidor do traço unário, o traço como algo que vem do Outro, mas que não é passível de ser significantizado pelo sujeito.

Nas palavras de Lacan (1961-62):

O que encontramos no limite da experiência cartesiana como tal do sujeito evanescente, é a necessidade dessa garantia, do traço de estrutura o mais simples, do traço único, se ousar dizer, absolutamente despersonalizado, não somente de todo o conteúdo subjetivo, mas também de toda variação que ultrapasse esse único traço, desse traço que é *um*, por ser o traço único. A fundação do um que constitui esse traço não está tomada em nenhuma parte a não ser em sua unicidade. Como tal, não podemos dizer dele outra coisa senão que ele é o que tem de comum todo significante. (p.35)

Traço unário, que é suporte para toda cadeia significante do sujeito, marca que tem a ver com o ser. É a partir dela que há a primeira identificação ao significante. O significante vem do Outro e a primeira coisa que sua emergência implica é o apagamento da relação do signo com a coisa Lucero & Vorcaro (2016). A palavra mata a coisa, a identificação ao Outro é o recurso necessário para sair do nada e da indistinção, uma vez que transforma a insustentável leveza, no peso da falta a ser, como nos descreve Fingermann (2019), já que uma parte se encontra na identificação ao Outro, na identificação pela linguagem, pelos símbolos que permitem se representar, outra parte fica de fora da operação de identificação, na condição de resto. Lacan (1962-63) utilizará o objeto *a* para definir o estatuto desse resto, efeito de toda inscrição no campo da linguagem, como função de *causa*, objeto *causa* de desejo.

O sujeito se constitui como efeito de um corte – aquele que inscreve o ser no campo da linguagem -, e que esse corte define uma operação que é lógica, que só pode ser situada temporalmente na perspectiva da retroação (FARIA, 2019 p.18). O traço unário carrega a marca do significante, mas também do apagamento, como algo que se

coloca como passível de ser apagado, que inaugura o significante. Dizendo de outro modo, a constituição subjetiva é correlata da produção necessária de um apagamento, que permite o advento do significante.

Portanto, um traço é uma marca, não um significante. No entanto, concebemos que há relação entre ambos, uma vez que o traço é uma das condições da existência do material significante; o significante não surge através do rastro, mas como efeito de seu apagamento. A partir do momento em que é apagado, em que há algum sentido em apagá-lo, o traço e, colocado no seu lugar um X, indica o significante como “algo que se apresenta como ele próprio podendo ser apagado e que, justamente nesta operação de apagamento como tal, subsiste (Ibidem p.95)”.

Ainda segundo as autoras Lucero & Vorcaro (2016), o significante pode advir de uma marca, um rastro, uma escrita, um traço, porém nunca é possível lê-lo sozinho. Lembremos, como nos adverte Lacan (1960), que um significante só representa um sujeito para outro significante. Assim sendo, o processo de identificação comporta o retorno da demarcação (do significante) sobre a marca, sobre o traço unário, incluindo sua rasura. A identificação já é um processo de atribuição de significado de algumas marcas que não podem ser ignoradas, pois demoram um tempo para sair e nunca se apagam completamente. Podemos relacionar à clínica com pacientes que passaram pela experiência do adoecimento oncológico. O significante vem no lugar da experiência, ofuscando-a e demarcando o que aconteceu, ao fazer referência a outro significante. Mas, o processo de significação é efeito de um trabalho de luto. Não pode haver articulação de um significante sem esses três tempos: a marca, seu contorno e o ofuscamento da marca - "uma vez constituído o significante, há dois outros antes" (LACAN, 1961-62, p. 136-137).

O humano, portanto, apreende o real, por meio do significante. A relação com o Outro é possibilitada pelo significante e suas articulações fazem do mundo uma rede de traços, em que a passagem de um ciclo a outro seja possível (LUCERO e VORCARO, 2016). Isso significa que o significante gera um mundo, uma realidade psíquica, o mundo do sujeito falante, “cuja característica essencial é que nele é possível enganar. Quando um traço é feito para ser tomado por um falso traço, sabemos que há aí um sujeito falante, sabemos que há aí um sujeito como causa” (LACAN, 1962-63 p.75).

Portanto, no processo de identificação, não se trata da introjeção da realidade de um outro, naquilo que ela tem de consistente, maciça, que seria da ordem da identificação

narcísica (imaginária). Mas trata-se de um traço único, *einzigster Zug*. Portanto, em uma experiência de luto, são os traços, os ideais que ligam o sujeito ao objeto perdido que necessitam descolados. Nas palavras de Lacan:

Quanto ao luto, é absolutamente certo que sua duração, sua dificuldade, estão ligadas à função metafórica dos traços conferidos ao objeto de amor na medida em que são privilégios narcísicos. De uma maneira tanto mais significativa, já que ele diz isso quase se espantando, Freud insiste muito sobre essa questão – o luto consiste em identificar a perda real, peça por peça, signo por signo, elemento grande I por elemento grande I, até o esgotamento. Quando isso está feito, acaba. (LACAN, 1960-1961, p. 480)

Mas, o que significa identificar a perda real, peça por peça, signo por signo? A partir da desmontagem das identificações simbólicas e imaginárias, efeito da perda do objeto; o eu se vê convocado a uma revisita no lugar de suas identificações ao Ideal, para que se opere uma reconstrução da trama simbólica, um verdadeiro desfolhamento de ideais (BERTA, 2007). Que, por sua vez, desembocará no sacrifício, no luto do falo.

### 7.2.2 O luto do falo

Retomando a tragédia de Shakespeare, foi a partir da identificação com o outro semelhante, como exemplo e suporte, que *Hamlet* assume seu luto pelo objeto perdido, Ofélia. É pelo viés do luto, que vemos o objeto entrar em jogo. Expliquemo-nos.

A peça começa pouco depois da morte de um rei, o pai de *Hamlet*, que segundo ele era um rei muito admirável, o ideal tanto de rei, como de pai. Ocorre que o rei morreu misteriosamente, a versão contada sobre sua morte é que havia sido picado por uma serpente num pomar. Poucos meses depois, seu tio Cláudio, irmão do rei morto, casa-se com a cunhada, a mãe de *Hamlet* e viúva do rei, assumindo o trono.

O fantasma do pai aparece para *Hamlet* revelando em que condições ocorrera sua morte. Havia sido assassinado pelo irmão Cláudio, envenenado, enquanto dormia. Deve, portanto, vingar a morte do pai, matando Cláudio. Toda a trama se desenrola entre a aparição do fantasma, que envenena *Hamlet* com a verdade, a procrastinação do herói, até a consumação do ato final.

Lacan (1958-1959), em sua análise sobre a obra, a situa como uma tragédia sobre o desejo. Refere que o que o fantasma põe em cena e que é decisivo, é o desejo da mãe:

“Se o fizermos, não teremos como deixar de perceber que aquilo com *Hamlet* tem de lidar, e o tempo todo, aquilo com que se debate, é um desejo, mas que está muito longe de ser o seu. Considerando-o ali onde está na peça, é o desejo não *por* sua mãe, mas *de* sua mãe. Na verdade, é somente disso que se trata.” (Ibidem p.303 grifo do autor)

Portanto, a revelação do espectro faz vacilar sua montagem fantasmática, na medida em que a mãe retorna para ele como uma verdadeira genital. Aquela que não fez seu luto, que não pode escolher entre o objeto desprezível, inescrupuloso, pérfido, Cláudio e o objeto idealizado, digno, exaltado, rei, em nome de sua voracidade sexual. “É a irremediável, absoluta, insondável traição do amor, do amor mais puro...” (Ibidem. p. 321). Lacan afirma que a verdade de *Hamlet* é uma verdade sem esperanças, em todo delineamento da peça, não há vestígios de redenção para algo que estaria mais além. *Hamlet* fica eclipsado na posição de objeto, perdendo sua condição de desejante. Depois do encontro com o espectro, numa desorganização subjetiva, encontra Ofélia, que até então, era o objeto de amor. Em uma evidente vacilação e estranhamento, *Unheimliche* - conforme o termo proposto por Freud (1919/2020), para designar aquilo que nos aparece como um estranho, mas ao mesmo tempo íntimo, familiar, mobilizador de angústia - diante do objeto, não consegue mais identificá-la nesse lugar. Nessa condição, Ofélia é rejeitada, degradada, *Hamlet* a equivale a uma prenhe de filhos e de todos os pecados, torna-se simplesmente suporte de uma vida, uma vida condenada.

Sendo assim, Lacan (1958-1959) nos diz “sim, naquele momento Ofélia é o falo, o falo como símbolo significante da vida, o falo que o sujeito exterioriza e rechaça como tal” (p.345). E o que o sujeito sacrifica dele mesmo, de uma parte de si, é o falo. É a medida que está privado de algo dele mesmo, que adquiriu o valor do próprio significante de sua alienação, que um objeto particular se torna objeto de desejo. Essa articulação é ilustrada na cena do cemitério, vamos a ela.

Diante da cova de Ofélia, que se suicida por não suportar a morte do pai, Laertes, seu irmão, num ato de desespero, rasga as vestes e se lança na cova para abraçar uma última vez o cadáver da irmã, bradando seu sofrimento. *Hamlet* não só não consegue tolerar essa manifestação de luto transbordante do outro, como precipita-se na sequência

de Laertes, depois de ter emitido um verdadeiro grito, um rugido, no qual diz “*Quem é esse cuja mágoa se adorna com tal violência; cujo grito de dor enfeitiça as estrelas errantes, detendo-as no céu, petrificadas como espantadas ouvintes? Esse sou eu! Hamlet, da Dinamarca! Eu amava Ofélia. Quarenta mil irmãos não poderiam, somando seu amor, equipará-lo ao meu*” (SHAKESPEARE, 2019 p.102/103).

Lacan (1958-1959) elucida, nos explicando que é na medida em que o sujeito barrado (\$) está numa certa relação com o pequeno a, que ele faz essa súbita identificação, que o faz encontrar, pela primeira vez, com seu desejo.

Para Hamlet, este é uma espécie de semelhante ou de duplo melhorado dele mesmo. Insistimos que esse elemento está no nível inferior no nosso esquema, em i(a). Hamlet, para que nenhum homem ou mulher é mais que sombra inconsistente e pútrida, encontra um rival à sua altura nesse semelhante remodelado, cuja presença vai lhe permitir, ao menos por um instante, sustentar o desafio humano de ser, ele também, um homem. (Ibidem p.357)

Para Lacan, é na medida em que Ofélia se tornou um objeto impossível, que ela volta a ser objeto de seu desejo. Segundo Berta (2007), à medida em que o objeto (a) pode substituir a totalidade (I), e que o sujeito (\$) pode ser substituído pelo semelhante i(a), que entramos na atividade simbólica; naquela que faz do ser humano um ser falante e que vai definir toda sua relação posterior ao objeto. O objeto *a* é esse que sustenta a relação do sujeito com o que ele **não** é, uma vez que ele **não** é o falo.

Lacan realiza a leitura de *Hamlet* para demonstrar sua interpretação acerca do desejo, é categórico ao afirmar que “não há Outro do Outro. Eis o grande segredo da Psicanálise” (LACAN, 1958-1959 p.322). Ou seja, não há no outro um último significante que possa responder pelo que sou. Assim como não há no Outro qualquer garantia de que possa devolver o que o sujeito lhe dá, seu ser e sua essência de verdade. Sendo assim, a fantasia é a formulação (resposta) realizada pelo sujeito para responder ao enigma do desejo do Outro. Recompôr a fantasia é o que permite a retomada das vias do desejo.

Em nossos levantamentos bibliográficos acerca da teoria do luto, encontramos uma passagem em Berta (2007) nos advertindo que a falta do luto não é gratuita; e tecendo uma articulação com Lacan, a propósito do luto assumido por *Hamlet* após a morte de Ofélia, entendemos que não realizar o trabalho de luto, pode trazer sérias consequências para o paciente que, ao terminar o tratamento oncológico, vivencia, além do não

reconhecimento de si, a impossibilidade de retomar a vida antes do câncer. Entendemos que o que se manifesta na clínica como culpa, a culpa do sobrevivente que também é descrito na literatura, pode estar relacionado a não realização do luto.

### 7.2.3 *Culpa do sobrevivente*

Quando alguém é inserido no universo da Oncologia pela revelação do câncer, se depara com muitas pessoas que também receberam o mesmo diagnóstico. Falamos disso nos capítulos anteriores, do pertencimento a um grupo, a partir de identificações. Muitos pacientes se (re)conhecem, se afeiçoam, compartilham suas histórias; cada um atravessando momentos distintos do tratamento, em momentos diferentes da vida.

Sabemos dos efeitos colaterais do tratamento oncológico, em especial, o da imunossupressão (queda brusca da imunidade) causado pela quimioterapia, ficando o paciente muito suscetível ao desenvolvimento de quadros infecciosos, que a depender da gravidade, pode ser fatal. Além dos efeitos do tratamento, estamos cientes de que o câncer é uma doença grave, potencialmente ameaçadora da vida. Sendo assim, a morte não aparece só nas fantasias dos pacientes, muitas vezes, se concretiza em um “colega de tratamento”. Assim, diante do encontro com a concretude da morte, pela perda do semelhante, que atravessava uma experiência similar a sua e frente ao desencontro com a própria vida, aparece no relato de muitos pacientes, a angústia e a culpa por estarem vivos.

A literatura nomeia esse fenômeno como, *culpa do sobrevivente*, e o define como o sentimento de inadequação e ingratidão manifestado por pacientes que concluíram o tratamento do câncer e não se sentem felizes, entendem que não conseguem suprir as expectativas dos familiares e dos médicos, pelo sucesso do tratamento. (MD ANDERSON, 2022)

A culpa do sobrevivente também aparece na literatura psicanalítica, porém, nos contextos de guerras e catástrofes, Ana Costa (2019) aponta que a culpa do sobrevivente retoma algo de paradoxal na constituição do supereu, na medida em que é a tentativa de fazer ativo o que sofreu no passivo. Mas nessa tentativa repetirá um lugar fantasmático representante do gozo do Outro, ou seja, a posição de objeto em que o sujeito estava, em sua forma eclipsada.



Continua dizendo que em situações sociais de guerra, muitas vezes, o sujeito não consegue sair da cena, que realiza, de alguma maneira, um *gozo enigmático*:

O soldado pode voltar para casa, mas não consegue ficar. É tomado por uma espécie de compulsão a voltar à cena, não conseguindo mais se situar em sua casa. Paradoxalmente. Ele escolhe voltar àquela situação. Em que foi passivizado, sendo algo que o aprisionam como se não houvesse outra coisa a fazer. (...) Assim a culpa do sobrevivente pode ser uma construção imaginária de algo impossível de ser nomeado. É uma forma de incluir o sujeito numa cena em que é atuado um gozo enigmático. (p. 94)

A autora refere que se trata de algo que resta como presença, algo do real que não se inscreve em relação à rede significativa. A culpa do sobrevivente já traz em si uma maneira de circunscrever o que se configura como um mutismo derivado do trauma. Portanto, a cena seria algo que resulta na produção de uma borda, e é ali que se enquadra, que algo da marca pode ser apagado, reconstituindo uma condição do narcisismo do sujeito, numa certa produção do imaginário, ou seja, a construção de uma outra cena reconstitui uma tela, para suporte necessário do imaginário (Costa, 2019). Assim, o supereu se coloca tanto na produção do gozo, como na produção da angústia, situando uma condição mais radical de interpelação, lugar a que o sujeito é submetido. Nessa condição em que é submetido, é como se precisasse voltar à cena para fazer ativo o que viveu passivo.

Em acontecimentos disruptivos, como é o caso do diagnóstico de uma doença grave, como o câncer, pode ocorrer a paralisação de referências como tempo, lugar e sentido. Daí, um rompimento justamente com a condição colocada no Outro do discurso, condição que permite uma inscrição do sujeito nesse discurso. Dizendo de outro modo, é como se o acontecimento não encontrasse condições e possibilidade de inscrição na subjetividade, na passagem para o singular da experiência. Novamente aqui, encontraremos a questão de queda, de ruptura de significantes que não ordenam mais as balizas do sujeito. Reconhecemos, nesta condição, que o significante não produz encadeamento e enlaces, ficando capturado na cena traumática, sem a produção da outra cena. (Costa, 2019)

Nessa discussão, vemos que a culpa do sobrevivente, aparece como suspensão da possibilidade do luto, que leva o sujeito para a impossibilidade de sair da cena do gozo.

Ali, não houve desdobramento dos tempos lógicos, ficando o sujeito suspenso ao instante de ver, sem construção da outra cena. A impossibilidade de se posicionar mantém o sujeito a um discurso social, a um dizer sem sentido. Nesse dizer sem sentido, o sujeito não constitui lugar, o que traz como resultado a impossibilidade do luto.

Primo Levi, em seu livro *é isto um homem?* (1988), dá o testemunho de sua experiência como preso judeu no campo de concentração em Auschwitz. Em uma passagem, relata sonhos repetitivos e que ao escrever o livro, ainda aparecia fresca em sua memória, a angústia do sonho. E mais ainda, que ao contá-lo para outros presos, descobriu que era um sonho que se repetia em muitos mais. Eis o sonho:

Aqui está minha irmã, e algum amigo (qual?), e muitas outras pessoas. Todos me escutam enquanto conto do apito em três notas, da cama dura, do vizinho que gostaria de empurrar para o lado, mas tenho medo de acordá-lo porque é mais forte que eu. Conto também a história da nossa fome, e do controle dos piolhos, e do *Kapo* que me deu um soco no nariz e logo mandou que me lavasse porque sangrava. É uma felicidade interna, física, inefável, estar na minha casa, entre pessoas amigas, e ter tanta coisa pra contar, mas bem me apercebo de que eles não me escutam. Parecem indiferentes; falam entre si de outras coisas, como se eu não estivesse. Minha irmã olha pra mim, levanta, vai embora em silêncio. Nasce então, dentro de mim, uma pena desolada, como certas mágoas da infância que ficam vagamente em nossa memória; uma dor não temperada pelo sentido da realidade ou a intromissão de circunstâncias estranhas, uma dor dessas que fazem chorar as crianças. (p.86-87)

Mais uma vez, retomamos a importância de um luto assumido, enunciado e colocamos mais um ponto fundamental, o encontro com o outro, a identificação imaginária, alteridade que, como vimos, é condição para a experiência do luto. Ao falarmos da possibilidade de inscrição do acontecimento à experiência, estamos falando também em endereçamento. Por sua vez, o endereçamento supõe um interlocutor, um outro que testemunhe e favoreça essa operação. A clínica psicanalítica é então essa que utiliza a presença e a palavra, presença como testemunha do desenrolar de um processo, favorecendo a passagem do acontecimento à subjetivação. Em concordância com Berta (2007), estamos advertidos de que a falta do luto não é gratuita.

### 7.3 A angústia e o luto

Teceremos uma discussão sobre a angústia, como uma primeira resposta a partir do buraco no real, definição dada por Lacan (1958-1959) acerca do luto. Essa discussão se justifica em nosso trabalho, uma vez que a angústia é o afeto presente na clínica com pacientes que passaram pelo câncer, desse modo, compreendermos se, e como, a angústia se articula ao luto poderá favorecer o manejo clínico, assim como o avanço teórico em nosso campo de investigação.

Retomando a provocação de Dunker (2019), citada no início desse capítulo, em que aproxima o trabalho de luto ao sonho, mais especificamente ao umbigo do sonho (*Unerkannten*), nos sugere de que há um ponto de irrepresentável, de impossível no luto, assim como no sonho, o que significa dizer que não há como interpretar a totalidade do sonho, assim como não seria possível dar significação e sentido à totalidade da perda, ainda resta algo de *non-sense*, de não simbolizável. Para Freud (1900/2006):

Mesmo no sonho mais minuciosamente interpretado, é frequente haver um trecho que tem de ser deixado na obscuridade; é que, durante o trabalho de interpretação, apercebemo-nos de que há nesse ponto um emaranhado de pensamentos oníricos que não se deixa desenredar e que, além disso, nada acrescenta a nosso conhecimento do conteúdo do sonho. Esse é o umbigo do sonho, o ponto onde ele mergulha no desconhecido. Os pensamentos oníricos a que somos levados pela interpretação não podem, pela natureza das coisas, ter um fim definido; estão fadados a ramificar-se em todas as direções dentro da intrincada rede de nosso mundo do pensamento. É de algum ponto em que essa trama é particularmente fechada que brota o desejo do sonho, tal como um cogumelo de seu micélio. (p. 557)

Lacan (1962-1963) alude o umbigo do sonho ao aceno do real, ao ponto de corte, do impossível de simbolizar. Retomemos o sonho do pai, do qual discutimos ao falarmos da identificação, em que sonha com o filho queimando em chamas e lembra no momento em que o filho pergunta, "pai, não vês que estou queimando?". Nele, afirma que quem desperta o pai é o real, uma vez que diante da angústia do irrepresentável da morte de um filho, lembra para continuar dormindo. Portanto, a fala do filho no sonho opera um corte,

a hiância simbólica, colocando o sujeito face ao real que, assim, o desperta. Berta (2007) refere que essa invocação do filho, no sonho, despe o objeto numa dupla vertente: a primeira diz respeito às articulações freudianas sobre o objeto perdido, condição da estruturação subjetiva; a segunda refere à perda desse filho que aparece no sonho aludindo o irrepresentável da morte.

Lacan localiza o real, a hiância simbólica no umbigo do sonho proposto por Freud, sem deixar de lado o sonho como a realização de um desejo inconsciente. Ao tratar o conceito de angústia, em seu *O Seminário, livro X, A angústia* (1962-63) refere que a sua estrutura se aproxima da fantasia, apontando a relação essencial entre a angústia e o desejo do Outro, a define, logo no início como a falta da falta. É o afeto que não engana, não cede em sua certeza, nos lembra que é “justamente da angústia que a ação toma emprestada sua certeza” (p.84). Em uma passagem, neste mesmo seminário, Lacan nos diz:

Vocês não sabem que não é a nostalgia do seio materno que gera a angústia, mas a iminência dele? O que provoca a angústia é tudo aquilo que nos anuncia, que nos permite entrever que voltaremos ao colo. Não é, ao contrário do que se diz, o ritmo nem a alternância da presença-ausência da mãe. A prova disso é que a criança se compraz em renovar esse jogo de presença- ausência. A possibilidade da ausência, eis a segurança da presença. O que há de mais angustiante para a criança é, justamente, quando a relação com base na qual essa possibilidade se institui, pela falta que a transforma em desejo, é perturbada, e ela fica perturbada ao máximo quando não há possibilidade de falta, quando a mãe está o tempo todo nas costas dela, especialmente a lhe limpar a bunda, modelo da demanda, da demanda que não lhe pode falhar (LACAN, 1962-1963, p.64).

Podemos dizer então que a angústia apresenta uma dupla face: angústia como a defesa de um desamparo absoluto, ficando o sujeito como objeto do Outro voraz e a angústia, sendo o afeto que não engana, é um sinal de perigo remetido ao eu. Um sinal, segundo Lacan (1962-1963), que nos avisa de algo, no qual teríamos que nos defender. O perigo sinalizado pela angústia, portanto, é o desejo do Outro. E nos adverte dizendo que:

“se o eu é o lugar do sinal, não é para o eu que o sinal é dado, isso é bastante evidente. Se isso se acende no nível do eu, é para que o sujeito seja avisado de alguma coisa, a saber, de um desejo, isto é, de uma demanda que não concerne a necessidade alguma, que não concerne à outra coisa senão meu próprio ser, isto é, que me questiona. Digamos

que ele me anula. (...) Ele solicita a minha perda, para que o Outro se encontre aí. Isso que é a angústia (LACAN, 1962/2005, p.169).

Retoma o texto freudiano, *Unheimlich O Infamiliar* (1919/2020), fazendo um importante apontamento, de que a angústia está ligada a tudo o que pode aparecer no lugar do  $-\psi$  (falo imaginário), da castração imaginária, que passará a nomear como *heim*, que será relativo à casa, ao familiar, hóspede. “O homem encontra sua casa num ponto situado no Outro para além da imagem de que somos feitos” (LACAN 1962-1963 p.58). Portanto, esse familiar é o objeto da angústia, daí decorre que a angústia não é sem objeto.

A angústia é então, um sinal no eu, da presença maciça de um Outro, remetendo o sujeito ao lugar de objeto de gozo do Outro. Segundo Jorge (2005), na angústia o sujeito está vivenciando o registro do real, nesse sentido é que Lacan afirma que a angústia não é só o afeto por excelência, como o melhor remédio para angústia é o desejo, uma vez que o desejo reintroduz para o sujeito, a referência à falta originária.

Em uma passagem do Seminário IV, *A relação de objeto* (1956-1957), ao discutir o complexo de castração, Lacan nos oferece uma definição de angústia que se articula com a clínica oncológica e o que escutamos no discurso dos pacientes:

(...) a angústia, nessa relação tão extraordinariamente evanescente por onde nos aparece, surge a cada vez que o sujeito é, por menos sensivelmente que seja deslocado de sua existência, e onde ele se percebe como estando prestes a ser capturado, por alguma coisa que vocês vão chamar, conforme o caso, de imagem do outro, tentação, etc. Em suma, a angústia é correlativa ao momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo em que ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar. É isso aí, a angústia. (p.231)

Se, conforme discutimos, o luto coloca a realidade em causa, no qual essa passa a ser a realidade da perda, Lacan (1962-1963) nos adverte que só há luto de algo ou alguém de quem podemos dizer: “eu era sua falta” (p.156), o que significa dizer que o luto pressupõe a castração do Outro. E coloca em suspenso o lugar que o sujeito ocupa para o Outro, o que torna necessário uma elaboração que afeta toda dialética da identificação, tanto na imagem (eu ideal), como no significante (Ideal de eu). Depreendemos disso que a angústia precede o luto, que por sua vez é ponte entre a angústia e o desejo. Diante da

angústia em não se reconhecer mais no lugar em que se reconhecia antes, que remete ao desamparo fundamental, ante a verdade de não haver no Outro àquilo que assegura a existência do sujeito, o luto é a constatação da perda, é então, por meio do trabalho de luto, que o sujeito poderá (re)encontrar-se com as vias de seu desejo.

#### **7.4 Então, o que a clínica do luto nos ensina?**

Como referimos anteriormente, encontramos em Berta (2007) em sua dissertação de mestrado, que discorreu sobre as vicissitudes do luto no exílio político na ditadura militar argentina, faz a seguinte proposição com relação ao luto no exílio articulando com os três tempos lógicos, tal como apresentado por Lacan, na constituição do sujeito do inconsciente:

- Instante de ver → Angústia
- Tempo de compreender → Luto (ato)
- Momento de concluir → Desejo

Em nosso campo de investigação, daqueles que foram atravessados pelo câncer, discutimos que o diagnóstico provoca uma descontinuidade na vida, um corte. Coloca em questão aspectos fundamentais que constituem o eu. Diante do inédito do acontecimento, é convocado a realizar um trabalho de elaboração de luto de sua até então condição de saúde, o que Moretto (2013) nomeou como “do luto à luta!”. Para que enfim, possa se representar pelo diagnóstico, incorporando-o a sua experiência subjetiva para que, assim, possa implicar-se no tratamento. Ocorre que, muitas vezes, o paciente, numa tentativa desesperada de sobreviver, pode agarrar-se com unhas e dentes ao diagnóstico, alienando-se a ele. Nessa posição de objeto do saber médico, a saída do tratamento oncológico pode aparecer como algo ameaçador, uma vez que é convocado a descolar-se do diagnóstico.

Vale ressaltar um ponto importante para nossa discussão, a saber, a clínica oncológica carrega uma especificidade: para a medicina, a conclusão do tratamento oncológico não equivale a cura, no sentido da completa solução da doença; mas

corresponde a um tempo de vigilância, com duração média de cinco anos, nesse intervalo, o paciente é considerado sobrevivente. Tal período inclui a necessidade de realização de consultas médicas e exames periódicos, uma vez que, nos primeiros anos, a chance de retorno da doença é mais elevada (Borges, 2018). O que estamos dizendo é que, na hiância entre a doença e a cura, está a sobre(vivência).

De modo geral, a conclusão do tratamento de outras doenças não oncológicas coincide com a cura e, ainda que o indivíduo contraia novamente a mesma doença, essa tende a manifestar-se em seu organismo, com menor gravidade, devido a alguma resposta imunológica. O mesmo não acontece com o câncer, o que exige do paciente um trabalho psíquico que, ao mesmo tempo que o inclui na vida, não o retira completamente da cena médica. Podemos inferir, então, que o significativo cura oferece um semblante ao real.

Para que possamos realizar nossa formulação acerca dos processos psíquicos implicados no término do tratamento oncológico, é importante que retomemos à clínica, a partir de falas e fragmentos clínicos, que vão nos dando notícias do saber inconsciente implicados em tais falas, permitindo que tracemos um delineamento para a questão. “*Não sou mais o mesmo, não me sinto mais como antes.*” Outros pacientes falam do mal-estar, em como parecem ingratos ao não se sentirem plenamente felizes com a conclusão do tratamento e possibilidade de retomada da vida. Sentem-se sem lugar para o mal-estar, uma vez que o médico, assim como os próprios familiares insistem em dizer que está tudo bem. Ora, se admitimos que o diagnóstico oncológico promove um corte, teremos também de admitir que fica, no mínimo uma marca, uma cicatriz, como resto irreduzível, ineliminável.

Portanto, o saber inconsciente que o paciente carrega sobre si, versa menos sobre um fenômeno clínico de despersonalização, mas trata-se de um processo lógico, que inaugura um outro tempo, nunca vivido, que precisa então ser inventado. O que nomearemos como: *da luta ao luto e do luto ao desejo!*

Quais são então, as implicações psíquicas suscitadas no paciente diante do término do tratamento oncológico? Daquilo que pudemos apreender de nossas investigações, do que recolhemos da clínica, inicialmente como inquietação, depois como desejo de saber e inspirados nas proposições de Berta (2007), fazemos as seguintes formulações:

- Primeiro tempo: Angústia (Instante de ver)

Refere-se ao tempo marcado pelo desencontro com o corpo próprio, ao deparar-se com o infamiliar (*Unheimliche*), naquilo que toca o familiar (*Heimliche*), provocando angústia, como aceno do real. O término do tratamento inaugura o início de um outro tempo, não um retorno. É, portanto, o encontro com a perda da vida anterior à doença, na queda do marco simbólico e imaginário, que localizava o sujeito diante do enigma do desejo do Outro. Queda, portanto, de sua montagem fantasmática, que remete ao desamparo, ao sem sentido.

É um tempo que pode se estender, frente ao não reconhecimento do sofrimento por parte, especialmente, da equipe de cuidado e daqueles que acompanharam o paciente na jornada do tratamento. O não reconhecimento pode ter efeito de silenciamento, ficando o sujeito, numa espécie de “exílio interno”, vivendo a sombra do acontecido, o que dificulta o trabalho de significação. O câncer pode aparecer aí como um significante sem faltas, total, como a presença do desejo do Outro (como presença maciça, não como enigma).

Importante que façamos uma advertência fundamental, quando dissemos que o reconhecimento de que houve perda, de que há um sofrimento psíquico legítimo do paciente, no campo da alteridade, não é o mesmo que dizer para autenticá-lo no lugar da impotência, posto que esse seria o lugar do apagamento, da paralisia, como objeto de gozo voraz do Outro. Esse é o caminho do pior, o estado de pura angústia, que caminha para a passagem ao ato, em que o sujeito se retira da cena. O que propomos, ao contrário, é o reconhecimento, no sentido de dar lugar de dignidade ao sofrimento, legitimando suas perdas, não como vítima, mas convidando-o a implicar-se nele, no luto em face do perdido, pois dessa maneira o sujeito pode reconstituir não somente sua imagem, mas recompõe o lugar a partir do qual se vê amável para o Outro.

- Segundo tempo: Luto e ato (Tempo de compreender)

Corresponde ao tempo em que a elaboração se inicia, em que é possível colocar em questão o significante alienante. Ou seguir a vida mortificado por ele. O trabalho de luto pode acontecer se o Outro não tem o último significante que responda à existência do sujeito, se o Outro vem a faltar [S(A)].



Importante que nos recordemos de que o sujeito se constitui, ao se fazer no campo do Outro, operação que ocorre pela identificação imaginária, a imagem especular [i(a)], e pela identificação simbólica, a identificação aos traços, ao significante, que aparece pelo [I(A)], os Ideais. Discutimos também que a perda diz respeito a um objeto de amor, no caso dos pacientes que passaram pelo câncer, a perda relaciona-se ao lugar que o sujeito se ancorava, imaginaria e simbolicamente pela montagem da fantasia. É então, por meio da identificação ao semelhante, alteridade imaginária, que o sujeito encontra suporte para o luto, um luto assumido, que por sua vez provoque o consentimento ao desejo.

O trabalho de luto implica no desfolhamento de Ideais, na desmontagem das diferentes identificações que o sujeito mantinha com o objeto perdido. Essas identificações afetam o simbólico e o imaginário, para dar conta de um furo no real (BERTA, 2007). O término do luto está implicado na realização de um ato, o consentimento em perder uma parte de si, do que se era, de modo absolutamente singular para o Outro, a libra de carne. Há um preço a ser pago no luto, uma parte de si! (ALLOUCH, 2004)

- Terceiro tempo: Desejo (Momento de concluir)

Dissemos, ao longo de nossas discussões, que o luto termina. Mas não sem deixar um resto. Além disso, a partir da leitura de *Hamlet*, proposta por Lacan (1958-1959) em suas formulações sobre o desejo, entendemos que o luto é uma experiência subjetivante, uma vez que exige do sujeito um reposicionamento subjetivo, depois da perda de um objeto de amor. Sendo assim, aquele que passou por um tratamento oncológico pagou o preço por querer continuar vivendo. Como dissemos, pagou o preço do “si mesmo”, para que o desejo pudesse advir, um desejo advertido que orientará suas escolhas, extraído do saber sobre a verdade do ser. Berta (2007) resume esse tempo, numa bela passagem, “a travessia da ficção, que todo luto impõe, atesta a travessia da angústia, sem exterminá-la, fazendo dela o mais íntimo e um pouco menos não sabido” (p.115)

Como será a vida, então? Quem sabe? Assim como todo ato, só saberemos de seus efeitos depois. Os acontecimentos continuarão existindo, assim, à revelia, essa é a insistência do real. A marca, a cicatriz deixada pelo luto, carrega a marca da verdade (não toda) e da trama simbólica, que permitiu, pela fantasia, litoralizá-la (Berta,2007).

Consentir com ela, é não suturar o sujeito do desejo. A sutura do sujeito, nos lembra Moretto (2006) é a resposta da Ciência. Do luto, portanto, na melhor das hipóteses, resta uma cicatriz.

## 8. SOBRE VIVENTES

Vivemos por causa de nossas marcas – e não apesar delas.

(Eliane Brum, 2010)

*“Passar por um acontecimento limite, entre a vida e a morte, é alguma coisa que pede uma escolha, porque eu acho que, quando... se você não vai ter que escolher, você vai morrer!”*

Essa fala é de Tiche Vianna, diretora de teatro, e foi retirada do documentário “*Sobreviventes*”, produzido e dirigido por Miriam Chnaiderman e Reinaldo Pinheiro em 2009 e exibida pela TV Cultura. No depoimento, Tiche revelou que um dia saiu para dar uma aula, grávida de oito meses, e foi interceptada por um caminhão. Ficou em coma. Teve três paradas cardiorrespiratórias e perdeu um pulmão. Seu bebê foi retirado de dentro dela. Quando despertou, semanas depois, ainda enfrentou uma série de intercorrências graves.

*“Eu comecei a ficar muito deprimida depois da cirurgia, e isso não era bom, pois não ajudava na minha recuperação. Pra mim, o que mais acentuava esse momento era uma profunda solidão...não era triste, mas era como se eu entendesse que naquele momento só eu pudesse decidir. Daí eu explodi, pela primeira vez eu falei, cara eu saí de casa pra dar uma aula, pra fazer uma reunião. Quando eu acordei, eu tive um filho que eu não conheço. Você conhece meu filho, eu não conheço. E eu to fazendo de tudo pra sair daqui e sempre tem uma conversa de que já já e esse já já não chega! A médica olhou pra mim, olhou pro meu marido, que tava comigo e disse assim. Traga o Miguel! O nascimento do Miguel pra mim é o rosto dele encostando no meu rosto e eu tendo a sensação de uma pele muito macia, de uma vida muito nova e aí dois dias depois eu tava em casa. Ver Miguel foi sem dúvida nenhuma uma força avassaladora.”*

Descobriu que não apenas podia, mas desejava viver! A despeito da gravidade do quadro clínico, da necessidade de reaprender a respirar, sentia que algo do desejo pela vida, da ordem do não palpável, mais forte e ingovernável, se sobrepôs. A partir desse acontecimento, sua relação com a vida e com o teatro se transformaram. Nas palavras dela:

*“O que mudou pra mim, radicalmente, dentro do teatro, foi entender que o espectador, ele não é um contemplador. A minha função é tirar o espectador do conforto, do resolvido, e colocá-lo diante do desafio da escolha. A vida para mim é alguma coisa muito palpável porque a morte se tornou, é... saiu do universo da abstração.”*

O referido documentário exibe outros relatos de pessoas que experienciaram situações limite, como acidentes, torturas, discriminação, doença. Que foram expostas a situações em que experimentaram o apagamento, silenciamento, a violência e objetificação de seus corpos. No entanto, cada um, de maneira radicalmente singular, que não exclui o papel do laço social, de coletivos que puderam, não só reconhecer o teor traumático do acontecimento, oferecer suporte para o trabalho de elaboração em direção a uma saída inventiva à vida.

Durante um evento realizado no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, no ano de 2010, Chnaiderman referiu:

“Os depoimentos todos deveriam acontecer de modo uniformizado, no mesmo lugar, pois o que nos interessava era chegar ao âmago das almas, chegar naquilo que faz com que todos nos sintamos humanos. Chegar no que Nathalie Satzmann <sup>7</sup> nomeia como identificação com a espécie humana, uma identificação sobrevivente. Essa identificação nos une, eliminando hierarquias. O sobrevivente com uma história política é tão sobrevivente quanto o negro que viveu a discriminação ou a mãe que perdeu as filhas em um soterramento.” (Boletim Online, 13/06/2010)

De fato, os diretores conseguiram seu intento, os depoimentos nos inquieta, as situações experienciadas por cada um dos depoentes nos angustia. Eliane Brum, jornalista, tocada pela Psicanálise, participou do evento realizado no Sedes e escreveu uma análise do documentário. Em seu texto, Brum (2009) diz que sobreviver não é colar os pedaços, não há como colar. O que é possível fazer é “pegar aqueles pedaços todos e se reinventar. Com todas as nossas fissuras, com todas as nossas marcas, com toda nossa história inscrita nesse corpo ao mesmo tempo íntegro e costurado pela trama raramente regular da vida.” Corroboramos com a posição da jornalista, dando dignidade ao

---

<sup>7</sup> ZALTMANN, N. “Perdre la face, Narcissisme et Kulturarbeit” in De la guérison psychanalytique, Paris, PUF, 1998.

traumático, não como tentativa de apagamento do que foi vivido, mas da sua inclusão na história subjetiva.

Apresentaremos o recorte de outro depoimento, exibido pelo documentário, para que possamos tecer aproximações com o paciente que termina um tratamento de câncer, mostrando-nos que o sujeito é sempre desviante, que as fontes pulsionais de suas aspirações psíquicas são inassimiláveis a propósitos que eliminam as diferenças individuais. Trata-se da história de Jean-Claude Bernardet, cineasta: soropositivo, apresentou um quadro grave de meningite,

*“Minha vida se transforma depois da meningite. A partir desse momento eu era sujeito a uma morte a curto prazo. Eu estava já com a morte inscrita. Só que, para mim, ela foi uma libertação. Uma libertação bastante grande e bastante produtiva. Foi uma época de muita produção de filmes, roteiros. Usei isso para me projetar para frente, para me abrir...com o coquetel, minha carga viral baixou, eu tinha uma nova chance. Mas minha cabeça tinha se organizado no sentido de uma vida ativa, às vezes de provocação, de não aceitar o que me desagradava e de morte breve. Depois de todos os esforços que eu fiz, agora tinha de reorganizar minha cabeça em função de uma morte de prazo indefinido. E isso foi o mais difícil. A partir desse momento, pouco a pouco, a minha vida se tornou menos interessante”.*

A morte que leva à vida? Talvez seja isso que Freud (1915/1996) nos indica ao dizer que o único meio de suportar o *fardo da existência*, é não perder a orientação da vida, já que consentir com a vida, implica incluir a morte como parte dela, suportando que não há a última palavra sobre o ser, uma vez que o real da morte é inominável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O amor só pode circular no campo do ser. Não há objeto que tenha mais valor que outro - aqui situamos o luto em torno do qual está centrado o desejo do analista.

(LACAN, 1960-61 P.482)

Nossa pesquisa parte da clínica. Nasce de um impasse, a partir de um furo no padrão, naquilo que era esperado. O paciente, que termina o tratamento de câncer, recebe alta médica e homenagens por ter vencido a batalha pela vida. E diante da tentativa de voltar a rotina, sofre. Sofre pelo que encontra e pelo que não encontra mais...de si.

Ao receber um diagnóstico oncológico, o paciente recebe também, da equipe médica, informações sobre o plano terapêutico que será realizado, a partir do tipo de neoplasia e o estágio que se encontra. Então, tanto o paciente, como a equipe passam a calcular o tempo que falta para que o tratamento termine. Cada sessão de quimioterapia é uma a menos, assim como acontece com cada sessão de radioterapia, que passam a ser contadas em ordem decrescente. O ponto de chegada, o marco zero, portanto, é o término do tratamento.

Atentos a isso, centros oncológicos, ancorados nas estratégias de humanização, oferecem uma cerimônia, ou ritual, que marque a finalização de uma etapa: a última quimioterapia, a última sessão de Radioterapia, a “pega” da nova medula no transplante de medula óssea. Tal cerimônia pode acontecer por meio da oferta de um bolo, com bexigas decorativas com mensagens motivacionais, por exemplo, envolvendo paciente, família e equipe. Em alguns hospitais foi instituída a cerimônia do sino, “ring the bell”, prática iniciada nos Estados Unidos e replicada em outros centros oncológicos, inclusive no Brasil. Ao término da última sessão de Radioterapia ou Quimioterapia, é lida uma mensagem que estará gravada em uma placa e logo após o paciente badalará o sino! O projeto tem como objetivo transmitir a vibração de motivação para todos os pacientes e familiares que enfrentam o câncer. (IBCC, 2019)

Terminar um tratamento oncológico significa que o paciente passou por todas as etapas do processo terapêutico com sucesso. Portanto, é um momento de vitória, de festa, alegria. Esse é o padrão e o protocolo hospitalar responde a ele, dando-lhe consistência com a celebração. Lembremos o significado da cerimônia do sino: “tocar o sino significa **“cair a ficha”**, realmente **acordar para uma nova vida**, ter uma oportunidade de uma vida sem câncer e com **hábitos mais saudáveis**; O sino *Ring the Bell* não simboliza a cura e sim a **gratidão** e dedicação ao trajeto percorrido com etapas de superação física e emocional.” (RING THE BELL BRASIL,2019, grifo nosso)

Marcamos nessa citação, alguns aspectos que merecem nossa atenção. “Cair a ficha” aqui, está atrelado ao acordar para uma vida nova, sem câncer. No entanto, a clínica nos revela outra coisa, “cair a ficha” ou “cair na real” são significantes que aparecem no discurso dos pacientes, porém, para marcar o estranhamento com o infamiliar do corpo, ou a constatação de que não se é mais o mesmo. Ninguém é o mesmo depois de um câncer, não apenas (o que não é pouco) pela doença em si, pela agressividade do tratamento, mas porque há uma mudança na subjetividade, há mudança na relação do sujeito com o próprio corpo. Dizendo de outro modo, depois de um câncer, a relação com o Outro não é a mesma!

Outro ponto que merece nossa atenção é o grifo “hábitos saudáveis” e gratidão. É certo que o cuidado com o corpo é fundamental para a manutenção da vida, mas como um imperativo ético, não como imperativo moral! Marquemos aqui a importante diferença entre responsabilidade e dever, em que a primeira está ligada a uma posição de desejo, implicada no cuidado com o corpo próprio, marcada pela diferença e não pela complementaridade. A segunda, o dever, diz de um lugar superegóico, no qual o sujeito se apaga, em nome do Ideal, de fazer Um. Façamos uma reflexão no que carrega de ideais essas mensagens “motivacionais”, a gratidão que o paciente deve sentir. Não à toa, escutamos de pacientes, a culpa, a sensação de que estão sendo ingratos por não corresponder ao que se espera. Façamos uma escansão nesse ponto.

Embora o término do tratamento ainda seja tomado no sentido absoluto, fechado, pelo ideal de celebração, sobreviver a um câncer admite ambivalências, tanto pelo discurso médico, como pelas publicações produzidas na temática. Apresentamos o dado alarmante publicado no site do MD Anderson Cancer Center, hospital de referência mundial para o tratamento de câncer, localizado no Texas: a prevalência de 70% de

ansiedade ou depressão em pacientes que sobreviveram ao câncer. Além dos sintomas psíquicos, existem outros sintomas orgânicos, decorrentes do tratamento.

Como iniciativa de cuidado e prevenção, centros especializados no tratamento do câncer nos Estados Unidos dispõem de ambulatórios para acompanhamento em longo prazo de pacientes. Esse acompanhamento inclui uma equipe multidisciplinar focada em minimização de sintomas orgânicos e psicoemocionais, como alterações cognitivas, sintomas ansiosos, depressivos, o medo da recidiva (que seria o retorno da doença), entre outros. Os pacientes são separados pelo tipo de doença. Cabe destacar que as intervenções são pautadas na educação, por meio da entrega de material com informações padronizadas de acordo com o tipo de câncer, além de grupos de suporte e aconselhamentos, visando a minimização dos sintomas apresentados (MD Anderson, 2019).

Encontramos diversas pesquisas internacionais, assim como pesquisas brasileiras que destacaram a permanência, pós-tratamento oncológico, de sintomas de ansiedade, depressão, assim como a dificuldade de pacientes em retomarem suas vidas, por viverem a sombra do acontecimento. Tais dados corroboram com o que recolhemos na clínica, uma vez que escutamos que há sofrimento psíquico, mesmo após o término do tratamento oncológico e da possibilidade do retorno a vida “normal”.

Ocorre que, tanto na leitura dessa problemática e conseqüentemente nas ofertas de cuidado, está a interpretação de que o sofrimento, assim como os sintomas, respondem a um desvio, ao que é disfuncional. Portanto, a atuação visa a redução ou eliminação desses desvios, orientação e informação em direção a (re)adaptar o sujeito à vida, uma vez que o organismo foi restaurado. Há entrega de material informativo, dicas de saúde e bem-estar. Não entendemos que tais intervenções não sejam importantes, o que questionamos é que, ao tomarem o lugar da verdade e do saber, pela especialidade, não alcançam o sujeito.

Nesse ponto, chegamos à discussão que havíamos escandido, apesar de todas as promessas de felicidade, sucesso, o sofrimento persiste. E insiste de uma maneira que o paciente não consegue nomear. Parece ser interpelado pelo desencontro consigo e com o outro, que não reconhece esse desencontro. A forma como muitos pacientes encontraram para dizer de seu sofrimento foi: *“Eu não sou mais o mesmo. Não me sinto mais como antes. Meu corpo não é mais o mesmo.”* Escrevendo acerca dessa questão agora, no momento de concluir, nos parece tão claro, está aí, dito por eles. Mas como foi difícil



localizar a nuance dessa perda. O que nossos pacientes insistiam em dizer é que perderam, não se reconheciam mais, naquilo que antes dizia tanto sobre eles, as balizas simbólicas e imaginárias nos quais se reconheciam, caíram. E o efeito dessa queda é a angústia, a estranheza, *Unheimliche* e ao mesmo tempo tão familiar, *Heimliche*, que conforme aprendemos com Lacan, é o não sem objeto da angústia.

Essa questão clínica, o sofrimento decorrente do término do tratamento oncológico, a continuidade da vida diante desse acontecimento não deixa de ser inédita para os profissionais de saúde, para o paciente, para a sociedade. As chances de alguém sobreviver a um câncer não contam muitas décadas. Isso se deve ao desenvolvimento tecnológico de ferramentas diagnósticas, com leituras cada vez mais precisas, o que possibilitou a detecção precoce da doença. As técnicas cirúrgicas também foram aprimoradas, com a possibilidade, a depender do caso, da realização de cirurgias minimamente invasivas. No campo farmacológico, foram desenvolvidas novas drogas, a exemplo da imunoterapia, hormonioterapia, entre outras. Além da modernização dos recursos dos aceleradores lineares utilizados na Radioterapia, oferecendo maior precisão no ataque as células tumorais, com maior preservação dos tecidos sadios (SILVA,2018).

Portanto, esse cenário relativamente novo, nos coloca diante de novas demandas de cuidado, a partir de novas roupagens do sofrimento humano, que coloca nós, psicanalistas diante de situações que nos exigem reflexão, ato e formalização teórica do novo (MORETTO, 2006).

Sendo assim, diante da problemática apresentada e contextualizada, levantamos a hipótese de que o tempo do término do tratamento oncológico engendra uma perda, uma vez que nesse momento em que o paciente pode retomar a vida, é que constata que a vida antes da doença não existe mais, assim como quem ele era antes também não. E que essa perda, por não ser reconhecida no campo do outro, impossibilita o luto. O trabalho de luto é necessário para que o sujeito possa reconstruir sua vida, possa reconhecer-se nos significantes que o representam, para enfim, encontrar-se no que ele deseja. A função do luto, diz Lacan, está intimamente vinculada à questão do desejo.

Baseados nessa hipótese, nos propusemos a investigar e descrever os processos psíquicos suscitados no paciente diante do término do tratamento oncológico. Para que, uma vez que pudéssemos responder a essa questão, retornar à instituição de saúde para que, por meio da interlocução, com outros saberes, possibilitemos avanços clínicos e

teóricos, tanto para a Oncologia e profissionais que estão a ela envolvidos, como para a Psicanálise.

Nessa direção, percorremos o seguinte trajeto, abordamos brevemente o estatuto da ciência hoje, como opera a medicina baseada em evidências, na criação de protocolos de tratamento de doenças, como o câncer. Discorremos sobre o discurso médico e o imperativo metodológico na exclusão da subjetividade e seus possíveis efeitos na clínica, assim como possíveis efeitos da união entre Ciência e Capitalismo. Discorremos acerca do lugar da Psicanálise na Medicina, uma vez que estamos advertidos que aquilo que é excluído, retorna. Assim como temos testemunhado a insistência do sofrimento psíquico de sujeitos que foram atravessados pelo câncer.

Prevenidos quanto ao lugar êtimo da Psicanálise, discutimos a ética da Psicanálise, em um entendimento de que a ética que norteia a sua atuação não é a mesma que determina a ação da equipe de saúde, que compõe a cena hospitalar. Entendemos ser necessário delimitar essa diferença, uma vez que isso nos possibilitará delimitar também a especificidade do ato analítico frente ao empuxo universalizante das estratégias atuais de tratamento para os pacientes sobreviventes do câncer.

Entendemos ser necessário traçar as diferenças entre o corpo concebido pela Medicina e o corpo tomado pela Psicanálise enquanto suporte da singularidade e alteridade, partindo da questão, que corpo é esse que sobrevive? Que corpo não é mais o mesmo depois do câncer? Enfatizamos a importância de, enquanto analistas, escutarmos esse corpo, atravessado pelo câncer e sobrevivente deste. Ainda nessa discussão, apresentamos a construção de que, do ponto de vista lógico, o término do tratamento engendra uma perda, levantando o véu que revela algo da verdade sobre o ser.

Portanto, se há perda, há necessidade da realização de um trabalho de luto, o que nos convocou a recorrer a clínica do luto na psicanálise e o que ela pode nos ensinar em direção, não só ao entendimento, mas ao manejo clínico e direção do tratamento com pacientes que vivenciaram o câncer.

Retomando nossa hipótese da íntima relação entre luto e desejo, percorremos o que Lacan formula sobre luto em seu O Seminário, *O desejo e sua interpretação* (1958-1959), a partir da leitura realizada da tragédia shakespeariana, *Hamlet*. Nessa leitura, Lacan também traça a relação do luto com a identificação, uma vez que ela é condição

para constituição do objeto no desejo. Nesse percurso teórico, nos deparamos com um aspecto fundamental, o luto é uma experiência de subjetivação, é um trabalho que recoloca as balizas imaginárias e simbólicas do sujeito. O que significa dizer que não é um retorno ao *status quo*, mas uma nova posição subjetiva, a partir do furo no real provocado em face da perda. É uma experiência que, para chegar a seu termo, impõe um ato, consentir com a perda de algo do si mesmo, para o Outro.

Foi necessário que realizássemos uma articulação entre luto e angústia, uma vez que o que se revela ante a queda da montagem fantasmática do sujeito é o real, que remete ao desamparo fundamental, diante da exposição da verdade do ser. Não há no Outro o último significante que responda, que signifique a existência do sujeito, escancarando o sem sentido da vida. Discutimos a importância da angústia, como o afeto que não engana e que, portanto, pode ser o primeiro tempo do luto. No tópico, que denominamos culpa do sobrevivente, levantamos possíveis efeitos da impossibilidade de significação, frente a perda, ficando o sujeito alienado a sombra do acontecimento, uma vez que “a falta do luto não é gratuita” (BERTA,2007 p.47).

Então, na tentativa de descrever os processos psíquicos suscitados no paciente diante do término do tratamento oncológico e realizar uma formalização teórica desses processos, fizemos a proposição a seguir, que foi fruto da articulação com Berta (2007) a partir de suas construções sobre os destinos do luto no exílio político e dos tempos lógicos da constituição do sujeito, de Lacan. Dividimos as operações psíquicas de pacientes que passaram pelo câncer e apresentam sofrimento psíquico, decorrente desse acontecimento, em três tempos lógicos.

- Primeiro tempo: Angústia (Instante de ver)

Refere-se ao tempo marcado pelo desencontro com o corpo próprio, ao deparar-se com o infamiliar (*Unheimliche*), naquilo que toca o familiar (*Heimliche*), provocando angústia, como aceno do real. O término do tratamento inaugura o início de um outro tempo, não um retorno. É, portanto, o encontro com a perda da vida anterior à doença, na queda do marco simbólico e imaginário, que localizava o sujeito diante do enigma do desejo do Outro, que como já dito, remete ao desamparo, ao sem sentido da vida

Esse tempo pode se estender, caso o sujeito não encontre no outro semelhante, uma alteridade imaginária, que possa servir de suporte. O não reconhecimento do

sofrimento por parte, especialmente da equipe de cuidado e daqueles que acompanharam o paciente na jornada do tratamento, que são os personagens para quem a demanda de sofrimento é endereçada, pode ter efeitos de silenciamento, ficando o sujeito, numa espécie de “exílio interno”, vivendo a sombra do acontecido, o que dificulta o trabalho de significação. O câncer pode aparecer aí como um significante sem faltas, total.

O reconhecimento, a legitimação da perda é o mesmo que autenticar o sujeito como impotente, vítima dos atropelos da vida? Definitivamente não!!! Isso é o avesso do que propomos, é o caminho do pior, o estado de pura angústia, do apagamento, ficando o sujeito petrificado como objeto voraz do Outro (do câncer, por exemplo), sob o risco de uma passagem ao ato, em que o sujeito se retira da cena (que pode ser o mesmo que retirar-se da vida).

O que propomos, ao contrário, é o reconhecimento, no sentido de dar lugar de dignidade ao sofrimento, legitimando suas perdas, não como vítima, mas convidando-o a implicar-se nele, no luto em face do perdido, pois dessa maneira o sujeito pode reconstituir não somente sua imagem, mas recompõe o lugar a partir do qual se vê amável para o Outro.

- Segundo tempo: Luto e ato (Tempo de compreender)

Corresponde ao tempo em que a elaboração se inicia, em que é possível colocar em questão o significante alienante. Ou seguir a vida mortificado por ele. O trabalho de luto pode acontecer se o Outro não tem o último significante que responda à existência do sujeito, se o Outro vem a faltar [S(A)].

Importante que nos recordemos de que o sujeito se constitui, ao se fazer no campo do Outro, operação que ocorre pela identificação imaginária, a imagem especular [i(a)], e pela identificação simbólica, a identificação aos traços, ao significante, que aparece pelo [I(A)], os Ideais. É então, por meio da identificação ao semelhante, alteridade imaginária, que o sujeito encontra suporte para o luto, um luto assumido, que por sua vez provoque o consentimento ao desejo. O trabalho de luto implica no desfolhamento de Ideais, na desmontagem das diferentes identificações que o sujeito mantinha com o objeto perdido, que em nossa clínica, corresponde a perda de si. Essas identificações afetam o simbólico

e o imaginário, para dar conta de um furo no real (BERTA, 2007). O término do luto está implicado na realização de um ato, o consentimento em perder uma parte do ser, do si mesmo, a libra de carne. Esse é o preço a ser pago no luto.

- Terceiro tempo: Desejo (Momento de concluir)

Aquele que passou pelo tratamento oncológico pagou o preço por querer continuar vivendo. Como dissemos, pagou o preço do “si mesmo”, para que o desejo pudesse advir, um desejo advertido que orientará suas escolhas, extraído do saber sobre a verdade do ser. Berta (2007) resume esse tempo, numa bela passagem, “a travessia da ficção, que todo luto impõe, atesta a travessia da angústia, sem exterminá-la, fazendo dela o mais íntimo e um pouco menos não sabido” (p.115)

Alguns sujeitos, depois de transformados pela experiência do câncer, como um ato, escrevem o relato do vivido, o luto assumido, tornado público. Outros decidem vincular-se a ONGS (Organizações não governamentais), que oferecem apoio a pacientes com câncer e seus familiares, oferecendo seu saber, para a criação de políticas públicas para melhores condições no cuidado.

Não consideramos que tais iniciativas sejam relacionadas a estar a sombra do acontecido. Nem que, necessariamente, aqueles que se distanciam do tema do câncer, tenham realizado seu luto. Menos importante que o comportamento, ou seja, menos importante do que se faça é de onde se faz, da posição subjetiva frente a ele.

Façamos aqui uma distinção entre ato e ação/comportamento. Lembremos que, ao discutirmos sobre a angústia, o que esta tem em comum com o ato, é a certeza. Para a Psicanálise, um ato é aquilo que implica profundamente o sujeito. É algo que um sujeito produz sem saber o que vai modificar-se nele e no Outro, uma vez que só se sabe depois os efeitos de um ato. Portanto, modifica o sujeito no nível do ser, tem um caráter inaugural, assinala uma invenção, é a transposição de um limite para além do que o sujeito sabia de si mesmo. Para a psicanálise, “todo ato destitui um sujeito suposto saber, isto é, provoca uma mudança no sujeito evidenciando a falta no Outro – isso que se escreve S (A)” (BERTA, 2007 p.86).

Nesse sentido, trouxemos recortes de histórias sobre viventes, que passaram por situações limite, como o adoecimento grave, o apagamento, a violência do preconceito, a tortura e objetificação de seus corpos. No entanto, cada um, de maneira radicalmente singular, mas que não exclui o papel do laço social, de coletivos que puderam, não só reconhecer o teor traumático do acontecimento, como oferecer suporte para o trabalho de elaboração em direção a uma saída inventiva, a um saber fazer com a vida.

Como será a vida, então? Quem pode saber? Assim como todo ato, só saberemos de seus efeitos depois. Os acontecimentos continuarão existindo, assim, à revelia, essa é a insistência do real. A marca, a cicatriz deixada pelo luto, carrega a marca da verdade (não toda) e da trama simbólica, que permitiu, pela fantasia, litoralizá-la. Consentir com ela, é não suturar o sujeito do desejo. A sutura do sujeito, nos lembra Moretto (2006) é a resposta da Ciência. Do luto, portanto, na melhor das hipóteses, resta uma cicatriz.

Assim, como todo ato, só temos notícias de seus efeitos depois, o mesmo se aplica a esse trabalho. Mantemos nossa aposta de que ele possa ser instrumento no cuidado com aqueles que tiveram a suas vidas atravessadas pelo câncer e que nos endereçam suas mais profundas dores.

É tempo de dizer ainda, que não se sai ileso de uma experiência de mestrado. Posso afirmar, com alguma segurança, que não sou a mesma depois da produção dessa dissertação.

## REFERÊNCIAS

ABRALE – Associação Brasileira de linfomas e leucemias (2019). **A volta ao trabalho depois do câncer**. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/voltar-ao-trabalho-apos-o-cancer/>

ALBERTI, S. **O corpo, uma superfície**. In: O retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contracapa livraria, 2004.

AMERICAN CANCER SOCIETY – Disponível em <https://www.cancer.org/>. Acesso em 15 de agosto de 2021.

ALMEIDA, M. D. (2017). **Sobreviventes de câncer infanto-juvenil: contribuições da psicanálise e novos dispositivos clínicos**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.47.2017.tde-25042017-091726. Recuperado em 2022-02-24, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)

ALLOUCH, J. **Erótica do luto no tempo da morte seca**. Tradução P. Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004

BARRETT, P. M.; MULLEN, L.; MCCARTHY, T (2020). **Enduring psychological impact of childhood cancer on survivors and their families in Ireland: A national qualitative study**. Eur J Cancer Care (Engl), p. 2-10, 2020.

BARROS, L.A. (2018). **Câncer: é possível falar em cura?** Revista Rede Câncer. Ed.40, Instituto Nacional do Câncer (INCA) Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rrc-40-capa-e-possivel-falar-em-cura.pdf>

BERTA, S. L. **O exílio: vicissitudes do luto. Reflexões sobre o exílio político dos argentinos (1976-1983)**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 01/88. 13 jun 1988. Dispõe sobre a aprovação das normas de pesquisa em saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988.

BRUM, E. **Sobreviventes**. In: Meus desacontecimentos. Ed. LeYa – São Paulo, 2014.

\_\_\_\_\_. (2010). **A vida se faz nas marcas** In: Meus desacontecimentos. Ed. LeYa – São Paulo, 2014.

BUENO, I. A. F. (2018). **Sobreviver ao câncer: o eu após a doença** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CABAS, A.G. **O sujeito na Psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito e o sujeito em questão**. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 2009

CASTELLANI, M. M. X. (2020). **Uma escrita psicanalítica da experiência do diagnóstico médico e seus tempos subjetivos: revelação, identificação e nomeação**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.47.2020.tde-24092020-200814. Recuperado em 2022-02-21, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)

CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CHNAIDERMAN, M. & PINHEIRO, R. Documentário **Sobreviventes**. São Paulo, 2010.

CHNAIDERMAN, M. (2010). **Evento debate sobre o documentário Sobreviventes**, realizado no Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo em 13 de junho de 2010. Disponível em:[http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b\\_visor&pub=13&ordem=6](http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/index.php?apg=b_visor&pub=13&ordem=6)

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Ed. Brasiliense., 1983

CANTRELL, M. A.; CONTE, M. T. **Between being cured and being healed: the paradox of childhood cancer**. Qual Health Res, v. 19, n. 3, 312-322, 2009.

COSTA, A. **A culpa do sobrevivente**. In: Luz e tempo, ato e repetição. São Paulo: Escuta, 2019.

CUKIERT, M. **Uma contribuição à questão do corpo em Psicanálise: Freud, Reich e Lacan**. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CUKIERT, M. **Considerações sobre corpo e linguagem na clínica e na teoria lacaniana**. In: Psicologia USP, São Paulo, v.15, n.1-2, p.225-241, 2004. ISSN 0103-6564.

CREMESP. **Princípios bioéticos**. 4. ed. São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=53&cod\\_publicacao=6](http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6)>. Acesso em 12 de agosto de 2019.

DALLAZEN, L. & GIACOBONE, R. **Pesquisa Psicanalítica: possibilidade de aplicação do método psicanalítico?** Revista da Sociedade de psicologia do Rio Grande do Sul, 7(1), 108-118, 2008

DALLAZEN, L.; GIACOBONE, R. V., MACEDO, M. M. K., KUPPERMAN, D. **Sobre a Ética em Pesquisa na Psicanálise**. In: *Psico*. v43, n1, pp49-52, 2012.

DANZIATO, L. e J. B. **O saber e a verdade na Psicanálise e na Universidade**. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2012, v. 32, n. 4 [Acessado 21 fevereiro 2022], pp. 872-881.



Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400008>>. Epub 26 Fev 2013. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400008>.

DEFOE, D. (1719). **As aventuras de Robinson Crusoe**. Porto Alegre: L&PM, 2004

DEIMLING G., KAHANA B., BOWMAN K., SCHAEFER M. (2002). **Cancer survivorship and psychological distress in later life**. *Psychooncology* 11 479–494. 10.1002/pon.614 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12476430> Acesso em 08 de agosto de 2019.

DUNKER, C. (2005) **A pesquisa psicanalítica nas instituições de saúde**. In: III Congresso interamericano de Psicologia da Saúde. Territórios e percursos do psicólogo hospitalar. São Paulo. Trabalho apresentado em 10 de junho de 2005.

\_\_\_\_\_ (2019) **Teoria do Luto em Psicanálise**. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 28-42, dez. 2019. ISSN 2447-1798. Disponível em: <<https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/226/154>>. Acesso em: 01 maio 2023.

\_\_\_\_\_. (2021) **Corporeidade em Psicanálise: corpo, carne e organismo**. In: A pele como litoral: Fenômeno Psicossomático e Psicanálise. 2ª edição, São Paulo, Zagodoni, 2021.

ELIA, L. “**Je panse donc j’essuie: o que retorna do exílio?** In: O retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contracapa livraria, 2004.

FARIA, M.R. **Real, Simbólico e Imaginário no ensino de Jacques Lacan**. São Paulo: Toro, 2019.

FERREIRA, D.M, & ARANTES, J.M.C. (2014). **Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise**. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 3(5), 37-71. Recuperado em 14 de outubro de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S23165197201400020004&lng=pt&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S23165197201400020004&lng=pt&tlng=).

FINGERMANN, D. e DIAS, M.M. **Por causa do pior**. São Paulo, Iluminuras, 2019

FORTES, I. **A anatomia fantasmática: o lugar do corpo em psicanálise**. *Rev. Epos*, Rio de Janeiro, v.3, n.2, dez. 2012 Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2012000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000200004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 ago. 2019.

FREDERICK, N. N. *et al* **Preparing childhood cancer survivors for transition to adult care: the young adult perspective**. *Pediatr Blood Cancer*, v. 64, n. 10, 2017.

FREUD, S. (1900). **A interpretação dos sonhos** In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Rio de Janeiro, Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1905). **Estudos sobre a histeria**. In FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. In FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1911-1913) **Princípios Básicos da Psicanálise**. In: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”): artigos sobre a técnica e outros textos / Sigmund Freud. Companhia das letras, São Paulo, 2010

\_\_\_\_\_. (1912b). **A dinâmica da transferência**. In: O caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros Trabalhos. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XII)

\_\_\_\_\_ (1914). **Sobre o narcisismo: uma introdução**. In FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1915). **Os instintos e suas vicissitudes**. In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1915). **Reflexões para os tempos de guerra e morte**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1917) **Luto e melancolia**. In: A história do movimento psicanalítico: artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 249-263. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud

\_\_\_\_\_. (1917[1916-17]). **Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 287-539.

\_\_\_\_\_ (1919) **O estranho**. In Freud, S. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1996

\_\_\_\_\_ (1923) **O ego e o id**. In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XIX.

\_\_\_\_\_ (1926) **Inibição, sintoma e angústia**. In: Obras completas, vol 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos. Sigmund Freud. Companhia das letras, São Paulo, 2014

\_\_\_\_\_. (1930) **O mal-estar na civilização**. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI, p.84.

\_\_\_\_\_. (1933[1932]). **Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-220.

GULLAR, F. **Traduzir-se**. In: Toda poesia. 12. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004, p. 335.

IBCC – Instituto Brasileiro de Combate ao Câncer (2019). Oncologia São Camilo. **Ring the bell**. <https://saocamilooncologia.org.br/ringthebell-ibcc/>

IRIBARRY, I.N. **O que é pesquisa psicanalítica?** In: *Ágora*. VVI, n1, Pg:115-138, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.

\_\_\_\_\_ Disponível em <https://www.inca.gov.br/search/conteudo/sobrevivencia>. Acesso em 11 de outubro de 2020.

JONES, B. L.; PARKER-RALEY, J.; BARCZYK, A. **Adolescent cancer survivors: identity paradox and the need to belong**. *Qual Health Res*, v. 21, n. 8, p. 1033-1040, 2011.

JORGE, M.A.C **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. Vol 1: As bases conceituais. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

KRUTZEN, H. **Index das referências dos seminários de Jacques Lacan, 1952 a 1980**. Toro editora: São Paulo, 2022

LACAN, J. (1949) **O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica**. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_ (1953). **O Simbólico, o Imaginário e o Real**. Em *Nomes-do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005

\_\_\_\_\_ (1953). **Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise**. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1953-1954). **O Seminário Livro 1: os escritos técnicos de Freud** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1975)

\_\_\_\_\_. (1954-1955). **O Seminário Livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1978)

\_\_\_\_\_. (1955-1956). **O Seminário Livro 3: as psicoses** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1981)

\_\_\_\_\_ (1956-1957) **O Seminário – Livro 4: A relação de objeto.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_ (1958-1959) **O Seminário – Livro 6: O desejo e sua interpretação.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016

\_\_\_\_\_ (1959-1960). **O Seminário - Livro 7: a ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_ (1960). **Subversão do sujeito e dialética do desejo.** In: LACAN, Jacques. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

\_\_\_\_\_ (1960-1961) **O Seminário – Livro 8: A transferência.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010 2ª edição

\_\_\_\_\_ (1961-1962) **O Seminário – Livro 9: A identificação.** CEF- Centro de Estudos Freudianos do Recife Ed. Recife, 2022

\_\_\_\_\_ (1962-1963) **O Seminário – Livro 10: A angústia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005

\_\_\_\_\_ (1964) **O Seminário – Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

\_\_\_\_\_ (1964-1965). **O seminário, livro 12: problemas cruciais para a psicanálise.** CEF- Centro de Estudos Freudianos do Recife Ed. Recife, 2022

\_\_\_\_\_ (1966) **O lugar da psicanálise na medicina.** Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, n. 32 dez. 2001.

\_\_\_\_\_ (1968-1969). **De um outro ao outro. Seminário 16.** (Publicação interna do Centro de Estudos Freudianos do Recife CEF Recife, Seminário dos anos 1968-69).

LANDEIRO, Luciana Castro Garcia. **Retorno ao trabalho em pacientes com câncer de mama tratadas em um serviço oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2017. Tese (Doutorado em Oncologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/T.5.2018.tde-16022018-112346. Acesso em: 2020-11-27.

LANG, C.E.; ANDRADE, H. *Formalização e clínica psicanalítica: a estrutura, o significante e o sujeito.* Cad. psicanal., Rio de Janeiro v. 41, n. 40, p. 99-119, jun. 2019 Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952019000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952019000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 nov. 2020.

LEITE, S. **O inominável e a transitoriedade.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 22, n.1, p.11-19, Jan. 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142019000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142019000100011&lng=en&nrm=iso)>. accesson 11 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p11.1>.

LEITE, M. P.S. (1999). **O lugar do corpo no tratamento analítico: Lacan e o esquema ótico** Trabalho apresentado no Seminário Psicanálise e Linguagem. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

LEVI, P. (1988). **é isso um homem?** Tradução: Luigi Del Re – Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LO BIANCO, A.C. **VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental. XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental.** Participação em mesa redonda: **Apostar na fala de pacientes com câncer.** Belo Horizonte, 4 a 7 de setembro 2014.

LUCERO, A.; VORCARO, A. M. R. **Angústia e Constituição Subjetiva: Do Objeto não Significantizável ao Significante.** Revista Subjetividades, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 60–70, 2017. DOI: 10.5020/23590777.16.2.60-70. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/4849>.

MD ANDERSON CANCER CENTER. **A vida depois do câncer** (2019) Disponível em: <https://www.mdanderson.org/patients-family/life-after-cancer/followup-care.html>. Acesso em 08 de agosto de 2019.

\_\_\_\_\_ (2022) **Aspectos emocionais do câncer** Disponível em: <https://www.mdanderson.org/patients-family/life-after-cancer/social-emotional-impacts.html>

MEZAN, R. **Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões**. In: Jornal de psicanálise. São Paulo: n39, v70, PP 227-241, 2006.

MONTERO, R. **A ridícula ideia de nunca mais te ver**. São Paulo: Todavia, 1ª edição, 2009.

MORETTO, M.L.T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1ª Ed, 2002.

\_\_\_\_\_ (2013) **Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações-limite na instituição hospitalar**. Oncologia: clínica do limite terapêutico? Tradução. Belo Horizonte: Artesã, 2013. Acesso em: 03 maio 2023.

\_\_\_\_\_ **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do 'outro em si'**. Tese de doutorado defendida pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em 2006., 2006.

\_\_\_\_\_. **Abordagem Psicanalítica do sofrimento nas Instituições de Saúde**. 1 edição – São Paulo: Zagodoni, 2019.

NASIO, J.-D. (2001). **Que é um caso?** In: Nasio, J.-D. (2001) (org). Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor

NIH- NACIONAL CANCER INSTITUTE. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/survivorship>. Acesso em 11 de Outubro de 2020.

NOGUEIRA, L. C. (2004) **A pesquisa em psicanálise**. Psicol. USP [online] São Paulo: 2004, vol.15 no.1-2 ISSN 1678-5177. Recuperado em 22 de janeiro de 2022, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642004000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100013).

OLSEN J.M, NESBITT B.J. **Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review**. Am J Health Promot. 2010;25(1): e1-e12.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Controle do câncer**. Disponível em: <https://www.who.int/activities/controlling-cancer>. OMS, 2023. Acesso em 27 de abril de 2023

PEREIRA, L.R. **Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico**. – Rio de Janeiro, 2015. Dissertação de Mestrado.

POLLO, V. **Exílio e retorno do corpo: Descartes e a Psicanálise**. In: O retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contracapa livraria, 2004.

PORGE, E. (1998). **Os nomes do pai em Jacques Lacan. Pontuações e problemáticas.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998

PRISZKULNIK, L. **Clínica(s): diagnóstico e tratamento.** In: Psicologia USP, São Paulo, v.11, n.1, p.11-28, 2000, ISSN 0103-6564.

QUINET, A. **Incorporação, Extrusão e Somação: comentário sobre o texto “Radiofonia”.** In: O retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência. Rio de Janeiro: Contracapa livraria, 2004.

ROTHER, E.T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem. 20 (2). abr-jun, 5-6, 2007.

ROUDINESCO, E., e Plon, M. (1998). **Dicionário de Psicanálise** Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

RUA, C. R. **O que passou, passou? Um estudo psicanalítico acerca das vicissitudes da experiência de adoecimento, tratamentos e remissão da doença em pacientes de um serviço de onco-hematologia.** 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/D.47.2014.tde-20102014-110349.

SAURET, M.J. (2003) **A Pesquisa Clínica em Psicanálise.** Psicologia USP, v. 14, n. 3, p. 89-104, ISSN 1678-5177.

SHAKESPEARE, W. **Hamlet.** Tradução Millôr Fernandes. Editora L&PM. São Paulo, 2019

SILVA, A. B. H. C. (2017). **O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital.** In: *Rev. SBPH*, vol.20, n.2, pp. 166-187. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000200011&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200011&lng=en&nrm=iso) Acesso em 28 de outubro de 2020.

SILVA, M.J.S da. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2018.

SOARES, A. de O.; LOBO, R. C. de M. M. **Do imaginário ao simbólico: o desabamento do sujeito frente à doença oncológica.** Epistemo-somática, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 41-49, jul. 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198020052007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198020052007000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 out. 2020.

SOBREVIVÊNCIA. In: **Michaelis Dicionário Moderno da Língua Portuguesa**. Editora **Melhoramentos**, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/sobreviv%C3%Aancia/> Acesso em 23 fev.2022

STEIN, KD; SYRJALA K., ANDRYKOWSKI, M., 2008. **Physical and psychological long-term and late effects of câncer**. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18428205> Acesso em 08 de novembro de 2020.

SVEDBERG, P. *et al* **Support from healthcare services during transition to adulthood - Experiences of young adult survivors of pediatric cancer**. *Eur J Oncol Nurs*, v 21, p. 105-112, 2016.