

# Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise

**Deborah Melo Ferreira  
Juliana Miranda Castro-Arantes**

## Resumo

A partir da experiência clínica com pacientes em um hospital de tratamento do câncer, este artigo propõe uma reflexão acerca dos efeitos subjetivos das alterações no corpo ocasionadas pelo câncer e pelo próprio tratamento médico – como os efeitos adversos da quimioterapia e as cirurgias mutiladoras. A psicanálise nos ensina que o corpo, no humano, não é prévio e não coincide com o organismo. Ele é inaugurado pela dimensão da satisfação pulsional, o que equivale a afirmar que não está a serviço das necessidades fisiológicas, fato que marca a diferença radical entre o homem e o animal. A pulsão está entre somático e psíquico, o que traz como consequência a produção de efeitos subjetivos diante de uma intervenção no corpo. No que concerne ao câncer, a modificação corporal decorrente do crescimento do tumor confronta o sujeito com uma quebra na vestimenta imaginária onde ele se reconhece, o que pode estar colocado também nas alterações decorrentes do próprio tratamento. Para além da ruptura imaginária, com o reflexo de um corpo estranho ao sujeito, o câncer pode estar relacionado ao traumático, que interrompe a vida de forma avassaladora. Com a leitura lacaniana, entendemos tal experiência a partir da dimensão do real, ou seja, o que escapa à simbolização e, por isso, a qualquer forma de elaboração subjetiva. O trabalho nesta clínica nos remete à aposta da psicanálise de um tratamento do real pelo simbólico, isto é, pela palavra. Na medida em que fala, o sujeito pode vir a advir na criação de uma saída diante do que se apresenta como excesso, impossível de apreender.

**Palavras chave:** Câncer; corpo; pulsão; traumático; real.

## Uma breve introdução

A produção de saber, como imperativo do mundo contemporâneo, vem dar um lugar privilegiado ao discurso científico no desenvolvimento tecnológico de instrumentos cada vez mais precisos na condução de diagnósticos de patologias orgânicas. Nessa via, as linhas de tratamento desenvolvidas atendem ao mesmo rigor científico, que trabalha pela cura do corpo doente. No campo farmacológico, os medicamentos visam a adentrar na complexidade do corpo humano, amortecendo seus males e remediando o remediável. Por outro lado, as intervenções cirúrgicas atuam na busca pela reconstrução de um corpo saudável.

Diante da irrupção do câncer, doença com grande incidência de mortalidade atualmente, a função da medicina, ciência que trata da cura do corpo, se sustenta em uma intervenção em prol da extirpação da doença. Inicia-se uma “luta contra o câncer”. Nesse intuito, entre as principais linhas de tratamento estão: a abordagem cirúrgica, a quimioterapia e a radioterapia (INCA, 2011). O corpo, nesse contexto, ganha *status* de objeto de intervenção médica, operado a partir do dualismo cartesiano, ou seja, em uma divisão entre *psique* e *soma*, cabendo, por exemplo, ao cirurgião se ater ao orgânico e descartar qualquer olhar sobre a subjetividade na execução de seu trabalho. O corpo em questão é lido como um aparato fisiológico e, na medida em que há uma barreira em sua funcionalidade, é alvo de um ato que visa a retomá-la.

Com a psicanálise, por outro lado, o corpo é entendido como consequência de uma construção, não estando pronto desde o nascimento. Ele não equivale à organicidade na qual a medicina intervém, mas é um corpo marcado pela exigência de satisfação constante. O corpo no humano é, portanto, um corpo pulsional, como será desenvolvido adiante, que não opera segundo a lógica do instinto, a serviço das necessidades fisiológicas, como acontece com o animal (Freud, 1915a/1996). Nesse sentido, localiza-se um limite na busca pelo conhecimento do corpo. Há uma “falha epistemo-somática” (Lacan, 1966/2010), entendida como aquilo que distancia a demanda do paciente pela cura da dimensão de satisfação inconsciente que experimenta a partir das

marcas psíquicas causadas pelas marcas corporais. Partindo-se do conceito de pulsão, trazido pela psicanálise, verificamos a presença de uma ligação entre o corpo e o psíquico, de forma que lemos, na clínica, que os efeitos orgânicos de uma doença e seu tratamento estão atrelados a efeitos subjetivos.

Nesse sentido, ao entrar em uma instituição médica, na condição de integrante de uma equipe multiprofissional, o discurso que opera a partir do viés psicanalítico visa a levantar a discussão do caso clínico e da inclusão de um olhar sobre o sujeito, em meio às práticas que visam tratar a doença orgânica. À medida que aparecem os efeitos do tratamento médico para o sujeito, não é incomum a convocação de um saber que responda ao que se coloca. Acolher essa demanda, porém sem orientar-se por ela, já que ela está do lado do especialismo (Lambert, 2003), mas, ao contrário, direcionar-se por uma escuta despretensiosa poderá abrir lugar para o advento do sujeito, na emergência de um saber desconhecido que este carrega: o saber inconsciente, uma vez que o saber está sempre desse lado.

Escutando pacientes em tratamento do câncer, voltamos nossa atenção para uma questão que se repete dentro da singularidade da história de cada um: o câncer “invade o corpo”, produzindo também marcas psíquicas. Percebemos que o avanço da doença, bem como o próprio tratamento oncológico, pode devastar o corpo por meio de efeitos muitas vezes irreversíveis.

Por entendemos que, em psicanálise, pesquisa e clínica são concomitantes (Freud, 1912/1996, p. 128), a partir da experiência clínica, buscamos traçar algumas considerações teóricas em torno dos efeitos subjetivos das alterações corporais fruto da progressão desordenada do câncer e das modificações corporais oriundas do seu tratamento. A partir do acompanhamento de pacientes em tratamento em um hospital oncológico foi possível tecer uma articulação entre o discurso da psicanálise e aquilo que escutamos dos pacientes.

Propomos aqui, em um primeiro momento, fazer um breve apanhado acerca do olhar da ciência sobre o corpo e sobre o desenvolvimento do tratamento do câncer. Em seguida, será tecida uma conceituação do corpo e da relação do sujeito com o seu adoecimento, a partir da leitura psicanalítica. E, finalmente, será realizada uma reflexão, a partir de alguns fragmentos

clínicos, em torno da concepção de que as alterações corporais decorrentes do câncer e de seu tratamento têm efeitos subjetivos, onde destacaremos a função do trabalho de escuta diante do sujeito que tem que se haver com as perdas no corpo pelo tratamento do câncer.

## **Sobre o tratamento do corpo pela ciência**

Tendo em vista as formas de produção científica de um saber sobre o corpo, a ciência médica foi a que, ao longo da história, apropriou-se dele tomando-o como objeto de estudo e intervenção, no sentido de investigar as causas e possíveis tratamentos das doenças que assolavam a população. Da medicina tradicional ao modelo científico moderno, há uma tentativa de compreender o corpo, tomado, então, como objeto do saber médico. Apesar das mudanças históricas na forma de concebê-lo, o que permanece é a importância do olhar sobre o corpo na produção de um conhecimento sobre ele.

Na Grécia antiga, a teoria humoral é a marca das tentativas iniciais de mapear o corpo e seus males. Ela foi fundamentada a partir das substâncias corporais, tais como bilis amarela, sangue, fleuma e bilis negra e pela aparência do corpo doente (Mandressi, 2012). Nesse contexto, a leitura sobre os humores apontava que eles estavam diretamente associados ao aspecto encontrado nesses fluidos, o que levou à concepção de que o equilíbrio corporal era marcado nessa associação, isto é, na interdependência entre o humor e as substâncias líquidas do corpo. A importância de tais líquidos estava atrelada à orientação de analisá-los para o diagnóstico das patologias orgânicas. Acreditava-se que a disposição das quatro substâncias fundamentais do corpo formava um equilíbrio gerado pelo fluxo entre entrada e saída de fluidos do corpo, tendo como consequência um ritmo de funcionamento corporal e, por isso, não se tratava de excluir qualquer substância como terapêutica.

As alterações causadoras do desequilíbrio eram alvo de tentativas de reestruturação da homeostase corporal já nesta época, quando apareceram as indicações de hábitos de vida saudáveis e as cirurgias como métodos de intervenção sobre tal desorganização corporal, destacando-se, neste último,

a sangria como recurso terapêutico. Na Renascença, emergiu, no campo da medicina, a necessidade de instaurar novos saberes. A anatomia surgiu para a investigação do corpo que, até então, permanecia, em parte, enigmático para os olhos médicos. Houve, portanto, uma mudança histórica na forma de conhecer o corpo, na qual a anatomia estava atrelada à fisiologia em sua origem, ou seja, em torno do entendimento da funcionalidade desse aparelho orgânico.

A prática das dissecações ganhou grande peso na Idade Média, com o intuito médico de alcançar um “novo conhecimento sobre o corpo”. Tal abertura do morto, por meio do corte na carne, tinha em seu cerne a leitura científica do corpo a partir de uma organização anatômica, ou seja, “a *anathomia* permite ler o corpo por meio da sequência das operações da cortagem do cadáver, os tempos da ação envolvem os tempos da exposição, partindo estes da leitura. Leitura do texto que se torna leitura do corpo” (Mandressi, 2012, p. 428). A técnica da dissecação, como prática de estudo da anatomia, tinha como objetivo a redução no máximo de “peças” possíveis, na busca de um conhecimento específico de cada parte. Essa fragmentação do corpo em peças anatômicas conduziu à visão de um organismo fisiológico, sendo, nesse contexto, o um generalizável, ou seja, o entendimento de um corpo dissecado gerava a concepção do funcionamento de todos os corpos, criando, assim, o que é apreendido pela ciência como corpo humano.

Com a ciência moderna, adveio a operacionalização mecânica do corpo, na qual os órgãos possuíam uma programação responsável pela constituição do organismo vivo: “um corpo humano, no que se refere às suas funções naturais, na verdade não é nada mais do que um conjunto de movimentos puramente mecânicos” (Baglivi citado por Porter & Vigarello, 2012, p. 461). No século XVIII, as técnicas desenvolvidas para medição – pressão arterial, ritmo do pulso, temperatura, peso e altura – sofisticavam esse saber sobre o corpo introduzido pela medicina moderna. A fisiologia veio tomar o corpo “como uma máquina viva, constituída de um composto articulado de elementos orgânicos” (Claude Bernard citado por Faure, 2012, p. 36).

Nesse contexto ainda, houve uma supervalorização das autópsias e dissecações por possibilitarem a localização de lesões anatômicas provocadas

pelas doenças. Essas práticas eram ensinadas aos novos candidatos a médicos, que recebiam sua formação dentro dos hospitais. A demonstração, a observação e a prática sempre constituíram os pilares da formação do médico, em uma exploração do corpo “cada vez mais fina e mais aprofundada” (Faure, 2012). Para alcançar esse mapeamento do corpo doente, ou seja, a entrada nesse organismo, em busca do desvendamento de sua estrutura interna, durante a vida do corpo, foi preciso valer-se de instrumentos introduzidos pelos buracos do corpo, tais como o otoscópio, que fazem a função da autópsia que investiga o corpo morto.

Cada vez mais profundamente explorado pelos aparelhos, o corpo vai sendo apreendido de maneiras sempre mais refinadas e especializadas. À decomposição do corpo, órgão a órgão e aparelho por aparelho, acrescenta-se uma outra, fundada inicialmente com a prática das autópsias (Faure, 2012, p. 25).

Tal fato desencadeou uma transmissão do saber sobre o corpo pela ciência, tendo como instrumento o olhar sobre ele. As grandes dissecações públicas constituíam o retrato da origem de uma prática atual nos hospitais vinculados à formação e ao ensino, cujo olhar médico sobre o corpo visa a mapeá-lo, na produção de um saber científico.

No que concerne ao tratamento da dor, percebemos historicamente uma resistência em conceber aquele que padece como portador de um saber sobre seu corpo. Foi preciso o surgimento de pesquisas sobre sensibilidade para ser considerada a necessidade de um tratamento para aquele sintoma, com a descoberta dos benefícios da morfina e do ópio no controle da dor. Tal condição, que torna o paciente submetido ao saber médico, tende a anular as possibilidades de implicação do doente no processo de tratamento. Posteriormente, os anestésicos foram introduzidos nos procedimentos médicos, notando-se novamente, nesse caso, a objetualização do corpo (Faure, 2012), ou seja, a necessidade de apagamento do sujeito na cena para que o procedimento fosse realizado. Nos dias atuais, não é difícil notar o desprezo diante de suas queixas álgicas no âmbito hospitalar, tidas muitas vezes, inclusive, como “fingimento”, reduzindo a avaliação do paciente à evolução fisiológica, visão que ignora a dimensão subjetiva, apesar da definição de dor

da International Association on for the Study of Pain (IASP) que a considera “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tissular real ou potencial, ou ainda descrita em termos dessa lesão” (IASP citado por Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013, p. 2516).

Com o surgimento da clínica médica, o olhar sobre o corpo ganhou um novo formato. Tratava-se de um corpo examinado, por meio do que assume o estatuto de sinais vitais para a medicina. Tal estilo de observar o corpo doente não o quantificava, mas partia de uma análise a ser realizada por aquele que conduz o tratamento, ou seja, está em jogo aí o papel desempenhado pelo médico. A observação dos sinais e sintomas passou a guiar a medicina nos diagnósticos e tratamentos, mas, sobretudo, marcando uma nova tentativa de acessar o corpo do doente. Nesse estudo dos sinais e sintomas, a queixa do paciente tomou lugar importante da avaliação médica, em um ensaio de inclusão da própria avaliação do paciente sobre seu mal-estar no processo de adoecimento. O médico passou a encarnar, portanto, aquele que responde com a produção de um saber sobre o adoecimento desse corpo, por intermédio do exame físico e da associação entre os sinais e sintomas e a enfermidade (Faure, 2012). Contudo, atualmente, vemos certo desaparecimento do clínico médico no hospital, que no lugar de trabalhar ao lado do especialista, torna-se exceção na instituição. Com isso, a importância do olhar daquele que trata o paciente para a definição das intervenções, vem sendo substituída cada vez mais por protocolos que padronizam a intervenção, o que, para além dos avanços científicos produzidos, minimiza, de alguma forma, a implicação do profissional que o conduz no processo de tratamento.

Em relação ao tratamento do câncer pela ciência médica, durante muitos anos, tivemos a concepção de um mal que assolava todo o corpo, causando-lhe notável desequilíbrio. Com isso, a busca pelos possíveis tratamentos da doença ocupou grande parte das pesquisas científicas. No que tange aos tumores sólidos, a cirurgia constituiu, desde o início, a principal terapêutica, sendo, posteriormente, associada à quimioterapia e à radioterapia, de acordo com a extensão e característica da doença. No século XVIII, as mastectomias eram realizadas com o uso de guilhotinas, marcando a radicalidade das

cirurgias da época. Estas não eram, contudo, as únicas cirurgias mutiladoras, somando-se a elas as cirurgias de extração de membros, realizadas com toda precariedade com que contava a medicina daquele período, ocasionando alto índice de mortes em decorrência do próprio tratamento. Há registros de que apenas os tumores externos eram operados, ou seja, os que causavam grande deformidade do corpo a olhos vistos, e que eram, então, passíveis de detecção por meio dos recursos com que o médico contava.

No século seguinte, deu-se um avanço das técnicas cirúrgicas e de assepsia e, a partir da descoberta de anestésicos, foram adotados procedimentos mais invasivos de retirada de tumores, tornando-se a cirurgia o tratamento principal no controle da doença. Nesse contexto, a contraindicação cirúrgica se fazia presente nos casos de impossibilidade de ressecção do tumor, por algum motivo, então os medicamentos assumiam a função terapêutica (Teixeira, Porto, & Noronha, 2012).

No século passado, o envelhecimento da população foi seguido de um aumento na prevalência de casos de câncer, tornando-o uma questão de saúde pública, o que ampliou o investimento do tratamento médico para o controle da doença. Após a Primeira Guerra Mundial, a radioterapia ganhou lugar como terapêutica alternativa à cirurgia, contudo, esta não perdeu sua importância enquanto principal linha de tratamento médico. É de fundamental relevância o fato de a intervenção médica no corpo do paciente, nessa época, não ter sido, necessariamente, alvo de um consentimento deste. Assim, as decisões sobre as cirurgias extensas, que implicavam na amputação do órgão acometido, cabiam ao saber médico, sustentadas pelo objetivo de aumento da sobrevivência do paciente.

No início do século XX, ainda, o câncer era tido como uma doença transmissível, o que implicava no isolamento do paciente durante o tratamento. Apenas com o avanço no conhecimento dessa patologia, o câncer foi compreendido como consequência de processos de mutação celular. Percebemos, nos dias atuais, uma busca da medicina por formas de diagnóstico e tratamento cada vez mais eficazes no sentido de um restabelecimento do que é considerado por ela saúde. Os significantes “luta contra o câncer” e “combate



ao câncer”, que foram usados na informação da população sobre a doença e campanhas de prevenção e tratamento (Teixeira, Porto, & Noronha, 2012), são traços de certa obstinação terapêutica que visa responder a uma demanda mundial para dar conta de uma doença que mata cotidianamente milhares de pessoas. Na clínica, vemos a angústia da equipe de saúde presente nos casos em que os cuidados curativos chegam a um limite, havendo uma tentativa constante de responder ao incontrolável do câncer e da morte.

## O corpo na psicanálise: Sobre a constituição corporal

Com a formação médica em neurologia, Freud foi surpreendido por pacientes que apresentavam paralisias nos membros sem que qualquer causa orgânica fosse localizada. Acompanhando-as, pôde concluir que tais sintomas, denominados então de paralisias histéricas, seriam formados a partir de um trauma, no qual o corpo se oferecia como cenário na sua representação. Ao contrário do que a medicina lhe ensinava, percebeu que não estava em questão a lógica do funcionamento orgânico nos sintomas dessas pacientes, mas o sentido simbólico encarnado pelas partes do corpo adoecidas: “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (Freud, 1895/1996, p. 212). Assim, por intermédio do corpo das histéricas, a psicanálise estrutura-se na concepção de que o corpo é portador de um saber, camuflado na forma do sintoma conversivo (Lacan, 1953/1998).

Com isso, é inaugurada uma diferença radical no olhar sobre o corpo sob o viés da psicanálise e o da medicina. Na psicanálise, o corpo é fruto de uma construção e, portanto, não coincide com um aparato biológico (Freud, 1915a/1996), como concluiu Freud na escuta das histéricas, descobrindo aí, o inconsciente. Ao nascer, o bebê não possui um corpo estruturado, mas um pedaço de carne amorfo, sem que possa se apropriar dele. Esse fato atribui prematuridade ao bebê humano, que, não tendo um corpo constituído *a priori*, vive a partir dos cuidados da mãe. Situaresmos de que forma tais cuidados darão vida a esse corpo.

Nas primeiras experiências de saciedade, como o ato da amamentação, o bebê extrai uma satisfação associada, que o levará à busca do prazer fruto dessa experiência. O conceito de pulsão equivale à exigência de satisfação constante a partir da marca deixada por essa primeira experiência. A pulsão é, portanto, algo que se impõe a partir de impulsos internos que, ao longo de seu trajeto, delimitam o corpo. Nesse processo, ela marca a indissociabilidade entre psíquico e somático, por apresentar-se como exigência de trabalho psíquico constante em busca de uma satisfação que passa pelo corpo (Freud, 1915a/1996). Contudo, ao mesmo tempo em que insiste na busca de satisfação, fracassa por não ser possível uma satisfação plena, uma vez que o prazer específico da primeira experiência fica perdido (Freud, 1914/1996).

Tendo em vista a manipulação do corpo fragmentado do bebê, o corpo erógeno é constituído a partir da vida fornecida a cada parte do corpo pelo cuidado da função materna, constituindo assim as chamadas zonas erógenas. Trata-se, portanto, de um corpo regido pelo circuito pulsional formado a partir de furos, tais como Freud (1905/1996) descreverá a boca, o ânus e os genitais como as zonas erógenas oral, anal e fálica, respectivamente, ao contrário do organismo compactado da medicina. Temos, então, que o corpo traz em sua constituição a marca da singularidade de sua história escrita desde os primeiros cuidados maternos.

A estruturação de um corpo tal como o concebemos não está posta ainda no corpo erógeno do bebê, marcado pela estimulação que visa extrair o prazer perdido. É necessária uma operação psíquica para que se dê o reconhecimento de uma imagem como própria (Freud, 1914/1996), sendo impossível ao bebê inicialmente, inclusive, a diferenciação entre seu corpo e o mundo externo (Freud, 1929/1996). A vestimenta imaginária do corpo possibilita ao eu o reconhecimento de um “eu sou isso”. Nas palavras de Freud (1923/1996): “O eu é primeiro e acima de tudo, um *eu corporal*; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 40, *itálico nosso*). Tal vestimenta é a imagem corporal que se forma a partir de certa alienação a uma unidade viabilizada pelo Outro, encarnado aqui pela figura materna. É somente porque existe um

adulto atestando que aquele corpo é da criança que as bordas corporais são construídas, dando-lhe contorno. Tal fundamentação é explicitada na ocasião em que os pais localizam para o *infans* cada parte de seu corpo: “o braço do neném, a barriga do neném”. Isso equivale a afirmar que o corpo tem sua formação em decorrência da nomeação do Outro, nomeação presente na constituição do eu, uma vez que este é primordialmente corporal. Trata-se, portanto, de um corpo de linguagem, o que faz com que carregue, na sua constituição, uma herança simbólica dos pais. Dito de outro modo, o bebê nasce imerso no campo da linguagem e, antes mesmo do seu nascimento, é falado e sonhado pelos seus pais – o que não se dá de forma consciente – constituindo-se como ser falante a partir das marcas deixadas pela fala de alguém.

Esse corpo constituído narcisicamente a partir do Outro fornece contorno à fragmentação pulsional do bebê, transformando o autoerotismo da exploração e da descoberta do corpo em uma borda corporal que se faz objeto de investimento da libido. A concepção freudiana do narcisismo primário (Freud, 1914/1996) nos permite pensar nessa imagem corporal como primeira fonte de investimento, surgindo apenas *a posteriori* o encontro com o mundo externo como possibilidade de investimento objetal. Uma vez que o narcisismo é estrutural, o eu é sempre uma opção-alvo da libido, que é constituída na tensão entre libido do eu e libido objetal.

Vemos com Lacan (1953/1998) que a imagem corporal, com a qual o sujeito se identifica, sofre abalos ao longo da vida, por se tratar de uma vestimenta que não serve tão perfeitamente ao sujeito, como uma roupa que não garantindo uma veste perfeita convoca a novos ajustes. Dados certos afrouxamentos da imagem na operação de reconhecimento próprio, a imagem corporal exige do sujeito reconstruções frequentes, instaurando aí uma ferida narcísica, ou seja, na operação de investimento libidinal em sua imagem corporal idealizada (Freud, 1914/1996). Isso porque há algo da constituição do sujeito que se estrutura em torno de uma “aparência enganadora” (Freud, 1929/1996, p. 74), ou seja, essa unidade corporal na qual o eu se reconhece não está garantida, há uma fluidez nos limites do corpo, deste corpo que molda uma

identidade. Isso por que se o sujeito não pode prescindir da identificação em uma imagem, ela sozinha não dá conta do que ele é, ou seja, há algo para além da imagem em que o sujeito pode se estruturar.

Haja vista as dimensões imaginária e simbólica do corpo, identificamos um ponto de opacidade, algo fica fora da simbolização do corpo em sua constituição. Lacan (1959-1960/1997) nos dirá 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. Para nascer, o bebê humano precisa fazer uma escolha entre a bolsa (embrionária) e a vida (extrauterina). Trata-se de uma escolha forçada, já que optar pela bolsa, que lhe garante conforto certo, ocasiona a morte e, com isso, o fim do usufruto dela. De igual modo, o bebê precisa abrir mão do seio materno para atingir novas conquistas na vida. Há, portanto, algo que se perde na carne para que seja atribuída existência ao ser falante, certa mutilação está, então, presente nesse processo de formação de um resto (Lacan, 1964/1998).

Assim, a não correspondência entre a necessidade do bebê e a presença do seio para saciá-lo, marca uma dissociação entre esse objeto e o corpo do bebê. Juntamente com as sensações do corpo e a exigência de satisfação pulsional, a extração do objeto faz-se fundamental para o reconhecimento da separação entre seu corpo e o objeto. Esse processo articulado com as sensações que lhe dão notícias da existência de seus órgãos proporciona ao bebê o acesso ao seu corpo, como vimos. A ausência dessa operação tem por efeito a manutenção de uma relação simbiótica entre o sujeito e o Outro materno, na qual o *infans* fica em uma posição objetal na tentativa de responder ao desejo da mãe. Isso equivale a afirmar que a não extração do objeto tem consequências para a constituição do eu. Com isso, há algo no corpo que precisa permanecer como perda, um objeto precisa cair para que o sujeito siga desejante, ou seja, em um fluxo gerador de vida. Esse objeto é nomeado por Lacan (1962-1963/2005) de objeto a. Isso tem como consequência a constituição de uma parte impossível de inscrição no corpo, que não pode ser nomeada e, conseqüentemente, simbolizada.

## O corpo e o câncer

Freud (1929/1996) situa o corpo como uma das fontes do sofrimento humano. O encontro com uma doença orgânica pode coincidir com o advento da angústia, no que comparece o susto da irrupção do irrepresentável pela linguagem (Lacan, 1962-1963/2005). Diante do câncer, o sujeito se depara com esse corpo que dói, na lembrança de sua finitude. Nesse contexto, vemos que a dor e o sofrimento oriundos da invasão sofrida pelos procedimentos médicos dão notícias de seu corpo ao sujeito. A dor física lembra ao sujeito da existência de seu corpo na quebra do seu silêncio (Melman, 2001).

Com Freud (1895/1996), que toma o esquema do arco reflexo no intuito de dizer algo do funcionamento do aparelho psíquico, vemos a delimitação da dor física como um impulso impossível de descarga, por se originar no interior do corpo. Ela marca o corpo abrindo caminhos para a pulsão, de forma que pode deixar o sujeito amarrado por uma determinação originada pela constituição corporal.

Nas doenças orgânicas, o sofrimento advindo do corpo pode ter como efeito certo recolhimento do sujeito, assim, a partir da dor, o eu não consegue engrajar-se por nenhuma outra forma de distração diferente do seu mal-estar orgânico. Dito de outra forma, a libido retorna para o eu em função de um esvaziamento da libido objetal: o mundo perde sua graça e o eu concentra sua libido no corpo. Há algo no corpo para onde a pulsão é direcionada e o sujeito não se interessa por nenhum outro aspecto da vida. Trata-se, então, de um excesso pulsional que leva o sujeito a viver em função do seu adoecimento (Freud, 1914/1996). Acompanhamos pacientes que sobrevivem ao tratamento do ponto de vista médico, porém permanecem errantes na vida, atrelados à doença, se beneficiando, de alguma forma, desta, o que nos conduz à concepção da extração de certo ganho secundário à doença (Freud, 1933/1996). Outra forma de expor esta questão seria afirmar que a dor inaugura um caminho pulsional, 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 (Lacan, 1959-1960/1997), ou seja, em uma

forma de satisfação que coincide com o sofrimento.

O encontro com a permeabilidade do corpo desmascarada nas alterações corporais decorrentes de estados de adoecimento ou mutilações pode ainda apontar para uma dimensão de estranho, no que ela implica na queda do véu que protege o sujeito. Podemos ler com Freud (1919/1996) duas formas possíveis de apresentação do *Unheimlich*, o estranho: a dimensão do recalque e a do irrepresentável. Na clínica com pacientes em tratamento oncológico, o horror do encontro com o estranho aparece diante do emagrecimento abrupto característico do avanço da doença, do inchaço desconfigurante pelo tratamento com corticoides, da alopecia consequente da quimioterapia, da perda de funções vitais ou mudança de função dos órgãos, como o uso de sonda para alimentação e excreção e da própria modificação do corpo com a amputação de suas partes nas cirurgias mutiladoras. O corpo refletido não é aquele com o qual o sujeito se reconhece, mas uma imagem não aceita pelo narcisismo, ou seja, sem representação ou registro para o eu. Vemos que não é sem o estranhamento pelo impacto do encontro com as alterações da própria imagem que o sujeito atravessa uma doença com a complexidade do câncer.

Associado ao equívoco causado pelo acesso a uma imagem do corpo que não condiz com a aparência que confere identidade àquele sujeito, na experiência do adoecimento por câncer, diante das modificações radicais do corpo como consequência da doença ou pela tentativa de tratá-la, escutamos uma dimensão traumática. O sujeito é pego pelo susto, não tendo um anteparo que o ajude a se proteger de um efeito devastador da doença. O trauma consiste, para Freud (1920/1996), em excitações oriundas de fora, suficientemente poderosas para atravessar qualquer tentativa de proteção psíquica. Por temer o retorno da doença, o sujeito pode repetir esse medo na tentativa de criação de uma fenda na forma de angústia para se proteger do susto da notícia de recidiva.

A nomeação “sobrevivente do câncer” impede, muitas vezes, o retorno à vida, pois ainda que curado, o sujeito permanece sob a marca do câncer, o que parece ter efeitos na (re)construção de laços sociais para além do ambiente hospitalar. Viver para cuidar da traqueostomia irreversível ou do

que restou de um corpo mutilado pode caminhar na contramão da criação de uma saída, diante das alterações corporais resultantes da doença, que mantenha o sujeito na via do desejo de novas realizações na vida.

## Extratos de uma experiência em um hospital oncológico

O aumento desordenado de um tumor ou o estado de caquexia causado pela progressão do câncer pelo corpo, bem como o próprio tratamento oncológico podem comprometer a imagem corporal e, com isso, a operação de reconhecimento do sujeito. Algumas mudanças radicais da imagem do corpo, quando uma parte significativa é perdida com o avanço da doença ou pelo tratamento cirúrgico de ressecção da região lesionada, recolocam radicalmente para o sujeito a permeabilidade dessa imagem, exigindo que a operação de reconhecimento seja atualizada.

Ao mesmo tempo, está presente a impossibilidade de representação de algo vivido no real do corpo diante da imposição da doença ou da tentativa de extingui-la, deixando marcas na vida do sujeito, uma vez que é a partir de um corpo cheio de significações, um corpo de linguagem, que o sujeito se precipita. Tal cenário nos conduz à associação entre a marca no corpo produzida a partir dos sintomas físicos do câncer, assim como das extrações realizadas naquele pelo tratamento médico, e a marca do trauma, tal como Freud (1920/1996) o define, ou seja, algo que insiste no sujeito sem simbolização.

As repercussões que uma alteração corporal, a partir do câncer, podem causar nos instigam na direção de um questionamento: trata-se de reconstruir um corpo diante da devastação deste pelo câncer, para que o sujeito possa seguir na vida? Essa pergunta é valiosa, tendo em vista o que escutamos na clínica: *não é mais o mesmo corpo, não sou mais eu*, uma vez que a consciência de “eu sou” está articulada a uma estrutura corporal, como já abordado. Nos tumores de cabeça e pescoço, por exemplo, quando o uso de traqueostomia<sup>1</sup> e

1 A traqueostomia consiste em um procedimento cirúrgico que, por meio da abertura de um orifício no pescoço, permite a entrada de ar na traqueia quando existe uma obstrução que impossibilita o paciente respirar pelas vias naturais (nasais). Tal intervenção pode ser temporária ou permanente (como em caso de ablação da laringe devido a câncer laringeo, no qual a traqueostomia passa a ser a via aérea definitiva) (<http://www.dicionáriomédico.com/Traqueostomia.html>).

sonda nasoenteral<sup>2</sup> são recorrentes, aparece a angústia diante da inversão das funções do corpo: respirar pelo pescoço e comer pelo nariz.

A partir de uma articulação da questão desenvolvida sobre “o que é um corpo”, sustentando um caminho que nos fornece subsídios para contorná-la à luz da psicanálise, traremos algumas reflexões sobre aquilo que comparece para o sujeito durante o processo de tratamento do câncer. Buscaremos retomar a questão anterior por meio de fragmentos clínicos que desenham a estrutura do que causa cada sujeito que vem nos falar.

## Silvana, e o que é ser mulher?

O corpo é aquilo que confere uma identidade e, retomando a concepção de que o corpo é de linguagem, não se trata meramente de um aparato orgânico, pois suas alterações têm implicações diretas na vida do sujeito. Partimos do enunciado de Silvana: “*não me sinto mais mulher porque não tenho boca... sou outra pessoa*”. Trata-se de uma história de retirada do lábio por um melanoma<sup>3</sup> que havia evoluído rapidamente em poucos meses. Logo após a cirurgia, no primeiro atendimento, a questão de Silvana girava em torno do resultado da cirurgia: ficaria sem boca. Com essa confirmação, seu casamento foi desfeito por um desinvestimento do marido e sua vida modificada com uma perda da atividade social e certa reclusão em casa. Passou a se colocar, desde então, no lugar de doméstica diante da família: “*agora, sirvo como doméstica*”. Como uma mulher com sua beleza arruinada pelo câncer, acreditava que não podia mais ser mulher para um homem, passando ao lugar de doméstica, ou seja, aquela que vive na casa. A partir de então, saía de casa apenas para o tratamento médico, refugiando-se em casa como proteção do olhar do outro, que, para ela, não seria mais um olhar de desejo. Essa interrupção da vida pela quebra decorrente de uma afetação no

---

2 Sonda utilizada para alimentação por meio de sua inserção pelo nariz para que alcance o intestino, quando a via alimentar natural (boca) encontra impossibilitada de fazê-lo (<http://www.saude.biz/c/sonda-nasoenteral-991.html>).

3 O melanoma é um tipo de câncer que atinge as células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele. Existem dois tipos de câncer de pele: o não-melanoma e o melanoma, que se caracteriza pela grande incidência de metástases para outras partes do corpo ([http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele\\_melanoma](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma)).



corpo constitui uma das faces da devastação que o câncer e seu tratamento podem ter para um sujeito.

Silvana mostrou-se devastada subjetivamente a partir de uma operação em seu corpo. Esta se deu, em um primeiro momento, com o estrago feito pelo tumor em sua carne e na imagem especular e, posteriormente, pela mutilação causada pela cirurgia de retirada do lábio. Assim, sem conseguir situar-se diante do desejo de um homem, ao se questionar “*o que é ser uma mulher?*”, passou a responder na vida do lugar de doméstica, criando outra forma de “servir” ao outro. Sem conseguir, por outro lado, fazer algo com a pergunta sobre a feminilidade, pergunta do lado do inconsciente, colocou-se um fracasso em criar uma resposta pela via de causar desejo em um homem (posição de objeto causa de desejo), ao mesmo tempo em que Silvana foi atravessada pela afirmação: *não se é mulher sem boca*. Tal percepção nos conduz à indagação: o que no corpo confere a identidade a um sujeito? Se o corpo é construído por circuitos pulsionais, podemos retomar que o corpo existe a partir do investimento de uma alteridade. Caso se fizesse possível estruturar um desenho sobressaltando as partes privilegiadas nessa constituição, teríamos a imagem de um corpo não harmônico, desregular, talvez com boca maior do que o restante, no caso de Silvana.

A direção do trabalho nos leva à aposta de que Silvana possa vir a transformar a pergunta “*o que é ser mulher?*” em enigma, estando sujeita ao “novo corpo”, situando-se na vida a partir dele, na construção de um dizer sobre esta diferença imposta. É a partir da diferenciação que poderá circunscrever outra forma de satisfação pulsional, deslocando-se do aprisionamento na posição de servir ao outro para a assunção do lugar de causar o desejo do outro, lugares divergentes que marcam a resposta do sujeito diante da sua condição de assujeitado, sendo a partir do laço social que ele se sustenta na vida.

## **Pedro, o tempo lógico e a urgência subjetiva**

Diante da perda do lábio, Pedro colocou em suspenso a decisão sobre o retorno ao trabalho: “*voltar assim não vai ser possível*”. Algo no enxerto

aplicado pela reconstrução cirúrgica da área mutilada o incomodava. A tentativa de reconstrução em reparar o “estrago” feito no corpo pelas intervenções cirúrgicas mutiladoras não funcionou para Pedro. Houve uma impossibilidade de reparação via enxerto da parte do corpo perdida, uma vez que aquele não fazia boca. Havia uma impossibilidade de ocupação do lugar simbólico que a carne ali ocupava, ainda que possa ocupar o mesmo espaço físico. A intervenção de reconstrução da face, que pode vir a resolver o problema do ponto de vista estético, não o resolve para o sujeito. Tal fato é justificado pela forma como é construído o corpo humano, que, transpondo a carne, é formado por uma operação de linguagem e pela exigência constante de satisfação pulsional. Freud (1910/1996), ao se ater à particularidade das “cegueiras histéricas”, aponta que os órgãos do corpo “servem a dois senhores”, por um lado, estão a serviço da autopreservação e, por outro, da satisfação sexual. E para Pedro, não estava mais colocada a possibilidade de gozar de sua boca, tal como nos mostra Freud (1914/1996) que a pulsão se serve do corpo como um objeto de investimento, satisfazendo-se nele, e Lacan (1966/ 2010), que o corpo é feito para gozar.

O estranhamento de Pedro diante desta nova configuração corporal aumentou ao ser interpelado pela indicação médica: *está ótimo!* Resposta produzida à demanda de Pedro de que o enxerto não dava contorno ao seu rosto. A posição médica avaliava a evolução da recuperação orgânica, ao passo em que Pedro insistia que não poderia estar bom o inchaço da pele colada, ali onde havia antes uma boca. Na condição de objeto da ciência, não era olhado como sujeito.

Pedro veio dizer, nos atendimentos, espaço onde se encontrou com a possibilidade de falar disso com o que se deparou, dos efeitos da modificação de seu corpo. O estranhamento apontava para o não reconhecimento nesta imagem desconhecida e, mais ainda, para uma alteração corporal que gerava efeitos para si. Assim, falava da impossibilidade de se encontrar com os colegas de trabalho e, sobretudo, com seu chefe, argumentando: “*quem vai dar emprego para alguém assim?*”. A cirurgia deu início a uma defasagem na sua vida social e Pedro passou a organizar seu cotidiano em uma rotina entre

o comparecimento ao hospital para as consultas e o retorno para casa.

Em meio à escolha por não se expor ao olhar do outro, isso que se apresentava irrepresentável para ele, Pedro inventou, no uso de máscaras cirúrgicas, um acessório para ir à rua, uma saída provisória. Diante da indicação médica de retirar a proteção da face em prol da cicatrização cirúrgica, Pedro ensinou que o que estava em questão era a proteção de si diante do olhar do outro, diante daquilo que destoava em seu corpo. Com isso, ao falar de sua condição, inaugurou-se na clínica o lugar de uma urgência subjetiva, na demanda de um tempo de pausa (Seldes, 2004) diante do encontro com o traumático. A urgência subjetiva é disparada quando a dimensão do real está em jogo, nesse caso, na falta de representação a partir da mudança do corpo pelo tratamento cirúrgico. Deparando-se com um sofrimento inefável, incontornável, quando faltam imagens para representá-lo e palavras para significá-lo, o sujeito cai em um mutismo, sendo substituído por atos de desespero, que são a mais próxima representação da angústia, assim podemos definir a urgência subjetiva (Seldes, 2004). E apostamos ser desse lugar que Pedro falava quando nos dizia que não podia voltar ao trabalho nessa condição, pois precisava de um tempo para compreender o que se interpunha como traumático.

Submeter-se à situação de doente não foi tarefa simples para ele. Era motorista de caminhão e, além de ter um trabalho “pesado”, sua rotina era “*não parar em casa*”, trabalhando com entrega de encomendas em todo o país. Aos poucos, Pedro começou a transmitir, nos atendimentos, seu saber sobre mecânica de automóveis, sua segunda profissão. Dizia ter sido sempre privilegiado na candidatura a um emprego por sua dupla habilidade: conduzir caminhões e consertá-los. Com o tempo, começou a se “arriscar” a consertar o carro da família e a fazer pequenos reparos em casa, já que também entendia de serviços de obra. Até chegar a construir cômodos novos na casa, pondo-se a trabalhar ao mesmo tempo em que reinventava seu lar. Tratava-se para ele de um risco pelas limitações impostas pelo pós-operatório e da busca por uma saída à sua condição.

Assim, entendemos que a quebra na vida do sujeito diante da alteração

de seu corpo pelo tratamento médico é consequência de uma operação de mudança, o que demanda um tempo de reestruturação da vida diante do acometimento por um real (o traumático, em termos freudianos), que permanece sem reconstrução possível. Cabe a Pedro um trabalho psíquico de reconstrução do corpo, já que é com este que conta, um corpo marcado pelo real (do câncer). Com “reconstrução de um corpo”, nos referimos aqui ao trabalho de (re)conhecimento desse corpo como próprio. Com Lacan (1945/1998), entendemos que o tempo de reestruturação psíquica e de luto pelas perdas ocorridas na vida devido às alterações do corpo não pode ser medido cronologicamente, mas aponta para um “tempo lógico”. É preciso escutar na clínica que o sujeito não pode prescindir de um tempo na reconstrução da vida a partir do encontro traumático com a “invasão” do corpo pelo câncer e a mutilação causada pelo seu tratamento. O tempo que cada um usará na tarefa é singular e não generalizável e, com isso, Pedro vai Tateando até aonde pode ir com seu corpo marcado, na descoberta de que não se faz isso sem riscos.

## María e “o que o estrupicinho faz de mim?”

Diante do estado de caquexia em que se encontrava pelo avanço da doença no corpo, María disse: *“eu não era assim, era gordinha, ele [o tumor] acabou comigo”*. Apresentava algumas alterações como dificuldade na alimentação, “falta de ar”, o que lhe causava grande dificuldade de dormir à noite. No crescimento desordenado do câncer, podemos localizar uma dimensão que insiste na proporção de excesso, sem que o sujeito possa acoplá-la ao corpo: *“isso tem que sair, eu não nasci com isso... esse estrupicinho”*. Lemos aqui com Freud (1920/1996) uma dimensão de traumático ou, com Lacan (1964/1998), de real, entendida como aquilo que não se inscreve simbolicamente no corpo e ainda assim não pode ser dele banido. Testemunhamos com María a devastação de um corpo diante da emergência do câncer, no que este se mostra sem sentido para o sujeito. Assim, era impossível conceber a ideia de ser consumida pelo câncer, apostando que os tumores pulmonares, causados

pelo retorno da doença, poderiam ser removidos pelo tratamento médico, convocando deste um saber sobre o real, isso do qual ela nada sabia, apenas de que lhe era estrangeiro e que, apesar disso, estava ali em seu corpo, causando uma ruptura na sua forma de vida.

Maria não conseguia mais comer e, mesmo que o fizesse, emagrecia a cada dia, não podia fazer as atividades de casa por ser tomada pelas crises de “falta de ar”. Tal argumento nos leva à aposta de que diante das alterações promovidas no corpo, pela doença, que apontam para um assujeitamento à sua condição finita, cabe uma saída do sujeito diante do impossível que lhe acomete. Traça-se aqui, portanto, a especificidade do saber na psicanálise. Falamos de um saber do lado do sujeito, saber que não se sabe, pois opera no inconsciente. Ali, onde a intervenção do tratamento do câncer encontra um limite, fica o trabalho do sujeito de elaboração do rumo de sua vida a partir do limite de seu próprio corpo, que um dia cansa e falta-lhe ar. O encontro com isso que é da ordem do inassimilável nos convoca a atravessar com o sujeito o árduo encontro da finitude do corpo, recolhendo o que se pode extrair de tal experiência.

## José e seu nariz

Nos primeiros atendimentos realizados, durante a internação hospitalar, José trazia questionamentos sobre a quantidade de perda na carne necessária para sua cura do câncer. Impactado com a fala do cirurgião sobre os detalhes dos cortes a serem realizados no corpo, permanecia colado à descrição médica acerca do procedimento sem conseguir dar um sentido ao que escutava.

José dizia preferir permanecer com a doença a perder o nariz, localizando aí seu ponto de impossível. Identificava-se com os demais pacientes internados, que saíam do hospital mutilados, e acreditava ter o mesmo destino. O retorno da própria imagem, devolvida pelo outro em uma relação imaginária, consiste no fornecimento de uma imagem especular que o sujeito adota como sua por identificação com algum traço do outro. Assim, não é incomum que os pacientes internados no hospital se olhem, ao mesmo tempo em que são capturados pelo olhar do outro, construindo traços de identificação. Tal operação é infinita,

uma vez que é por essa insistência que trabalha o registro imaginário. Na identificação, o eu se torna o outro, por meio da introjeção das características dele pelas quais é capturado (Freud, 1921/1996). Assim, a construção subjetiva é atravessada pela identificação, a partir de que são criadas novas versões do eu, tal como vemos no caso de José, ao acreditar em sua própria mutilação pela imagem da mutilação do outro. Porém, essa imagem do outro que o sujeito busca com seu olhar almejando um ponto de referência que diga de si, também perturba. Vemos na clínica com pacientes submetidos a cirurgias mutiladoras ou em fim de vida o quanto essa imagem ameaça e invade o sujeito: “A imagem do outro é sempre um intruso para o sujeito” (Quinet, 1997, p. 10).

Após a cirurgia, José passou a se calar nos atendimentos, remetendo-se apenas ao mal-estar físico. Como visto anteriormente, para Freud, “uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento” (Freud, 1914/1996, p. 89), ou seja, pode-se situar certo exílio do sujeito no sofrimento advindo de uma doença orgânica (Vilanova, 1997).

Aos poucos, a angústia tomou lugar no sono de José, iniciando uma fase repleta de pesadelos. Com Freud (1920/1996), que partiu da análise dos sonhos traumáticos para investigar a satisfação pulsional pela via do desprazer na instauração de uma exigência na forma de compulsão à repetição, temos que os sonhos em questão trazem uma tentativa de instaurar a angústia ali onde ela faltou, dando alguma sustentação ao sujeito. Isso porque o trauma é criado por uma situação de susto, ou seja, quando não há proteção diante de uma ameaça externa, que acomete o sujeito o devastando. Por outro lado, a angústia constitui um sinal de proteção contra o susto. Ao ser disparada, possibilita uma preparação do sujeito frente à situação ameaçadora e, se a angústia não tem tempo de preparar o sujeito, ele é dominado por um excesso, que pode possuir o estatuto de traumático.

Nossa hipótese é de que diante da falta de anteparo para o câncer, que advém tocando a dimensão traumática, José vem buscando, pelos sonhos de angústia, sustentação para a invasão do corpo. Há algo impossível de dizer de sua vivência, ao mesmo tempo em que o sujeito se fixa no horror

da sua situação após a irrupção do câncer e da devastação causada pelo seu tratamento: eis a dimensão do trauma.

## Considerações Finais

Detesto o meu maxilar mecânico, porque a luta com o aparelho me consome tanta energia preciosa. Mas prefiro ele a maxilar nenhum. Ainda prefiro a existência à extinção (Freud, 1926/2010, p. 54).

Finalizamos a partir da fala de um paciente: *“estamos submetidos e nosso corpo também”*. O encontro com algo que foge ao controle do sujeito ratifica sua condição de assujeitado na vida. No corpo, a lembrança de sua existência por meio da doença, como trabalhado anteriormente, marca que o eu corporal se engana sobre o lugar do sujeito. Acrescido a isso, temos o ponto do qual o sujeito em questão toma seu enunciado: o câncer, por estar situado no campo das doenças orgânicas, incide como real, trazendo uma submissão à carne, ao ponto que escapa ao sujeito e ao significante também.

A prótese que tanto incomodava Freud, submetido a algumas cirurgias para retirada de tumores na região do maxilar, representava a ausência do que foi extraído do corpo pelo tratamento do câncer. Algo que não funciona mais no corpo como antes é mencionado em sua fala, que podemos aproximar da fala do paciente que refere ter algo em controle das funções. Como referimos anteriormente, esse corpo é pulsional e é por sua ligação com o psíquico que uma alteração neste tem impacto para o sujeito. Contudo, diante do irreparável, Freud (1926/2010, p. 54) enuncia: *“prefiro a existência à extinção”*. Sentindo na própria carne os efeitos do real da doença, o criador da psicanálise nos mostra que se implicar na vida constitui a saída perante o impossível, que está sempre remetido à morte para o sujeito.

Diante de algo que se apresenta à revelia do sujeito e sem escapatória, este é convocado a se responsabilizar pelo caminho a ser traçado para si. Dessa forma, a recolocação do enunciado tão recorrente diante do diagnóstico de câncer: *“fazer o que?”*, pode ceder a vez à construção de uma implicação em sua condição. Para os sujeitos que constroem uma saída para a devastação de sua vida pelo adoecimento por câncer e as repercussões de seu tratamento, sabemos que

cada um partirá da singularidade de sua história e de todas as marcas trazidas para ele para inventar sua entrada própria na vida. Especificamente em relação à questão do corpo, vemos que a evolução da doença causa alterações, por meio da mudança de uma via pulsional, como o exemplo clássico das ostomias ou da deformação de uma parte privilegiada do corpo. Demos a essa visão sem anteparo o nome de traumático com Freud (1920/1996), do susto que devasta o sujeito no encontro com o corpo marcado na carne, na produção de alterações importantes. Assim, aproximamos os efeitos subjetivos da incidência do câncer, que causa alterações corporais, bem como pode ocorrer em consequência do seu tratamento, do conceito freudiano de trauma.

Além disso, os tumores sólidos volumosos ou o crescimento de linfonodos<sup>4</sup> comprometidos pela doença dão origem a outro corpo do ponto de vista do sujeito, um corpo estranho. Sendo o corpo humano formado por marcas simbólicas, ou pela nomeação do Outro, nas intervenções corporais diante do câncer, que provocam certa devastação desse corpo, por isso que se dá na carne, o que aparece é uma impossibilidade de elaboração da radicalidade da mudança que acontece em seu corpo. O que torna esse processo traumático é justamente a falta de contorno, de uma palavra na qual o sujeito possa se ancorar novamente, simbolizando o que lhe ocorre.

Uma vez que a constituição subjetiva está atrelada ao corpo, vimos, ao longo do texto, que há uma exigência de trabalho no sentido de uma reconstrução simbólica do corpo, de forma que o sujeito, com a experiência do câncer, possa se rearticular na vida, na passagem de um corpo estranho para a feitura de um corpo próprio. Com isso, temos que o primeiro tempo de estranhamento desse corpo tão modificado em função da doença, momento traumático, nos remete, a partir da escuta, a uma urgência subjetiva, esse instante de queda do sujeito pela irrepresentabilidade do que vivencia. O tratamento dessa urgência, que se distingue do tratamento da ciência, caminha na direção do tempo de compreender (Lacan, 1945/1998), no

---

4 Linfonodos são gânglios do sistema linfático responsáveis pela imunidade do corpo. Entrando na corrente sanguínea, o câncer transforma uma célula normal em uma célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e se disseminar pelo corpo. Com este processo, os linfonodos crescem abruptamente em seu estado original (INCA, 2011).



qual a paralisia subjetiva cede vez a um trabalho de elaboração em torno do que resta como efeito do câncer e de seu tratamento no corpo. O termo trabalho aqui nos auxilia a delimitar o campo da função psíquica devido ao adoecimento físico, especialmente se este deixa marcas que modificam a vida do sujeito. O trabalho do lado daquele que conduz o tratamento, ao contrário do que ocorre em outras modalidades clínicas, isto é, a operação daquele que escuta o sofrimento psíquico é de convocar o trabalho daquele que sofre, pois a inversão da condição de escravo do corpo doente em agente da própria vida constitui tarefa de um sujeito em uma árdua busca de saídas criativas.

Apostamos, ainda, em uma dimensão de inapreensível, de real (Lacan, 1964/1998) no que diz respeito à incidência do câncer no corpo e na vida do sujeito. Por isso, o trabalho nessa clínica nos convoca a um lugar diferente daquele em que há uma demanda em tratar um mal-estar psíquico, que se apresenta na forma de enigma para o sujeito. Ao escutar pacientes em tratamento do câncer, percebemos um apagamento inicial das questões subjetivas, nas quais o corpo que sofre ocupa a cena. Assim, há uma urgência médica em questão, pela qual o sujeito é tomado. Entendemos aqui que somente podemos acolher o sujeito se colocamos, ao escutá-lo, a urgência de tratar o corpo adoecido em suspenso, onde esta será tratada por outros membros da equipe de cuidados, abrindo caminho para a urgência subjetiva, isto é, o que urge para um sujeito a partir desse corpo que se apresenta. Cabe ressaltar que nosso objetivo aqui não englobou uma pesquisa mais refinada no sentido de mapear o trabalho singular de um ou outro sujeito no que tange a certa reconstrução da vida a partir do trauma, apesar da ênfase dada à importância deste trabalho, que defendemos aqui passar por uma reconstrução simbólica do corpo. Ativemos em apontar o que pode, por vezes, ser escamoteado no cotidiano do tratamento do câncer, focado na cura orgânica, a saber, do que fica marcado no sujeito a partir dessa experiência tão radical.

A psicanálise não visa ao querer bem ao paciente, é radicalmente oposta a uma visão educativa, dado que implica o risco de imputá-lo o que se constitui como bom para o profissional que atende o caso, de acordo com suas experiências de vida. Nesta direção, vemos os tão atuais manuais de autoajuda ou as dicas

para superação de um trauma, para uma vida mais saudável emocionalmente, que prometem o caminho da felicidade. A este respeito, Lacan (1959-1960/1997) aponta que a felicidade é aquilo que demandam os pacientes, mas é justamente de sua inexistência que o analista está advertido. Tais manuais e ações prescritivas possuem um lugar nas exigências contemporâneas de felicidade, contudo, o que ressaltamos aqui é que tomar uma postura nesta via anula a possibilidade de que aquele que sofre produza sua própria saída.

Sendo a concepção de bem ou mal relativa, aquele que escuta a partir da psicanálise não delimita o melhor para um sujeito, mas pode abrir caminho para que o paciente venha a “bem-dizer” (Lacan, 1959-1960/1997) os rumos a serem traçados para sua vida diante de tal abalo. Lacan (1958/1998) formula o lugar daquele que escuta, localizando-o na posição da direção do tratamento, o que se diferencia de um direcionamento deste, não se trata, portanto, de sugestão. A moral presente na ética tradicional trabalha “a serviço dos bens”, ou seja, o que seria o melhor para todos: “para que se trate do campo que pode ser valorizado como puramente ético, é preciso que não estejamos, de modo algum, interessados em nada” (Lacan, 1959-1960/1997, p. 378). Por outro lado, a ética da psicanálise se instaura no reconhecimento do desejo: “o desejo nada mais é do que aquilo que suporta o tema do inconsciente, a articulação própria do que faz com que enraizemos num destino particular” (Lacan, 1959-1960/1997, p. 383). Nessa via, enquanto a moral defende uma generalização do que seria julgado bom para todos, a ética da psicanálise vai se voltar para o que há de singular na direção das ações de cada sujeito na vida, sendo de fundamental importância nesse aspecto a questão do desejo, uma vez que ele é o que move o sujeito na apropriação da própria vida, fazendo o melhor que pode de um destino para si. Nesse sentido, há algo que se sacrifica de um bem universal para agir de acordo com o próprio desejo, ou, nas palavras de Lacan: “não há outro bem senão o que pode servir para pagar o preço ao acesso do desejo” (Lacan, 1959-1960/1997, p. 385).

Quando o paciente fala dos efeitos do câncer no seu corpo, estes são tratados pelo simbólico e sua devastação pode receber um lugar na linguagem e, então, algum destino na vida, ou seja, falar tem efeitos para o sujeito

(Lacan, 1953/1998). Dito de outra forma, podemos concluir que, colocando significantes ali onde habita o vazio do trauma, um espaço é aberto na via de outras formas de satisfação, já que o preço pago no corpo pelo próprio tratamento do câncer pode ser insuportável, anulando qualquer possibilidade de vida. O estado de paralisia que tal devastação pode causar ao sujeito, abordado anteriormente nos fragmentos clínicos, aponta para o engessamento subjetivo em uma forma de existir à mercê da doença. Convidar o sujeito a nos falar disso que lhe atormenta e do qual, ao mesmo tempo, retira certo ganho secundário (Freud, 1933/1996), pela via da compulsão à repetição, implica em uma convocação do sujeito, ali onde sofre, o que pode ter como consequência a construção de uma borda para o traumático, na criação de uma nova forma de vida. É na medida em que fala que o sujeito pode dar contorno ao insuportável e deslocar seu discurso para outra posição. O trabalho analítico é a aposta de que o sujeito possa construir suas próprias saídas, numa escolha pela apropriação de seus atos. O que está em questão aqui é um tratamento disso que se apresenta como real no câncer pela via da palavra, nosso único instrumento de trabalho. Nesta clínica específica, o processo se inicia tendo em vista a afetação do sujeito por um ponto de corte que ocorre no corpo.

Se certa mutilação do corpo se faz presente durante a constituição subjetiva (Lacan, 1964/1998), e se a imagem idealizada de si é enganadora, ou seja, os limites do corpo são mais flexíveis do que se supõe, temos que a posição subjetiva perante a castração estará atuante no seu posicionamento, diante disso que acomete seu corpo. Isso quer dizer que é a partir da forma como cada um enfrenta a condição de assujeitamento e da falta intrínseca a todo ser humano, uma vez que não se é o ideal e não se tem o que se quer, que o processo discutido aqui poderá ser conduzido. “A referência ao complexo de castração neste ponto é fundamental, porque ele nos permite situar a maneira de cada sujeito enfrentar os limites que lhe são impostos por um corpo sexual e mortal” (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013). Será diante da falta de representação mesma do câncer no corpo e dos efeitos de seu tratamento que o sujeito precisará emergir na criação de um rumo singular à sua existência, tema que propomos ser explorado em trabalhos posteriores.

## Referências

Castro-Arantes, J. M. & Lo Bianco, A. C. (2013). Corpo e finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica.

*Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 19(9), 2515-2522.

Courtine, J.-J. (2012). O corpo inumano. In J.-J. Courtine, A. Corbin, G.

Vigarello. *História do Corpo 1: Da Renascença às Luzes* (5a ed., pp. 487-501).

Petrópolis: Editora Vozes.

Faure, O. (2012). O olhar dos médicos. In J.-J. Courtine, A. Corbin, & G.

Vigarello. *História do Corpo 2: Da Revolução à Grande Guerra* (4a ed., pp.

13-55). Petrópolis: Editora Vozes,

Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud. *Edição*

*Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).

Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud.

*Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund*

*Freud* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).

Freud, S. (1996). A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica

da Visão. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas*

*Completas de Sigmund Freud* (Vol. XI). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1910).

Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise.

In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de*

*Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em

1912).

Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

Freud, S. (1996). As pulsões e suas vicissitudes. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915a).

Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915b).

Freud, S. (1996). Recalque. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915c).

Freud, S. (1996). O Estranho. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919).

Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

Freud, S. (1996). Psicologia das Massas e Análise do Ego. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1921).

Freud, S. (1996). O ego e o id. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923).

Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1929).

Freud, S. (1996). Conferência XXXIV: Explicações, aplicações e orientações. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1933).

Freud, S. (2010). O valor da vida. *Psychoanalysis and the Fut. Journal of Psychology: de Nova York, 1957* (P. C. Souza, Trad.). (Obra original publicada em 1926).

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. (2011). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Inca. 128 p.

Lacan, J. (1997). *O Seminário – Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1959-1960).

Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1945).

Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1949).

Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1953).

Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1958).

Lacan, J. (1998). *O Seminário – Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1964).

Lacan, J. (2005). *O Seminário – Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1962-1963).

Lacan, J. (2010). O lugar da medicina na psicanálise. *Opção Lacaniana n. 32* (pp. 8-14). Rio de Janeiro. (Obra original publicada em 1966).

Lambert, A. (2003). Psicanálise no hospital. *Opção Lacaniana n. 37* (pp. 48-51). Rio de Janeiro .

Mandressi, R. (2012). Dissecções e Anatomia. In J.-J. Courtine, A. Corbin, & G. Vigarello. *História do Corpo 1: Da Renascença às Luzes* (5a ed., pp. 411-440). Petrópolis: Editora Vozes.

Melman, C. (2001). La question du corps en psychanalyse. *Bulletin de l'Association freudienne internationale* (pp. 7-15).

Porter, R. & Vigarello, G. (2012). Corpo, saúde e doenças. In J.-J. Courtine, A. Corbin, A., & G. Vigarello. *História do Corpo 1: Da Renascença às Luzes* (5a ed., pp. 441-486). Petrópolis: Editora Vozes.

Quinet, A. (1997). O eu e o outro no espelho. *O Eu. Latusa, n. 1*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise.

Seldes, R. (2004). La urgencia subjetiva, um nuevo tiempo. In G. Belaga (Org.). *La urgencia generalizada* (pp. 31-42). Buenos Aires: Grama.

Stiker, H.-J. (2012). Nova percepção do corpo enfermo. In J.-J. Courtine, A. Corbin, & G. Vigarello *História do Corpo 2: Da Revolução à Grande Guerra* (4a ed., pp. 347-274). Petrópolis: Editora Vozes.

Teixeira, L. A., Porto, M. A., & Noronha, C. P. (2012). *O Câncer no Brasil: passado e presente*. Rio de Janeiro: Outras Letras.

Vilanova, A. (1997). A dor na própria carne – Psicanálise e doença terminal, um caso. In *A dor de existir* (pp. 277-284). Rio de Janeiro: Kalimeros.



## Cancer and Body: a reading from psychoanalysis

### Abstract

From the clinical experience with patients in an oncologic hospital, this article proposes a reflexion about the subjective effects of the body modifications caused by cancer and by medical treatment – as well as the adverse effects from chemotherapy and the mutilator surgery. The psychoanalysis teach us that the body, in human, is not previous and that it doesn't coincides with the organism. It is inaugurated by the *pulsao* satisfaction dimension, which is equivalent to affirming that it is not at service to physiological needs, fact that marks the radical difference between human and animal. The *pulsao* is located between somatic and psychic, which brings as consequence the production of subjective effects related to an intervention in the body. Concerning the cancer context, the body modification resulting from the tumor growth confronts the subject with an imaginary vestment breakdown where he recognizes himself, it also can happened due the treatment's inherent modifications. Beyond the imaginary rupture with the reflection of a estrange body to the subject, the cancer can be related to traumatic, that interrupts life in an overpowering way. With the lacanian reading, we understand this experience from the dimension of the real that is what escape from symbolization and thefore to any form of subjective elaboration. The practice in this clinic reminds us the psychoanalysis bet of the treatment of the real by the symbolic, this is, by the word. As far as the subject speaks, he can create outings to what presents to himself as excessive, impossible understanding.

**Keywords:** Cancer; body; pulse; traumatic; real.

## Cancer et du corps: une lecture de la psychanalyse

### Résumé

À partir de l'expérience clinique des auteurs dans un hôpital pour le traitement du cancer, cet article propose une réflexion sur les effets subjectifs des changements

corporels occasionnés par le cancer et son traitement – comme les effets négatifs de la chimiothérapie et des chirurgies mutilantes. La psychanalyse nous enseigne que le corps, chez l’homme, n’est pas la même chose que l’organisme. On est inauguré par la dimension de la satisfaction pulsionnelle, ce qui veut dire que on n’est pas au service des besoins physiologiques, un fait qui marque la différence radicale entre l’homme et l’animal. La pulsion est entre somatique et psychique et cela a comme conséquence la production des effets subjectifs face à une intervention médicale dans le corps. En ce qui concerne le cancer, la modification du corps en raison de la croissance de la tumeur confronte le sujet à une rupture des vêtements imaginaire où il reconnaît, qui peut également être placé sur les changements résultant du traitement. Au-delà de la rupture imaginaire, avec le reflet d’un corps étranger à le sujet, le cancer peut être lu par la vie traumatique qui interrompt la vie d’une manière écrasant. À partir de la lecture lacanienne, nous considérons cette expérience dans la dimension du réelle, une chose qui échappe à la représentation et donc toute forme d’élaboration subjective. Le travail nous ramène au traitement du réel par le symbolique. Étant donné que le sujet parle, il peut survenir dans la création d’une sortie devant ce que se présente comme l’excès, impossible à comprendre.

**Mots Clés:** Cancer; corps; pulsion; traumatique; réelle.

## Cáncer y del cuerpo: una lectura desde el psicoanálisis

### Resumen

A partir de la experiencia clínica con pacientes de un hospital para el tratamiento del cáncer, este artículo propone una reflexión sobre los efectos subjetivos de las alteraciones en el cuerpo ocasionadas por el cáncer y el tratamiento en sí – como los efectos adversos de la quimioterapia y las cirugías mutilantes. El psicoanálisis nos enseña que el cuerpo, en el ser humano, no es anterior y no coincide con el organismo. Será inaugurado por la dimensión de la satisfacción pulsional, lo que equivale a afirmar que no está al servicio de las necesidades fisiológicas, un hecho que marca la diferencia radical entre

el hombre y el animal. La pulsión se encuentra entre somático y psíquico, lo que trae como consecuencia la producción de efectos subjetivos de una intervención sobre el cuerpo. Con respecto al cáncer, la modificación del cuerpo, debido al crecimiento del tumor confronta al sujeto con una rotura en la cubierta imaginaria donde se reconoce, que también se puede colocar en las alteraciones resultantes del propio tratamiento. Más allá de la ruptura imaginaria, con el reflejo de un cuerpo extraño al sujeto, el cáncer puede estar relacionado con el traumático que interrumpe abrumadoramente la vida. Con la lectura lacaniana, entender esta experiencia a partir de la dimensión de lo real, es decir, que escapa a la simbolización y, por tanto, cualquier forma de elaboración subjetiva. El trabajo en esta clínica nos lleva a apuesta del psicoanálisis de un tratamiento de lo real por lo simbólico, es decir, la palabra. En la medida en que habla, el sujeto puede llegar a surgir en la creación de una salida frente a lo que se presenta como un exceso, imposible de comprender.

**Palabras Clave:** Cáncer; cuerpo; pulsión; traumático; real.

Recebido/Received: 16.4.2014/4.16.2014

Aceito/Accepted: 31.8.2014/8.31.2014

### **Deborah Melo Ferreira**

*Psicóloga. Pós-graduada em Oncologia em equipe multiprofissional- INCA, pós-graduada em Clínica Psicanalítica- IPUB/UFRJ.  
deborahmf05@gmail.com*

### **Juliana Miranda Castro-Arantes**

*Pós-Doutoranda em Teoria Psicanalítica - UFRJ; Psicóloga do Instituto Nacional de Câncer (INCA); Presidente do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (CEAP/HPI); Membro do Tempo Freudiano Associação Psicanalítica.  
ju.castro@terra.com.br*