

(DES)ENLACES DO CORPO E PSÍQUICO NO PROCESSO ONCOLÓGICO

Amanda Cortez Accioly¹

Isis Medeiros Leite²

Erick Leonardo Pereira³

RESUMO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, 600 mil novos casos de câncer ocorreram no Brasil em 2016 e 2017 alertando para a indispensabilidade de se refletir sobre as influências psíquicas como uma das causas multifatoriais do câncer. As reflexões envolvendo articulação corpo-mente deram origem a um campo do saber médico que considera o entrelaçamento dessas partes, a psicossomática. Todavia, essas investigações têm se afastado do “discurso psicanalítico”, criando lacuna para pesquisas. Realizamos uma pesquisa qualitativa bibliográfica acerca da influência dos processos psicossomáticos relacionados à oncologia como norteador da escuta analítica, alicerçado na teoria psicanalítica lacaniana e seus contemporâneos. Para tanto, utilizamos as bases de dados *Scientific Electronic Library Online*, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, e livros sobre a temática. Verificamos que as práticas médicas possuem uma visão predominantemente organicista, pois considera-se que se o mal-estar aparece no corpo, é do corpo e no corpo que se deve intervir. Assim, o sujeito encontra dificuldade para dar um novo significante à sua dor uma vez que está tomado por um gozo avassalador. A psicanálise, por sua vez, inverte essa lógica, subvertendo uma intervenção dedicada a promover a extirpação do câncer por um olhar atento ao discurso e à história do sujeito. Considerando seu lugar como clínica do desejo, a questão emergente é como convocar esse sujeito que sofre a conseguir revigorar

¹Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. E-mail: acciolyamanda@gmail.com

²Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte - UNIRN. E-mail: jsismleite@outlook.com

³Professor Orientador do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNIRN. Psicanalista de Orientação Lacaniana. Psicólogo; Mestre em Psicologia pela UFRN. Docente do Curso de Psicologia do UNIRN. E-mail: erickpsicanalise@gmail.com

seu desejo sem deixá-lo enlaçado ao registro da culpa. Concluimos que o analista poderá oferecer um contorno ao sofrimento do sujeito e a possibilidade de simbolização.

Palavras-Chave: Psicossomática. Psicanálise. Oncologia. Análise.

ABSTRACT

According to the National Cancer Institute, 600,000 new cases of cancer occurred in Brazil in 2016 and 2017 alerting to the indispensability of reflecting on psychic influences as one of the multifactor causes of cancer. The reflections involving body-mind articulation gave rise to a field of medical knowledge that considers the interweaving of these parts, the psychosomatic. However, these investigations have moved away from the "psychoanalytic discourse", creating a gap for research. We conducted a qualitative bibliographical research about the influence of psychosomatic processes related to oncology as a guide for analytical listening, based on Lacanian psychoanalytic theory and its contemporaries. To do so, we use the Scientific Electronic Library Online databases, the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, and books on the subject. We have verified that medical practices have a predominantly organicist view, because it is considered that if the malaise appears in the body, it is the body and the body that must intervene. Thus, the subject finds difficulty in giving a new signifier to his pain since he is overwhelmed with overwhelming joy. Psychoanalysis, in turn, reverses this logic, subverting an intervention dedicated to promoting the extirpation of cancer by a close look at the subject's discourse and history. Considering its place as a clinic of desire, the emerging question is how to summon this suffering subject to reinvigorate his desire without letting him be entangled with the record of guilt. We conclude that the analyst can offer an outline of the suffering of the subject and the possibility of symbolization.

Keywords: Psychosomatic. Psychoanalysis. Oncology. Analyze.

1. INTRODUÇÃO

À procura de vivenciar experiências que pudessem nos aproximar de uma prática do psicólogo cada vez mais humanizada, comprometida com a transformação social e ao acolhimento ao outro no sentido mais verdadeiro que a palavra possa remeter, surgiu a oportunidade para ambas de estagiar em hospitais especializados em oncologia. Diante de um mundo tão novo, e a partir da escuta diária, fomos implicadas à reflexão que suscitou o levantamento de algumas questões. Esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a aproximação entre a psicossomática psicanalítica e a oncologia no caminho de nortear a escuta analítica.

Algumas indagações deram origem às seções do presente trabalho, como: as questões psíquicas podem ser consideradas como um dos fatores para o acometimento do câncer? O que se denomina como o campo da psicossomática e como a psicanálise dialoga com essas ideias? Como essas questões refletem no processo de análise?

De acordo com os estudos divulgados pelo INCA – Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2015) acerca da incidência de câncer no Brasil entre os anos de 2016 e 2017, a estimativa é em torno de 600 mil novos casos. O câncer de próstata se configura como o segundo tipo de câncer mais comum na população masculina e são esperados 61.200 novos casos no ano de 2016. Nesse mesmo ano, em relação ao câncer de mama, considerado de maior incidência e mortalidade na população feminina no mundo, são 57.960 casos previstos.

A classificação como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e os dados estatísticos supracitados alertam para a indispensabilidade de se refletir as influências psíquicas como sendo uma das causas do câncer, haja vista que atualmente os estudos apontam para uma gênese multifatorial. Outrossim, pertinente reflexão nos implica em relação a que escuta analítica que se pode oferecer à essa população cada vez mais crescente.

Destarte, além da exposição da incidência, no primeiro capítulo delineamos, de forma breve, o que tem se discutido ao longo da história até os dias atuais acerca do conceito, causas e tratamento dessa enfermidade que traz intensos impactos na vida de um sujeito.

Encontramos que Mello Filho e Burd (2010) apontam a articulação corporeamente como sendo pauta de grandes reflexões e conceituações desde a antiguidade. Dessa forma, se consolidou um campo do saber médico que considerasse o entrelaçamento dessas partes, a psicossomática. O segundo capítulo gira em torno desde os estudos iniciais que culminaram nessa concepção ampliada sobre as causas do adoecimento oncológico e, por conseguinte, direcionamentos para um tratamento que contemple o adoecer de uma forma integral, ou seja, uma equipe multidisciplinar em detrimento da centralização na medicina.

A relevância do estudo dá-se pela constatação de que embora atualmente haja uma vasta produção sobre a psicossomática, essas produções, estão cada vez mais se afastando do “discurso psicanalítico”, indicando lacunas para pesquisa (DIMITRIADIS, 2017). Encontramos nisso, a necessidade em aprofundar o tema da psicossomática oncológica, alicerçado em um aporte teórico psicanalítico lacaniano e seus contemporâneos.

Nesse caminho, no terceiro capítulo objetivamos versar sobre o lugar do corpo na teoria psicanalítica, onde Freud inaugura contribuições notáveis a partir de seus estudos sobre a histeria, subvertendo o pensamento cartesiano predominante que regia a prática médica. Com isso, ele revela a concepção de corpo para além de uma ótica estritamente orgânica, mas também simbólica, sendo composto por psique e soma (JUNG, 2017).

No decorrer desse percurso, pudemos então nos deparar com as contribuições psicanalíticas a esse sujeito, transgredindo a lógica médica que sustenta uma intervenção a qual promova a extirpação do câncer. Sob o viés da psicanálise, o corpo é visto como uma contínua construção, caracterizado pela necessidade de satisfação constante, é um corpo pulsional (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2017).

A partir da complexidade em que consiste o âmbito da psicossomatização, a construção de incessantes pontes de conhecimento baseado na psicanálise torna-se necessário. Sem dúvidas, compreende-se que uma investigação continuada que proporcione reflexões acerca desse tema possibilita analistas cada vez mais atentos aos elementos presentes nos discursos dos sujeitos. Afinal, qual escuta o analista pode oferecer a esse sujeito que sofre?

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico. De acordo com Richardson (1999, p.79) a pesquisa qualitativa diferentemente da quantitativa, “não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema. Não pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas”. A pesquisa bibliográfica para Demo (2000, p. 20) é "dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos". O referido autor destaca (1994, p.36) "O conhecimento teórico adequado acarreta rigor conceitual, análise acurada, desempenho lógico, argumentação diversificada, capacidade explicativa". Sendo assim, o principal objetivo de uma pesquisa bibliográfica é compreender e discutir um tema específico. Conhecer e aprofundar o tema para contribuir com o avanço nas pesquisas da área específica.

Nessa direção, o presente estudo trata de uma pesquisa bibliográfica acerca da influência dos processos psicossomáticos relacionados à oncologia sob o ponto de vista psicanalítico no caminho de nortear a escuta analítica. Para tanto, os caminhos metodológicos percorridos foram a busca nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) sobre a temática com a utilização das palavras-chave psicossomática, psicanálise e oncologia, além de livros da área.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. CONCEITUAÇÃO SOBRE O CÂNCER

Mukherjee (2010) trata em seu livro “O imperador de todos os males: uma biografia do câncer”, que as palavras usadas para qualificar as doenças carregam, no enalço, histórias condensadas. É o que se verifica em relação ao câncer que um dia foi chamado na literatura médica pelo termo grego *karkinos*, compatível à “caranguejo”, com base em Hipócrates, em torno de 400 a.C. Essa analogia foi

escolhida devido à aparência do tumor com os vasos sanguíneos inchados na adjacência. Na mesma perspectiva se aplica o termo *onkos*,

(...) para denominar uma massa, uma carga ou mais comumente um fardo; o câncer era imaginado como um peso carregado pelo corpo. Na tragédia grega, a mesma palavra designava a máscara que com frequência era “carregada” por um personagem para denotar a carga psíquica suportada por ele. (MUKHERJEE, 2010, s.n.)

Dessa etimologia grega sobreveio a nomeação da especialidade da oncologia.

Segundo Mukherjee (2010), Hipócrates mencionava a existência de quatro humores (fluidos cardeais) que seriam causadoras de todos os males: bile negra, bile amarela, fleuma e sangue. Fundamentado nessa doutrina sobre a mecânica desses fluidos, o desequilíbrio destas substâncias seria o que caracterizava o estado de doença onde se incluía o câncer.

Por volta de 160 d.C., Galeano sistematizou a relação entre cada adoecimento e excesso de fluídos específicos. O câncer, assim como a depressão, teria o mesmo fator gerador: o congelamento da bile negra, estando desta maneira, intrinsecamente entrelaçadas (MUKHERJEE, 2010).

A recomendação de tratamento na época de Hipócrates, que perdurou por muito tempo na medicina, não apetecia a cirurgia sob o esclarecimento de Galeano mais à frente, revelando que

(...) a bile negra estava em toda parte, tão inevitável e penetrante como qualquer líquido. Podia-se extirpar o câncer, mas a bile voltaria a fluir, como a seiva que se infiltra nos galhos de uma árvore (MUKHERJEE, 2010, s.n.).

Tal apontamento já expunha o poder de devastação da patologia sobre o corpo e a probabilidade de reincidência. Os recursos terapêuticos recomendados na época eram os rituais de sangramento e purgação no caminho de expulsar os humores presentes no corpo produtores de mal-estar (MUKHERJEE, 2010).

As definições acerca do câncer estão em constante transformação ao passo de cada nova descoberta científica no que tange à sua etiologia, desenvolvimento e recuperação. A conceituação de maior aceitação entre a comunidade científica, atualmente, preconiza que a “Neoplasia⁴ é uma proliferação anormal do tecido que

⁴Neoplasia se refere ao tumor originado por crescimento do número de células. Quando o crescimento é organizado e lento é tido como neoplasia benigna, ao passo que o crescimento

foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perturbação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro” (PÉRES-TAMAYO, 1987; ROBBINS, 1984, p. 13 apud BRASIL, 2016).

Por conseguinte, estas multiplicações celulares desordenadas, devido às mutações genéticas, tendem a agrupar-se, o que deriva o tumor maligno. As causas da manifestação da doença, de acordo com o INCA – Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2017), são segmentadas em externas e internas ao organismo, sublinhadas pela inter-relação destas duas porções.

Compreende-se como aspectos externos os pertencentes ao meio ambiente, como o contato com componentes do ar, da água e da terra; ingestão de alimentos e medicamentos; além de hábitos e estilo de vida que são atravessados por influências socioculturais – cigarro, álcool, exposição aos raios solares e vírus (BRASIL, 2017).

Na esteira das causas internas está circunscrita a questão da predeterminação genética associada à “capacidade do indivíduo de se defender das agressões externas” (BRASIL, 2017). São casos raros ter como fatores geradores, em exclusividade, a hereditariedade, a questão familiar e étnica. Em preponderância (80% dos casos) têm causas ambientais.

O tratamento do câncer integra as modalidades de cirurgia, quimioterapia e radioterapia de forma alternada ou em administração conjunta de acordo com variância de importância e ordem (BRASIL, 2016).

Discernida como recurso para o tratamento dos tumores malignos desde o século XIX através da mastectomia total (remoção completa da mama), a cirurgia ainda é hoje bastante aplicada. Acompanhando a evolução biotecnológica, entraram em cena novos métodos em substituição às cirurgias desse porte – altamente radicais e mutiladoras – porém, não menos eficazes (PERDICARIS, 2008).

Todavia, há de se considerar as implicações psíquicas que modificações no corpo podem acarretar, por mais simples que seja o procedimento invasivo ou devido à repercussão da patologia em si. Ressaltando o aspecto psíquico, Perdicaris (2008) nos indica que a mente.

(...) modela o corpo, e vice-versa, com uma abordagem 'além do bisturi', qualquer que seja a sua natureza física, tendo em vista que 'as palavras, o olhar, os gestos e o silêncio podem ser mais cortantes que o mais afiado bisturi ou mais analgésicos que o mais potente entorpecente' (PERDICARIS, 2008, grifo do autor, p.146).

Nesse sentido, podemos perceber a emergência de uma nova abordagem clínica, a psiconeuroendócrinoimunologia, com esse olhar de integrar todos os sistemas envolvidos no desenvolvimento de uma patologia: sistema nervoso central, endócrino e imunológico (PERDICARIS, 2008). Tal abordagem, correlaciona as emoções às alterações físicas e imunológicas. Sendo assim, o tratamento do câncer vem sendo repensado nesta perspectiva.

Outro procedimento usual é a quimioterapia antineoplásica na busca da remissão total ou parcial do câncer e, desse modo, aliviar os sintomas, estender o período de tempo de progressão da doença e ainda, se possível, aumentar o tempo de sobrevida total do paciente. É um tratamento que manuseia substâncias sistêmicas combinadas, os quimioterápicos, que possuem atividades tóxicas contra as células neoplásicas. No entanto, esses agentes afetam tanto as células normais quanto as anormais, obtendo um efeito maior nessas últimas. Por esse motivo, alguns cuidados devem ser considerados para a indicação desse recurso como a idade, tipo de tumor, estadiamento clínico, características pessoais, avaliação dos riscos e benefícios, dentre outras, para analisar qual o protocolo indicado para cada indivíduo (CAPONERO; LAGE, 2008).

A quimioterapia se classifica de acordo com a sua finalidade em: curativa (controle total do tumor), adjuvante (extinguir oportunidade de reincidência), neoadjuvante (pré-operatória para se obter a redução parcial do tumor) e a paliativa (contenção dos sintomas e melhoria da qualidade de vida já sem finalidade curativa) (CAPONERO; LAGE, 2008).

Com a finalidade de agir na parte tumoral para provocar alterações e assim destruir as células neoplásicas, a radioterapia é usada, ressaltando a preocupação em causar o mínimo de impacto nas células normais localizadas nas proximidades do tumor. Nessa modalidade clínica, são manejadas radiações ionizantes sendo as mais comumente empregadas as eletromagnéticas (raios X e gama) e as radiações de partícula (como alfa, beta, nêutrons e elétrons) (SALVAJOLI; SILVA, 2008).

A aplicação pode ser pela teleterapia, que consiste em uma radioterapia externa, há um metro de distância do paciente, e a braquiterapia onde a fonte radioativa fica

em contato ou nas proximidades do tumor, ou seja, há uma curta distância do paciente. A radioterapia só age onde o feixe está localizado e não vai para a corrente sanguínea, dessa forma, os efeitos colaterais incidem de maneira focal. Para que a cada dia seja direcionado para o lugar de precisão, é necessário o uso de imobilizadores (SALVAJOLI; SILVA, 2008).

De acordo com os estudos divulgados pelo INCA (2015) acerca da incidência de câncer no Brasil entre os anos de 2016 e 2017, a estimativa é em torno de 600 mil novos casos. O câncer de próstata se configura como o segundo tipo de câncer mais comum na população masculina e são esperados 61.200 novos casos no ano de 2016. Nesse mesmo ano, em relação ao câncer de mama, considerado de maior incidência e mortalidade na população feminina no mundo, são 57.960 casos previstos.

A classificação como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e os dados estatísticos supracitados alertam para a indispensabilidade de se refletir as influências psíquicas como sendo uma das causas do câncer, haja vista que atualmente os estudos apontam para uma gênese multifatorial.

A partir dessa reflexão, no capítulo seguinte abordaremos o tema da psicossomática a fim de lançar luz à questão dos afetos e emoções e sua relação com o corpo bem como o processo de adoecimento deste.

3.2. PSICOSSOMÁTICA

No âmago das discussões e construções teóricas sobre a psicossomática, se encontra a relação entre processos psíquicos e enfermidades corporais. Para tanto, cabe mencionar que reflexões afins sempre estiveram em questão desde a antiguidade e o progresso científico da área deve ser concebido considerando o percurso histórico para compreender o contexto atual onde ainda subsiste a inquietude e clivagem de ideias.

Os autores Cruz e Pereira Júnior (2017) trazem um recorte histórico no que concerne à interação entre corpo, mente e emoções, mostrando que houve momentos em que se sobressaia uma perspectiva dualista – concepção de mente e

corpo como entidades distintas – e em outros, uma perspectiva monista – unicidade e indissolubilidade de ambos.

Importante representante da perspectiva dualista interacionista foi Descartes, século XVII, postulando a dicotomia entre mente e corpo uma vez que considerava como sendo substâncias de naturezas diferentes. Deste modo, se delegou o estudo da mente à religião e à filosofia, e o estudo do corpo, por sua vez, objeto da medicina, concebido como uma máquina (Descartes, 1637/2000 apud CASTRO, ANDRADADE, MULLER, 2017).

Há um rompimento marcante nesse pensamento com a incursão de Freud (1835-1930) e a relevância dada aos fatores psíquicos em manifestações somáticas a partir de suas experiências nos estudos sobre a histeria no século XIX (CRUZ, PEREIRA JÚNIOR, 2017).

Assoun (1983) enuncia o monismo enquanto recusa à separação entre substâncias diferentes, às quais poderiam ser definidas como “alma” e “corpo”. Nesta concepção, busca-se uma unidade fundamental da natureza orgânica e inorgânica, não havendo distinção absoluta entre o mundo animal do mundo do homem, isto é, entre os reinos animal e vegetal. Ainda aponta que “vamos encontrar, na base da epistemologia freudiana, um monismo caracterizado e radical” (p. 51).

A esse respeito Loreiro (2002) esclarece: a recusa freudiana em defender a existência de duas substâncias distintas (Matéria e Espírito), no que se refere à ontologia, no plano filosófico fundamental e enquanto modo de compreensão do nível basal das substâncias que compõem a realidade, Freud é um monista.

O debate acerca da posição monista ou dualista não passou despercebido para o próprio Freud, em suas palavras:

Nossas concepções, desde o início, foram dualistas e são hoje ainda mais definitivamente dualistas do que antes, agora que descrevemos a oposição como se dando, não entre pulsão do eu e pulsões sexuais, mas entre pulsão de vida e pulsão de morte. A teoria da libido de Jung é, pelo contrário, monista; o fato de haver ele chamado sua única força instintual de ‘libido’, destina-se a causar confusão, mas não precisa afetar-nos sob outros aspectos (FREUD, 1920; 1996, p. 63).

Winograd (2004) destaca que, o modo como as questões são abordadas podem gerar equívocos na classificação do pensamento freudiano em torno da discussão do monismo ou dualismo. Assim, a autora propõe que as expressões

monismo pulsional ou dualismo pulsional estão corretas, posto que Freud é dualista na medida em que trabalha com as dualidades conflitivas: pulsão de autoconservação x pulsão sexual; pulsão de vida x pulsão de morte, que estão presentes no psiquismo desde sua origem.

Jorge (2010) propõe que o pensamento dualista já estava presente em Freud desde o texto “A perturbação psicogênica da visão segundo a psicanálise” (1910), no qual destaca a oposição entre as pulsões sexuais às chamadas pulsões do eu ou de autoconservação, como também em “Mais além do princípio de prazer” (1920), onde introduz a pulsão de morte, e une as pulsões sexuais e pulsões do eu, sob a terminologia de pulsões de vida, “Assim, quando fala de pulsões de vida, devemos entender, simplesmente, pulsões sexuais. A pulsão de vida é a pulsão sexual” (Jorge, 2010, p.126).

Baseado em Freud, em 1917, Groddeck – psicanalista de renome da época – publica “Determinação psíquica e tratamento psicanalítico das afecções orgânicas”, onde edifica importantes ideias ao ponto de ser considerado um marco da medicina psicossomática.

Nesta obra propõe que o mecanismo psicológico da conversão histérica poderia ser generalizado para outras doenças somáticas, como uma expressão simbólica de desejos inconscientes manifestados no corpo do paciente (HAYNAL, 1993 apud CASTRO, ANDRADADE, MULLER, 2017).

Groddeck declarava que havia uma significação, ou seja, um sentido, para cada doença e que sua manifestação no corpo era uma via pela qual tentava se solucionar conflitos internos de cada ser humano (CASTRO; ANDRADADE; MULLER, 2017).

Procedente da Escola de Chicago, Franz Alexander (1989) expressa que transtornos psicossomáticos seriam “consequência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo” (CARDOSO, 1995, p.10 apud CERCHIARI, 2017). Ademais, ele faz a distinção entre a conversão clássica e a conversão vegetativa. Esta última, “(...) abrange todos os “distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos, causados por impulsos nervosos, originados por processos emocionais que ocorrem em algum lugar nas áreas cortical e subcortical do cérebro” (ALEXANDER, 1989, p.37 apud CERCHIARI, 2017).

Para Pierre Marty (apud NICOLAU, 2017), principal representante da Escola de Paris, o equilíbrio somático seria mantido pelo psiquismo sob o prisma de que há uma falta psíquica que teria de ser reparada ou restaurada. De modo geral, os pensadores dessa escola, defendiam que existem características inerentes aos sujeitos que têm como resposta aos conflitos a via somática:

dificuldade de fantasiar livremente, pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer uma transferência, pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumáticos(Rocha, 1989, loc. cit.).

Para Mello Filho e Burd (2010) o termo psicossomática foi introduzido pela primeira vez por Heinroth, século XX, a partir das expressões psicossomática (1918) e somatopsíquica (1928). A consolidação desse campo só foi efetivada com Franz Alexander com a Escola de Chicago na década de 30. Na sequência, houve desdobramentos teóricos advindos da Escola de Paris (década de 50) e Escola de Boston (década de 70) (CERCHIARI, 2017).

Ainda tomando como base Mello Filho e Burd (2010), é possível falar em três fases de evolução da psicossomática. A fase inicial, a psicanalítica, fomentava estudos em torno da origem inconsciente das patologias, das teorias da regressão e dos ganhos secundários da doença. Se denominou como fase intermediária ou behaviorista a que teve como enfoque estudos sobre o estresse, utilizando para isso pesquisas em homens e animais a fim de esclarecimentos sob a perspectiva das ciências exatas. Por fim, se configurou como atual ou multidisciplinar a fase que preconiza a importância da interação entre diferentes profissionais na área da saúde.

Nessa perspectiva de cuidado holístico, integral e multidisciplinar,

Psicossomática, em síntese, é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de Saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, uma prática – a prática de uma Medicina integral (MELLO FILHO; BURD, 2010, p.30).

Contudo, percebe-se, como devidamente traz Mello Filho e Burd (2010), que o termo psicossomático ainda remete prevalentemente ao caráter ideológico do campo, à relação mente-corpo e sua influência na formação de doenças. Entre essas, destaca-se os fenômenos do estresse.

3.2. CORPO E PSICANÁLISE

A psicanálise propõe que o corpo será escutado e não mais só visto como um conjunto de órgãos. Mas de que corpo a psicanálise aborda? Trata-se do corpo pulsional. Logo, refletir sobre a conceituação de corpo é inevitável para compreender a relação com a somatização. Ferreira e Castro-Arantes (2017) corroboram na medida em que afirmam,

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 (FERREIRA;CASTRO-ARANTES, 2017, p.38).

Para Freud (2016/1915) o conceito de pulsão se encontra na fronteira entre o somático e o psíquico. Ele destaca aspectos fundamentais tocantes a esse termo – pressão, finalidade, objeto e fonte. A pressão é a essência da pulsão, onde diz respeito à fração de força que ela representa. A finalidade da pulsão é a satisfação (FREUD, 2016/1915). O objeto é o meio pelo qual se alcança a finalidade, possuindo caráter variável. As partes do corpo constituem a fonte.

Freud (2016/1915) revela ainda a existência de uma dualidade pulsional, assim, discrimina a pulsão do eu ou de autoconservação da pulsão sexual. A pulsão de autoconservação remete à capacidade do corpo para manter-se em vida, como os impulsos da fome. Como exemplo, Freud (2016/1915) aduz o ato de sugar do bebê, onde em princípio, é impulsionado pela fome e se figura como a primeira experiência viabilizada pela amamentação. Indubitavelmente, a criança se familiariza através da sensação de prazer. No entanto, é apoiada nas funções de preservação da vida que a pulsão sexual nasce e torna-se independente (FREUD, 1905).

Ao se buscar estudos relativos ao processo de adoecimento do corpo em Freud, encontramos como ponto de partida, considerações a respeito da histeria. A cerne da histeria é a complacência somática sendo, inclusive, o que a aproximado fenômeno psicossomático, possuindo uma marcação teórica frágil entre elas (NICOLAU, 2017).

Nesta mesma perspectiva, Jung (2017) acrescenta que,

Freud, através do estudo da histeria, percebeu que, ao contrário do que a medicina ensinava, o corpo é portador de um saber e a lógica do seu

funcionamento pode ir além de uma estrutura puramente orgânica, pois sua estrutura também é simbólica. Inaugura-se uma diferença abissal no modo como a psicanálise e a medicina direcionam seu olhar sobre o corpo. A medicina visa tratar a doença orgânica, mas o corpo se compõe de psique e soma e não coincide com o organismo (JUNG, 2017, p.02).

A definição do sintoma histérico foi de suma importância para o rompimento do pensamento cartesiano que imperava baseado no saber médico. Na conversão histérica ocorre, essencialmente, o recalçamento de conteúdos psíquicos que são dolorosos ao sujeito e, em seguida, o retorno do recalcado que se expressa através de um sintoma, assim, permeado por uma relação simbólica e trabalho psíquico. Por esse motivo, não se detectavam causas orgânicas que esclarecessem a afecção (SANTOS FILHO, 2010).

Doravante, buscaremos retornar às reflexões sobre psicanálise e psicossomática. Mello (2007) define a psicossomática psicanalítica como um campo de conhecimento existente que relaciona uma diversidade de causas para o adoecimento com conflitos inconscientes sistematizado por autores de diferentes construções e perspectivas.

Desse modo, no que concerne à psicossomática psicanalítica, não se pode reduzir às histerias. Nesse caso, não é possível a ocorrência do trabalho psíquico e consequente formação de sintomas mentais. O que está em jogo, essencialmente, é o trabalho psíquico e a capacidade de simbolização. “Vai-se traçando um marco diferencial importantíssimo entre o paciente ‘somatizante’ e o neurótico ou psicótico. Esse marco diz respeito à utilização ou à impossibilidade de utilização da capacidade simbólica” (SANTOS FILHO, 2010, p. 483).

Nicolau (2017) aponta a importância de lembrar que Freud não utilizou o termo psicossomática, sendo esta uma noção advinda do campo médico. É importante salientar, então, para a diferença desse termo quando utilizado pela psicanálise. De acordo com Nicolau (2017), Lacan utiliza fenômeno psicossomático para diferenciá-lo do sintoma ao passo que o mecanismo de formação diverge nas psiconeuroses. Ao invés do termo psicossomática emprega “epistemo-somático” no intuito de revelar a influência não do psíquico sobre o somático, mas dos efeitos inconscientes sobre ele (NICOLAU, 2017).

Ao realizar um salto teórico para avançar na leitura lacaniana, é possível afirmar que o fenômeno psicossomático é um tema intrigante à medida que interroga

a dor inscrita no corpo do sujeito. Um corpo em que revela e dá sinais através das doenças. “Deve-se distinguir órgãos que falam, e órgãos discretos? Rim, fígado, sangue não falam. Em compensação, se cabe a expressão, falam pele, tubo digestivo, brônquios” (WARTEL, 1996, p.13). Portanto, a depender de qual for a doença inscrita no corpo do sujeito, irá revelar algo diferente. Ao reafirmar Lacan defender os órgãos com uma variedade de funções, Merlet (1996) incita uma nova forma de referir-se ao dualismo corpo/psiquê, com um novo olhar para tratar a psicossomática. Ele defende que

Não é mais questão de considerar a psicossomática como uma doença, mas como um modo de responder que derroga à ética que o dispositivo analítico em princípio deve lembrar àquele que fala sobre um divã (MERLET, 1996, p.17).

Para melhor conhecer essa nova visão, é importante situar o leitor das diferenciações comentadas por Merlet (1996) que Lacan realiza do ponto de vista clínico sobre esse tema – fenômenos psicossomáticos, as reações psicossomáticas e o psicossomático. No primeiro, ele considera qualquer indivíduo como passível de apresentar o fenômeno psicossomático, sendo o caso em que não se identifica etiologia orgânica, escapando, portanto, do domínio médico. As reações psicossomáticas podem ocorrer como uma resposta à impossibilidade de simbolização do sujeito, diante de um acontecimento. E ainda, o psicossomático como sendo o sujeito em que responde, especificamente, respostas do tipo psicossomático.

Nesse ponto de vista, Merlet (1996) diferencia o acompanhamento realizado dos pacientes dos hospitais, onde, em geral, se encontram o último grupo denominado “os psicossomáticos”, visto que, como foi colocado, a psicossomática já está consolidada como resposta no corpo daquele sujeito, diferenciando do acompanhamento realizado na clínica, lugar em que ocorrem com mais frequência, as reações psicossomáticas. Essa diferenciação merece destaque já que irá existir formas de manejos distintos com esse sujeito, a depender do contexto de atendimento. Nos hospitais, existe uma presença maciça de pacientes psicossomáticos, onde os caracteriza com um discurso predominantemente impessoal, mimetismo e metafórico, além se caracterizar por ser uma resposta não simbólica (MERLET, 1996).

Dando continuidade ao maior esclarecimento sobre os fenômenos psicossomáticos, para explicá-los, Lacan apud Guir (1996) os relaciona com a função paterna. É sabido que o Nome-do-pai institui a cadeia significante em cada sujeito, encadeando os significantes num discurso. No caso da apresentação do fenômeno psicossomático, é considerada a existência de uma falha nessa função, assim a metáfora paterna nem sempre funciona no discurso do sujeito, por vezes, constituindo no corpo, um Nome-do-pai.

Sobre esse aspecto, encontramos em Laurent (1996) acrescenta ainda que:

Já que Lacan fala do sintoma psicossomático como 'cartucho revelando o nome próprio' - pois é função do cartucho ser uma assinatura -, precisamos agora introduzir as antinomias do nome próprio. Há o nome próprio que se faz com o Nome-do-pai, e o que se faria sem o Nome-do-pai. Foi com Joyce que Lacan introduziu em seu ensino essa hipótese, em suas consequências clínicas, de um nome próprio feito sem o Nome-do-pai, no 'fazer para si um nome' (LAURENT, 1996, p.28).

Dessa forma, o sujeito apesar de não ter inscrito o Nome-do-pai, ele consegue como suplência um Nome-do-pai, sendo então, algo que faz a função, mesmo sem ser. No caso Joyce, supracitado, Lacan chama atenção para a relação dele com o seu corpo, e uma tentativa de enlaço da função fálica através da escrita (GUIR, 1996).

Para esclarecer melhor a função paterna relacionada com os fenômenos psicossomáticos, Lacan realiza o paralelo desse fenômeno com a escrita, fazendo a analogia do doente e o hieróglifo, considerando-os ser da mesma ordem, ou seja, algo a ser decifrado. A partir disso, ele precisa o conceito de significantes datadores e à função da paternidade. Os significantes datadores fazem referência aos eventos particulares que marcam a vida do sujeito de forma singular, no campo do real, através dos números. E à função da paternidade diz respeito a um dos aspectos da função paterna, em que faz menção ao nascimento de alguém no ciclo do sujeito, podendo ser um gatilho para o desencadeamento ou uma forma do sujeito melhorar quanto à doença (GUIR, 1996).

Nesse sentido, é importante considerar ainda que

Efetivamente um sujeito pode ser perfeitamente estruturado como neurótico, estruturado como psicótico ou estruturado como perverso, e sofrer de uma doença periódica ou de uma rectocolite hemorrágica. Pois não há, propriamente falando, uma estrutura do sujeito psicossomático, mas um

gozo, que é um fenômeno de borda - quanto àquilo que, no sujeito propriamente dito, é afetado pela estrutura (LAURENT, 1996, p.30).

4. ENLAÇANDO ESCUTA, PSICOSSOMÁTICA E CÂNCER

Nos estudos sobre o cenário da psicossomática que nos propomos a adentrar, encontramos uma gama de autores que se detêm a discutir sobre como as questões psíquicas podem ser consideradas como um dos fatores para o processo de adoecimento, cada qual com sua vertente teórica. Até aqui o nosso interesse foi traçar um panorama amplo e destacar nos escritos psicanalíticos operadores conceituais em Freud e Lacan.

No intento de apurar como se configurou o campo de conhecimento da psicossomática, realizamos um recorte das correntes desenvolvidas sobre as quais destrinchamos no capítulo dois. Sobre isso, o verbete “psicossomática” no “Dicionário de Psicanálise” de Roudinesco e Plon (1998) aponta claramente e sinteticamente:

Na história da psicanálise, diversas correntes de medicina psicossomática desenvolveram-se no mundo, inicialmente com Goerg Groddeck, seu principal inspirador, e depois em torno de Franz Alexander (Escola de Chicago), nos Estados Unidos, Alexander Mitscherlich na Alemanha e Pierra Marty (1918-1993) e Michel de M'Uzan, na França (Escola de Paris) (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 624).

À vista disso, pudemos constatar por meio da pesquisa, bem como estamos em concordância com Beauchesne apud Nicolau (2017) quando sustenta que o campo psicossomático tem origem no saber médico, em que há uma visão psicológica e somática em unidade. Sobre esse pensamento, Nicolau (2017) acrescenta que

A medicina trabalhou no sentido de produzir monopólio sobre a psicossomática, partindo da ideia de que, se o corpo estaria funcional e anatomicamente envolvido na patologia, cabia a ela tratar do assunto (NICOLAU, 2017, p.02).

Desse modo, os recursos médicos possuem uma visão predominantemente organicista ainda nos dias atuais, pois se considera que se o mal-estar aparece no corpo, é do corpo e no corpo que se deve intervir. Posto isso, é preciso nomear o que se sente e sobrevém o diagnóstico clínico para suprir esta falta. A psicanálise,

por sua vez, propõe o avesso dessa lógica, tendo em vista, segundo Mello (2007), a particularização dos sintomas na história de um sujeito.

Nicolau (2017) aponta que o sujeito sobrevém para o atendimento já nomeado por uma nomenclatura própria do saber médico, o que o faz seguir alienado, regendo o seu viver e os seus pensamentos a partir de tal designação, suscitando sofrimentos psíquicos. Com isso, há dificuldade para dar um novo significante à sua dor uma vez que ele está tomado por um gozo avassalador.

No caso do câncer não é diferente, Jung (2017) em estudos desenvolvidos sobre a temática, notou que a doença oncológica é um divisor na vida do sujeito, ele inaugura uma volta dos significantes do seu percurso na vida.

(...) o câncer tornou-se uma simbologia da morte e do mal. Um mosaico de representações em que a culpa, o castigo moral, a ira de Deus, a poluição, a alimentação ou até mesmo a região servem para tentar circunscrever a causa da enfermidade (JUNG, 2017, p.02).

Percebe-se, portanto, que o sujeito é atravessado por inúmeras representações sociais associadas à conotação de mal-estar que o câncer denota e as possíveis causas, que por vezes, podem gerar efeitos psíquicos logo no momento de descoberta do diagnóstico. É o sujeito quem deve atribuir suas palavras e seus sentidos. É preciso que a escuta clínica do analista faça furo nas identificações que o câncer oferece, rompendo o circuito de sofrimento ao se alienar a este significante, e assim, haja um descolamento dos significantes outros e ele mesmo encontre os seus na sua cadeia de significantes. Ou seja, é importante pensar em representações que se servem dos significantes da própria história do sujeito.

Conforme assinala Sontang (1984, s.n.), "Como se considera que o corpo do paciente está sob ataque ("invasão"), o único tratamento é o contra-ataque". E dessa premissa decorre um tratamento de caráter devastador, mutilador, doloroso e invasivo ao corpo do paciente afetado. Utilizando uma concepção produzida por Sontang (1984), o tratamento possui um "sabor militar" de ataque às células cancerosas vistas como invasoras, alienígenas. Para tanto, toda e qualquer intervenção é válida se promete salvar a vida do paciente (SONTANG, 1984). Portanto, percebe-se que um sujeito que passa pela experiência de um câncer se defronta com elementos produtores de sofrimentos psíquicos e no real do corpo,

advindos de diferentes direções – sentenças da sociedade, tratamento avassalador e questões produzidas pelo próprio sujeito.

Uma outra questão que tencionamos responder corresponde à aproximação do discurso psicanalítico das discussões da área da psicossomática oncológica. Sobre isso, realizamos um recorte de como a psicanálise dialoga com essas ideias e como essas questões refletem no processo de análise.

As reflexões já levantadas em capítulos anteriores acerca da inter-relação entre corpo e mente, esclarecem o porquê destas questões com o corpo estarem constantemente despontando na clínica. A vinculação entre psique e soma mostra que o sofrimento trazido pelo câncer não se encontra restrito ao real do corpo, nas marcas físicas, mas também no simbólico uma vez que há interdependência entre estas. Este é o lugar de primazia para o trabalho analítico e o analista deve estar advertido a esses elementos no momento de escuta.

De acordo com Guir (apud JUNG, 2017), o fenômeno psicossomático revela uma diversidade de aspectos inconscientes onde o psicanalista poderá esquematizar todas essas representações através da repetição dos significantes na fala do sujeito. Com isso, há um desvelamento através da arte da interpretação, ressaltando sempre a singularidade do sujeito e sua subjetividade que foram construídas a partir de suas vivências.

Contudo, considerar o câncer como produto de estados mentais, uma metáfora, um sentido a ser desvelado, deve ponderar ressalvas. Mais uma vez, Sontang (1984) traz importantes reflexões à tona quando mostra que conceber essa ideia como um binômio de causa e efeito conduz à responsabilização do sujeito em causar seu adoecimento e, ao mesmo tempo, curar-se. Ao passo que situar o câncer no terreno psicológico conecta à noção de que ao sujeito não cabe nenhuma possibilidade de participação ou forma de controle (SONTANG, 1984). Deste modo, deve-se atentar no processo de análise para impedir que o sujeito caia na culpabilização ou na vitimização frente ao seu câncer que podem ter repercussões punitivas.

Jung (2017) cita ser esse um desafio sobrevivendo na clínica, tendo em vista seu lugar como a clínica do desejo, a questão emergente é como convocar esse sujeito que sofre a conseguir revigorar seu desejo sem deixá-lo enlaçado ao registro da culpa. Nesse sentido, o analista poderá oferecer um contorno ao sofrimento do

sujeito e a possibilidade de simbolização (JUNG, 2017). Tal constatação remete à citação de Santos Filho (2010):

Certas manifestações corporais admitem uma leitura. Expressam um discurso. Tomam presente, através do sintoma, uma ausência necessária para a manutenção do equilíbrio psíquico do sujeito, evitando a irrupção da angústia. Deixam, porém, um rastro, deixam pegadas que, sendo seguidas por um interlocutor privilegiado como o psicanalista, formam um sentido claro que, evidenciado ao sujeito, o liberta do sintoma (SANTOS FILHO, 2010, p. 481).

Santos Filho (2010) cita que a procura dos pacientes psicossomáticos pela análise é rara, sendo em sua maioria encaminhadas ou buscadas por fatores terceiros, como nos casos em que a somatização vem acompanhada de angústia. A queixa parece então, um pedido de exame complementar, aspecto esse que já deve chamar a atenção do analista. Assim, durante as entrevistas preliminares é possível perceber a apresentação do fenômeno psicossomático no sujeito. Por conseguinte, o analista deverá integrar todas as informações da história de vida, cronologia e acontecimentos (SANTOS FILHO, 2010). Nesse percurso, o sujeito poderá começar a contar algo da sua história quanto à relação dos seus sintomas com um sentido primordial. Sobre isso, importante destacar:

Mas esta é uma construção cuidadosa, arrancada a sacarolhas pelo terapeuta, que dá a medida do lugar por onde vamos caminhar e do ativo trabalho do psicanalista. Se o analista fica em silêncio, esperando o sentido brotar das associações livres, tem uma amarga surpresa. Não brota sentido. Há também o silêncio, forma-se um clima de incompreensão, de surpresa, decepção e comumente interrompe-se o tratamento. Admitida essa presença viva, falante, questionadora e ativa do analista como algo necessário, é fácil imaginar que esta psicoterapia deve ser conduzida face a face e não com o paciente na posição deitada. A visão permanente do analista, de suas expressões, de uma presença física, concreta, permite uma relação pessoal que reputamos fundamental. O paciente psicossomático não está em Tebas, à beira de um oráculo, à espera de uma decifração. Ele está em busca de uma relação humana, interpessoal, que possa ajudá-lo a constituir-se mais plenamente como sujeito e, quem sabe, um dia possa até desejar buscar um oráculo (SANTOS FILHO, 2010, p. 486).

A este respeito, evidencia a importância da atenção já nas entrevistas preliminares, à medida que o analista possa se fazer presente como um sujeito interessado na expressão do sujeito tanto do seu corpo como discurso, posto que, segundo o referido autor, a relação que o paciente psicossomático estabelece com sua doença é um elemento de difícil extração de discurso e sentido.

Merece também destaque a colocação das interpretações simbólicas. Durante a análise de um sujeito neurótico, por exemplo, é cabível essas interpretações, visto que ele se utiliza da metáfora e do lúdico, dessa forma, o sujeito poderá elaborar a partir deles (SANTOS FILHO, 2010). No caso do sujeito somático, não há funcionalidade, visto que elas servem apenas como analogia, um dicionário sem sinônimos. “Nos pacientes somáticos, muitas vezes os sintomas somáticos substituem estas manifestações, deixando-nos bastante atônitos e impotentes” (SANTOS FILHO, 2010, p. 486).

Ainda tomando como base as diretrizes de Santos Filho (2010), no processo analítico, busca-se a capacidade elaborativa do sujeito somatizante, alicerçado em um vínculo forte, duradouro e investido de intuição, afeto e intensidade na relação paciente-analista. É por meio dessa relação que será possível a organização da capacidade simbólica (SANTOS FILHO, 2010).

Na investida de proporcionar ao sujeito que apresenta o fenômeno psicossomático uma via de escape, perante o caminho árduo e fatigante que lhe é apresentado, importante consideração deve ser posta: “As doenças podem ser iguais, os protocolos também, mas o sofrimento é individual, subjetivo e único.” (JUNG, 2017, p.01). É por essa premissa que o analista deverá nortear suas intervenções arando o discurso do sujeito para que outros significantes possam germinar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser nomeado por um diagnóstico de um adoecimento tão devastador e ameaçador à vida quanto é o câncer, pode colocar o sujeito em um lugar de passividade ou vítima, haja vista a sua falta de controle desse intruso em seu próprio corpo, bem como dos procedimentos médicos de caráter invasivo. Por outro lado, o sujeito pode identificar-se com uma posição de culpabilização por seu mal-estar, na proporção em que associa às causas religiosas, castigos morais, penitência por seu estilo de vida inadequado, ou ainda, por sua responsabilização psíquica de ter produzido, de certa forma, seu câncer.

As representações sociais atravessam o simbólico do sujeito de forma nociva quando se refere à essa patologia. É percebido uma cadeia de significantes que

colam o sujeito-câncer-morte, escamoteando outros significantes do sujeito. Muitas vezes ocorre negação do nome dessa enfermidade, as pessoas não conseguem sequer dizer a palavra “câncer”, há substituição por analogias, metáforas e abreviações como “C.A.”. Esse cenário evidencia a dificuldade em exprimir em palavras e simbolizações este processo de adoecimento que representa um encontro com a fragilidade e finitude.

No campo da ciência médica, há amplas discussões sobre a gênese multifatorial de algumas doenças, o que permitiu a consolidação da área da psicossomática. Esse campo do saber teve grandes contribuições da psicanálise em seus primórdios, todavia, tem se distanciado cada vez mais do discurso psicanalítico, e conseqüente manejo necessário. Diante disso, nos implicamos a investigar os processos psicossomáticos relacionados ao câncer à luz da psicanálise com o intuito de resgatar esse enlace que parece estar, no momento, desenlaçado.

Ao longo dessa construção, os próprios objetos de pesquisa foram tendo outros delineamentos. No preâmbulo do trabalho, nos indagamos sobre qual escuta o analista poderia oferecer a esse sujeito que sofre. Descobrimos que essa questão não tem uma resposta anteposta, o sujeito é detentor de uma subjetividade que foi construída ao longo de sua história e vivências, ao passo que seu corpo é porta(dor) de uma lógica própria. Questão esta que ao longo buscamos enlaçar, o funcionamento biológico com a dinâmica psíquica.

Desse modo, essa busca nos encaminhou à necessidade de encontrar o sujeito com câncer no fenômeno psicossomático, um sujeito marcado por significantes e com diversos sentidos a serem desvelados. Acreditamos que a escuta analítica no defronte com o fenômeno psicossomático visa mover a cadeia de significantes, por meio do fazer falar da doença. Caso o paciente queira falar dela, permitindo que ele fale sobre o que quiser, como quiser e se quiser. Sendo assim, o sujeito poderá romper com o não dito de forma que o próprio paciente irá nomear o seu sofrimento.

Ao considerarmos que a relação do paciente psicossomático com sua doença é um elemento de difícil extração de sentido, uma questão que podemos pensar se refere às entrevistas preliminares: poderia ser acrescentado um outro tempo, transformando algo sem sentido e sem questão numa pergunta que talvez possa convocar o sujeito para a entrada na análise? Com o trabalho analítico, o intuito é

possibilitar um reencontro do sujeito com sua própria história, retirando-o de um lugar que alimenta a culpa.

O analista, portanto, dá lugar à palavra, no caminho de proporcionar um contorno ao sofrimento do sujeito e a possibilidade de simbolização do trauma, subvertendo e transpondo a lógica médica que privilegia a escuta do órgão, do corpo, do diagnóstico clínico em detrimento do sujeito, desatento à história deste que fica dilapidada nesse trajeto. O trabalho analítico seria o de montar quebra-cabeças com peças que não constituem a figura final, em virtude de haver, inicialmente, um desenlace de sentido, mas, deixando pistas que possibilitem um enlace com as pulsões de vida.

No desígnio de refletir sobre essas questões, esse trabalho contribuiu para nosso crescimento profissional, mas, transcendente a esse propósito primeiro, representou a sustentação de um desejo nosso pela clínica psicanalítica a qual pretendemos nos engajar e aprofundar esses estudos no porvir. Apesar da nossa inserção na prática clínica viabilizado pelos estágios e o aprofundamento teórico oportunizado por essa pesquisa, tampouco podemos dizer que nos satisfizemos. Lacan nos mostra que “Somos seres desejantes destinados à incompletude e é isso que nos faz caminhar. ” Nesse caso, caminhar ao incessante encontro com a psicanálise que foi alumiado por esse trabalho.

REFERÊNCIAS

Assoun, P.-L. **Introdução à epistemologia freudiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1983

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** Rio de Janeiro, [20--?]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso: 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122 pág.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação.

22ª Edição. **Manual De Bases Técnicas da Oncologia. Sia/Sus - Sistema De Informações Ambulatoriais**, BRASÍLIA-DF, 2016. 141 pág.

CRUZ, Marina Zuanazzi; PEREIRA JÚNIOR, Alfredo. Corpo, mente e emoções: referenciais teóricos da psicossomática. **Rev. Simbio - Logias**, v.4, n.6, Dez/2011. Disponível em <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/CorpoMenteeEmoco.es.pdf>. Acessado em outubro de 2017.

CASTRO, Maria da Graça de; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C. **Conceito mente e corpo através da História**. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, Apr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a05.pdf>. Acessado em outubro de 2017.

CAPONERO; Ricardo; LAGE, Luciana. Quimioterapia. In CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 155- 167.

CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 64-79, Dec. 2000. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso Acessado em 05 Nov. 2017.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIMITRIADIS, Yorgos. Pesquisa psicanalítica sobre os fenômenos psicossomáticos. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-52, Apr. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982016000100035&lng=en&nrm=iso > Acessado em junho de 2017.

FERREIRA, Deborah Melo; CASTRO-ARANTES, Juliana Miranda. **Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise**, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/585>>. Acesso em: 20 out. 2017.

FREUD, S. (1996). **Além do princípio de prazer** In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp.

13-75). Rio de Janeiro: Imago. Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1920)

FREUD, Sigmund. **Os instintos e seus destinos** (1915). In: Freud, Sigmund. Obras completas volume 12. Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916). São Paulo: Companhia das Letras, 1915. p. 38-59.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905). In: Freud, Sigmund. Obras Completas Volume 6 Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("O Caso Dora") e outros textos (1901-1905). São Paulo: Companhia das Letras, 1905. p. 13-172.

GUIR, Jean. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: WARTEL, Roger. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. p. 47-56.

JORGE, M. A. C.. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia**, v.2,. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

JUNG, Angela Borba. **Jornada do Percurso de Escola XII: Reflexões acerca da oncologia, psicanálise e psicossomática. Onde elas se encontram?**. 2015. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/correio/edicao/245/reflexoes_acerca_da_oncologia_psi canalise_e_psicossomatica_onde_elas_se_encontram/203>. Acesso em: 04 jun. 2017.

LAURENT, Éric. Os nomes do sujeito. In: WARTEL, Roger. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. p. 25-30.

LOREIRO, I. (2002). **A questão monismo/dualismo em Freud**: um eixo para pensar as relações entre Psicanálise e Romantismo. Laboratório de Psicopatologia Fundamental- PUC - SP. I Colóquio Internacional Arquivos da Psicanálise. Acessado em Junho, 20, 2014 Disponível em www.psicopatologiafundamental.org/pagina-a-questao-monismo-dualismo-em-freud-441

MUKHERJEE, Siddhartha. **O imperador de todos os males: uma biografia do câncer**. Mukherjee S. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

MELLO, Denise Ribeiro Barreto. **Nos limites da linguagem**: uma leitura das doenças psicossomáticas a luz da psicanálise lacaniana. Universidade Estadual do Fluminense Prof. Darcy Ribeiro - UENF, Campos dos Goytacazes-RJ , 2007.

MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2010. p. 481-490.

MERLET, Alain. Todo órgão determina deveres. In: WARTEL, Roger. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. p. 17-24.

NICOLAU, Roseane Freitas. A psicossomática e a escrita do real. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, dez. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 16 out. 2017.

PERDICARIS, A. Andre Magoulas. A cirurgia de câncer e suas fronteiras. In CARVALHO, Vicente A.; FRANCO, Maria Helena P.; KOVÁCS, Maria Julia; Liberato, Regina P.; MACIEIRA, Rita de Cássia; VEIT, Maria Teresa; GOMES, Maria Jacienta b.; BARROS, Luciana h.c. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p.145-149.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo, Atlas, 1999.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 888 p.

SALVAJOLI, João Victor; SILVA, Maria Letícia Gobo. Radioterapia. In CARVALHO, V. A. et al. (Org.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 150-154.

SANTOS FILHO, Otelo Corrêa dos. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: MELLO FILHO, Julio de; BURD, Miriam. **Psicossomática hoje**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2010. p. 481-490.

SONTANG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal. Coleção Tendências.1984. v. n. 6.

WARTEL, Roger. Que esperam de nós os médicos? In: WARTEL, Roger. **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996. p. 9-16.

Winograd, Monah. (2004). Freud é monista, dualista ou pluralista?. **Ágora: ESTUDOS EM TEORIA PSICANALÍTICA**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000200002> Acessado em outubro, 2017.