



**Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Coordenação de Ensino
Residência Multiprofissional em Oncologia/ Psicologia**

MARIA BULHÕES-PEIXOTO DE MIRANDA SANTOS

Doença não dá em poste: linguagens no contexto do câncer

Rio de Janeiro

2024

MARIA BULHÕES-PEIXOTO DE MIRANDA SANTOS

Doença não dá em poste: linguagens no contexto do câncer

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer como requisito parcial para a conclusão da Residência multiprofissional em oncologia/ Psicologia.

Orientadora: Monica Marchese Swinerd

Rio de Janeiro

2024

MARIA BULHÕES-PEIXOTO DE MIRANDA SANTOS

Doença não dá em poste: linguagens no contexto do câncer

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer como requisito parcial para a conclusão da Residência multiprofissional em oncologia/ Psicologia.

Aprovada em:

Banca examinadora:

Dra. Mônica Marchese Swinerd
INCA

Dra. Mabel Viana Krieger
INCA

Me. Maria de Abreu Machado
INCA

RESUMO

SANTOS, M. *Doença não dá em poste: linguagens no contexto do câncer.* (Especialização em oncologia) – Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

Este artigo analisa a coexistência de diferentes linguagens no contexto do câncer, destacando que algumas dessas linguagens podem ser mais violentas do que outras, uma vez que, ao invés de proporcionarem um esteio ao sujeito, acabam abandonando-o à própria sorte. Usamos o conceito de jogos de verdade de Michel Foucault e as noções de saúde e doença de Georges Canguilhem para buscar compreender como certas práticas no campo da saúde se valem de dispositivos de poder para, por processos de subjetivação, se inscrever nos corpos dos sujeitos. Em seguida, identificamos na teoria do trauma de Sándor Ferenczi, as ideias de linguagem da ternura e linguagem da paixão, esta referida sobretudo a um abuso ou exagero e aquela, essencialmente a uma vulnerabilidade, para comparar o desnorreamento descrito pelo autor com a sensação de vertigem frequentemente experimentada pelos pacientes na confirmação do diagnóstico oncológico. Se por um lado, os avanços tecnológicos têm possibilitado uma detecção precoce da doença e uma maior disponibilidade de tratamentos, o que tem se refletido em um aumento do tempo e da qualidade de vida do paciente de câncer, por outro lado, a ciência ainda tem muitas perguntas a serem respondidas. Paralelamente a isso, apesar do investimento público expressivo na pesquisa e no tratamento para o câncer, o Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue garantir a todos os seus pacientes um cuidado integral e equânime. Assim, quando as dúvidas, incertezas e angústias vividas no desenrolar do tratamento não podem ser acolhidas e validadas, outras linguagens, como metáforas bélicas e discursos moralizantes, acabam por ocupar o terreno. Nesse cenário, o refúgio para o sujeito deve ser um cuidado necessariamente coletivo, onde o saber possa conviver com o não-saber, de modo a viabilizar espaços e momentos de espontaneidade e criação de uma linguagem própria, potente e viva.

Palavras-chave: câncer; linguagem; tratamento; cuidado; saúde.

Introdução

Este trabalho vem como um resultado da experiência de residência em oncologia em uma instituição pública do Rio de Janeiro. Trata-se de uma formulação teórica acerca das diversas linguagens que permeiam o diagnóstico, o tratamento e o cuidado em câncer. Hoje em dia, o termo "câncer" é sinônimo de termos mais frequentes na comunidade científica como neoplasias ou tumores malignos, que fazem referência a um conjunto de mais de cem doenças cuja característica comum seria o crescimento desordenado de células, que invadem órgãos e tecidos (INCA, 2020). Se normalmente o processo de multiplicação e proliferação celular ocorre, ainda que de formas diferentes para os diferentes tipos de células do corpo humano, seguindo o encadeamento nascer/crescer/multiplicar-se/morrer, no caso das células cancerosas, o que se passa é que continuam multiplicando-se descontroladamente, gerando sempre novas células anormais. Assim, o câncer fica definido exatamente pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas, processo conhecido como metástase (*ibid*).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), atualmente o câncer ocupa a segunda posição nas maiores causas de morte no mundo e destaca-se como um dos mais importantes problemas de saúde coletiva. No Brasil, o número de novos casos de câncer tem crescido a cada ano (INCA, 2020), o que pode ser resultado de uma série de fatores como, por exemplo, a maior exposição da população a agentes cancerígenos (agentes físicos, químicos e biológicos próprios de um estilo de vida cada vez mais industrializado), o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, o aperfeiçoamento na medicina de técnicas de detecção e diagnóstico de câncer e a melhoria do registro e da qualidade da informação, para citar alguns.

Esses dados aparecem com nitidez quando se observa as maneiras como o câncer é percebido na cultura. Com efeito, a doença pode admitir no vocabulário informal significados tais como sofrimento, dor e morte; cotidianamente, em narrativas de pessoas que já receberam um diagnóstico de câncer, com frequência se escuta algumas frases que, ora soam como bordões para aparentemente expressar o inexpressável, ora expõem uma vasta solidão. Foram tais frases que motivaram esta pesquisa. O objetivo do trabalho foi recolher a repetição com que aparecem no discurso popular e então procurar estudar a relação que mantêm tanto com as próprias noções de saúde e de doença quanto, a partir

de uma compreensão psicanalítica, com as ideias de tratamento e cura. No contexto do câncer, coexistem diferentes linguagens, algumas das quais mais violentas do que outras, porque, ao invés de acolherem a fragilidade do sujeito, abandonam-no à própria sorte.

Nesse sentido, de início fez-se importante tomar como ponto de partida uma consideração sobre linguagem, tendo em conta sua função de conformar conceitos, fantasias e essencialmente práticas, e, para tanto, recorreremos à fundamentação de Michel Foucault (1977) sobre os jogos de verdade. Em consonância com essa discussão, e tomando por base a pesquisa de Georges Canguilhem (1966), seguiu-se então uma análise sobre as ideias de saúde e doença, localizando-as não em uma existência ontológica, mas efetivamente em acordos e construções coletivas.

Para avaliar a relação entre as palavras, as ideias de saúde e doença e o cuidado oncológico, tomamos por orientação tanto a compreensão monista de Freud, que não separa corpo e mente, quanto a formulação teórica de Sándor Ferenczi para o trauma. Assim, as noções de confiança, violência e vulnerabilidade operaram como elementos fundamentais na compreensão quanto ao impacto biográfico provocado pelo diagnóstico de câncer e o conseqüente desnorteamento vivido pelo indivíduo. Descrevemos então uma situação que se desdobra em dois momentos distintos, sendo um primeiro quando o sujeito vive confortavelmente em seu corpo e um segundo, quando esse conforto é estremecido pela notícia da doença. Nossa premissa é a de que, diante do tremor, o cuidado reside em estruturar um esteio ao sujeito, a partir de onde ele poderá construir novas referências e sentir-se mais seguro.

O chão abriu em abismo e eu caí

“A mente de uma pessoa trai o seu corpo” (Sontag, 1977/2007, p.39). Essa frase faz parte do notável ensaio *Doença como metáfora*, onde Susan Sontag, valendo-se principalmente da tuberculose (tal como ela era vista até o século XX) e do câncer, analisa como as fantasias e a cultura em geral de uma sociedade compreendem e justificam doenças importantes, que causam dor e sofrimento e que eventualmente são mesmo letais, mas para as quais a ciência de cada tempo ainda não possui uma explicação que dê conta de todos os seus aspectos. A autora cita então, na sequência dessa frase, uma passagem

de uma carta que Kafka escreveu a Max Brod, em 1917, sobre a sua tuberculose: “Minha cabeça e meus pulmões entraram em acordo sem o meu consentimento” (*ibid.*).

Talvez, no caso do câncer, seja possível também pensarmos em algo como o oposto: o corpo trai a mente. Especialmente com o avanço dos procedimentos médicos e das tecnologias diagnósticas, a detecção precoce de câncer tem se tornado mais comum, de modo que em muitos casos, a médica consegue determinar a doença antes mesmo que a paciente possa notar em si algum sintoma suspeito. Mas essa não é uma experiência trivial. Se o Eu é, ao mesmo tempo, mental e corporal (Freud, 1923/2011), agora nos deparamos com uma situação na qual alguém de fora, um outro, conhece algo do corpo – e, portanto, do próprio sujeito – sem que ele mesmo tenha essa consciência.

Apenas isso já poderia ser desconcertante o suficiente, mas esse fato acaba ganhando certa complexidade, uma vez que esse “algo” não é um algo qualquer. Sontag (1977) analisa exatamente as várias interpretações e fantasias dedicadas ao câncer e podemos afirmar que elas decerto não são otimistas. Segundo a autora, até que seja possível para a ciência determinar com confiança o agente causador e um plano de tratamento adequado com o objetivo de controlar o câncer, ele estará fadado a ser explicado por outras vias. Seu argumento é que “as fantasias inspiradas pela tuberculose no século XIX, e pelo câncer hoje, são reações a uma enfermidade considerada intratável e caprichosa – ou seja, uma enfermidade que não se compreende – numa época em que a premissa central da medicina é que todas as doenças podem ser curadas” (Sontag, *id.*, p.12). Aqui, é preciso assinalar que, apesar de já se terem passado quase cinquenta anos da publicação desse texto, e ainda que avanços consideráveis tenham alargado o escopo das opções de tratamento e cura no horizonte dos pacientes oncológicos, não se pode dizer que o cenário geral para a doença esteja muito diferente. Por exemplo, em outro trecho, Sontag afirma:

A ideia de que uma doença pode ser explicada apenas por uma variedade de causas é exatamente a característica da reflexão acerca das doenças cuja causa *não* é compreendida. E doenças tidas como determinadas por múltiplas causas (ou seja, doenças misteriosas) são aquelas com mais largas possibilidades de uso como metáforas para o que é visto como moral e socialmente errado. (*id.* pp. 55-56, grifos no original).

Na atualidade, a medicina está cada vez mais voltada para a particularização das pesquisas sobre o câncer. Contudo, mesmo considerando a possibilidade hipotética de

uma única causa subjacente ao câncer, ainda não identificada pela ciência devido à falta de tecnologia apropriada, pode-se argumentar que a segmentação do campo oncológico em áreas distintas com abordagens clínicas diferentes é uma estratégia viável, embora menos eficiente. Do ponto de vista leigo, o câncer continua sendo percebido como uma entidade única que engloba diversas doenças e é por este aspecto que a imaginação ainda tem espaço para explorar.

As metáforas para o câncer são bem conhecidas. Antes de mais nada, o próprio nome da doença, “câncer”, é considerado um tabu, e pronunciar-lo, como Sontag (1977) identifica, pode gerar uma sensação de transgressão, como se somente a palavra já portasse em si algum tipo de poder mágico. Isso porque, em poucas palavras, câncer pode ser sinônimo de dor, sofrimento, morte. Nota-se que, segundo o Dicionário Online de Português (CÂNCER, 2024), um dos significados de câncer é “o que corrói, estraga ou mata”; na versão online do dicionário Houaiss (CÂNCER, 2024), sugere-se que o termo é análogo a “algo ruim que se espalha como o câncer” e oferece-se como sinônimo “doença-ruim”.

Células “malignas”, “invasoras”, “desgovernadas” invadem o corpo, multiplicam-se descontroladamente e arvoram-se nos diferentes tecidos. Diante de tal cenário, é preciso reagir; e reagir, na linguagem do câncer, significa lutar de volta, revidar. Assim, na radioterapia, “bombardeamos” os paciente com raios tóxicos; na quimioterapia, oferecemos drogas com o objetivo de “matar” as células cancerosas (ainda que colateralmente tenhamos baixas também no contingente de células saudáveis); cirurgicamente, performamos verdadeiras “mutilações”. Ao final dessa guerra, – povoada de “guerreiros” – há sempre os “sobreviventes” e os “perdedores”.

As trincheiras, no então, são bastante heterogêneas e essa heterogeneidade nos é familiar, uma vez que nos acompanha dia após dia em uma série de discrepâncias bastante violentas. Em 2006, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) divulgou a publicação *A situação do câncer no Brasil*, onde foram avaliados aspectos relacionados à causalidade, à ocorrência, às ações de controle e aos desafios da doença em âmbito nacional. Segundo este texto, tradicionalmente, “risco tem sido definido como a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou de um fenômeno indesejado” (p.20), porém, mais recentemente, tem se procurado agregar a essa ideia uma abrangência maior de condições que podem influenciar os níveis de saúde e a qualidade de vida de uma

população. Para além dos fatores genéticos, também a forma como um sujeito se insere no tecido social, seu modo de viver, seus hábitos, suas condições econômica e ambiental repercutem diretamente no seu risco de adoecer e mesmo de morrer. É nesse sentido que podemos pensar como as fragilidades do SUS seriam apenas reflexos de fissuras ainda maiores na sociedade brasileira como um todo.

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em colaboração com o Ministério da Saúde, conduziu a segunda Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), cujos três eixos principais foram: desempenho do sistema nacional de saúde, condições de saúde da população, e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados. Assim como na primeira edição, realizada em 2013, nesta contemplou-se também dados relacionados à equidade, a partir de um entendimento de que fatores sociais têm impacto na determinação da morbimortalidade, na adoção de comportamentos saudáveis e na distribuição de serviços e recursos em saúde. Dos resultados divulgados (IBGE,2020), destaca-se, em primeiro lugar, que 59,7 milhões de pessoas, o correspondente a 28,5% da população residente no Brasil, possuía algum tipo de plano de saúde, médico ou odontológico, indicando que 71,5% da população dependia exclusivamente dos serviços de saúde pública. Em segundo lugar, a pesquisa estimou que, em 2019, 2,6% da população adulta (o equivalente a 4,1 milhões de pessoas) referiram já ter recebido algum diagnóstico de câncer.

Esses dados, em suas entrelinhas, fazem referência a ideias bastante presentes no imaginário cotidiano, embora paradoxalmente careçam de clareza em suas significações. As questões sociais e econômicas de uma pessoa impactam diretamente em como será assistida no cuidado à doença, especialmente no que diz respeito aos recursos aos quais terá acesso. A doença, a saúde e, com elas também o tratamento, incidem de formas dissemelhantes entre os corpos, marcando e mesmo reforçando assimetrias estruturais da sociedade. A particularidade do contexto oncológico, como será visto, conforma um estado de fragilidade no sujeito, o que termina por facilitar a produção de experiências traumáticas.

Quem são os corpos doentes

Estamos longe de conseguir entender por completo o nosso corpo. Ele sempre esteve lá; quer dizer, desde o início mais remoto da nossa existência, nossas células se dividem, se aglutinam, se rearranjam e se conformam estruturando uma massa mais ou menos estável, mais ou menos dinâmica, mais ou menos parecida com as outras tantas que circularam e circulam pelo planeta. Nesse processo, há sempre algo que se mantém, assim como há sempre algo que se distingue. As comparações possíveis, no entanto, só o são, com a condição da linguagem. Ao nomearmos os processos fisiológicos, as estruturas anatômicas, as relações entre os dois, as constâncias e as inconstâncias criamos um sistema a partir do qual, e somente em relação a ele, será possível enxergar e classificar suas engrenagens.

A linguagem pode não somente modificar um contexto, como ela é efetivamente responsável por criá-los: as coisas tornam-se coisas depois que as nomeamos, depois que as cobrimos com um manto significativo sob camadas de significados (Foucault, 1977). Assim ocorre na experiência humana em geral, e assim ocorre também na experiência humana junto ao corpo. O que já não era simples, no entanto, complica-se um pouco mais quando consideramos que as linguagens não são únicas e tampouco unívocas; as ciências, as religiões, as filosofias, as artes e mais um rol de perspectivas conjugam discursos que moldam e classificam os corpos, suas vivências e processos e, nessa babel, observa-se então um movimento duplo: por um lado, o discurso determina o corpo, seus elementos, suas leis, estabelece um padrão de normalidade e separa o que é certo do que é errado, mas por outro lado, evidencia-se que essas criações são temporal e geograficamente localizadas, e que qualquer designação de verdade deve ser compreendida como débil e efêmera. Não se trata de uma imposição arbitrária de verdades, mas sobretudo de uma regra “constituída pela convenção e pelo uso, ambos estabelecidos pelos homens no espaço social” (Birman, 2002). No terreno da incerteza, cada saber determina um domínio de certa homogeneidade, uma linguagem e um vocabulário de comum acordo com ajuda do qual o conhecimento pode ser compartilhado.

A suspensão da ideia de verdade e a pesquisa quanto à origem de algumas linguagens foram temas angulares da obra de Michel Foucault. Sublinhando a originalidade de seu trabalho, Joel Birman (*ibid.*) compara o conceito foucaultiano de jogos de verdade com o conceito de Wittgenstein de jogos de linguagem, no qual aquele buscou inspiração:

Se a linguagem seria condição necessária para a produção da verdade como jogo, não seria, no entanto, condição suficiente. Com efeito, o que estaria presente nos jogos de linguagem de Wittgenstein (Wittgenstein, *Investigações filosóficas*, 1961) remeteria certamente para a construção dos jogos de verdade de Foucault, mas para que estes se estabelecessem, necessária seria ainda a produção de certezas e crenças que se fundariam na ação de *dispositivos* de poder (Foucault, *Surveiller et punir*, 1974), pelos quais a verdade se legitimaria e se inscreveria nos corpos dos indivíduos pela mediação de *processos de subjetivação* (Foucault, *La volonté de savoir*, 1976). (Birman, 2002, p. 307, grifos no original).

O que se observa é que há uma íntima relação entre a linguagem e o poder que incide sobre os corpos, que institui verdades e que se apodera das subjetividades. Foucault (1977) localiza o nascimento da ciência moderna - e junto à ela, a medicina moderna - no final do século XVIII, concomitantemente ao movimento de sobreposição do empirismo em relação aos antigos paradigmas metafísico e filosófico. Nessa época, o esforço da ciência estava em estabelecer um método de classificação das doenças segundo uma lógica de hierarquias e divisões tomada de empréstimo da Biologia - ou seja, tal como as plantas e os animais, as doenças também seriam catalogadas conforme classes, ordens e gêneros, organizando-se em uma espécie de árvore cuja estrutura se mantém até os dias atuais. Além disso, era também necessário adotar uma padronização e sistematização das nomenclaturas que possibilitasse o compartilhamento do saber, sua reprodução e especialmente sua verificação, e para tanto, foi preciso instaurar uma linguagem científica "asséptica" que representasse apenas o fenômeno observado, excluindo qualquer idiosincrasia do pesquisador ou mesmo do objeto. Nesse sentido, para a pesquisa médica,

A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduos, o seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente: 'É preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhes são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do paciente' (Sydenham *apud* F. Boissier de Sauvages, *Nosologie méthodique*, 1772). Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parêntesis (*id.* p.6).

Acontece que mesmo a observação do corpo também impunha seus desafios. Desde o início da medicina moderna, o estudo da anatomia era realizado a partir da dissecação de cadáveres, ou seja, a partir da observação do corpo não em seu estado vivo,

mas morto. Isso significa que o conhecimento sobre os órgãos e tecidos se dava a partir de um corpo atravessado pela doença, sem que se pudesse distinguir quais signos eram decorrentes dela e quais pertenciam à própria morte. Junto a esse embaraço, Foucault (1977) identificou ainda outro: os desequilíbrios fisiológicos e os signos no corpo a eles associados nem sempre eram proporcionais, o que poderia ser exemplificado com algumas alterações orgânicas muito fortes que não implicavam em uma desestabilização metabólica, ao passo que outras menores, como um pequeno tumor no cérebro, poderiam ser fatais.

A simples análise, portanto, dos signos corporais do cadáver não era suficiente; era preciso compará-los com a anatomia de um "cadáver sadio" e também com outros corpos que tivessem morrido pelos mesmos motivos, o que por fim significava que conhecer a anatomia do corpo estava indissociado de conhecer a anatomia da doença. Tratava-se de dispor um e outro lado a lado para, em um mesmo movimento, diferenciar o certo e o errado, a vida e a morte, o bom e o mau. De fato, assim procedeu a nova ciência e, em um período de tempo bastante curto, pôde-se observar um crescimento exponencial no entendimento sobre o corpo humano e, paralelamente, um avanço radical nas tecnologias médicas de intervenção nesse corpo. O conhecimento das doenças e de seus fatores etiológicos estava diretamente relacionado às possibilidades de detecção, tratamento e cura, e como consequência, ao prolongamento do tempo de vida. Todas essas realizações foram verdadeiramente incríveis, mas talvez justamente pelos benefícios que proporcionaram, também terminaram por mascarar uma questão angular no relacionamento entre a medicina e seu objeto de atuação: o que afinal distinguia a doença da saúde? E não apenas isso, já que essa pergunta sintetizava uma série de outras: o que deveria ser considerado um estado normal? Qual deveria ser o objetivo da terapêutica médica? Até que ponto essa terapêutica estaria autorizada a atuar?

Na busca por recuperar essas perguntas e devolver a elas a importância que representam para a ética médica, Georges Canguilhem, no seminal *O normal e o patológico* (1943/2009), dividiu sua pesquisa em duas partes e dedicou a primeira delas à seguinte questão: "seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?" Para respondê-la, o autor primeiro localizou principalmente nos discursos positivistas e racionais de Auguste Comte e Claude Bernard, filósofo e médico franceses do século XIX, uma formulação inicial referente ao que seria o patológico, definido por eles como uma variação quantitativa dos estados normais, ideia que permeou

todo o campo da pesquisa médica e até hoje mantém um certo estatuto paradigmático. Já com relação ao que seriam então os estados normais, Comte os comparou a uma "harmonia de influências distintas, tanto externas quanto internas" (Canguilhem, 1943/2009, p.18). Essa explicação um tanto imprecisa apenas evidenciava a dificuldade de se determinar o normal por meios objetivos e científicos, de modo que, para Canguilhem, o "estado normal ou fisiológico deixa de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação do apego a algum valor" (*ibid.*, p.20). Segundo tal ponto de vista, portanto, a normalidade concernia a um estado ideal ou moral estabelecido pelo médico e não uma medida obtida da natureza.

Na sequência da pesquisa, Canguilhem analisou as proposições de René Leriche, também um médico francês, cuja teoria afirmava que "a saúde é a vida no silêncio dos órgãos" e, inversamente, a "doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer" (*ibid.*, p.35). São enunciados que depositavam na experiência do sujeito, e não na palavra do médico, a definição de doença e foi por este ponto que Canguilhem tornou-se partidário deles. É curioso notar inclusive que Canguilhem mantém-se orientado por essas propostas mesmo quando o próprio Leriche (*apud* Canguilhem, 1943/2009), contradizendo-se, adverte que o silêncio dos órgãos não significa necessariamente a ausência de doenças, uma vez que pequenas lesões ou disfunções no organismo podem passar bastante tempo sem serem percebidas, ainda que, mesmo assim, indiquem uma ameaça à vida:

Tomemos como exemplo um homem cuja vida — sem incidente patológico por ele conhecido — tenha sido interrompida por um assassinato ou um acidente. Segundo a teoria de Leriche, se uma autópsia para fins médico-legais revelasse um câncer do rim ignorado por seu portador já falecido, deveríamos concluir que havia uma doença, apesar de não ser possível atribuí-la a pessoa alguma: nem ao cadáver — já que um morto não é mais capaz de ter doenças — nem, retroativamente, ao vivo de outrora, que a ignorava, tendo terminado sua vida antes do estágio evolutivo do câncer em que, segundo as probabilidades clínicas, as dores teriam enfim criado o mal. (*ibid.*)

Canguilhem conserva sua posição, argumentando que o exame de necrópsia somente consegue identificar informações clínicas que detectam a presença de um câncer, porque os médicos de hoje são herdeiros do conhecimento adquirido com vários doentes que queixavam-se de incômodos referidos também ao câncer, e então insiste que "a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças" (p.36). Essa insistência se justifica quando o autor

analisa as implicações da teoria que vem desenvolvendo: ele reforça que seu objetivo não está em negar os indiscutíveis avanços conquistados pela ciência positivista, afinal “conhecer é melhor do que ignorar quando é preciso agir” (p.40) e, nesse sentido, o estudo da fisiologia e da farmacodinâmica mostra-se fundamental, mas pretende sublinhar a importância de se recusar uma concepção ontológica da doença, como um meio de se recusar a admissão da existência do mal. Citando novamente Claude Bernard, quando este afirma que “no fundo, as doenças nada mais são que fenômenos fisiológicos em novas condições que é preciso determinar” (p.41), Canguilhem conclui que “para quem conhece fisiologia, as doenças confirmam a fisiologia que ele já conhece, mas, no fundo, não lhe ensinam nada; os fenômenos são os mesmos no estado patológico e no estado de saúde, diferindo apenas nas condições” (*ibid.*). E então exclama, “como se fosse possível determinar uma essência do fenômeno, não levando em conta as condições! Como se as condições fossem uma máscara ou uma moldura que não mudassem nem o rosto nem o quadro!” (*ibid.*).

Conhecer as condições parece ser portanto o caminho para se conhecer o rosto e o quadro, ou a saúde e a doença. Com efeito, essa é a pergunta que vai nortear a segunda parte do trabalho: “existem ciências do normal e do patológico?” De início, Canguilhem já apresenta a ideia de que geralmente é o próprio sujeito que avalia se não é normal ou se voltou a sê-lo, tomando por base que:

Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retomar uma atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variados, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a esses detalhes. O essencial, para ele, é sair de um **abismo de impotência** ou de sofrimento em que *quase ficou definitivamente*; o essencial é *ter escapado de boa*. (pp.45-46, grifos no original)

Citando Jaspers (*Psychopathologie générale.*, 1933/2009), Canguilhem então sustenta que:

Do ponto de vista científico, ele [o médico] trata dos fenômenos vitais. Mais do que a opinião dos médicos, é a apreciação dos pacientes e das ideias dominantes do meio social que determina o que se chama 'doença'. O que se encontra de comum aos diversos significados dados, hoje em dia ou antigamente, ao conceito de doença é o fato de serem um julgamento de valor virtual. 'Doente é um conceito geral de não-valor que compreende todos os valores negativos possíveis'. Estar

doente significa ser nocivo, ou indesejável, ou socialmente desvalorizado etc. Inversamente, o que é desejado na saúde é evidente do ponto de vista fisiológico, e isso dá ao conceito de doença física um sentido relativamente estável. Os valores desejados são ‘a vida, uma vida longa, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico, a força, a resistência à fadiga, a ausência de dor, um estado no qual se sente o corpo o menos possível, além da *agradável sensação de existir*’. (pp.46-47)

A definição de doença é então inseparável da experiência pessoal e particular de cada indivíduo: tem origem em experiências passadas, é flexível com relação a eventuais incômodos ou sequelas e, principalmente, derruba o sujeito em um **abismo de impotência**. Ao mesmo tempo, os valores desejáveis para uma vida saudável dizem respeito a um convívio tranquilo com o próprio corpo, ou a uma **agradável sensação de existir**. É interessante notar que essas expressões refletem um entendimento de corpo distinto do corpo fisiológico; quer dizer, é claro que ele está lá, as células, os tecidos, suas funções e suas variações, mas nele há algo a mais que se constitui não de átomos e moléculas, mas sobretudo de experiências e relações.

O corpo não é só um corpo, é uma história

Um corpo constituído de experiências e relações é por excelência o objeto de estudo da psicanálise. Foi justamente por observar que alguns corpos – nomeadamente os corpos histéricos, de início – não respondiam às leis da fisiologia que Freud se dedicou a estudar a relação entre os sintomas neuróticos e as ideias inconscientes. Em seu percurso teórico, com o desenvolvimento da noção de sexualidade infantil e seu papel na etiologia da histeria e das neuroses em geral, ele se concentrou no aspecto pulsional e fantasmático das relações e nos conflitos inconscientes – e portanto intrapsíquicos – dele derivados.

Enquanto isso, Sándor Ferenczi, psicanalista húngaro, amigo pessoal e parceiro de trabalho de Freud, com quem durante anos construiu e compartilhou experiências e observações que direcionaram o rumo da psicanálise, procurava se aprofundar nos problemas clínicos da nova ciência e na forma como a psicoterapia poderia se mostrar mais eficaz frente às situações traumáticas. Para ele, a ênfase estava menos nos eventos violentos que seus pacientes contavam e mais na forma como o ambiente, isto é, as outras pessoas que conviviam com o paciente, reagiam à tal violência – e portanto nos aspectos interrelacionais dos conflitos.

No texto *Confusão de línguas entre os adultos e a criança* (1933/2011), Ferenczi propôs uma concepção própria de trauma. Para ele, a estrutura narrativa da situação traumática se desenrola envolvendo essencialmente dois adultos e uma criança, e se desdobra em dois tempos. Em uma primeira cena, há o encontro de um adulto, falante da linguagem da paixão, e uma criança, falante da linguagem da ternura. A confusão a qual o título se refere diz respeito ao adulto, que, seja por alguma psicopatologia ou outra razão, interpreta as fantasias lúdicas infantis, seu jogo erótico próprio da linguagem da ternura, como passional e seduz incestuosamente a criança. É importante assinalar que a sedução incestuosa é o exemplo dado por Ferenczi e configura, por isso, o exemplo clássico para a narrativa. Ocorre, contudo, que a mesma estrutura pode ser observada em casos, como por exemplo, de punição passional, de abandono e outros. Trata-se essencialmente de um choque mecânico para o qual o sujeito não estava preparado; quer dizer, se inicialmente ele estava imerso em um meio mais ou menos conhecido, mais ou menos previsível, de repente este meio o trai, quebrando sua confiança. A confusão de línguas é marcada, pois, pela dissimetria entre a linguagem da ternura, infantil, lúdica, ingênua e anterior, portanto, à primazia do genital, e a linguagem do adulto, completamente atravessada pelo filtro malicioso da genitalidade. O medo e a potência violenta do agressor calam qualquer possibilidade de defesa da criança, que se submete, muda e completa, aos seus desejos.

Em seguida, atormentada pelo ocorrido, a criança procura ajuda, busca ao menos um sentido em um segundo adulto, alguém de seu círculo de confiança. Para sua surpresa, no entanto, este segundo adulto, seja porque não quer ou especialmente porque não suporta o que ouve, desacredita a história contada, ou diz que nada aconteceu, ou afirma que a criança está imaginando coisas. O que se passou, então? Nada faz sentido. Acontece que, se alguém que a criança ama e confia diz que nada ocorreu, ela passa então a duvidar dos próprios sentidos. Duvida da própria experiência, da própria subjetividade. Ela enquanto sujeito está desmentida, ela está desacreditada. Ferenczi, em *Análises de crianças com adultos* (1931/2011), enfatiza: “O pior é realmente a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento (...); é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico” (p.91).

Como Freud já havia anunciado à época do texto *Introdução ao narcisismo* (1914/2010), sob a alegoria de *Sua majestade, o bebê*, a própria constituição da subjetividade demanda investimento libidinal dos pais, de forma que, só a partir deste

investimento, faz-se possível engendrar-se ali um sujeito. É pertinente lembrar que este investimento se dá na tradução do mundo externo em elementos acessíveis ao bebê, ou, em última instância, na tradução da linguagem da paixão para a linguagem da ternura. Assim, a ausência, ou mesmo a insuficiência ambiental, lança o bebê à própria sorte, obriga-o – quando ele consegue – a desenvolver-se por si próprio.

A violência do impacto traumático é tão forte que não há defesas a que se possa recorrer, não há barreiras que se possa erguer. Segundo Ferenczi (1934/2011), o choque traumático aniquila o sentimento de si da criança e, na impossibilidade de fuga, oferece como única saída possível à angústia a própria autodestruição. Tendo em vista que a consciência perde a coesão interna mais imediatamente que o corpo, uma reação primeira estaria na ordem de uma desorientação psíquica, um estado de transe. Nota-se, contudo, que também marcas sensoriais traumáticas se inscrevem no corpo e têm seu efeito postergado. A desorientação psíquica, o desnorreamento subjetivo que a criança vive, a enorme angústia que se apresenta na forma de diversos sintomas, se dão exatamente devido à impossibilidade de simbolizar, ou seja, de dar um sentido ao evento traumático. Na impossibilidade de uma inscrição psíquica, o corpo guarda uma inscrição sensorial: “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (Ferenczi, 1932/1990, p.37).

A equação parece simples: se é o corpo que fala, é o corpo que se deve escutar. Ouvir os silêncios, pausas, suspiros, não como resistência, mas como o vazio, como a própria incapacidade de simbolização. Ferenczi, observando vários pacientes não melhorarem com os dispositivos clínicos tradicionais, propôs uma autocrítica, e supôs que os métodos analíticos tivessem seu quinhão na participação na situação analítica estratificada. Conhecido por atender a casos considerados “difíceis”, que fugiam ao enquadramento neurótico habitual, não existiam, para ele, sujeitos não-analisáveis. Afirmava que, com frequência, as dificuldades que surgiam no *setting* eram decorrentes, não da psicopatologia do analisando, mas das resistências do analista, com efeito, da “hipocrisia do analista” (Ferenczi, 1932/1990). Sendo assim, ele propõe uma segunda regra fundamental para a psicanálise: a análise do analista.

Somente tendo se submetido ao processo de análise poderia o analista fazer sua “higiene pessoal” e curar-se de seu narcisismo. Cura talvez não seja o termo mais apropriado, mas somente elaborando os próprios traumas infantis, seria possível ao

analista ter *tato* psicológico e sentir a hora de intervir, sentir o tom de voz adequado, sentir a duração de cada fala, assim como a duração de um silêncio. Ferenczi (1928/2011) explica que o tato é exatamente “*a faculdade de ‘sentir com’*”, quer dizer, “sentir com” o paciente aquelas sensações que ele sente, suas dores e suas angústias. Jô Gondar sublinha que “sentir com” é diferente de “ser como”: “é justamente por não ser como o paciente que o analista poderia sentir o que ele sente e pensar o que ele pensa sem sofrer das mesmas resistências, inibições ou dificuldades” (2017, p.47).

Desde Freud (1923/2011) já sabíamos que o Eu é antes de tudo um Eu corporal, e então agora será possível compreender que o trauma produz também uma fragmentação sensível. Tomando emprestado o vocabulário winnicottiano, parece que o que se interrompe com a situação traumática é o sentimento de continuidade do Eu, o sentimento de que as experiências da vida se encadeiam e se desenrolam ao longo de uma história linear, efetivamente a linha de continuidade do ser.

Considerações finais - Você precisa ser forte

Quando Ferenczi afirma que, na situação traumática, pior do que o abuso é mesmo a sua negação, o que está em jogo é exatamente a negação de reconhecimento da vulnerabilidade do sujeito, de sua fragilidade diante do ocorrido e da impossibilidade de sozinho, atribuir sentido para a forte intensidade que o atravessou. Em outras palavras, quando o sujeito se vê suspenso sobre o abismo de impotência, largar sua mão é deixá-lo cair, mas jogar-lhe uma corda é permitir que, aos poucos, possa recuperar-se do susto, cuidar dos arranhões e retomar o convívio tranquilo com o próprio corpo. Não é possível ser forte sozinho. Quando o corpo engana, as metáforas assombram, a ciência trepida, o sistema de saúde vacila, com que (ou com quem) se pode contar?

O anúncio da doença traz a esperança da cura, mas, com isso, todo o percurso entre um e outro é ignorado. Na verdade, todo o percurso – os medicamentos, seus efeitos colaterais, as cirurgias, as amputações, as dores, o cansaço, o medo, a angústia – são tomados como “males necessários” para a restauração da saúde. No entanto, essa saúde parece estar mais relacionada, não à agradável sensação de existir, mas a uma verdade imposta por um saber outro, diferente daquele do próprio sujeito. Mesmo que paciente e médica concordem que é válido lançar mão de todos os meios possíveis se, com isso,

houver uma chance de prolongamento do tempo de vida, ainda assim haverão perdas. As atividades de outrora talvez não sejam mais possíveis, talvez a imagem corporal se modifique, talvez dores se tornem mais comuns, talvez o medo da recidiva se torne um fantasma; enfim, certamente não se pode garantir recuperar o corpo tal como ele era antes. Existe um paradoxo evidente quando, diante de uma doença com estigmas tão pessimistas, mantém-se um discurso frequentemente objetivo. O saber austero é violento, porque cala outras linguagens e deixa poucas margens para a espontaneidade. Muitas vezes, por dificuldades pessoais, os próprios profissionais de saúde hesitam em admitir o sofrimento e a morte, seja porque isso sugeriria uma limitação de sua capacidade de atuação, seja porque admitir a morte do outro afeta a percepção da própria finitude.

É nesse sentido que o não-saber se mostra como um elemento fundamental para a convivência com a doença. O tratamento e o cuidado, em seu sentido amplo, requerem necessariamente uma abordagem coletiva. Durante o período da residência, a inquietação com as frases que se repetiam nos atendimentos explicitavam a predominância de um certo discurso, nomeadamente o discurso médico, técnico, em comparação a um discurso do *sentir-com*. Enquanto a linguagem da ciência – adulta – pode contribuir, na medida do possível, com o prolongamento da vida, nos interstícios dela, as linguagens do não-saber – infantis – vão ser aquelas que permitirão o surgimento e o compartilhamento de dúvidas, inseguranças e angústias. Garantir um espaço de confiança para aquilo que assusta é fundamentalmente viabilizar que o medo ganhe uma representação e possa ser enfim simbolizado. O que se fará com ele? O caminho está aberto: a elaboração das perdas não significa ultrapassá-las, mas de fato possibilita a criação de novas linguagens que proporcionem novos sentidos à vida.

Referências bibliográficas

BIRMAN, J. Jogando com a verdade. Uma leitura de Foucault. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 12(2), pp.301–324, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000200007>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

CÂNCER. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2024. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/cancer/>. Acesso em: 16/02/2024.

CANGUILHEM, G. (1966) *O normal e o patológico*. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FERENCZI, S. (1928) Elasticidade da técnica psicanalítica. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes, p. 29-42, 2011.

_____. (1931) Análises de crianças com adultos. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes, p. 79-95, 2011.

_____. (1932) *Diário clínico*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. (1933) Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes, p. 111-121, 2011.

_____. (1934) Reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: WMF Martins Fontes, p. 125-135, 2011.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977.

FREUD, S. (1914) Introdução ao narcisismo. In: *Obras completas volume 12*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-50, 2010.

_____. (1923) O eu e o id. In: *Obras completas volume 16*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 13-74, 2011.

GONDAR, J. (2017) Interpretar, agir, “sentir com”. In: *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política*. Rio de Janeiro: 7 Letras, p. 33-52.

HOUAISS. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. Disponível em: https://houaiss.uol.com.br/corporativo/apps/uol_www/v6-1/html/index.p hp#0. Acesso em: 16/02/2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. 6.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/livro_abc_6ed_0.pdf> Acesso em 12/maio/2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Folha informativa: Câncer*. OMS: Brasília. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>>. Acesso em: 11/05/2023.

SONTAG, S. (1977) *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.