



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**CAMPUS I**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**YAGO PORFÍRIO MARTINHO**

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS CAUSADOS PELO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DO CÂNCER EM PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES**

**CAMPINA GRANDE**

**2021**

**YAGO PORFÍRIO MARTINHO**

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS CAUSADOS PELO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DO CÂNCER EM PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado ao Departamento do Curso de  
Psicologia da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Psicologia.

**Orientadora:** Profa. Me. Juliana FôNSECA de Almeida Gama

**CAMPINA GRANDE  
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M385i Martinho, Yago Porfirio.  
Os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes e seus acompanhantes [manuscrito] / Yago Porfirio Martinho. - 2021.  
34 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.  
"Orientação : Profa. Ma. Juliana Fonsêca de Almeida Gama, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."  
1. Câncer. 2. Impactos psicológicos. 3. Impactos sociais. 4. Psicanálise. I. Título

21. ed. CDD 150.195

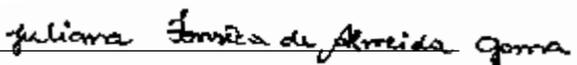
**YAGO PORFÍRIO MARTINHO**

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS CAUSADOS PELO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DO CÂNCER EM PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
(Artigo) apresentado ao Departamento  
do Curso de Psicologia da Universidade  
Estadual da Paraíba, como requisito  
parcial à obtenção do título de Bacharel  
em Psicologia.

Aprovado em: 31/05/2021.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Me. Juliana Fônsaca de Almeida Gama  
(Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



CLÍNICA ESCOLA DE PSICOLOGIA  
Profª Sup.ª Regina C. S. N. Santana  
CRP: 13/0135  
Profª Regina Celi Sales Nóbrega de Santana

Prof. Me. Regina Celi Nóbrega de Santana  
Universidade Estadual da Paraíba(UEPB)



Profª. Me. Amanda de Medeiros Lima  
Instituto Federal do Sertão Pernambuco -  
Campus Floresta

*“Falso Profeta, insone, Extraviado,  
vivo, Cego, a sondar o Indecifrável:  
e, jaguar da Sibila — inevitável,  
meu Sangue traça a rota deste Fado.*

*Eu, forçado a ascender, eu, Mutilado,  
busco a Estrela que chama, inapelável.  
E a Pulsação do Ser, Fera indomável,  
arde ao sol do meu Pasto incendiado.*

*Por sobre a Dor, a Sarça do Espinheiro  
que acende o estranho Sol, sangue do Ser,  
transforma o sangue em Candelabro e Veiro.*

*Por isso, não vou nunca envelhecer:  
Com meu Cantar, supero o Desespero,  
sou contra a Morte e nunca hei de  
morrer.”*

*(Abertura Sob a Pele de Ovelha –Ariano Suassuna)*

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Compreendendo o câncer: história, tratamento e suas repercussões .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Aspectos sociais sobre o câncer .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Breves considerações sobre a psicanálise.....</b>	<b>10</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Natureza da pesquisa.....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Participantes.....</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Procedimentos de coleta de dados análise dos dados. ....</b>	<b>11</b>
<b>3.5 Aspectos éticos.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.1 O olhar para si e olhar do outro.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes e acompanhantes para lidar com o câncer .....</b>	<b>21</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>6 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

**ANEXOS**

**OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS ESOCIAIS CAUSADOS PELO DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DO CÂNCER EM PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES  
THE PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL IMPACTS CAUSED BY DIAGNOSIS AND  
TREATMENT OF CANCER IN PATIENTS AND THEIR COMPANIONS**

MARTINHO, Yago Porfírio<sup>1</sup>

**RESUMO**

Esta pesquisa buscou investigar os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer, tanto nos pacientes, como em seus acompanhantes. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado com 10 (dez) pacientes oncológicos que estiveram em tratamento entre os anos de 2015 e 2018, e respectivamente, 10 (dez) acompanhantes, residentes da cidade de Taperoá-PB. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista narrativa, cujo material resultante foi analisado com base noreferencialpsicanalítico, por meio de análise de conteúdo. O material obtido foi agrupado em três eixos temáticos: 1. Os impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer, 2. Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer; 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes e acompanhantes para lidar com o câncer. Como resultados encontrou-se que o lugar que o câncer ocupa no imaginário social interfere na forma como os pacientes e seus acompanhantes lidam com o processo de adoecimento, tratamento e cura do câncer. Além disso, tanto os pacientes, quanto os seus acompanhantes e familiares, sofrem impactos psicológicos oriundos do diagnóstico, adoecimento e tratamento. Existem conteúdos conscientes e inconscientes que envolvem a vida dos sujeitos e o diagnóstico de câncer representa, por vezes, uma sentença, dificultando a visualização das possibilidades de tratamento e de cura. Verificou-se, também, que os pacientes oncológicos e seus acompanhantes possuem uma representação simbólica do câncer associada a uma condenação, julgamento ou sentença de morte, o que afeta o olhar que o paciente tem para si mesmo e como percebe os olhares das outras pessoas para ele. Por fim, constatou-se que os participantes desta pesquisa utilizaram de recursos subjetivos para lidar e enfrentar o processo de adoecimento e tratamento de câncer, dentre eles o de mais destaque foi a religiosidade.

**Palavras-chave:** Câncer; Impactos psicológicos e sociais; Pacientes; Acompanhantes.

**ABSTRACT**

This research sought to investigate the psychological and social impacts caused by the diagnosis and treatment of cancer, both in patients and in their companions. This is a qualitative study, carried out with 10 (ten) cancer patients who were under treatment between the years 2015 and 2018, and respectively, 10 (ten) companions, residents of the city of Taperoá-PB. The narrative interview was used as a data collection instrument, the resulting material of which was analyzed based on the psychoanalytic framework, through content

---

<sup>1</sup>Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. Email: yagopm14@gmail.com

analysis. The material obtained was grouped into three thematic axes: 1. The psychological impacts of the diagnosis and treatment of cancer, 2. The impacts of the symbolic representation and the social imaginary of cancer; 3. Coping strategies used by patients and companions to deal with cancer. As a result, it was found that the place that cancer occupies in the social imaginary interferes in the way patients and their companions deal with the process of becoming ill, treating and curing cancer. In addition, both patients, as well as their companions and family members, suffer psychological impacts from diagnosis, illness and treatment. There are conscious and unconscious contents that involve the subjects' lives and the diagnosis of cancer sometimes represents a sentence, making it difficult to visualize the possibilities of treatment and cure. It was also found that cancer patients and their companions have a symbolic representation of cancer associated with a death sentence, judgment or sentence, which affects the patient's look at himself and how he perceives other people's looks for him. Finally, it was found that the participants in this research used subjective resources to deal with and face the process of illness and cancer treatment, among them the most prominent was religiosity.

**Keywords:** Cancer; Psychological and social impacts; Patients; Companions.

## 1. INTRODUÇÃO

A palavra câncer é utilizada para conceituar um conjunto de mais de 100 doenças, caracterizadas pelo crescimento rápido e desordenado das células, que acabam por invadir partes do corpo podendo se espalhar por áreas variadas. Desta forma, o câncer, também denominado de neoplasia, apresenta-se, geralmente, de duas formas: as neoplasias benignas e as neoplasias malignas. (ABC DO CÂNCER, 2012).

Com os avanços da ciência, foram desenvolvidos métodos de tratamento capazes de intervir no processo de adoecimento do sujeito, resultando, em alguns casos, na melhora, na cura ou, pela sua intensidade, no óbito. Dentre eles, a cirurgia foi o primeiro que alterou significativamente o curso da doença neoplásica e, até hoje, é um dos principais métodos utilizados (INCA, 2008). De acordo com Moura et al (2014), outros tratamentos possíveis são a quimioterapia e a radioterapia. A quimioterapia é um processo que utiliza substâncias químicas para tratar neoplasias malignas. A radioterapia, por sua vez, é descrita como uma modalidade de tratamento que faz uso de radiações ionizantes para combater a multiplicação e provocar a morte das células (INCA, 2002).

Apesar do tratamento do câncer promover uma maior perspectiva de vida para parte dos sujeitos acometidos pela doença, as intervenções terapêuticas acabam por provocar efeitos colaterais não apenas no corpo, mas em diversos aspectos na vida do paciente e das pessoas que estão ao seu redor. Neste caso, o paciente oncológico, além de enfrentar os efeitos colaterais físicos provocados pelo tratamento da doença, terá que lidar com as dificuldades e demais problemas oriundos da própria doença e das questões diagnósticas (LACERDA, 2001). Por isso, é válido salientar os impactos psicológicos, sociais e econômicos que o atravessam. Parte desses impactos decorre do fato de que as pessoas carregam, em seu imaginário, significados sobre o câncer que interferem na forma como a pessoa recebe o diagnóstico da doença, como lida com o processo de tratamento e de cura, e também, na forma como lida com os olhares dos outros. Sobre isso, Dóro *et al* (2004) verificou em seus estudos que, na população em geral, há a proliferação marcante das seguintes ideias: o câncer é sinônimo de morte; o câncer é algo que ataca do exterior e não há como controlá-lo; as formas de tratamento são drásticas e negativas e, quase sempre, tem efeitos colaterais desagradáveis.

Diante do exposto e considerando o câncer como um problema de saúde pública

que afeta os pacientes oncológicos e aqueles que estão em seu entorno, confere-se a urgência de um olhar mais completo e integralizado, capaz de fundamentar um conjunto de intervenções, tratamentos, prevenções e acompanhamentos psicológicos. Reconhecendo essa urgência, buscou-se, nesta pesquisa, investigar os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer, tanto no paciente, como em seus acompanhantes.

Com vistas a cumprir este objetivo, utilizou-se da afinidade com a perspectiva teórica da psicanálise, considerando-se que o sofrimento causado pelo adoecimento nestes sujeitos, e os recursos psíquicos utilizados para enfrentar o processo de adoecimento e tratamento, manifestam-se de forma tanto consciente, como inconsciente. Assim sendo, tornou-se importante evidenciar, além dos conteúdos manifestos, também os conteúdos latentes, ou de difícil acesso, que estão postos no discurso. Esta pesquisa, metodologicamente, através da psicanálise, esteve atenta tanto ao que é dito pelo paciente, como àquilo que estava nas entrelinhas e que anunciava marcadores da experiência subjetiva de cada sujeito.

Neste caminho de construção teórica e prática da pesquisa, levantaram-se as seguintes hipóteses: o lugar que o câncer ocupa no imaginário social pode interferir na forma como os pacientes oncológicos e seus acompanhantes lidam com o processo de adoecimento, tratamento e cura do câncer. Ademais, pensou-se que a vivência não apenas do tratamento, mas do próprio diagnóstico, ainda são pouco amparados pelos serviços de saúde que, por sua vez, são limitados, considerando-se que o diagnóstico e tratamento do câncer provocam impactos psicológicos tanto em pacientes, como nos acompanhantes.

Como resultado, este trabalho divide-se nas seguintes partes: 2. Fundamentação teórica, com as seguintes discussões: Compreendendo o câncer: história, tratamento e suas repercussões; Aspectos sociais sobre o câncer; e Breves considerações sobre a psicanálise; 3. Método; 4. Resultados e discussões. Este último é formado pelos seguintes tópicos: 1. Os impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer, 2. Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer; 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes e acompanhantes para lidar com o câncer. Por fim, apresenta-se a conclusão.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Segundo o INCA (2018), no ano de 2012, em estimativa mundial, ocorreram 14,1 milhões de novos casos de câncer e 8,2 milhões de pessoas vieram a óbito em decorrência dessa doença. No que diz respeito ao Brasil, em referência ao INCA (2019), estima-se, por cada ano do triênio de 2020-2022, a ocorrência de cerca de 625 mil novos casos de câncer. Paralelamente a esta estatística, apresenta-se o aumento nos casos de depressão no país, bem como de outras comorbidades emocionais.

Fato é que já vem sendo reconhecido que o diagnóstico do câncer, além do imaginário social sobre a doença, bem como o próprio tratamento, a partir de suas substâncias e desgastes resultantes de suas aplicações, é capaz de ocasionar traumas e abalos emocionais profundos, que levam os pacientes a fazerem partes desses números.

De acordo com Ferreira *et al* (2016) o diagnóstico do câncer traz consigo um conjunto de incertezas, tornando vulneráveis os sujeitos em adoecimento e seus familiares, que podem ser acometidos por transtornos psiquiátricos. Nesta perspectiva, o estudo desenvolvido por Ferreira *et al* (2016), com uma amostra de 233 pacientes oncológicos, apontou a prevalência de 31,33% para ansiedade e 26,18% para depressão. Tais números estatísticos evidenciam a necessidade e a importância de se conhecer mais de perto a história, o tratamento e suas repercussões nesses casos.

### **2.1 Compreendendo o câncer: história, tratamento e repercussões.**

A palavra câncer foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, considera do o pai da medicina, que viveu entre os anos 460 e 337 a.C. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (2018), a palavra câncer é um termo genérico, utilizado para se referir ao quadro de doenças que podem acometer as várias partes do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias (OMS,2018).

Conforme o Ministério da Saúde (2012), as neoplasias podem ser apresentadas de forma benigna e de forma maligna. As neoplasias benignas apresentam um desenvolvimento organizado, de maneira lenta, limites nítidos e não invadem os tecidos vizinhos, apesar decomprimirem os órgãos e os tecidos próximos. No que diz respeito às neoplasias malignas, estas apresentam autonomia e agressividade maior, sendo capazes de invadir tecidos e órgãos vizinhos, provocando metástase, tornando-se resistente a um possível tratamento, podendo levar à morte do indivíduo (INCA, 2012).

De acordo com os dados da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial de Saúde (2018), o câncer é a segunda principal causa de mortes no mundo, e foi responsável por 9,6 milhões de óbitos no ano de 2018. Do ponto de vista global, uma em cada seis mortes está relacionada à doença. Observa-se que cerca de um terço dos casos de morte por câncer se deve aos cinco principais riscos comportamentais e alimentares a seguir: alto índice de gordura corporal, o baixo consumo de frutas e verduras, a falta de exercícios físicos e o uso de álcool e tabaco (OMS, 2018).

No Brasil, estima-se a ocorrência de 625 mil novos casos para os anos de 2020, 2021 e 2022 (INCA, 2019). No que se refere às estratégias de detecção precocedo câncer, estas aumentam as chances de uma possível cura para alguns tipos, e reduzem amorbidade em decorrência da doença e do tratamento. Nesse sentido, o diagnóstico é uma etapa fundamental para o tratamento do câncer, assim como o estadiamento, ou seja, a avaliação da extensão do comprometimento do organismo, na qual se baseará o planejamento terapêutico.

Segundo as Abordagens Básicas para o Controle Câncer (2012), o diagnóstico docâncer é elaborada partir da história clínica e de exames físicos detalhados. O tecido orgânico da área em que for notada a alteração deverá ser biopsiado e encaminhado para a confirmação do diagnóstico por meio do exame histopatológico. A confirmação diagnóstica pelo exame, assim como a determinação da extensão da doença, permite a definição das etapas seguintes do tratamento (ABC do câncer, 2012).

Tendo em vista o diagnóstico do câncer, assim como o processo de adoecimento, os objetivos do tratamento são o de cura, prolongamento da vida útil e qualidade de vida. Neste caso, existem três formas principais de tratamento do câncer: a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas(ABC do câncer, 2012).

A cirurgia foi o primeiro tratamento que alterou significativamente o curso da doença neoplásica e, até hoje, é um dos principais métodos utilizados, podendo ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa. (INCA, 2002). Teixeira (2006) descreve a quimioterapia com um tratamento que utiliza de medicamentos anticancerígenos, que destroem as células malignas, impedindo o seu crescimento ou multiplicação. Os medicamentos atingem a corrente sanguínea possibilitando a destruição das células malignas localizadas em qualquer ponto do organismo, ao que se chama de terapêutica sistêmica. A intervenção radioterápica, por fim, é definida como o método de tratamento local do câncer, que utiliza de técnicas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas. A radioterapia tem as seguintes finalidades: a cura do paciente, ou, quando for o caso, a redução do tumor e a facilitação do procedimento operatório, além da esterilização de possíveis focos microscópicos do tumor (ABC do câncer, 2012).

Apesar dos métodos terapêuticos desenvolvidos para o tratamento do câncer, é importante ressaltar os efeitos colaterais causados pelo tratamento, uma vez que atingem

pacientes, familiares e acompanhantes, acabando por interferir no processo de adoecimento e cura. Na quimioterapia, por exemplo, existem os efeitos colaterais que são fortíssimos por conta da ação agressiva que as substâncias causam tanto nas células cancerosas quanto nas células saudáveis, afastando e assustando pacientes e familiares (BONASSA, 1996). Além disso, este tipo de tratamento provoca toxicidade hematológica, gastrointestinal e pulmonar, disfunção reprodutiva, causando também dores, mal-estar e desconforto tanto aos pacientes quanto aqueles que o rodeiam.(MOURA ET AL, 2004).

O adoecimento de câncer, vale acentuar, provoca variações emocionais. De acordo com Alves et al (2018), os pacientes ao terem a certeza de um câncer, comumente manifestam reações como medo, angústia, ansiedade diante das dúvidas do tratamento e a sensação de ter a vida ameaçada por este adoecer. Além destas reações psíquicas, há queda na autoestima, estresses, aborrecimentos, interrupção dos projetos de vida, mudanças da imagem corporal e dos estilos social e financeiro, os quais são fatores relevantes dentro do contexto de avaliação do sofrimento psicológico (INCA, 2014, p. 135).

Toda essa conjuntura leva a reflexão sobre quais os recursos psíquicos que os sujeitos lançam mão para sustentar-se durante esse processo. Visando compreender melhor essas possibilidades, esta pesquisa se encaminha às reflexões sociais e psicanalíticas.

## **2.2 Aspectos sociais sobre o câncer**

O ser humano, no contexto social, compreende e absorve experiências que o levam a distinguir e a desprender pessoas, fatos e comportamentos, aos quais atribui estigmas de superioridade ou inferioridade, definições de bom ou de ruim. Esse processo de atribuir estigmas a algo ou alguém, para o campo das psicologias, envolve a construção de atributos depreciativos, de desvantagens, de tornar algo ou alguém incomum na sociedade e sofrer a exclusão social, o que desencadeia atitudes preconceituosas e conceitos errados sobre aquele que é marcado pela diferença.

Segundo Queiroz (2010), esse processo que envolve a estigmatização é agravado pelas normas culturais impostas no ocidente e que supervalorizam a juventude, a beleza, a saúde e a integridade funcional, o que contribui para a construção de um estereótipo, no qual o estigmatizado acaba perdendo sua identidade pessoal e ocupando o lugar da diferença que limita sua capacidade de expressão e de realizações pessoais.

O que dizer sobre o encontro do câncer com tais normas culturais impostas no ocidente? É inquestionável a associação entre essa doença e a morte, no imaginário social, bem como o olhar atravessado às marcas físicas que alguns de seus tratamentos podem trazer. A esse respeito, sabe-se que, a princípio, ao receber o diagnóstico, ou seja, na primeira fase da doença, a maior parte dos pacientes vivencia o enfrentamento utilizando-se de recursos intrapsíquicos. No entanto, quando o tratamento avança para as “deformidades” típicas, como: queda de cabelo, queda das sobrancelhas, magreza, palidez, etc, os problemas encontram o inevitável olhar do outro. Nesses casos, Forsait *et al* (2009) afirmam que o estigma é frequente, visto que comumente as pessoas se aproximam devido ao sentimento de pena.

De forma complementar, Lima (2013) aponta que, nessas ocasiões, as “famílias deparam-se com mitos que provocam impactos negativos no processo de aceitação da doença. E isso tem alto custo, considerando-se que os familiares são peça fundamental para a assistência aos seus portadores” (p.2). Coloca-se, portanto, que esse conjunto de fatores, junto ao fato de que as causas da doença nem sempre são bem compreendidas pela população em geral, nem pelo próprio paciente e pessoas do seu convívio social, vê-se o avanço das marcas depreciativas afetarem a vida e as interações do sujeito.

## **2.3 Breves considerações sobre a psicanálise**

O desenvolvimento da Psicanálise trouxe à tona uma nova maneira de enxergar o homem e sua economia psíquica, isto porque, Freud, em 1900, a partir da observação dos sintomas de seus pacientes, propôs o conceito de inconsciente e o apontou como sendo necessário, uma vez que os dados fornecidos pela consciência não pareciam suficientes para explicar todo o funcionamento humano. Segundo Freud [1914/1916](2010), tanto nas pessoas saudáveis, como nas pessoas em adoecimento/adoecidas, é possível observar atos psíquicos que pressupõem, para uma explicação, outros atos, os inconscientes, dos quais a consciência não dá conta.

É verdade que uso do termo *unbewusste* (inconsciente) não era novidade na época de Freud, visto que filósofos e outros pesquisadores, como Nietzsche e Schopenhauer, já o haviam utilizado antes. A inovação, contudo, do inconsciente psicanalítico, se encontra no fato de Freud tê-lo concebido como uma instância psíquica cujo funcionamento é estruturado e passível de compreensão. Sendo assim, para ele, essa instância, ao invés de inacessível e profunda, estaria na superfície, apresentando-se, constantemente, através daquilo que um sujeito fala ou sonha, na forma como age, ou mesmo em seus sintomas. Apesar disso, ele não é facilmente decifrado, por sua natureza traumática.

O inconsciente freudiano causou tamanho escândalo [...] porque demonstrou como o próprio inconsciente obedece a sua própria gramática e lógica: o inconsciente fala e pensa. O inconsciente não é terreno exclusivo de pulsões violentas que devem ser domadas pelo eu, mas o lugar onde uma verdade traumática fala abertamente. [...] O que me espera ali não é uma Verdade profunda com a qual devo me identificar, mas uma verdade insuportável com a qual devo aprender a viver. (ZIZEK, 2010, p.9).

Ainda no que tange ao inconsciente, Lacan (1986), psicanalista pós-freudiano, o elucida como sendo a parte transindividual do discurso, ou seja, como aquilo que falta, por ação do recalque ante a natureza aflitiva dos conteúdos, ao sujeito parar estabelecer a continuidade de seu discurso consciente. Dessa forma, o inconsciente seria uma continuidade ao discurso consciente, mas que não se apresenta assim. Antes, no discurso concreto, ele se apresenta como uma falha, estruturada como uma linguagem que se oferta ao deciframento, e que é capaz de causar angústia e também resolução. Na psicanálise, portanto, frente ao inconsciente, trata-se sempre de um sujeito indeterminado, ou seja, um sujeito constituído de encontros e desencontros, de um sujeito enigmático que fala – um *fallasser*. Por consequência, o sujeito encontrado pela psicanálise, na investigação de conteúdos implícitos da subjetividade, é, em sua essência, o sujeito do desejo (QUINET, 2003).

Falando em sujeito do desejo; do inconsciente, e esbarrando na noção de corpo, pode-se dizer que a psicanálise tem um olhar diferenciado e divergente com relação à ótica da medicina. De acordo com Freud (1915), o corpo é fruto de uma construção que não se resume ao dado biológico. De forma complementar, Lacan (2005) apresenta um corpo psíquico organizado em três registros: o imaginário, o simbólico e o real. O imaginário oferece material para a ideia, sendo o campo da relação do sujeito com as suas identificações formadoras; o registro da alienação. A dimensão do simbólico, por sua vez, refere-se aos símbolos organizados na linguagem, ou seja, configura-se na dinâmica entre significante e significado. O registro simbólico serve de alicerce da realidade humana; o mundo é acessado pelo ser humano ao passo que utiliza não só o imaginário e as significações, mas se utiliza do significante (CHAVES, 2006).

Falando em significantes, é necessário pontuar que a psicanálise se ocupa das representações inconscientes do sujeito, que estão além das representações comuns ou partilhadas. Ou seja, ela se ocupa do lugar que cada coisa tem para cada sujeito, na ordem do Um; se ocupa de como a linguagem atravessa e marca cada sujeito. A isto se referem os significantes.

Sobre a dimensão do real, Lacan (2005) afirma que é uma totalidade inacessível, uma experiência de choque com alguma coisa para o sujeito; o encontro com o que há de mais insuportável e indizível na vida. Blancard (2013) discorre sobre o real como invenção “traumática”, pois se trata de uma dimensão impossível de simbolizar. Dentro do campo do real, portanto, pode-se pensar o câncer e sua relação com a morte, que anuncia a finitude, a incompletude, o não ser e o não ter como um real que se quer recusar para sobreviver psiquicamente.

Ante a doença, porém, como manejar o encontro com o real? É aí, então, que o sujeito precisa se valer de recursos psíquicos, simbólicos e imaginários, que o ajudem a escapar dos efeitos colaterais não apenas do corpo físico, mas, sobretudo, deste corpo psíquico e do real que lhe convoca. Para isso, como aponta Romanini e Roso (2012), a psicanálise traz um método que instiga o sujeito a produzir frente a esse sofrimento de forma particular, tornando possível circular sobre o insuportável e elaborar outro lugar que se deseje ocupar. Isso quer dizer que, a partir daí, é possível ao sujeito construir seu próprio caminho.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Natureza da pesquisa**

A presente pesquisa é de natureza qualitativa. De acordo com Moreira e Caleffe (2008), a pesquisa qualitativa pretende explorar os elementos, dos indivíduos e cenários, que não podem ser descritos do ponto de vista numérico. Os dados são verbais e coletados pela observação, descrição e/ou gravação.

#### **3.2 Participantes**

Participaram deste estudo 10 (dez) pacientes oncológicos que estiveram em tratamento entre os anos de 2015 e 2018, dos quais 8 (oito) realizaram seus tratamentos na Fundação Assistencial da Paraíba – FAP, localizado na cidade de Campina Grande – PB, 1 (um) no Hospital Napoleão Laureano, localizado na cidade de João Pessoa – PB, e 1 (um) no Hospital Casa Forte Hapvida, localizado na cidade de Recife – PB, e respectivamente, 10 (dez) acompanhantes, sendo 9 (nove) destes, descritos como familiares de primeiro grau, 3 (três) esposas, 1 (esposo), 3 (três) filhos, 2 (duas) irmãs, e 1 (uma) vizinha.

Para obtenção dos dados levou-se como critérios de inclusão 10 pacientes oncológicos maiores de 18 anos que estiveram submetidos a alguma forma de intervenção de tratamento do câncer, assim como, 10 acompanhantes também maiores de 18 anos, que auxiliaram de forma direta durante algum momento em que o paciente esteve em tratamento. Todos os participantes desta pesquisa foram localizados e residiam, no momento da coleta de dados, na cidade de Taperoá – PB.

#### **3.3 Instrumento de coleta de dados**

Recorreu-se à entrevista narrativa para coleta de dados junto aos participantes. Essa forma de coleta possibilitou ao sujeito entrevistado uma maior liberdade para discorrer sobre a temática elucidada, ao mesmo tempo em que, forneceu ao pesquisador um maior número de informações para o presente trabalho.

#### **3.4 Procedimentos de coleta de dados análise dos dados**

O primeiro procedimento realizado para esta pesquisa foi a submissão de um projeto à averiguação e análise pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Apenas após a submissão e aprovação pelo CEP-UEPB, seguiu-se para a etapa seguinte, a qual se referia ao contato com os participantes da pesquisa.

No que se refere ao contato com os participantes, estes foram localizados, primeiramente, através dos profissionais da saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Taperoá-PB. Em seguida, porém, foi utilizado o método de amostragem Bola de Neve. Vinuto (2014), ao descrever este tipo de método, afirma que tal técnica faz uso de cadeias de referência. Neste caso, a princípio, o pesquisador arremessa informantes-chaves com o objetivo de encontrar os primeiros participantes. Posteriormente, após as entrevistas com os primeiros integrantes da pesquisa, demanda-se destes a indicação de outros contatos da suarede pessoal, os quais devem preencher os critérios da pesquisa, contribuindo, assim, para o crescimento da amostragem (VINUTO, 2014).

Encontrados os possíveis participantes, foi-lhes endereçado o convite à contribuição. Àqueles que aceitaram participar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1) e foram explicados, antes de agendar cada entrevista, todos os procedimentos que seriam realizados, assim como a possibilidade de desistência em qualquer etapa. Além do TCLE, também foi apresentado o Termo de Autorização para Gravação de Voz – TAGV (Anexo 2). Após a concordância de participação pelos mesmos e autorização de gravação, o pesquisador marcou a entrevista narrativa.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas literalmente, para serem analisadas.

Detalhando as entrevistas narrativas, Jovchelovitch e Bauer (2000) afirmam que através das narrativas as pessoas podem lembrar-se do que aconteceu, colocar suas experiências em sequência, encontrar possíveis explicações e jogar com a cadeia de acontecimentos que constituem a vida social e individual. Nesta perspectiva, a entrevista narrativa tem o intuito de encorajar e estimular o entrevistado, neste caso, o informante, a contar a história sobre algum acontecimento importante da sua vida e do contexto social (JOVCHELOVITCH & BAUER, 2000).

Fazendo a escolha por essa técnica de coleta de dados, deu-se início aos encontros individuais, nos meses de outubro e novembro 2020. Todo o material coletado, assim como a identidade dos participantes, foi resguardado. Reitera-se, portanto, que os nomes utilizados são fictícios.

De início, o pesquisador lançou a seguinte pergunta norteadora direcionada ao paciente: *Você poderia falar sobre a sua experiência com o câncer desde o dia do diagnóstico até hoje?* Do mesmo modo, o pesquisador realizou a seguinte pergunta para o acompanhante: *Você poderia discorrer sobre como foi a sua experiência enquanto acompanhante de um paciente com câncer?* A partir destes questionamentos os participantes puderam discorrer livremente, sem interrupções, sobre os tópicos propostos.

Após as falas conclusivas, quando a gravação era interrompida, permitia-se que o pesquisador fizesse perguntas em ressalva ao que os participantes trouxeram durante a narração. É válido esclarecer que, considerando o cenário pandêmico, as entrevistas foram realizadas de forma remota, utilizando os aplicativos como Skype e Google Meet, que permitem vídeochamadas.

Os dados coletados através da gravação de voz foram transcritos e, em seguida, analisados com base no referencial psicanalítico, por meio de uma leitura cuidadosa e próxima, que caminha entre o texto, o sujeito e o contexto, com o método de análise de conteúdo (LAVILLE; DIONNE, 1999). Optou-se pelo modo aberto de categorização, visto que ele permite que as categorias sejam criadas e modificadas ao longo do processo de análise dos dados (Laville & Dionne, 1999). Nesse caminho, as falas dos participantes foram agrupadas em três eixos temáticos: 1. Os impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer, 2. Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer; 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes e acompanhantes para lidar com o câncer. Estes eixos temáticos foram elaborados de acordo com os objetivos da

pesquisa, e a partir do que emergiu nos discursos dos participantes.

### 3.5 Aspectos éticos

Esta investigação esteve subsidiada pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que resguarda o respeito à dignidade humana, assim como à proteção devida aos participantes da pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Impactos psicológicos do diagnóstico e do tratamento do câncer

O diagnóstico do câncer ocupa um lugar de grande representação na vida do sujeito que o recebe, provocando impactos emocionais não apenas a ele, mas a todos os envolvidos. De acordo com Avelar (2011), esses impactos acontecem, sobretudo, porque esse tipo de adoecimento atua como uma ameaça à vida, que provoca no aparelho psíquico uma intromissão de estímulos dos quais não é possível se defender, o que dificulta ao sujeito falar sobre isso que lhe escapa. De forma complementar, Penna (2004, p. 379) argumenta que “estas consequências se devem porque a palavra câncer adquiriu uma conotação de doença terrível, sem cura, e que termina em morte sofrida”.

Neste sentido, a doença e seu diagnóstico trazem consigo sentimentos de angústia e sensação de desamparo, reações comumente observadas em situações traumáticas (CUNHA;PARAVIDINI, 2016). A este respeito, Alcantara, Sant’Anna e Souza (2013) apontam novas perspectivas ao afirmarem que, se por um lado o diagnóstico do câncer refere-se a um imaginário de associação à dor, às limitações físicas e ao receio da dependência e da morte, por outro a certeza do diagnóstico ao paciente possibilita que os envolvidos construam estratégias para lidar, dentro de suas possibilidades, com os efeitos causados pelo adoecer e por seu tratamento.

Referindo-nos primeiramente às dificuldades, os participantes desta pesquisa construíram, inicialmente, falas sobre os desafios para lidar com o diagnóstico do câncer, confirmando o fato de ser esta uma doença que a ponta para a finitude da vida e impacta a subjetividade da pessoa em processo de adoecimento, dos familiares e acompanhantes. Dentre as dificuldades que foram sinalizadas estão: o processo de recepção da notícia; a angústia, o desespero e o desamparo perante o diagnóstico, como se vê retratado nas seguintes falas: “Quando eu descobri, a gente fica no chão, fica sem chão, que diga” (Nevinha, 56anos, paciente); “(...) Foi muito difícil, chorei bastante, num...num tinha jeito, chorei dois dias seguidos (risos), sem parar...” (Rosinha, 48anos, paciente); “Bem, assim, quando eu recebi o diagnóstico, que eu soube o que era, assim, eu chorei muito, passei uma semana chorando...” (Maria Inominata 37anos, paciente); “Assim que eu descobri que eu fiz a biópsia, que descobri, foi um abalo, porque a...na...no pensamento da gente é que vai morrer, quando diz que ta essa...né? que vai...que dá o câncer já vai aquele pensamento que vai morrer, pronto” (Ilumiara, 32 anos, paciente).

Carvalho (2002) afirma que o diagnóstico do câncer possui, de fato, um efeito devastador, porque, como já abordado por outros autores, traz consigo a ideia de morte. Assim, embora existam casos de tratamento e cura, ele é gerador de angústia, sofrimento e ansiedade, segundo o pensamento de Venâncio (2004). Nas falas transcritas acima observa-se que as pacientes sofreram um impacto emocional desde os primeiros instantes em que receberam a notícia, apresentando dificuldades para processar o diagnóstico de imediato, sobretudo este que traz a possibilidade do fim de suas vidas. Nesse encontro com o

diagnóstico elas não conseguiram visualizar perspectivas de futuro, de tratamento ou cura. Uma das participantes, inclusive, julgou a experiência como um “*num tinha jeito*” e outra relatou o pensamento de “*que vai morrer*”, ou seja, descreveram que enxergavam a experiência como sendo um processo sem solução ou sem saída, o que pode estar associado ao sentido negativo e concreto atribuído a palavra câncer.

Foi comum a presença do choro ao tocar nesses pontos que direcionaram, também, à abordagem das incertezas do tratamento, do pós-tratamento, assim como as inseguranças físicas, psíquicas e socioeconômicas que envolveram o adoecimento. Sobre os afetos e os sentimentos, Freud (1914-1916) define-os como processos de descarga. É por meio destas descargas afetivas e emocionais que a angústia e o desamparo, frente ao diagnóstico, podem ser destinados e externados.

Freud ao longo de suas obras discorreu sobre a conceituação da angústia, mas foi no texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926), que ele abordou tal conceito como sendo uma manifestação diante de uma situação que coloca o Eu em perigo. Nesta mesma obra, o autor comentou que “angústia é angústia de alguma coisa”. No caso do sujeito com câncer, ele se depara com um objeto real que pode colocar em risco a sua existência no mundo, o que é insuportável para o Eu. Nesse sentido, Lacan (1962-1963) explana que a angústia é sinal da intransigência do real que se coloca na experiência do sujeito. Assim sendo, podemos visualizar que ter a certeza de que se está com um câncer atravessa o sujeito como um perigo real, deixando o sujeito vulnerável psicologicamente em uma situação de desamparo, por vezes de desequilíbrio psíquico, pela possível ameaça a sua vida.

Vê-se, portanto, que frequentemente o diagnóstico de câncer perpassa a subjetividade de quem o recebe de maneira avassaladora, o que dificulta, para pacientes e acompanhantes, vislumbrarem compreensões positivas sobre o seu estado de saúde. Os recortes das falas dos acompanhantes evidenciam isso: “(*...*) *Jamais pensaria que ia passar isso na minha família, né? A gente nunca espera passar por uma, pelo que a gente passou, foi muito complicado e difícil, na hora que ela chegou contando, pra pessoa raciocinar de...demora cair a ficha, né?*” (Joana Quaderna, 39 anos, acompanhante); “*Olha, no começo assim, eu...foi muito novidade pra mim, né? Porque uma coisa que eu nunca imaginava que viria a passar por isso, né?*” (Compadecida, 58 anos, acompanhante); “*Eu fiquei triste, porque é uma coisa que agente não espera na família da gente, mas depois a pessoa vai manobrando e vai saindo fora, né?*” (Sá Galdina, 44 anos, acompanhante).

É interessante destacar o fato de que a maior parte dos participantes nunca imaginou que poderia passar por isso. Verifica-se, assim, uma negação. Como propõem Menezes et. al (2012), esse movimento de recusa a possibilidade de acontecimento do câncer consigo ou com os familiares tem relação com aspectos que relembram a fragilidade do ser humano e aproxima os sujeitos a questão da finitude inerente à vida. Vale recorrermos a Lacan (2002\2005) quando este afirma que o Real é feito de cortes, sendo aquilo que nos escapa. Nesta mesma ótica, pode-se discutir que existe um ímpeto inconsciente que nos leva a viver de forma a negar nossas próprias fragilidades difíceis de serem simbolizadas. Assim sendo, o diagnóstico de uma doença como o câncer atua na vida dos sujeitos envolvidos como um corte, que para além de um corte físico, trata-se de uma fissura psíquica.

Ainda sobre esse assunto, Freud (1920) aborda que a função do aparelho psíquico, sem contrariar o princípio de prazer, é evitar desprazer. Desta forma, o processo de adoecimento do câncer atrela, além do sofrimento, o estigma da sentença de morte que são situações das quais o sujeito tenta e busca evitar a aproximação.

Detendo-nos ao momento do tratamento, vemos que, de acordo com Porto (2004), a submissão às intervenções terapêuticas que, por vezes, são invasivas e mutilantes, o paciente apresenta sentimentos de raiva, medo, angústia e pena de si mesmo. Outro quesito importante

que se manifesta é a sensação de ter perdido o controle da própria vida.

Confirmando essa afirmação, nas falas das participantes o tratamento de câncer foi relatado como uma experiência que trouxe sofrimento, além disso, apresentaram que esta vivência mudou de alguma maneira a forma de viverem, como se vêem:

*“Passando da cirurgia um...uns (...) foram dois meses, eu comecei a fazer as quimioterapias, sofrimento, mais um sofrimento (...) a primeira nem tanto, a segunda, mas a terceira foi horrível, eu achava que eu não ia nem resistir aquela sonolência, aquela coisa ruim, num dormia, não comia; sentia sono, não dormia, era uma tristeza...”(Nevinha, 56 anos, paciente).*

*“Eu achei assim, sofrimento, é muito sofrimento porque toma quimio, passa mal, né, é muito sofrimento, quem tem câncer é sofrimento ele passou, ele passava mal quando tomava as quimios, era um frio, chorava, era muito sofrimento” (Sá Galdina, 40anos, acompanhante).*

De acordo com Freud (1930), há uma fragilidade no corpo, e é no próprio corpo onde o sofrimento nos ameaça, pois este está fadado ao declínio e a dissolução, o que intensifica a dor e o medo. Neste sentido, Castro-ArantesLoBianco (2013), comentam que uma mudança no corpo reverbera na ordem do psiquismo, isto é, há uma relação direta entre o físico e o psíquico. Pelas falas descritas pode-se verificar que o processo de tratamento do câncer, de fato, exige bastante do paciente, física e emocionalmente. Nos casos em questão, os sujeitos chegam a duvidar da capacidade de suportar os efeitos colaterais e reais que lhes atravessam, inclusive por não conseguirem levar à frente a realização de atividades consideradas básicas no cotidiano das pessoas. Essa situação se reflete em sentimentos como a tristeza e a desesperança.

É notório que o acompanhante também sofre ao testemunhar o tratamento do paciente que está sendo acompanhado. Nas frações dos discursos abaixo verificamos as repercussões do tratamento em suas vidas e como as intervenções provocaram alterações emocionais, tais como mudanças no humor, estresse e ansiedade.

*“Depois que você toma esse remédio você fica... nervoso, você não é como você é, não é mais, né, você fica meio estressado, se... eu em sina padaria, sabe? Ai aquilo ali me estressa, é...o “caba” errou ali, tô...logo me estressa, eu, devido o remédio que eu tomei, e você fica com sequela” (Eurico, 59 anos, paciente).*

*“Tem hora que a gente fica muito nervoso, fala muito, de primeiro eu quase não falava, era tímido, num era; Agora eu tô é uma “sirigaita”, só vivo falando e fico nervoso, pego “ ar” ligeiro, fico assim, sabe; é ... a gente não fica normal mais como era, não, porque a quimioterapia é muito forte” (Major Antônio Morais, 62anos, paciente).*

Em contato com as pacientes, vê-se que o tratamento oncológico, seja por meio de intervenções cirúrgicas, quimioterapias ou radioterapias, provoca no sujeito marcas traumáticas que altera sua forma de ser e de estar no mundo. Os participantes em questão comentaram que após o tratamento tornaram-se nervosos e estressados, apresentando modificações nas suas maneiras de serem. Veem-se também, nesta última narrativa, alterações nas suas relações no ambiente laboral, onde o sujeito torna-se impaciente após passar pelo processo de adoecimento e tratamento e, posteriormente, retornar para o ambiente de trabalho,

mostrando-se incapaz de suportar situações consideradas como erros, pois estes erros apontam para uma situação que ele não pode ou consegue controlar, associando, de forma inconsciente, ao seu processo de adoecimento.

A princípio, Freud (1893) acreditou que o trauma psíquico se constituiria quando o sistema nervoso tivesse dificuldade em eliminar, por meio de uma reação motora, as emoções. Posteriormente, ele, em 1920, continuou se debruçando sobre o traumático, agora pensando ele como oriundo de excitações externas as quais seriam fortes demais, até insuportáveis. Ainda sobre a mesma temática, Freud (1937-1939) comentou que há dois efeitos do trauma, o primeiro, positivo, que organiza o funcionamento psíquico; o segundo, caracterizado como negativo, que segue o sentido oposto, uma vez que é desorganizador. A partir destas ideias é possível pensarmos que o trauma se configura em diversas situações de encontro e tratamento com o câncer, uma vez que há sempre algo que não é possível, nem passível de nomeação, tampouco de expressão, o que leva ao medo.

O medo é algo que aparece com recorrência nos discursos dos pacientes oncológicos e de seus acompanhantes, este sentimento está atrelado ao peso do diagnóstico, aos efeitos físicos e psíquicos causados pelo tratamento, e das incertezas do que pode acontecer ou não após as intervenções. No que tange a temática do medo Freud (1920), argumenta que o “medo requer um determinado objeto, ante o qual nos amedrontamos”. Desta maneira, podemos considerar a existência real de um objeto que ameaça e coloca medo nas pessoas, oferecendo perigo à vida dos sujeitos. Podemos observar como os participantes que passaram pela experiência do câncer carregam consigo os impactos psíquicos do processo de adoecimento de maneira geral, com a presença recorrente do sentimento de medo da reincidência: *“A gente sempre tem aquele medo, qualquer problema que sente já fica pensando de voltar o problema novamente e... abala muito, né, a pessoa...”* (Ilumiara, 32 anos, paciente); *“Pode ainda sair, né? Ele é maligno, é que nem capim, capim a gente corta e ele sai de novo, mesmo assim é o câncer, né?”* (risos) (João, 85 anos, paciente).

Torna-se perceptível que o câncer demarcou um lugar de ameaça. Observa-se, na primeira fala, que o sujeito manifesta o sentimento constante de alerta e insegurança que se apresentam através do medo da doença retornar. Isso evoca sentimentos de vulnerabilidade diante de uma doença que já foi enfrentada e tratada. O fragmento de fala que foi apresentado em sequência corrobora com esta discussão em relação ao medo oriundo do adoecer de câncer. O paciente usa de uma metáfora para descrever seus sentimentos de incerteza, insegurança e medo com relação a esta doença e utiliza-se do riso. Esta seria uma forma de fuga, que abrandava o insuportável da incerteza. Apesar disso, certifica-se que o sujeito, mesmo já tendo passado pelo tratamento físico do câncer, não acredita totalmente na sua cura.

De acordo com Lacan (1963), o medo se ilustra pela via do desconhecido, não sendo a presença em si de um objeto que provoca o medo, mas de outra coisa que há por trás do objeto. Pensando nisso, vimos também que o medo da reincidência assola os acompanhantes: *“É como assim, eu não falei, mas o medo fica (...) o medo, o medo, o medo de, de, de voltar. É uma doença assim, que a gente não descansa, sabe? A gente não descansa”* (Donana, 41 anos, acompanhante). Vê-se que o medo é um elemento presente na vida da participante, um sentimento advindo do sofrimento psíquico de presenciar e acompanhar o tratamento de uma pessoa com câncer e suas diversas problemáticas e incertezas. Este medo comporta a chance de se tornar, mais uma vez, acompanhante, além da possibilidade de finitude de um familiar por quem se tem grande afeto e o que de estranho e obscuro o adoecimento pode trazer. No que tange ao assunto do medo, retomando Lacan (1963), esta coisa que o sujeito tem e não é a coisa alguma que o ameaça, mas algo que possui elementos que referem-se ao desconhecido, ao que é obscuro e infamiliar a ele.

#### 4.1.1 O olhar para si e olhar do outro

O adoecimento de câncer provoca mudanças no olhar do paciente para si mesmo, e de como este é visto pelo outro em seu laço social. Freud (1915) propôs que o corpo é pulsional, isto é, um conceito limite que estaria entre o somático e o psíquico. Antes disso, inclusive, ele comentou sobre o autoerotismo na infância, em que o sujeito se satisfaz no seu próprio corpo. Sendo assim, desde muito cedo, o ser humano mantém uma relação particular de obtenção de prazer com esse corpo que está em constante construção. Sob esta perspectiva o corpo é visto na dialética entre o biológico e psíquico.

Seguindo por esta linha de pensamento, constata-se que as alterações corporais provocadas pelas intervenções em função do tratamento de câncer reverberam em questões profundas da subjetividade dos sujeitos, provocando alterações na forma como estes sujeitos se veem: “O que me constrangia não era nem ter câncer assim, era o uso da...da bolsa, né, da...da colostomia, né, porque aí eu ia depender, num sei o que” (Marieta, 70 anos, paciente).

*“(...) de repente você tem um corpo mais ou menos perfeito, pra mim meu corpo era perfeito, você se olha no espelho, por mais que você tenha feito a reconstrução, mas você se olha no espelho é como se alguma coisa sua tivesse faltando, então, isso na sua cabeça já muda, né?” (Rosinha, 48 anos, paciente).*

*“(...) não fica cabelo em canto nenhum, tudo que é cabelo cai (risos), aí a pessoa fica meia pra baixo, porque você se sente muito feia (risos), eu mesma não gostava de usar aqueles turbantes, aí eu usava mais os lenços, se sente muito feia, e que ver você se sente “O ó do borogodó” quando sua sobrancelha cai, você fica com uma fisionomia horrível (risos).” (Maria Inominata, 37 anos, paciente)*

*“Sofri muito com a queda de cabelo, chorei muito, quando meu cabelo caiu, muito, muito, muito, que eu sempre fui vaidosa com esse cabelo e ele caiu, aí, meu Deus! Aquela tristeza e até hoje eu não me sinto muito bem porque não nasceu direito ainda, tá aqui os buraquinhos (...) Não estão todos como eu quero, mas eu tenho só que agradecer na, nada a reclamar mas só que a gente, só que eu reclamo. Eu queria meus cabelinhos aqui tudinho.” (Nevinha, 56 anos, paciente).*

*“No início quando eu tava fazendo seus cabelos caem, seus olhos ficam sem, os cílios, você fica sem sobrancelha, você fica sem os cabelos, então você pensa, têm pessoas que olham pra você e é como se aquilo fosse uma coisa do outro mundo.” (Rosinha, 48 anos, paciente).*

*“(...) o pensamento das pessoas, pronto, sempre que você passa ficam olhando como é que aquela pessoa tá “óh! Caiu o cabelo?”, “Tá mais magra?”, “Tá isso, tá aquilo?” você já sai com aquela cisma das pessoas sempre tá comentando sobre você, e isso tudo vai abalando um pouco, né, seu pensamento.” (Ilumiara, 32 anos, paciente).*

Nota-se que os corpos destas participantes sofreram cortes anatômicos e psicológicos. Na primeira fala, observa-se que a retirada e a reconstrução da mama da paciente resultaram

não só em uma falta da parte do corpo físico, mas também uma falta simbólica, que a obrigou a construir, a partir disso, uma nova representação de si.

Miller (2005), respaldado no filósofo Merleau-Ponty, comenta que aquele que vê, isto é, o vidente, não é um sujeito de visão pura, sua visão está mergulhada no “visível através de seu corpo”. A participante enxergava e julgava o seu próprio corpo como sendo “perfeito”, e a cirurgia não só modificou a própria percepção de si, mas a retirou do lugar de perfeição. A visão de si desta participante sofreu modificações, ao mesmo tempo em que esta visão sofre influência do olhar do outro.

Existe, porém, algo enigmático e essencial neste corpo vidente, ao passo que também é visível ao olhar do outro (MILLER, 2005). Pensando nisso, constata-se que os aspectos corporais, considerados socialmente como sendo do feminino e do masculino, são afetados diretamente, o que toca no olhar do outro; no que o outro considera como sendo uma mulher e uma homem. Conforme Silva (2008), por questões culturais, o seio está associado e valorizado como um aspecto da feminilidade, questão reforçada pelos meios midiáticos. Diante disso, uma paciente com câncer de mama está vulnerável a sofrer impactos na sua forma de sentir-se mulher. Neste aspecto, o adoecimento de câncer de mama e suas intervenções interferem na identidade dos sujeitos construídas ao longo de suas vidas, refletindo em baixa autoestima, sentimentos de inferioridade, medo e rejeição do outro (SILVA, 2008, p. 236).

Nos casos transcritos acima, observa-se que outras questões como a queda e a falta de cabelos, e de sobrancelhas, também afetaram a subjetividade das participantes, interferindo de forma negativa na autoestima e no ser mulher. Percebe-se, portanto, que o paciente oncológico ao estar sob a mira do olhar dos profissionais de saúde, familiares, acompanhantes e pessoas em geral, seja pela enunciação do adoecimento através do diagnóstico, da própria fala do sujeito ou das modificações corporais oriundas do adoecimento e do tratamento, é inserido em lugar de visibilidade e de fragilidade.

Podemos observar através do discurso da primeira participante, resquícios e emblemáticas do processo de tratamento. A participante teve que carregar junto ao seu corpo um objeto estranho. Vê-se, então, que o adoecimento de câncer traz para a vida dela uma situação nova que é descrita como constrangedora. Este fato a fez se sentir imersa na fragilidade, nas próprias limitações, dependente do outro e as vistas dele, com sentimentos de vergonha, insuficiência e constrangimento.

Na perspectiva do olhar que atravessa a subjetividade das pessoas que vivenciam o adoecimento e o tratamento de câncer, analisamos as falas abaixo pensando como os acompanhantes percebem as implicações do olhar do outro sobre o sujeito com câncer.

*“(...) ela, assim, às vezes, não queria sair, ficava um pouco com vergonha porque...pelo fato de, a medicação ela causa muitos efeitos colaterais, é...caiu um pouco do cabelo dela, aí assim, socialmente você fica um pouco reservado, não fica com aquela liberdade de, de, de sair, de, aquela vontade de sair, entendeu? Num fica muito a vontade” (Sinésio, 41 anos, acompanhante).*

*“Todo mundo, a gente, o...o olhar que a gente tem é de dó, piedade, né,” (Catarina, 31 anos, acompanhante).*

Observa-se que os efeitos colaterais do tratamento de câncer provocando alterações na forma como estas pessoas se veem, resultando, para alguns, em desmotivação para sair de casa e isolamento social. Em conformidade com Almeida et. al. (2012), o adoecimento de câncer é, de fato, um dos motivos que podem alterar a forma como o sujeito se vê, o que

resvala em sua autoestima e em suas interações sociais.

Saindo dos acompanhantes e retornando aos pacientes, vê-se como percebem os olhares alheios:

*“Olhavam, cismava...assim com medo, com nojo, tem nojo, você sabe que eu tenho muitas amizades aqui, mas quando eu adoeci, era difícil vir aqui, acho que era com medo de pegar, né, com medo de pegar, com nojo, né, mas eu me achava que eu tava para contar a história depois” (Eurico, 59 anos, paciente);*

*“Agora eu duvidava eu chegar, podia ser a hora que for, eu num ligar o som e num ir dançar, eu gosto muito dessas coisas, de forró, de farra, aí as meninas diziam: pai, vovô, vovô num tá doente? Eu digo: tô, minha filha, mas num é das pernas, não, eu tô doente da garganta, mas tô me curando, e vou me curar, e me curei, tô curado... (Chicó, 70 anos, paciente).*

Os olhares, nesses casos, ora transpareceram temor, ora transpareceram aversão. Há a prevalência de um olhar que não encontra o sujeito, que não o vê, sem antes ver a doença. O sujeito e doença se confundem aos olhos alheios. São olhos que excluem, que esquecem, que impedem e que deixam o sujeito a margem do seu laço social. Não raro, portanto, os pacientes que vivenciam o câncer são vistos pelas pessoas ao seu redor como sujeitos vulneráveis diante do processo de tratamento que enfrentam e da nova rotina de vida que a doença exige. De fato são, mas não no todo.

#### **4.2 Os impactos da representação simbólica e o imaginário social do câncer**

Apesar de todo desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde acerca do diagnóstico e o tratamento do câncer, esta palavra ainda carrega uma representação simbólica negativa em função do que pode causar. Isso corrobora para a construção de um imaginário social específico sobre esta doença, aumentando o sofrimento dos que são diagnosticados com ela.

De acordo com Aguiar (2019), no imaginário coletivo, o fato de adoecer de câncer associa-se ao que há de pior no quesito doença. Neste sentido, é sabido também, que este imaginário coletivo influencia o imaginário individual e reverbera sobre a forma como se vivencia o diagnóstico e o tratamento do câncer (DÓRO et al., 2004).

Barbosa, Francisco e Efken (2007), ao pesquisarem pacientes oncológicos, verificaram que aqueles que se submetem a intervenções consideradas invasivas apresentaram a recorrência da associação desta doença com a “sentença de morte”, além de a considerarem como causa de sentimentos profundos de angústia e desalojamento tanto neles, quanto em seus familiares. De forma semelhante, o estudo de Dóro et al (2004) averiguou que os profissionais da saúde, os pacientes e a população em geral, têm representações do câncer como sentença e impotência em relação à morte, com luto antecipatório, amputação dos membros. As definições de câncer carregam um caráter mórbido, arcaico e primitivo. Desta forma, o estigma do câncer insere sua marca na cultura e, ainda hoje, a estratificação deste estigma, repleto de representações negativas, parece não se dissipar (Barbosa; Francisco 2007).

Essa conjuntura que envolve os aspectos negativos e engessados sobre o câncer, revelando as representações simbólicas e coletivas da doença estiveram presentes nas narrativas.

*“Porque assim, no psicológico da gente, o câncer, como eu disse anteriormente, uma... uma palavra muito pesada, só em você dizer câncer, pronto, já vem na mente da pessoa morte, já vem a morte, aí assim, é, abala totalmente o psicológico, e socialmente também, a gente...a gente fica um pouco, é....abatido, pelo fato de, é...pelo menos assim, no caso de minha familiar, ela, assim, às vezes, não queria sair” (Sinésio, 41 anos, acompanhante).*

*“Tem, tem gente que discrimina muito assim, a pessoa que tem câncer, sabia? Tem uns que diz, xingando o outro e diz aquilo, aquilo não presta, não, aquilo é um canceroso, “pia”! Assim, né, aqui no nordeste num tem isso? Fulano é muito ruim, ele é um canceroso, eu já vi amigo meu dizer: Aquilo é um canceroso! Porque a pessoa é ruim, erra, faz qualquer coisa. “Aquilo é um canceroso”, como quem canceroso fosse uma praga, muito ruim. Eu fico puto, é porque...entendesse? Mas...o resto é só ir levando mesmo...” (Major Antônio Morais, 62 anos, paciente).*

*“(...) mas tem pessoas que a gente vê que ele olha assim com rabo de colho, né, eu acho que com medo de pegar a doença, que essa doença ninguém pega, não pega em ninguém essa doença, né, mas tem pessoas que a gente, a gente sente, a gente sente quando você olha diferente (...) têm umas que ficam, eu acho que com receio de pegar a doença, existe, ainda existe essas pessoas.” (Nevinha, 56 anos, paciente).*

Com estas narrativas, notam-se as representações negativas, engessadas e primitivas sobre o câncer, associadas, na maioria das vezes, à morte. Especificamente sobre essa temática, Kovács (1992) aponta que remete o ser humano à ausência, perda, separação, e a vivência de aniquilação e desamparo. Isso tudo nos leva a refletir a colocação freudiana de que nosso inconsciente não acredita na própria morte, sendo incapaz de conhecê-la. Para ele, não há prevalência, em nós, de energia pulsional que contribua com a crença na morte. Logo, a tentativa de falar, descrever e imaginar a morte só seria possível do ponto de vista da consciência, o que gera, por vezes, uma experiência insuportável. Os fragmentos de discursos exemplificam a temática: *“Ali, pra mim que abriu uma cratera no chão, assim, eu me 25 enterrei, num sabe? Comecei chorar...” (Dona Guida, 43 anos, paciente); “Eu fiquei desesperada, né? A pessoa com um bebezinho recém nascido, né, a pessoa pensa que vai morrer, coisa e tal” (Maria Inominata, 37 anos, paciente); “Era mais em mim, na minha vida, eu pensava assim, pronto, eu vou morrer, não tem cura, eu pensava mais nisso, na minha família. (Ilumiara, 32 anos, paciente); “Mas não cura, não, eu...eu não sei, não, eu acho que não cura, que o câncer não tem cura, não, o câncer estando de terceira parte ele não cura, não...bota uma escória” (João, 85 anos, paciente); “(...) é indo no dia a dia, num pode esquentar a cabeça, porque todo mundo vai morrer mesmo um dia, pra que esquentar a cabeça” (Major Antônio Moraes, 62 anos, paciente).*

Nos trechos, averigua-se uma antecipação da finitude, a descrença no tratamento e nas possibilidades de cura, há o pensamento da morte como separação, em deixar para trás pessoas importantes, além do mais, apresenta-se uma justificativa que não é refutada, porém que é utilizada como forma de enfrentar aquilo que é desconhecido para o sujeito, de que a morte chega para todos. Uma das narrativas trata o diagnóstico e o tratamento como uma

sentença de morte, neste caso, a palavra “cratera”, é utilizada em alusão ao túmulo, ao passo que “me enterrei” refere-se ao sepultamento, ou seja, há um enterro de algo ou alguém que teme não estar mais vivo. Observa-se que algo dentro desse sujeito aponta para a morte. Outra narrativa utiliza a expressão “escória” para referir-se a descrença na possibilidade de cura através do tratamento, ou seja, o sujeito submete-se as intervenções para adiar o processo da morte, uma vez que o mesmo não acredita na cura da sua doença. Percebe-se, assim, que estes sujeitos vivenciam uma espécie de luto antecipado.

Neste sentido, Freud [1917(1915)] nos daria suporte para pensar que os pacientes vivenciam não só suas mortes simbólicas, mas também, passam por um processo particular de luto antecipado, uma vez que as modificações físicas e psíquicas advindas do processo de adoecimento e tratamento do câncer provocam transformações subjetivas na vida dessas pessoas.

Além dos pacientes carregarem tais representações, observa-se também, que os acompanhantes dos pacientes oncológicos também carregam consigo a representação simbólica do câncer associado à morte: “(...)  *você fala câncer eu já imagino morte, é ligado à palavra morte, é muito difícil, as pessoas que teve esse tipo de doença sobreviver*” (Dorinha, 34 anos, acompanhante); “(...)  *porque só o nome câncer a pessoa já pensa logo em morte, né?*” (Sinésio, 41 anos, acompanhante); “(...)  *na verdade quando a gente recebe uma notícia dessa sabe o que se passa pela cabeça? Vai morrer. A primeira coisa que vem na mente, eu não vou mentir, e eu, eu, eu fiquei com isso só pra mim, mas quando ela disse, pronto, minha irmã, vai morrer, um negócio assim, de repente, a pessoa, eu não sei não, Jesus, só é o que vem na sua mente.* (Caetana, 44 anos, acompanhante).

Verifica-se, mais uma vez, a repetição da associação da palavra câncer com a ideia de morte física. Neste viés, Lacan (1958-1959) comenta sobre um assombro no real provocado pela perda, ou seja, pela morte, como algo que é rejeitado no registro simbólico, mas que reaparece no real. Compreende-se que a morte, como uma perda, não representa somente a morte da carne, mas carrega consigo uma série de impossibilidades encaradas pelo sujeito, ou seja, carrega consigo outras mortes, como, por exemplo, a morte de sonhos, de projetos pessoais e profissionais, da segurança e de perspectivas de futuro.

Além da morte, o câncer comporta um caráter excludente, ofensivo e punitivo, sendo o “canceroso”, para algumas pessoas, um sujeito ruim, ou seja, aquele indivíduo que adoeceu de câncer foi merecedor de tal doença, em função de suas más ações no mundo. Essa leitura desconsidera os fatores biopsicossociais que envolvem o adoecimento. Percebe-se também, a partir da fala de uma das participantes, a existência do mito da transmissão do câncer. Gomes et al (2002), destacam que é com a contribuição desse imaginário que a abordagem do câncer 26 envolve sentimento difíceis de serem enfrentados. Neste aspecto, Silva et. al. (2012) destacam que o déficit de conhecimentos e informações, por grande parte da sociedade, colabora para a perpetuação do preconceito em relação às pessoas que vivenciam o câncer.

### **4.3 Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes e acompanhantes para lidar com o câncer**

Dentre os recursos mais observados entre pacientes e acompanhantes para o enfrentamento do diagnóstico e do tratamento do câncer, além do enfrentamento a esse lugar imaginário ocupado pela doença no espaço social, estiveram a religiosidade e a família, instrumentos de resiliência.

Conforme Dietterle (2016), independente do contexto, os impactos do trauma originam-se da relação entre o que o sujeito possui de recursos subjetivos e de que forma este reagirá com a experiência. Neste sentido, Mori e Rey (2012) comentam que a posição assumida pelo sujeito no processo de adoecimento é reflexo dos recursos subjetivos da

peessoa, o que resulta em processos de subjetivação, ou seja, permite que este sujeito construa diversas possibilidades de lidar com o seu sofrimento. Ser sujeito na doença não é sinônimo de negação da sua condição, mas diante de processo de adoecimento que limita, não perder o interesse por viver (MORI; REY, 2012).

De forma semelhante a presente pesquisa, no que diz respeito às diversas formas de lidar com o processo de adoecimento e tratamento de câncer, Matias et al (2014) observaram, em seu trabalho, que os pacientes enfrentaram a situação pela qual estavam passando utilizando-se de crenças religiosas, fé, esperança e confiança na ciência, além da companhia da família.

Freud (1927) identifica as doutrinas religiosas como ilusões, mas não necessariamente como sendo um erro. Lacan (1964), por sua vez, comenta que a religião é uma das formas que o homem possui para colocar a questão de sua existência no mundo. Nos recortes das falas dos participantes seguintes percebe-se a força dos aspectos religiosos:

*“Quando as minhas amigas vieram me visitar aí elas fizeram “Ah, Maria Inominata, tu é muito forte, tu num sei o que”, “Eu não aguentava isso, eu não aguentava aquilo” Eu disse: “gente, provação de Deus, né”, porque assim, eu tenho que agradecer o fato de tá viva!”(Maria Inominata, 37 anos, paciente)*

*“Eu enfrento assim normal...né? Tá bom, nós temos que morrer mesmo um dia, tanto faz ser hoje como amanhã, Deus é que sabe, pronto, que se o cara não tiver câncer morre, se tiver câncer morre, pronto, eu tive e tô passando o dia-a-dia, deixa ir até...né, não?” (Major Antônio Morais, 62 anos, paciente).*

*“Mas aí, depois eu levantei minha cabeça, fiz meu tratamento e tô aqui curada, graças a Deus! (Dona Guida, 43 anos paciente). “(...) porque a gente arruma doença, têm os médicos, mas quem cura nós é Deus, não é a gente, não é médico que cura, quem cura é Jesus, num é assim?” (Chicó, 70 anos, paciente).*

A força da sabedoria Divina, de um ser superior que sabe mais, é reconfortante. Ele não representa somente Aquele que designa o dia da morte dos sujeitos; Ele representa também, a figura a quem os sujeitos atribuem a responsabilidade por sua cura.

Na perspectiva de Freud (1927), seria na relação do desamparo infantil com o desamparo do adulto que estariam às razões para a construção da religião. Desta forma, as crenças religiosas atuam como forças acolhedoras diante do desamparo, angústia e sofrimento dos sujeitos que as possuem. Em conformidade com Fernandes e Oliveira (2016), a idealização de um Deus refere-se a um Outro que exerce proteção diante da necessidade de amparo e da certeza de impotência, representa a sensação do preenchimento do vazio e indica um percurso para uma possível salvação.

Nas narrativas a seguir podem-se verificar elementos religiosos não somente por parte dos pacientes, observa-se também que os acompanhantes utilizam de suas crenças como estratégias psíquicas para suportar o processo:

*“Eu digo: não é hora de desespero, eu sou uma pessoa que eu tenho muita fé em Deus, tenho muita fé em Deus...” (Dona Margarida, 76 anos, acompanhante)*

*“(...) eu...eu sou uma pessoa evangélica, sou muito, tenho muita fé no Senhor Jesus aí eu digo: Não! Colocar o Senhor Jesus na frente de todas as coisas pra que Ele, Ele é o médico dos médicos, então assim, eu acredito, mas Ele é o médico dos médicos, então, tem os médicos da terra que Deus colocou pra cuidar de nós e tem o nosso Senhor Jesus Cristo, então é isso, entendeu?” (Compadecida, 58 anos, acompanhante)*

A fé os torna mais resilientes. Sordi et al (2011), ao discorrer sobre o conceito de resiliência, comenta que este termo configura a capacidade do sujeito elaborar uma perda, neste caso, exemplifica que o luto seria um “marcador” de resiliência. No que tange esse assunto, Cabral e Levandowski (2013) enfatizam que a definição de resiliência já estava presente, mesmo que de forma implícita, no referencial teórico de Freud, porém com outra conceituação. Sendo assim, a psicanálise pesquisa o processo de resiliência através da averiguação do funcionamento intrapsíquico do sujeito (CABRAL; LEVANDOWISKI, 2013). Junqueira e Deslandes (2003) comentam que a resiliência compreende um processo de superação do ponto de vista dialético, ou seja, o sujeito não elimina o problema, mas desenvolve uma nova ótica e ressignifica a situação adversa.

Alguns acompanhantes dos pacientes oncológicos que participaram desta pesquisa relataram questões relacionadas ao processo de enfrentamento da vivência do câncer como sendo uma experiência que exigiu certa força psíquica, além de promover, para alguns deles, um tipo de aprendizado para a vida.

*“(...) aí pronto, com o passar do tempo eu fui, eu fui ficando mais forte, porque eu fui a primeira vez, foi difícil, mas a segunda vez eu já sabia o que ia encontrar, eu já sabia as pessoas que eu ia ver lá, já fui me habituando, já fui me acostumando, fácil não é, é difícil, olhe, é difícil, e se você não tiver uma preparação grande você num vai, não, você abre mão pra outra pessoa ir, porque é difícil, é complicado.” (Caetana, 44 anos, acompanhante).*

*“E é assim uma satisfação muito grande, sabe? De poder contar, de poder dizer assim, que foi, que foi uma experiência que doeu, que 28 sofreu, mas que foi muito positiva, que me amadureceu muito como ser humano, muito, muito, muito, sabe? Os valores pra mim são outros, a... essas questões de, de, de vida, sabe? São outros, a gente é o ser, é tá bem, é fazer o bem, é amar sempre, sabe?” (Donana, 41 anos, acompanhante).*

*“Foi muito, muito assim, muito edificante a nossa vida essa experiência, porque nós, a gente aprende muito, aprende a viver melhor com as pessoas, tem mais amor pelas pessoas, preocupação mais com as pessoas, sabe?” (Compadecida, 58 anos, acompanhante).*

Os acompanhantes são confrontados não somente pela sua realidade, mas também são atravessados pelas demais realidades encontradas no setor de tratamento oncológico de um hospital, testemunhando diversos tipos de tratamento, curas, sofrimentos, dores e mortes. Nesse caso, a realidade até então desconhecida e que os tornava fragilizados e impactados, com o passar do tempo e da experiência, possibilitou familiaridade, e, sobretudo,

aprendizados.

Cabral e Levandowski (2013) em referência a Anault (2006) enfatizam que as qualidades necessárias ao funcionamento resiliente pressupõem a flexibilidade de ajustamento e de manejo dos recursos, em conjunto com a criatividade nas formas de adaptação para enfrentar a situação adversa. Nos discursos, nota-se que a experiência de acompanhar um paciente oncológico, apesar de ser descrita como uma tarefa difícil e que, por vezes, traz desgaste físico e emocional, o que caracteriza o sofrimento, é narrada também como uma vivência positiva e de gratidão, na perspectiva de desenvolvimento pessoal.

A experiência de ser acompanhante de paciente oncológico transformou a percepção desses participantes em relação aos seus próprios valores pessoais, e sobre o seu ser no mundo; as bagagens pessoais foram de encontro a esta nova e difícil realidade, que provocou impacto, desconforto e dor emocional, mas eles conseguiram contornar a situação, possibilitando arrancar elementos positivos, enxergar outros horizontes.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto foi possível averiguar e confirmar as hipóteses propostas para esta investigação. O lugar que o câncer ocupa no imaginário social interfere sim na forma como os pacientes oncológicos e seus acompanhantes lidam com o processo de adoecimento, tratamento e cura do câncer. Percebeu-se que tanto os pacientes, quanto os seus acompanhantes e familiares sofrem impactos psicológicos oriundos do diagnóstico, adoecimento e tratamento.

Inferiu-se que existem conteúdos conscientes e inconscientes que envolvem a vida dos sujeitos e que o diagnóstico de câncer representa, por vezes, uma sentença, dificultando a visualização das possibilidades de tratamento e de cura. Ademais, o diagnóstico e tratamento de câncer agem como o imperativo do Real, como uma dimensão insuportável que não cessa de se inscrever na vida do paciente oncológico, de seus acompanhantes e de seus familiares.

Com o presente estudo verificou-se que estes pacientes oncológicos e seus acompanhantes possuem uma representação simbólica do câncer associada à morte, e que alguns relacionam o fato de adoecer de câncer como uma condenação, julgamento e sentença de morte. Além dessa representação, verificou-se que o olhar que o paciente tem para si mesmo e sobre os olhares das outras pessoas para ele, interfere e atravessa sua subjetividade, o que evoca sentimentos de fragilidade, vulnerabilidade e vergonha, descritos nas 29 experiências de isolamento, exclusão e distanciamento por parte das outras pessoas. Atentouse, portanto, para o imaginário social dos participantes que carregam significados obsoletos, negativos e punitivos sobre o adoecimento de câncer.

Em contrapartida, certificou-se que os participantes desta pesquisa utilizaram de recursos subjetivos para lidar e enfrentar o processo de adoecimento e tratamento de câncer. Vale destacar que estes sujeitos utilizaram de suas crenças religiosas para o desenvolvimento da resiliência como mecanismos de enfrentamento físico e psíquico.

Em suma, espera-se que esta pesquisa possa servir como arcabouço para o desenvolvimento de práticas de tratamento psicológico, intervenções terapêuticas e protocolos de assistência em saúde, que considerem as questões conscientes e inconscientes do sujeito, que auxiliem junto do tratamento físico de câncer e promovam intervenções que trabalhem a resiliência. Apesar disso, reconhecemos que esta pesquisa apresentou limitações por ter uma amostra pequena de participantes e por ter sido realizada em apenas uma cidade, de forma virtual. Afirma-se, por fim, que a problemática não se esgota nesta investigação, tornando-se necessárias pesquisas futuras que aprofundem este assunto.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, M.A.F. et al. **Psico-oncologia: caminhos e cuidado**. In: AGUIAR, M.A.F. **Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida**. Summus. São Paulo, 2019.
- ALCANTARA, L. S., SANT'ANNA, J. L., SOUZA, M. G. N. **Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 18. n.9. p. 2507-2514, 2013.
- ALMEIDA, T. R., GUERRA, M. R., FILGUEIRAS, M. S. T. **Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: Uma revisão sistemática**. *Physis*. v.22, n.3, p.1003-1029, 2012.
- ALVES, G.S.; VIANA, J.A.; SOUZA, M.F.S. **Psico-oncologia: uma aliada no tratamento de câncer**. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. v.3, n.5, p. 520-537, jan-jun, 2018.
- AVELAR, A. **O traumático e o trabalho psicanalítico: uma reflexão sobre o lugar do analista**. *Estudos de Psicanálise*. n. 36. p. 29–42, Belo Horizonte, 2011.
- BARBOSA, L.N.F., FRANCISCO, A.L., EFKEN, K.H. **Adoecimento: O Ser para a Morte e o Sentido da Vida. Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v.2.n.1. p. 54-60, 2007.
- BARBOSA, L.N.F., FRANCISCO, A.L. **A Subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea**. *Câncer: Implicações para a clínica*. Revista SBPH. v.10n. 1. Rio de Janeiro, 2007.
- BLANCARD, M. H. **O real como impossível de dizer\***. *Opção Lacaniana Online*. n.12, p. 1-7. nov, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 2012: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.
- BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em Quimioterapia**. São Paulo: Atheneu. 1996.
- CABRAL, S. A.; LEVANDOWISK, D. C. **Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. v.16.n. 1. p. 42-55. mar. São Paulo, 2013.
- CARVALHO, M.M. **Psico-oncologia: História, Características e desafios**. *Psicologia USP*. v. 13. n. 1. p. 151-166. São Paulo, 2002.
- CASTRO-ARANTES, J.M.; LOBIANCO, A.C. **Corpo e finitude—a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.18. n.9. p.2515-2522, 2013.
- CUNHA, G.M.B., PARAVIDINI, J.L.L. **A relação transferencial na prática psicanalítica junto ao paciente com câncer**. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*, v. 32. n. 1. p.43-51, 2016.
- CHAVES, W.C. **O Estatuto do Real em Lacan: dos Primeiros Escritos ao Seminário VII, A Ética da Psicanálise**. *Paidéia*, v. 16. n.4. p.161-168, 2006.

DIETTERLE, P.D. **ASPECTOS SUBJETIVOS DO CÂNCER DE MAMA FEMININO: UMA LEITURA PSICANALÍTICA**. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do SUL – UNIJUÍ, Ijuí, 2016.

DÓRO, M.P.; PASQUIN, R.; MEDEIROS, C.R.; BITENCOUR, M.A.; MOURA, G.L. **O Câncer e sua Representação Simbólica**. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Curitiba v. 24 n.2. p.120-134. 2004.

FERREIRA, A.S.; BICALHO, B.P.; NEVES, L.F.G.; MENEZES, M.T.; SILVA, T.A.; FAIER, T. A.; MACHADO, R. M. **Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes Oncológicos e Identificação de Variáveis Predisponente**. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 62. n. 4. p. 321-328. 2016.

FERNANDES, H.A.; OLIVEIRA, M.X. **ESPIRITUALIDADE E PSIQUISMO: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA**. *Revista Científica da FMC*. v.11, n.1, p. 34-41, 2016.

FORSAIT, S.; CASTELLANOS, M. E.P.; CORDENONSSI, J. T.; VICENTINI, L.L.; SILVA, M.M.B.; MIRANDA, M.C.; MAGALHÃES, N.P.; CARTUM, J. **Impacto do diagnóstico e do tratamento de câncer e de Aids no cotidiano e nas redes sociais de crianças e adolescentes**. *Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde*. v. 34, n. 1, p. 6-14, jan/abr. Santo André, 2009.

FREUD, S. **Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas**. In: S.Freud. Edição Standar Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. 1996. (Obra original publicada em 1893).

FREUD, S. **História de uma neurose infantil. (“O Homem dos Lobos”), Além do Princípio do prazer e outros textos**. (1917-1920). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos** (1926-1929). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. **Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos**. (1914-1916). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Moisés e o Monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos**. (1937-1939). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias a psicanálise e outros textos**. (1930-1936). Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, Análise Fragmentária de uma Histeria (“O Caso Dora”) e outros textos**. (1901-1905). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. **Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina**. *Caderno de Saúde Pública*. v. 18. n. 1. p.197-204. jan-fev. Rio de Janeiro, 2002.

- JOVCHELOVITCH, S., BAUER, M.W. **Entrevista Narrativa**. In: BAUER, M.W., GASKELL, G. Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- JUNQUEIRA, M.F.P.S.; DESLANDES, S.F. **Resiliência e maus-tratos a criança**. Caderno de Saúde Pública. v. 19. n.1. p.jan-fev. RiodeJaneiro, 2003.
- KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. In: KOVÁCS, M. J. **Representações da Morte**. São Paulo: Casado Psicólogo, 1992.
- LACAN, J. **O Seminário: Livro 1: Os Escritos Técnicos de Freud**. (1953- 1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.
- LACAN, J. **O Seminário: Livro 6: O Desejo e sua interpretação**. (1958-1959). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2016.
- LACAN, J. **O Seminário: livro 10: a angústia**. (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- LACAN, J. **O Seminário: Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.
- LACAN, J. **Nomes-do-Pai**. (1901-1981). Tradução André Teles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- LACERDA, M. A. **Quimioterapia e Anestesia**. Revista Brasileira de Anestesiologia. v. 51.n.3. p. 250-270. 2001.
- LAVILLE, C., DIONE, J. **A construção do saber: manual de pesquisa em ciências humanas**. Artmed. Editora UFMQ. Belo Horizonte, 1999.
- LIMA, M.E. O. **Preconceito**. In: CAMINO, L.; TORRES, A.R.R.; LIMA, M.E.O.; PEREIRA, M. E. Psicologia Social: temas e teoria. 2 ed. Revista ampliada. Brasília, DF: Techenopolitik, 2013.
- MATIAS, I.N.; CERQUEIRA, T.B.; CARVALHO, C.M.S. **Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções do homem a partir do diagnóstico**. Revista Interdisciplinar. v.7. n.3.p. 112-120, jul-set, 2014.
- MENEZES, N. N. T.; SCHULZ, V.L.; PERES, R. S. **Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio**. Estudos de Psicologia. v.17. n.2. p. 233-240. mai-ago, 2012.
- MILLER, J. A. **Silet: Os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan**. Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. 2ed. Rio de Janeiro (RJ): Inca, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **A epidemiologia do câncer**. Rio de Janeiro, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?** BERNAT, A.B.R.; PEREIRA, D.R.; SWINERD, M.M. (Org.). Rio de Janeiro: INCA, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019.

MOURA, J.W.S.; ASSIS, M.F.; GONÇALVES, F.A.M.; MENDES, M.L.M. **Enfermagem e Quimioterapia: Um estudo no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP**. Cadernos de Graduação. Ciências Biológicas e da Saúde. v. 1. n.3.P. 11-20. Recife. 2014.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L.G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2.Ed. Lamparina, 2008.

MORI, V.D.; REY, F.G. **A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. Psicologia: teoria e prática**. v. 14. n. 3. p.140-152, 2012.

OMS. **Folha Informativa – Câncer**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094)>. Acesso em 16 maio de 2020.

PENNA, T. L. M. Dinâmica psicossocial da família de pacientes com câncer. In J. Mello Filho; M. Burd. (Orgs.) **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PORTO, A.O. **Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença**. Monografia. (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB, 2004.

QUEIROZ, M.S. **Câncer e deformidade facial: estigmas da diferença que causam sofrimento e dificultam o convívio social**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. (1951) 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

ROMANINI, M., ROSO, A. **Psicanálise, Instituição e Laço Social: O Grupo como dispositivo**. p. 343-365. São Paulo, 2012.

SILVA, L.C. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. Psicologia em Estudo. v.13, n.2, p. 231-237, abr./jun. Maringá, 2008.

SILVA, S.E.D.; VASCONCELOS, E.V.; SANTANA, M.E.; ARAÚJO, J.S.; VALENTE, T.;

OLIVEIRA, J.B.; CUNHA, N.M.F.; CONCEIÇÃO, V.M. **Câncer de mama uma Doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde. v.3, n.2, p. 452-463, 2012.

SORDI, A.O.; MANFRO, G.G.; HAUKE, S. **O Conceito de Resiliência: Diferentes Olhares.** Revista Brasileira de Psicoterapia. v. 13.n. 2. p. 115-132, 2011.

TEIXEIRA, E. **Algumas noções sobre a quimioterapia.** Comissão de Pneumologia Oncológica. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. 2006.

VENÂNCIO, J.L. **Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama.** Revista Brasileira de Cancerologia. v. 50.n. 1. p.55-63, 2004.

VINUTO, J. **A Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto.** Temáticas. v. 22, n. 44, p. 203-220. Campinas, 2014.

ZIZEK, S. **Como Ler Lacan.** Rio de Janeiro, Zahar, Editores, 2010.

## ANEXOS

### ANEXO1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Estudo sobre os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes e seus acompanhantes**, sob a responsabilidade de: Yago Porfírio Martinho e da orientadora Juliana Fonsêca de Almeida Gamadeforformatotalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem. Esta pesquisa tem como objetivo geral: investigar os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer, em pacientes e seus acompanhantes, e, como objetivos específicos: proporcionar um espaço de fala aos pacientes oncológicos e seus acompanhantes, identificar a representação simbólica do câncer nos pacientes participantes da pesquisa e os seus respectivos acompanhantes e, analisar, a partir das falas dos participantes, quais os impactos causados pelo diagnóstico e tratamento físico do câncer, pelo imaginário social, pelo olhar do outro e pela forma como o sujeito mesmo se percebe.

A justificativa desse trabalho se dá pela importância que terá para os pacientes oncológicos e seus acompanhantes, pois pretende obter dados que subsidie futuramente com aporte teórico e prático que venham a auxiliar de maneira positiva no tratamento desses sujeitos em adoecimento, levando em consideração um sujeito integralizado, que sofre como se feitos biológicos do adoecimento e tratamento do câncer, numa perspectiva biológica, assim como com o sofrimento psíquico decorrido dos mesmos

Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados. A coleta será realizada através de uma entrevista gravada e, posteriormente, as falas serão transcritas literalmente para serem analisadas. Informamos que esta pesquisa apresenta um risco mínimo no que se refere a integridade, saúde física, psíquica e social dos sujeitos envolvidos. Este trabalho é extrema

importância para um maior aprofundamento da temática proposta e sua prática, motivando e desenvolvendo novas formas de tratamento do câncer, considerando o sujeito na sua integralidade, nas dimensões física, psíquica e social. Traçando intervenções mais humanizadas e acolhedoras.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, **poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares**, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá um viado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Juliana Fonseca de Almeida Gama através dos telefones (83)991079593, ou através dos e-mails: julianafgama@gmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP.

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **Estudo sobre os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes e seus acompanhantes** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu

\_\_\_\_\_ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

## ANEXO 2

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

Eu, \_\_\_\_\_ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Estudo sobre os impactos psicológicos e sociais causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer em pacientes e seus acompanhantes** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Yago Porfírio Martinho e Juliana Fonsêca de Almeida Gama a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhum parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº.466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, /\_/\_/.

---

**Assinatura do participante da pesquisa**

---

## Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

### AGRADECIMENTOS

À Deus, por iluminar todos os meus caminhos e, em particular, a minha trajetória acadêmica, onde vivenciei momentos áridos, mas com a ajuda divina consegui atravessar este percurso de maneira mais firme e forte. "Em todas as circunstâncias, dai graças, porque esta é a vosso respeito à vontade de Deus em Jesus Cristo" (1 Ts 5, 18).

Aos meus pais que, de maneira singular, me adotaram em seus desejos desde o dia me viram pela primeira vez, e desde então, desempenharam como ninguém funções tão importantes para um bebê: maternar e paternar. Eles não mediram esforços, dentro das suas limitações, e nem investimentos afetivos para com a minha pessoa. À minha mãe Julieta, a matriarca da nossa família, quem tanto me ensinou e me educou, com seu jeito manso e preciso, sobre valores da vida como o amor, educação, respeito e paciência. Aprendi desde cedo com ela sobre os questionamentos existenciais e filosóficos, foi vendo-a em sua máquina de costura, que aprendi a remendar e alinhar os rasgões desse tecido tão frágil que é a vida. Ao meu pai Levino que, apesar das nossas diferenças, é o meu exemplo de fortaleza, de homem íntegro, respeitado e inteligente, mestre formado pelos concretos, é o alicerce concreto da nossa família. À vocês, meu eterno amor e gratidão! Aos meus irmãos, tios, primos e demais familiares que testemunharam e incentivaram a minha travessia, aos que torceram para que eu alcançasse a vitória.

À minha madrinha Célia (in memoriam), que tanto nos ensinou sobre que o amor está para além dos laços sanguíneos. As nossas lembranças estarão sempre guardadas em meu coração. Este trabalho tem inspiração no seu processo de adoecimento e tratamento de câncer, o qual não obteve a cura, porém, a senhora teve, através dos cuidados paliativos, seus últimos dias de vida de forma digna, onde tivemos o privilégio de encerrarmos esse ciclo com afeto em família. Encontrar-nos-emos um dia na morada celeste. Aos meus amigos com os dividi apartamento na cidade de Campina Grande-PB, onde compartilhamos momentos de angústias, dores e, acima de tudo, muitas alegrias, fomos suporte uns para os outros. Aos amigos que fiz na universidade, os quais me proporcionaram momentos de muito aprendizado com as diversas visões de mundo. Aos meus amigos de Taperoá-PB, aqueles de longa e curta data, que tanto me apoiam em todas as áreas da minha vida, vocês são essenciais na minha existência.

À Juliana Gama, minha professora e orientadora, por ter concordado orientar com tanto profissionalismo, ética, cuidado e zelo, a minha proposta inicial, a qual se tornou, graças ao nosso (des)encontro, esta pesquisa tão rica em histórias de diversos sujeitos. Eu consigo lembrar-me do dia em que a chamei, com muita insegurança, para orientar meu trabalho, não tínhamos tido nenhum contato nas disciplinas da graduação, a via pelos corredores do departamento de Psicologia, sabia da sua fama entre os alunos como excelente professora e sobre o forte desejo por psicanálise, isso foi o bastante para fazer minha escolha. Gratidão por toda a condução, leveza e implicação durante esse processo que foi tão árduo e particular para mim. Agradeço pelos ensinamentos que contribuirão para a minha jornada profissional e pessoal, e acima de tudo, como pesquisador que, hoje, consegue visualizar com maior clareza o objetivo da ciência. Pesquisadora, professora, psicóloga e ser humano admirável.

À banca examinadora! À professora e supervisora de Estágio Supervisionado das Ênfases I e II, Regina Celi Sales N. de Santana. Tivemos a oportunidade de (des)construirmos bastante através da nossa afinidade com a ética da Psicanálise, principalmente nas

contribuições ao meu saber fazer em (de)formação, nas atividades desenvolvidas na ClínicaEscola de Psicologia. Obrigado por todos os ensinamentos! À psicóloga e professora Amanda de Medeiros Lima, por aceitar agregar com as suas contribuições a este trabalho singular e a este momento tão significativo na minha vida.

Ao professor, dramaturgo e romancista, o eterno Ariano Suassuna, por toda a sua contribuição na área da Literatura Brasileira. Ele que fez o mundo todo conhecer a literatura nordestina com tanta originalidade, levando em consideração as raízes locais e a tradição popular. Agradeço por emprestar-me os nomes dos seus personagens ilustres que embalaram suas diversas e magníficas obras, para nomear os participantes deste trabalho.

Aos participantes que aceitaram compartilhar suas histórias e memórias tão cheias de significados e afetos, foi gratificante poder escutar tantas perspectivas de momentos difíceis da vida de cada um de vocês. Obrigado pela troca de experiência. Vocês me ensinaram o que eu não tiver a oportunidade de aprender na universidade. Gratidão!