

Psicanálise e psico-oncologia: considerações a partir da escuta de homens penectomizados por câncer

Luciano Lima de Oliveira
e Laéria Fontenele

Resumo

Problematizaremos, neste artigo, a inserção de psicanalistas em equipes de trabalho psico-oncológicas. Abordaremos algumas das especificidades conceituais e metodológicas pertinentes à psicanálise e à psicologia da Saúde. Em seguida, discutiremos as diferenças entre o saber psicanalítico e a psico-oncologia, a partir de um recorte preciso: a sexualidade em homens penectomizados, objeto atual de pesquisa por nós conduzida.

Palavras-chave

Psicanálise, Psico-oncologia, Psicologia da Saúde.

A estreita relação existente entre a psicologia da saúde e a psico-oncologia pode ser atestada a partir da definição dada a essa última por Glória Gimenes:

A psico-oncologia representa a área de interface entre a psicologia e a oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da psicologia da saúde para aplicá-lo:

(1) na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;

(2) na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer;

(3) na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos

profissionais da saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (GIMENES, 2003, p.46-47).

Podemos, assim, observar o esforço da pesquisadora em conceituar a psico-oncologia e em definir-lhe o campo de assistência e pesquisa, o qual tem por lastro a psicologia da saúde. Tal concepção, aliada à observação de Carvalho (2002) acerca da pluralidade de abordagens teóricas, que vêm orientando a atuação de psicólogos nessa área, traz à tona alguns problemas no tocante à sua possível articulação com a psicanálise.

De um lado, tem-se a demarcação metodológica da psico-oncologia; de outro, a constatação de que a prática psico-oncológica não se encontra assentada por sobre um único corpo teórico. Tal pluralidade teórica tem permitido a inserção de psicanalistas nessa prática, fazendo com que os também integrem o quadro dos profissionais considerados psico-oncologistas.

Nesse contexto, uma questão se nos impõe: como pensar a integração de psicanalistas em um serviço de psico-oncologia, quando é sabido que a psicanálise – fundamentada em Freud e Lacan – não possui uma proposta educativa e que a sua concepção de saúde é diversa daquela da psicologia da saúde?

Tal questionamento ainda se torna mais pertinente à afirmação de um autor como Costa Jr., bastante reconhecido no meio da psico-oncologia:

“A intervenção em psico-oncologia é baseada em modelos educacionais e não em modelos médicos ou clínicos que enfatizam estruturas patológicas e atendimentos terapêuticos individuais. O profissional no contexto da psico-oncologia deve priorizar a promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo. A experiência de tratamento deve constituir em uma condição de aprendizagem socio-comportamental e cognitiva para o paciente; cabe ao psicólogo demonstrar que os repertórios de comportamentos adquiridos no contexto do tratamento podem ser úteis em diversas situações de risco, mesmo aquelas distantes do contexto de doenças e tratamentos médicos, a que o indivíduo for submetido” (COSTA JR, 2001, p. 38-39).

Desse enunciado pode ser apreendida a intenção do autor em defender a filiação da psico-oncologia ao modelo de psicologia fornecido por sua vertente comportamental, mais especificamente de ordem cognitivista. Que o aludido modelo se preste bem aos objetivos da psico-oncologia, tal como o referido autor a compreende, isso não requer dúvida. No entanto, ao tomá-lo por referência, impondo-o como o mais adequado ou o mais eficiente, ele parece limitar o entendimento que porventura possa ser feito quanto ao alcance e à prática da psico-oncologia;

sugere, assim, ceticismo diante das possíveis contribuições de teorias de solos epistemológicos diferentes daquele ao qual faz referência.

Partindo, então, desses questionamentos iniciais, e sem ter a pretensão de respondê-los de forma definitiva, observamos que tanto a possibilidade de articulação entre psicanálise e psico-oncologia quanto a inserção do psicanalista em sítios, onde essa última é praticada, requerem precisões teóricas e metodológicas quanto às diferenças entre essas disciplinas e à indagação de como o psicanalista poderia estar em consonância com a psicanálise em seu trabalho psico-oncológico. Nessa direção, propomos realizar um recorte preciso na abordagem dessa questão, o qual consistirá em discutirmos alguns de seus elementos centrais – diferenças conceituais e metodológicas entre os dois campos – a partir de nossa prática institucional e de questões por ela suscitadas. Nela nos ocupamos, dentre outras atividades, do atendimento a pacientes acometidos por câncer de pênis – quadro clínico que pode ser encontrado com certa frequência no Ceará, uma vez que, segundo a Sociedade Brasileira de Urologia, trata-se do segundo estado do país em incidência de câncer peniano. Grande parte dos pacientes chega aos serviços especializados em estágio avançado da doença, fazendo com que a penectomia (amputação cirúrgica parcial ou total do pênis) passe a ser a primeira opção terapêutica. Conforme dados do Data/SUS, o número de penectomias no Brasil vem crescendo cerca de 10% ao ano, o que não deixa de ser preocupante, porquanto a doença é considerada pelos médicos como de fácil prevenção.

Pela especificidade desse tipo de câncer e as consequências que pode trazer para a sexualidade dos que são por ele vitimados, evidencia-se a problemática da sexualidade que passa, então, a ser objeto de interesse tanto dos psicanalistas quan-

to dos psico-oncologistas envolvidos no atendimento a esses sujeitos. Por isso mesmo, o nosso recorte incidirá sobre esse aspecto, o qual nos servirá para analisar as posições teórico-metodológicas das intervenções desses especialistas em relação à clientela em questão, sobretudo no que tange às repercussões da penectomia para a sexualidade dos pacientes a ela submetidos.

Mesmo que essa questão ocupe um lugar especial nesse tipo de prática, observamos serem, ainda assim, poucos os estudos publicados sobre a sexualidade de pacientes penectomizados.

Macieira e Maluf (2008), por exemplo, embora reconheçam a amplitude do conceito de sexualidade, o reduzem ao aspecto biológico e funcional, sendo inclusive o desejo tido como tributário da produção hormonal, conforme podemos atestar nesse comentário conclusivo: “[...] O desejo sexual mantém-se pela secreção normal de testosterona. Com a penectomia parcial, é possível manter a capacidade erétil suficiente para a masturbação, penetração vaginal, orgasmo e ejaculação” (MACIEL e MALUF, 2008, p.309).

D’Ancona et al. (1997) investigaram a qualidade de vida de 14 pacientes submetidos à penectomia parcial; nela a sexualidade foi um dos indicadores de qualidade de vida e foi avaliada através de entrevista semiestruturada e do Overall Sexual Functioning Questionnaire (OSFQ). Apesar da pretensão de tomar a sexualidade por objeto da pesquisa, percebe-se que ela é entendida por seus autores como correlativa à capacidade para a penetração, ao grau de interesse e satisfação sexual. Um pequeno trecho do texto relativo aos resultados do estudo não deixa dúvidas quanto a isso: “O grau de funcionamento sexual [grifo nosso] foi considerado normal ou levemente diminuído em nove (64%) pacientes. Somente dois (14%) homens apresentaram funcionamento sexual precário ou ausente” (D’ANCONA et al., 1997, p. 594).

Em outro estudo (Romero et al, 2005) são relatados os resultados de pesquisa acerca da função sexual de 18 pacientes submetidos à penectomia parcial. Nessa pesquisa, os instrumentos utilizados foram entrevistas e uma versão em português, já validada, do International Index of Erectile Function. Os autores concluíram que houve uma diminuição significativa, com respeito à função e à satisfação sexual, após a cirurgia. Com base nisso, recomendam o “Acompanhamento multidisciplinar com psicólogos treinados em terapia sexual (...) para ajudar os pacientes e seus parceiros a discutir seus sentimentos e facilitar o retorno do funcionamento sexual” [grifo nosso] (ROMERO et al., 2005, p.1294).

Em tais publicações, verifica-se a tendência em abordar o tema através de uma perspectiva biofuncionalista, com ênfase em modelos de intervenção de natureza educativa. Nota-se, igualmente, que apesar de os títulos dos artigos fazerem referência explícita à sexualidade, esta é considerada a partir da função e disfunção sexuais compreendidas no ato sexual. Para os conhecedores dos campos da psico-oncologia e da psicanálise, torna-se evidente que tais estudos compreendem uma concepção de sexualidade bem distinta da que lhe é atribuída pela psicanálise e, em consequência mesmo disso, uma metodologia de intervenção igualmente díspare. A manifestação dessas diferenças seria fator de incompatibilidade entre os dois referidos campos?

Ainda em seus momentos inaugurais, Freud (1905/1981) demonstra a importância em distinguir rigorosamente a sexualidade humana da sexualidade animal. Esta, ao contrário daquela, é regida pelo instinto, tendo por isso um objeto adequado de satisfação e períodos fixos de manifestação marcados pelo funcionamento biológico. A não adequação do homem à natureza e sua condição de pertença à cultura são responsáveis pela subversão de suas bases instituais, e o fazem regido pela pul-

são, que não tem objeto determinado. A pulsão, localizada na fronteira entre a psique e o corpo, será definida por Freud (1915/1981) como diferente do estímulo instintual, que é momentâneo, sendo ela uma força constante em ação no corpo e que se faz representar no psiquismo.

A sexualidade, como Freud (1905/1981) passa a concebê-la, não mais poderá ser reduzida, como o fazia a sexologia da sua época, à genitalidade e, portanto, ao ato sexual em si. Por isso, não foi gratuita a sua tese acerca da existência da sexualidade infantil, onde o corpo como um todo, e não apenas os órgãos genitais, é uma zona erógena por sobre a qual a libido traçará seus caminhos e a pulsão buscará satisfação.

Lacan, considerando o lugar ocupado pela pulsão nas manifestações da sexualidade humana, dirá que a elevação de uma parte do corpo à categoria de zona erógena se deve ao recorte pulsional do corpo. Trata-se, assim, de pensar as zonas erógenas, fontes da pulsão sexual, sem vinculação à maturidade biológica. De acordo com suas palavras: “A passagem da pulsão oral à pulsão anal não se produz por um processo de maturação, mas pela intervenção de algo que não é do campo da pulsão – pela intervenção, o reviramento, da demanda do Outro” (LACAN, 1990, p.171).

Lacan ainda demonstra haver, levando em consideração o lugar que ocupa o fato de o homem ser um sujeito de linguagem na estruturação de seu psiquismo, disjunção entre necessidade e sexualidade humana, além do desencontro entre demanda e desejo, conforme observa-se na afirmação:

“A pulsão apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz. Pois se se distingue, no começo da dialética da pulsão, o Not e o Bedürfnis, a necessidade e a exigência pulsional – é justamente porque nenhum objeto de

nenhum Not, necessidade, pode satisfazer a pulsão” (LACAN, 1990, p. 159).

Essa forma da pulsão de perseguir satisfação ocorre por razões de estrutura: o objeto apreendido pela pulsão não é o que a satisfaz, trata-se de algo que ocupa o seu lugar, não sendo definitivamente o objeto de nenhuma necessidade. Dessa forma, à pulsão só restaria contornar esse objeto sem jamais apreender o objeto pelo qual se satisfaria. A esse último Lacan denomina objeto a (referência a *autre*, outro em francês), construção lógica dele para nomear o objeto perdido do desejo.

A sexualidade, em Freud e Lacan, uma vez articulada ao inconsciente, passa a ser entendida a partir do conceito de “sexualidade psíquica”, na qual é preponderante o papel do desejo – marcado pela falta de objeto – e da fantasia. Para além do biológico, a concepção freudiana de sexualidade leva em consideração os destinos subjetivos do encontro traumático com a diferença sexual. Tais destinos serão decididos por meio do complexo de Édipo, culminando no modo como o sujeito haver-se-á com a castração.

Precisados estão, pois, alguns dos aspectos centrais à concepção de sexualidade em psicanálise e, apesar de sua complexidade, não mais nos alongaremos quanto a isso. É, no entanto, necessário considerar que a diferença, antes apontada, entre o conceito de sexualidade para a psico-oncologia e para psicanálise resulta num modo de intervenção clínica e num campo de pesquisa significativamente distintos entre ambos. Os modelos de intervenção e investigação fundamentados na realidade biológica, tal como se observa ocorrer na prática e na pesquisa de muitos psico-oncologistas, ao considerarem a sexualidade norteada por padrões comportamentais definidos como adequados, saudáveis ou normais para todo e qualquer sujeito, prescrevem saídas e métodos de

intervenção padronizados, ortopédicos e universais. A atuação do psicanalista ocorre sem a consideração desses padrões, bem como não visa a nenhuma medida educativa e nem à eliminação de todo e qualquer conflito capaz de promover o mal-estar dos sujeitos com os quais se ocupa em tratar. A tradição freudiana norteia a prática clínica no sentido de não abordar a vida sexual dos seres humanos de acordo com modelos de saúde ou doença. Em outras palavras, o psicanalista não deve e não tem como propor um caminho a ser seguido pelas saídas pulsionais que o sujeito será forçado a construir diante do impacto que a penectomia produz na representação que faz de seu corpo e sexo próprio, o qual produzirá modificações em sua economia libidinal e convocará medidas protetoras frente ao real que está em jogo na mutilação a que foi submetido. A amputação exige, portanto, do psiquismo, a tarefa de encontrar novos destinos para a pulsão sexual, tanto para o paciente quanto para o parceiro. Isso implica levar em consideração o papel da fantasia como sustentáculo do desejo (Lacan, 1990).

As palavras de um paciente em face do imponderável da cirurgia a que seria submetido servem de ilustração do modo como a sexualidade é permeada pela fantasia: “A gente ainda tem a língua, né, doutor?”. Este fragmento mostra o sujeito em um processo de elaboração próprio, através dos significantes que animam sua fantasia, indicando com isso um possível deslocamento pulsional. Outros casos são igualmente ilustrativos da importância em se considerar, na intervenção e na pesquisa com homens penectomizados devido a câncer, o modo de significar a sua sexualidade a partir de então. Sr. L., 60 anos, por exemplo, na véspera de sua cirurgia, em explícita referência ao outro afirmou: “As pessoas vão ficar falando que eu não tenho mais nada, vão ficar caçoando. Qual é a mulher que vai querer saber de mim? Se eu sair com ela, ela vai ver que eu não

tenho mais nada e aí vai falar pras outras”. Outro sujeito, assim expressou a sua angústia:

“Não quero aceitar que corte a cabeça do pênis. O médico disse que ia deixar uma parte e eu ia poder ter relação, mas eu não acredito. Não dá, doutor. Se cortar a cabeça é como uma cobra doida na areia quente. Quando a gente corta a cabeça de uma cobra ela sai doida, sem direção. Sem a cabeça o corpo não sustenta, né? A minha mulher disse que se ele tirar só o couro não tem problema, mas eu não disse a ela que ele ia cortar a cabeça. Como é que vou satisfazer as necessidades dela?”

Outramente, J.S, submetido à penectomia total, apressa-se em afirmar que não pensa mais em mulher, procurando enfatizar que sua angústia se articula a outras razões, o que, por sua vez, estava associado ao lugar que outrora acreditava ocupar no desejo do Outro:

“Esse negócio de mulher, isso não é nada não. O problema é ter perdido uma parte do meu corpo... Não poder trabalhar. Quando eu era criança, eu ia com meus irmãos e minha mãe pra roça. Eu era pequeno, magrinho, mas a minha mãe sempre dizia que eu era o melhor porque eu arrancava toco muito rápido.”

As enunciações desses sujeitos abrem questões não restritas ao funcionamento sexual, e, portanto, seus tratamentos não podem ser reduzidos ao fornecimento de diretrizes comportamentais a serem observadas por eles em suas vidas sexuais. Antes tratar-se-ia, para o psicanalista, de promover, conforme apostamos em nossa prática para com eles, a elaboração dos danos subjetivos e do sentido cifrado que a perda do pênis, ou parte dele, ocupa em

seus psiquismos. Com isso, promove-se a criação, por cada sujeito, de algum sentido diante do vazio de significação provocado pela referida perda. O que bem revela a importância de que se reveste a escuta psicanalítica em ambiente hospitalar, por ampliar o alcance dos benefícios terapêuticos. No entanto, consideramos que tal só é possível com a observância pelo psicanalista – nos serviços psico-oncológicos – dos fundamentos psicanalíticos. Não prescindir da especificidade de seu ofício, e fazer-se ouvir pela equipe, a partir das contribuições que lhe pode agregar, poderá contribuir com a oferta de uma escuta dirigida menos ao paciente que ao sujeito, proporcionando-lhe a consideração do valor significativo de sua fala, bem como para a construção de outra definição para a psico-oncologia. ◻

**PSYCHOANALYSIS
AND PSYCHO-ONCOLOGY:
CONSIDERATIONS FROM
LISTENING TO MEN
PENECTOMIZED FOR CANCER**

Abstract

In this article we discuss the insertion of psychoanalysts into teams of psycho-oncologists. We also deal with a number of conceptual and methodological specificities related to psychoanalysis and health psychology. Finally we discuss the differences between psychoanalysis and psycho-oncology as applied to the problem of sexuality in penectomized men – object of our current research efforts.

Keywords

Psychoanalysis, Psycho-oncology, Health psychology.

Bibliografia

CARVALHO, Maria Margarida. *Psico-oncologia: história, características e desafios*. Psicol. USP, São Paulo, v.13, n.1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 18/fev./2009.

COSTA JR., A. L. *O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde*. Psicol. cienc. prof., jun.2001, v.l.21, n.2, p.36/43.

D'ANCONA, C.A.L. et al. *Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma*. Urology, n.50, p.593-596, 1997.

FREUD, Sigmund (1905). *Tres ensayos para una teoria sexual*. In: Obras Completas. 4.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. Tomo II.

FREUD, Sigmund (1915). *Los instintos y sus destinos*. In: Obras Completas. 4.ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981. Tomo II.

GIMENES, M. G. G. *Definição, foco de estudo e intervenção*. In: CARVALHO, M. M. (Coord.). *Introdução à psico-oncologia*. São Paulo: Livro Pleno, 2003, Cap.II.

LACAN, J. *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. 3.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 4.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

MACIEIRA, R. C.; MALUF, M.F. *Sexualidade e Câncer*. In: CARVALHO, V.A. *Org. e Outros. Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus Editorial, 2008, Parte VI.

ROMERO, F.R. et al. *Sexual function after partial penectomy for penile cancer*. Urology, n.66, p. 1292-1295, 2005.

RECEBIDO EM: 15/04/2009

APROVADO EM: 27/04/2009

SOBRE OS AUTORES

Luciano Lima de Oliveira

Psicólogo do Hospital do Câncer do Ceará-ICC e do Hospital das Clínicas – UFC. Mestrando em Psicologia pela UFC.

Laéria Fontenele

*Psicanalista e Professora Adjunta da UFC.
Diretora do Corpo Freudiano – Seção Fortaleza.
Autora de A Interpretação e de A máscara e o véu: o discurso feminino e a poesia de Adélia Prado.*

Endereço para correspondência:

Rua Paulo Morais, 620
60175-175 – FORTALEZA/CE
Tel.: (85) 3224-8203
E-mail: lucianoldeoliveira@yahoo.com.br

