



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Luzia Rodrigues Pereira


Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico

Rio de Janeiro

2015

Luzia Rodrigues Pereira

Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico



Dissertação de mestrado apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Medeiros da Costa

Rio de Janeiro
2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEH/A

R696 Pereira, Luzia Rodrigues.
Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico. / Luzia Rodrigues Pereira. – 2015.
125 f.

Orientadora: Ana Maria Medeiros da Costa.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Câncer – Aspectos psicológicos - teses. 2. Psicanálise - teses. 3. Luto – Aspectos psicológicos – teses. I. Costa, Ana Maria Medeiros da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU: 159.9:616.006

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luzia Rodrigues Pereira

Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico

Dissertação de Mestrado apresentada, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 08 de julho de 2015

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria Medeiros da Costa (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dra. Sonia da Costa Leite
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dra Nuria Malajovich Munõz
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro
2015

DEDICATÓRIA

Dedico a satisfação e o entusiasmo que a escrita desse trabalho me proporcionou a cada paciente que pude escutar no hospital oncológico.

AGRADECIMENTOS

A Ana Costa por ter acolhido tão delicadamente minhas questões, no grupo de estudos, ainda no instante de ver, por me auxiliar com serenidade no tempo de compreendê-las e por sua presença no momento de concluir. Agradeço pela sua leveza e gentileza que me possibilitaram sustentar esse trabalho, pela competência que me inspira e pela precisão com que orienta minha liberdade na escrita.

A Nuria Malajovich pelas inestimáveis contribuições que têm marcado meu percurso desde a residência em saúde mental, por todo aprendizado, incentivo e disponibilidade ao longo desses anos.

A Sonia Leite por ter auxiliado com delicadeza a transição do meu trabalho na saúde mental para a instituição oncológica, tornando-a mais suave e possível, também pelas interlocuções e aprendizado na disciplina ministrada no mestrado, que contribuíram de forma bastante positiva para a escrita deste trabalho.

E a ambas, pelas importantes considerações feitas durante o exame de qualificação, que foram imprescindíveis para o avanço do trabalho. É um grande privilégio tê-las por perto.

Ao programa de Pós Graduação da UERJ pela oportunidade, tão desejada por mim, de realização do mestrado neste programa. Aos docentes pelo aprendizado e riqueza das aulas ministradas. Aos funcionários da secretaria pela atenção e disponibilidade.

Ao Flávio Chaves, com quem partilho a vida, pelo companheirismo, amor e cuidado diário. Pelos ensinamentos de física e lógica que me ajudam no entendimento da teoria laciana. E também por suportar minha ausência e meu desejo de saber um pouco mais, sempre um pouco mais...

Aos meus queridos pais, exemplos de dignidade, honestidade e coragem que me possibilitam seguir adiante. Pelo carinho de sempre e orgulho de tê-los como pais. E também por apoiarem minhas escolhas, ainda que fisicamente eu não esteja em Minas.

A minha irmã, pela torcida e apoio nos momentos mais difíceis deste trabalho, também aos meus irmãos e cunhados pela família amada que formamos e pelos laços que nos unem. E, em

especial, aos meus sobrinhos queridos, cuja presença alegre iluminou meus momentos de estudo em Minas e por tanto me encantarem.

Às minhas tias, pelo ‘gosto’ ao aprendizado e à escrita, desde muito cedo! Pela alegria que isso me proporciona, pela dedicação e cuidado de cada uma, por todo investimento e pela coleção de Freud logo no início da minha graduação em psicologia.

Ao meu sogro pela leitura e correção atenta deste e de outros trabalhos, pelos ensinamentos de português, e sobretudo, juntamente a minha sogra e cunhados, pelo acolhimento afetuoso na família.

A Ana Cláudia Soares pela amizade, por nossa afinidade, pela ajuda na tradução de francês e por incentivar e acompanhar esse trabalho desde o início.

A Regina Jacinto pelo convite de participação no grupo de estudos com a Ana Costa, por ser minha “precursora” e incentivadora desde a especialização em clínica psicanalítica.

A Carolina Darly, Carolline Linhares, Diana Santoro e Pollyanna Ferrari, amigas queridas que compõem ‘minha família no Rio’ pelo apoio, cada uma a seu modo, e pelos momentos preciosos em que podemos estar juntas, sempre importantes para “renovar as energias”.

A Luciana Dantas, Márcia Regina, Maria Beatriz pelo “time” que formamos no nosso “setor”, pela parceria, pelo respeito e cordialidade que temos umas pelas outras, e por me auxiliarem a manejar a jornada de trabalho para a realização do mestrado.

Aos amigos, profissionais e pacientes mineiros e cariocas da ‘saúde mental’, base da minha formação, pelos preciosos ensinamentos e parcerias. Em especial às amigas que têm compartilhado da experiência no hospital: Ana Beatriz Bernart e Monica Marchese.

A Ana Lúcia Aguiar pela escuta que me conduz a novos caminhos e pela experiência da psicanálise.

A Sarita Gelbert pela supervisão cuidadosa e acolhimento, essenciais para a sustentação da clínica.

Ao Romildo do Rêgo Barros e participantes do grupo de estudos pelo espaço de trocas e aprendizado imprescindíveis para o trabalho no hospital.

A Vanessa Contente pelo ensino do espanhol e pela tradução para o inglês, por todo seu empenho e dedicação na função de transmitir seu saber.

Aos colegas da turma do mestrado, em particular às amigas Marcélia Cogo, pela afinidade não só do tema do mestrado, mas que tivemos uma pela outra, pela parceria e auxílio nesse período e a Janaina Bianchi e Luciana Correia pela convivência descontraída no grupo de orientação e por compartilharem essa travessia comigo.

Às equipes do hospital em que trabalho, em especial do serviço social e de enfermagem, pela importante parceria e transferência de trabalho.

Aos discentes da residência multiprofissional e médica, em especial aos de psicologia pelos questionamentos que me permitem repensar cotidianamente o trabalho, por incitarem meu desejo de saber e pelo aprendizado diário e enriquecedor. E também aos de oncologia, pela parceria de trabalho em algumas situações limite.

A coisa não está nem na partida nem na chegada; está é na travessia.

Guimarães Rosa

Nem o sol nem a morte podem ser olhados fixamente.

La Rochefoucauld

RESUMO

PEREIRA, L.R. *Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico*. 2015, 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

A presente dissertação busca retratar uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico. Aponta as peculiaridades desse espaço, ao demarcar as especificidades da medicina e da psicanálise no que tange ao conceito de corpo e tempo, bem como à ética própria a cada uma. Aborda ainda o luto, em um espaço em que o mesmo é tão frequente, tendo em vista as perdas imputadas no corpo ou da própria vida. O conceito de transferência é abordado de forma a interligar os temas apresentados, uma vez que é a partir da transferência que o analista pode trabalhar no hospital e construir um trabalho com a equipe. Objetiva-se descrever as diferenças que circundam psicanálise e medicina, por serem justamente tais diferenças o que possibilita o trabalho do analista no hospital.

Palavras-chave: Câncer, psicanálise, medicina, corpo, tempo, luto, transferência.

ABSTRACT

PEREIRA, L.R. *A psychoanalytic clinics experience in an oncology hospital*. 2015, 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

This dissertation aims to portray a psychoanalytic clinical experience at an oncology hospital. Indicates the peculiarities of this space, when it defines the specificities of the medicine and the psychoanalysis referring to the concept of body and time, as well as the ethic that belongs to each one. It also discusses the mourning, in a space that it is so frequent, bearing in mind the losses in the body or in the own life. The concept of transference is reported in a way in which it can be linked to the themes presented, since it is from the transference that the analyst can work at the hospital and build a job with the team. The aim is to describe the differences that surround psychoanalysis and medicine, due to the fact that such difference enables the analyst's job at the hospital.

Keywords: Cancer, psychoanalysis, medicine, body, time, mourning, transference.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	O CORPO ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE NO HOSPITAL ONCOLÓGICO	14
1.1	O Hospital e o Nascimento da Clínica Médica	14
1.2	A díade Cura/ Palição no tratamento oncológico	20
1.2.1	<u>O que evidencia a Medicina Baseada Em Evidências?</u>	23
1.3	Um retorno ao Narcisismo frente o adoecimento	26
1.4	Desdobramentos do Conceito de Pulsão	32
1.5	Contrapontos entre Psicanálise e Medicina	39
1.6	Discursos e Posição Ética	45
1.6.1	<u>Um atropelo- para o bem do sujeito?</u>	50
2	TEMPO E LUTO	54
2.1	Freud e a substituição do objeto	55
2.2	O luto e o tempo em Hamlet	60
2.2.1	<u>O retalho e a costura</u>	65
2.3	Breves recortes sobre o tempo	67
2.4	A urgência subjetiva no contexto hospitalar	71
2.5	Alienação e Separação: o que se impõe em uma cirurgia para o sujeito	74
2.5.1	<u>Uma decisão do sujeito e suas implicações</u>	79
2.6	A função do testemunho no diagnóstico oncológico	83
2.6.1	<u>Entre marchinhas carnavalescas, um testemunho</u>	89
3	A TRANSFERÊNCIA NO CONTEXTO HOSPITALAR	92
3.1	Breve explanação sobre a Transferência em Psicanálise	92
3.2	O tempo e a transferência	98
3.3	A Transferência na Instituição hospitalar	100
3.4	A transferência entre pares	105
	MOMENTO DE CONCLUIR	113
	REFERÊNCIAS	116

INTRODUÇÃO:

Iniciei meu percurso através da formação teórico-prática em instituições psiquiátricas. A partir de tal experiência, interessou-me refletir sobre as especificidades do trabalho clínico que visa a produzir a passagem do psicótico de um dispositivo hospitalar à vida na comunidade.

Posteriormente, comecei um novo trabalho em uma unidade de tratamento do câncer de mama de um hospital público, regido pelos preceitos do Sistema Único de Saúde, onde perdurou meu desejo pelo trabalho com sujeitos em uma instituição, quando algo avassalador se impõe, bem como às suas saídas singulares e, por vezes, inusitadas.

Assim como na construção teórica da psicanálise, o que abordaremos nesta dissertação é embasado em experiências clínicas que emergiram no campo da medicina: a escuta a pacientes nesse contexto supracitado. O trabalho será ilustrado com algumas vinhetas, uma vez que, a partir da clínica, surgiu o interesse pela pesquisa. Ambas são indissociáveis, de acordo com a perspectiva freudiana. Os nomes e outros dados, que porventura possam identificar os pacientes, serão preservados.

O câncer de mama marca uma incidência do real, que é indizível. Isso faz com que cada sujeito, em sua singularidade, necessite de lidar com seu adoecimento, forma de contornar o real pelo simbólico.

Como cada sujeito pode atravessar o adoecimento oncológico? E quando o tempo do sujeito não coincide com o tempo da medicina para realizar um procedimento no corpo? Qual a relação entre tempo e luto? Como se constrói o trabalho em equipe nesse cenário? Para deslindar tais questões, tão presentes em minha prática clínica, recorreremos às diferenças entre psicanálise e medicina, bem como à relação entre o tempo do sujeito e o luto que o tratamento oncológico pode impor. Articularemos ainda o conceito de transferência no contexto hospitalar.

Destarte, no capítulo 1, contextualizaremos o nascimento da medicina enquanto ciência moderna, para em seguida, abordarmos as peculiaridades da oncologia, como o tratamento de finalidade curativa e/ou paliativa. Nossa intenção, no presente trabalho, não é privilegiar um ou outro, por compreendermos que, muitas vezes, eles se tornam indissociáveis no tratamento do câncer, mas abordá-los no que se referem aos temas que intencionamos trabalhar. Abordaremos ainda, nesse campo, a prática usual da medicina baseada em evidências.

Versaremos sobre o conceito de corpo para a psicanálise através de um recorte na teoria do narcisismo e das pulsões no que as mesmas poderão nos auxiliar na compreensão da constituição do sujeito. Nesse mesmo capítulo, abordaremos também as diferenças entre o organismo, que se oferece às intervenções médicas, e o corpo de linguagem. Essas circundam as relações entre Psicanálise e Medicina, tanto teoricamente como na práxis clínica. Há contrapontos entre as mesmas, mas, por outro lado, trata-se de dois olhares, que acreditamos poder conviver no mesmo espaço, uma vez que é o que escapa à medicina, que será central na abordagem do psicanalista.

Ainda no capítulo I, abordaremos as diferenças entre a ética da medicina e a da psicanálise. Se o hospital costuma ser visto como o lugar onde muitas tragédias acontecem, abordaremos a tragédia, Antígona e a questão de não ter recuado de seu desejo. Para finalizar o capítulo, a ilustração de uma vinheta clínica de M, que, tal como Antígona, também fez valer o seu desejo.

No segundo capítulo, abarcaremos a relação estabelecida entre tempo e luto. Ambos se fazem necessários no contexto hospitalar e estão intrinsecamente relacionados, uma vez que não há luto sem tempo. Frente às perdas que se impõem no hospital, qual o tempo do sujeito para elaborá-las? Abordaremos a concepção de Freud sobre o luto e a relação que ele estabelece com o tempo, em textos que têm como pano de fundo a Primeira Guerra Mundial. Tentaremos apresentar, de forma breve, as elaborações freudianas que versam sobre a atemporalidade do inconsciente, bem como a transitoriedade e a forma de lidar com o objeto perdido.

Realçaremos a construção lacaniana sobre o luto que perpassa também pela tragédia, através de Hamlet. Buscaremos uma relação entre o luto vivido pelo personagem e a questão do tempo. Traremos sucintamente as contribuições de Allouch sobre essa temática, a partir de sua leitura dos textos de Freud e Lacan. Ilustraremos com uma vinheta clínica a impossibilidade de o luto ser elaborado sem um tempo do sujeito.

Abordaremos também o tempo lógico e suas especificidades no contexto hospitalar. O sofisma dos prisioneiros nos auxiliará a perpassar os três tempos lacanianos, bem como a importância desse para o trabalho quando uma urgência subjetiva se impõe. Em seguida, os conceitos de Alienação e Separação nos auxiliarão na compreensão da noção de perda, que é constitutiva do sujeito. Para ilustrar, uma vinheta clínica que elucida uma recusa do sujeito à cirurgia cujo intuito é o de preservar sua vida.

Finalizaremos o capítulo 2 com a Literatura de Testemunho, novamente certa correlação com a temática da guerra a fim de descrever experiências traumáticas, tal como o

câncer, e o que pode ser testemunhado pelo sujeito sobre isso. Exemplificaremos com uma vinheta clínica.

Outro conceito psicanalítico que nos remete ao tempo é o da transferência, um dos Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise, conforme preconizado por Lacan. Descrevemos sobre ele no último capítulo deste trabalho. Não por acaso, já que buscaremos costurar e extrair efeitos das vinhetas descritas nos capítulos anteriores, e, concomitantemente, articular à teoria. Além de sua relação com o tempo, mencionaremos as especificidades da transferência na instituição e com a equipe, esclarecendo que o trabalho do analista no hospital tem uma vertente clínica e uma vertente institucional e, quando ambas caminham juntas, o trabalho se torna mais possível.

1 O CORPO ENTRE A MEDICINA E A PSICANÁLISE NO HOSPITAL ONCOLÓGICO

O presente capítulo versa sobre a constituição do corpo e as diferenças do mesmo para o discurso médico e para a psicanálise. A concepção de um corpo imaginário e pulsional não corresponde ao corpo anatômico e fisiológico da medicina.

Temos visto que os processos de decisão médica no contexto hospitalar se respaldam cada vez mais na tecnologia, na racionalização e na padronização. No entanto, nem sempre foi dessa forma, como veremos ao contextualizar historicamente, de forma breve, a medicina. Deter-nos-emos no campo da oncologia e na linha tênue entre o cuidado de finalidade curativa e paliativa, bem como no viés da medicina baseada em evidências, no que tange ao tratamento do câncer. Perpassaremos os discursos médico e da psicanálise apresentando algumas peculiaridades e a posição ética de cada um deles. É a partir das diferenças entre essas duas disciplinas que o trabalho analítico é possível na instituição, como veremos.

Abordaremos o conceito de narcisismo para compreensão do corpo capturado pela imagem e também o conceito de pulsão que pode subverter a ordem anatômica do organismo. Sabemos que ao psiquismo é sempre demandada uma resposta pelo que acomete o corpo e, no contexto hospitalar, é essa resposta a ser dada pelo sujeito que nos interessa.

O papel do analista na instituição é oferecer uma escuta a partir de outra posição, abrindo a possibilidade de o próprio sujeito se escutar. A proposta de trabalho, por sua vez, é sustentada pela ética da psicanálise e, nesse sentido, por um questionamento de cada situação que é apresentada e que só pode ser abordada em sua singularidade.

1.1 O Hospital e o Nascimento da Clínica Médica

Para iniciar este trabalho precisamos contextualizar o espaço no qual nos encontramos e os significantes que nos interessam, quais sejam: corpo, tempo, luto e transferência. Esses, inseridos na instituição hospitalar, nos remetem tanto a Freud, quanto a Lacan, que originalmente iniciaram seus ensinamentos na era moderna tendo como pano de fundo a clínica hospitalar. Nossa intenção, antes de chegarmos às contribuições desses dois autores e às de outros contemporâneos, é fazermos uma breve incursão na história do nascimento do hospital no que tange à entrada da medicina nesse espaço.

O hospital nem sempre esteve vinculado à prática médica, como vemos atualmente. Foucault (1984) nos aponta que o hospital como um instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Anteriormente a esse período era uma

instituição que se propunha a dar assistência aos pobres, mas que, concomitantemente tinha também a função de excluí-los e separá-los da sociedade.

Ao se referir ao risco médico, tão atual nas práticas clínicas, Foucault nos aponta que isso não é uma novidade, data do momento em que um efeito positivo da medicina foi acompanhado, por sua própria causa, de várias consequências negativas e nocivas. Ele se reporta a esse período que mencionamos:

(...)são abundantes os exemplos na história da medicina moderna, que começa no século XVIII. Nesse século, pela primeira vez a medicina adquiriu força suficiente para conseguir que certos doentes saíssem do hospital. Até a metade do século XVIII, ninguém saía do hospital. Ingressava-se nele para morrer. A técnica médica do século XVIII não permitia que o indivíduo hospitalizado abandonasse a instituição com vida. O hospital era um claustro para morrer, um verdadeiro “morredouro” (Foucault, 1947/2010.p.177)

É digno de ressalva que esse período corresponde à ascensão da burguesia, a forma como o hospital existia não correspondia às novas exigências do Estado. Destarte, ele passou por um momento, no qual foi utilizado pelo Estado, para fazer frente aos desafios de organizar os espaços das cidades. Ribeiro (1993, p. 24) esclarece essa questão:

[...] a mudança de qualidade da instituição hospitalar traduziam necessidades e exigências geradas pelas novas políticas econômicas e sociais das nações europeias que floresciam com o mercantilismo e a incipiente industrialização. Os adensamentos urbanos e o intenso movimento portuário, em decorrência do sistema de trocas entre a Europa manufatureira e demais continentes, países produtores de outros tipos de mercadorias, aproximaram povos e doenças, obrigando a adoção de medidas sanitárias abrangentes.

A transformação desse espaço hospitalar ocorre quando se começa a purificar o hospital dos efeitos nocivos, da desordem que ele provocava. A reordenação do hospital ocorreu a partir de, não mais da força física, mas de uma nova forma de coerção, uma tecnologia que, para Foucault (1984), pode ser chamada política: a disciplina. Além dessa, ele aponta a transformação do saber e da prática médica como outro fator de mudança na configuração do espaço hospitalar.

É portanto o ajuste desses dois processos- o deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar- que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá a função de reordenar o mundo do doente e da doença, uma disciplinarização e vigilância desse espaço, de forma a transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. A medicina não será mais individual, como era anteriormente a esse período, mas incide no cenário hospitalar e também no social, na medida em que passa a

levar em conta outros campos, distintos dos doentes e a se interessar por aspectos que não somente as doenças.

Para Foucault (1984, p.109): “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”.

O hospital passa a ser não somente um lugar de cura, mas também de registro e acúmulo e formação de saber. A medicina começa então a ter seu lugar, não mais restrito ao livro, mas no próprio hospital, no que é cotidianamente relatado nesse espaço. Segundo Foucault, é assim que naturalmente se chega, entre a décadas de 1780 e 1790 a afirmar que a formação normativa do médico deve passar pelo hospital. O ambiente hospitalar torna-se um espaço de prática, produção e transmissão de saber. E os doentes, por sua vez, graças à tecnologia hospitalar, tornam-se objetos de saber e alvos de intervenção da medicina.

O hospital como uma instituição disciplinar parece demarcar que sua presença se faz no espaço clínico através da instrumentalização de inúmeras técnicas que visam ao controle e à submissão, a partir de um olhar hierárquico capaz de tudo observar, mensurar, avaliar, analisar. Técnicas de controle que, segundo Foucault (1984), nas instituições que seguem o modelo disciplinar, incidem sobre o espaço, o movimento e o tempo de forma a estabelecer uma especificidade própria à dinâmica hospitalar.

O hospital começa assim a ocupar o cenário social e um campo de saber, detentor de conhecimento. Foucault (1977), além de retratar a origem do hospital tal como o temos hoje, em “O Nascimento da Clínica”, nos auxilia na compreensão do estatuto científico adquirido pela medicina. Ele retoma a análise histórica do conhecimento da doença e busca demarcar as principais características da ruptura entre a medicina classificatória e a clínica médica moderna.

No período precedente ao século XVIII, a medicina se utilizava de um modelo classificatório para descrever as doenças, embasado nas ciências naturais. Vigorava-se a medicina classificatória, na qual a configuração da doença era independente de seu espaço de localização no corpo e recebia uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies, tal como na botânica. Em tal modelo, a teoria e a prática médicas consistiam em submeter a doença a uma nosologia. Portanto, o conhecimento de uma doença era sempre um reconhecimento, no que era puramente visível e nomeado enquanto sintoma.

Com o aparecimento da anatomia patológica, emerge a medicina moderna. São pressupostos da ciência localizar no corpo biológico a lesão, cuja investigação e observação poderiam suscitar estudos para sua terapêutica. Ocorreu assim uma mutação essencial no

saber médico: a partir desse momento, o que estava oculto sob a enfermidade foi organizado através de uma nova linguagem e olhar do médico, assiste-se à transformação do saber médico em um discurso racional. É a possibilidade de uma nova formulação discursiva que marca a diferença da medicina praticada até então.

Para Foucault, foi com base no hospital e em várias formas de controle social que a medicina pôde ganhar impulso e adquiriu essas novas dimensões. À medida que a medicina se converteu em uma prática social em detrimento da individual, abriram-se possibilidades não só à anatomia patológica, mas também à grande medicina hospitalar e aos progressos oriundos desse campo. Portanto, a medicina, que se dedica a outros âmbitos para além das doenças e segundo um sistema de relações que não é dirigido pela demanda do doente, é um velho fenômeno que faz parte das características fundamentais da medicina moderna. (Foucault, 2010, p.183).

Nos últimos anos do século XVIII e início do século XIX, a medicina passa a ser articulada a uma “ciência positiva.” O olhar, organizado em torno de uma linguagem racional, que dará objetividade às coisas. Para Foucault, o aparecimento da clínica, como fato histórico, deve ser identificado como sistema de algumas reorganizações:

Considerada em sua disposição de conjunto, a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (isolamento, por exemplo, do tecido, região funcional de duas dimensões, que se opõe à massa, em funcionamento, do órgão e constitui o paradoxo de uma «superfície interna»), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substituiu uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas) articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em um espaço tridimensional). (Foucault, 1977, p.XVII)

Assim, no século XIX, a exigência da cientificidade modificou fundamentalmente a clínica médica, pois o médico a partir de então começa a submeter sua ação ao rigor e à experimentação da comprovação científica, passo que resultou na objetividade de sua atuação. Portanto, é a experiência clínica que dá à medicina seu estatuto positivo, conferindo-lhe elementos para uma formulação discursiva.

O médico deve submeter a sua prática à autoridade da ciência, privilegia a análise dos fatos em detrimento da narrativa do paciente, expressa na mudança observada por Foucault (1977) no diálogo estabelecido entre o médico e seu paciente: Se antes o médico iniciava uma consulta com a pergunta “o que você tem?”, a partir de uma nova formulação discursiva, a substitui por “onde lhe dói?” Inaugura-se uma clínica na qual se pretende que os fatos se

apresentem ao olhar médico sem serem perturbados por um discurso marcado pela subjetividade, conferindo à própria linguagem médica um estatuto racional e científico.

Dessa forma, a clínica e o hospital do século XIX ganham um novo estatuto que também assegura à medicina seu lugar entre as ciências. Tanto Foucault (1984) como Clavreul (1983) afirmam que houve um retorno à era hipocrática, mas sem que se abrisse mão da experiência clínica, baseada na cientificidade e comprovações anátomo-fisiológicas. Esse espaço nascente tem como principais características a busca de um saber cada vez mais especializado e que procura desafiar o que antes era reconhecido como fruto da natureza.

Para Foucault (1974/2010, p.181), apesar dos avanços tecnológicos, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade.

Canguilhem (1982) utiliza-se de um estudo histórico, acompanhando o percurso da medicina ocidental dos últimos séculos. Ele nos aponta que não é possível se falar de patologia objetiva; pode-se praticar objetivamente, de forma metódica, crítica e experimentalmente, mas seu objeto não é um fato, e sim um valor. É a vida enquanto atividade de informação e assimilação que busca lutar contra tudo que constitui um obstáculo à sua manutenção e desenvolvimento. Ou seja, cientificamente, não se ditam normas à vida.

Para o autor não deveria haver uma dicotomia que separasse saúde e doença, a normalidade e a patologia deveriam fazer parte de uma mesma natureza, através de uma mesma realidade: a vida. Segundo ele: “É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (Ibidem, p.50).

Padrões mensuráveis podem ser úteis na clínica, dão uma visão do que é normal como algo prevalente, estatisticamente demonstrado ou objetivamente mensurável, mas a saúde e a doença exigem outros tipos de terapêutica para serem melhor apreendidas. Canguilhem aponta o conceito de normativo como a capacidade de criar novas normas de funcionamento sempre que isso se fizer necessário para a preservação da saúde do indivíduo. Para Bezerra (1998, p.51) a normatividade está relacionada à plasticidade, à capacidade de enfrentar as injunções do meio e obstáculos que se oponham à vida. Não se restringe ao que está dentro dos padrões esperados, mas é capaz de criar novos padrões para si, sempre que se fizer necessário. É um fato que fundamenta as escolhas e preferências dos viventes.

Em filosofia entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. (Canguilhem, 1982, p.96)

Uma simples objetividade mensurável das médias não basta para qualificar o estado de um órgão, ou mesmo de um organismo como normal ou patológico. É sempre importante atentar para a normatividade presente. Cada sujeito, dentro de um contexto que envolve sua subjetividade, a sociedade, a cultura e a história, tem a sua própria concepção do que é o normal para si. A saúde não é a adequação a uma norma, a um modelo predefinido, mas a possibilidade de instituir novas normas como abertura para eventuais modificações.

Bezerra (1998, p.52-53) aponta que os médicos não lidam apenas com aspectos físicos, químicos ou histológicos, mas também com o sofrimento imposto aos pacientes, decorrente, por algum motivo, da diminuição de sua capacidade normativa. Ele acrescenta ainda que quanto mais se conhece o pensamento de Canguilhem, mais elucidativa é a concepção do grau de normatividade do paciente. Para o mesmo, a terapêutica deve estar justificada, não para trazer o organismo para os padrões previamente estipulados como normais, mas deve estar no aumento da normatividade que um paciente pode alcançar, dadas as condições de limitações que a doença impôs.

Lacan (1960-61, p.93) questiona o conceito de saúde, que não está de forma alguma assegurado e elogia o trabalho de Canguilhem, mas aponta que sua influência é muito limitada nos meios propriamente médicos. “Sem procurar especular num nível de certeza socrática sobre a saúde em si, o que demonstra, por si só, especialmente para nós psiquiatras e psicanalistas, até que ponto a ideia de saúde é problemática, são os próprios meios que empregamos para alcançar o estado de saúde.”

Algo do singular, do particular de cada história se impõe. A saúde, segundo Canguilhem, não é o retorno ao funcionamento orgânico anterior, mas sim a capacidade de tolerar variações das normas habituais. Seria então a capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga, ou seja, a capacidade normativa.

Destarte, é possível considerar que não se retorna a uma “norma adequada”, mas cria-se uma norma diferente. Podemos pensar como uma forma de recuperação ou adaptação do paciente. Isso é ser normativo, a possibilidade de criação e invenção de normas possíveis.

Após esse breve apanhado histórico sobre a medicina, com pontos que nos auxiliam a pensar em como a mesma hoje desenvolve suas práxis, refletiremos sobre as práticas médicas adotadas na instituição oncológica em que desenvolvo meu trabalho.

1.2 A diáde Cura/ Palição no tratamento oncológico

Ao pensarmos no modelo médico de tratamento oncológico, cura e palição são diádes importantes e interligadas que parecem contornar o cuidado médico ao paciente. Em algumas instituições oncológicas, vigoram-se dois modelos assistenciais: a assistência curativa, com foco mais voltado para o tratamento e a cura da doença; e a assistência paliativa, em que o paciente é encaminhado para outra unidade assistencial destinada exclusivamente a esse cuidado, que busca garantir a melhor qualidade de vida possível ao paciente no momento do esgotamento dos recursos curativos ou de prolongamento da vida. Em muitas instituições, esses modelos de tratamento sofrem uma dissociação, não estão interligados.

O avanço tecnológico, na contemporaneidade, permite o conhecimento de novos e diversos métodos de diagnóstico, que facilitam a deliberação do tratamento adequado para cada paciente e apontam muitas vezes para uma maior possibilidade de cura. Tal tratamento de finalidade curativa, em oncologia, traduz-se como tratamento invasivo, ou seja, um procedimento médico agressivo, com penetração no organismo. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, no câncer de mama o tratamento pode ser feito pela cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, utilizadas de forma isolada ou combinada, dependendo do tipo celular do órgão de origem e do grau de invasão do tumor.

Alguns significantes que, apesar da conotação de cura que podem ter para a medicina, angustiam muitos sujeitos na clínica: *tratamento invasivo, nódulo maligno*. Já os significantes dos cuidados paliativos, que falaremos a seguir: *progressão, avanço ou evolução da doença* podem ser confundidos como indicadores de um bom resultado. Dicotomias e mal entendidos entre tratamentos curativo e paliativo, com seus respectivos significantes, convivem na assistência oncológica. Há ainda certa conotação bélica nos significantes relacionados ao câncer: *combatê-lo, vencer a doença, ser derrotado por ela, matar as células malignas*.

Segundo Menezes (2004, p.214), os cuidados paliativos estão direcionados aos limites da medicina curativa. É um modelo inovador de assistência que expressa uma dimensão crítica da medicina como um todo, à fragmentação de seu olhar e, conseqüentemente, de um exercício profissional dirigido a um doente fracionado e objetificado. No entanto, a autora nos esclarece que não se trata de uma libertação do aparato médico, “mas sim de um refinamento e capilarização das suas formas de exercício de controle.”

Em algumas instituições, no Brasil e no mundo, o tratamento curativo/ invasivo é dissociado dos cuidados paliativos. Quando se esgotam os recursos curativos, o paciente é encaminhado para outra unidade de tratamento, destinada exclusivamente ao cuidado paliativo.

Uma concepção do tratamento paliativo como uma unidade de tratamento e não como uma linha de cuidado transversal gera muito sofrimento, assim como mal- entendidos e conflitos tanto para os pacientes e seus familiares, como para as equipes. Muitas vezes é comum ouvir dos médicos, ao informar sobre tal encaminhamento para seu paciente: “*Lá eles vão dar conta do seu caso.*” “*A equipe de lá é especializada*”.

Há um rompimento com a equipe que cuidou do paciente desde o início de seu tratamento, além de uma ideia, muitas vezes velada, pelos próprios profissionais e pacientes, de que “*é a unidade da instituição para morrer.*” É como se houvesse uma antecipação da morte em vida, um corte brusco que impõe um outro tempo para o paciente. A transferência é vilipendiada. Para além de fatores econômicos que são utilizados para justificar a existência de tal instituição, percebemos uma certa idealização da instituição numa tentativa de não se deparar com o real.

Destarte, o desafio da assistência oncológica parece ser a integração dos cuidados paliativos aos cuidados curativos, uma outra forma de lidar com as perdas, de não recuar. Segundo o Instituto Nacional de Câncer:

O término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que "muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo" e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente.

Cuidado paliativo- o significativo cuidado evoca a uma experiência que acompanha o sujeito desde seu nascimento, sem a qual ele morreria. Já paliativo nos remete a uma dimensão temporal, de acordo com o Aurélio “que serve para acalmar, atenuar ou aliviar momentaneamente um mal.” Do ponto de vista etimológico, segundo Malengreau (1995, p.87): “paliativo vem do latim *palliare*, que literalmente significa encobrir com um manto e, por extensão, cobrir um mal que não encontra um verdadeiro remédio”

Os cuidados paliativos marcam um ponto de ruptura para a ciência, é uma dimensão temporal que ajuda o médico a se ocupar do paciente quando a medicina curativa não tem

mais recurso. A prática dos cuidados paliativos coloca os profissionais de saúde no limite de seu poder, nos limites do discurso da ciência.

Rêgo Barros¹ ('informação verbal') nos aponta que a psicanálise e os cuidados paliativos têm pontos em comum: não se propõem à cura e exigem de seu praticante uma atitude modesta. Ambos são práticas que se definem estritamente pela sua experiência, não há um saber fazer instituído, o que torna necessária uma certa aliança com o que cada paciente tem de mais singular. A ética parece prevalecer sobre a técnica.

Segundo Malengreau (1995, p.87), não é de qualquer impossível de suportar que a psicanálise se ocupa, mas apenas de um impossível de suportar que toma a forma falada. “A palavra é isso a partir do que o psicanalista se orienta; ela é o que o orienta e com o que ele opera. A psicanálise se ocupa do impossível de suportar a partir das formas que ele toma no dizer, e portanto também a partir dos meios que nos damos para nomear.”

A psicanálise toma a palavra como norte, opera no sentido de relativizar a validade das verdades instituídas de modo a trabalhar para que a clínica seja sempre soberana, o que nem sempre se mantém quando o que prevalece é exclusivamente um panorama paradigma da Medicina Baseada em Evidências, que tem sido considerado um dispositivo modernizador que os médicos utilizam na diminuição de riscos na tomada de decisões clínicas, como veremos abaixo.

1.2.1 O que evidencia a Medicina Baseada em Evidências?

Em uma época em que a medicina é um importante regulador do modo de viver dos sujeitos, bem como a mídia que destaca pesquisas biomédicas, vemos emergir a medicina baseada em evidências (MBE). Tanto a medicina curativa como algumas linhas do cuidado paliativo servem-se da medicina baseada em evidências.

Interrogamos informalmente a alguns profissionais médicos sobre a medicina utilizada na instituição em que trabalho e a opinião foi unânime de que o tratamento oncológico é

¹ BARROS, R. *Antropologia e clínica dos cuidados paliativos*. Simpósio ministrado no Instituto Nacional de Câncer, em 23-01-2015

embasado na medicina baseada em evidências. Um mastologista respondeu-me *“Hoje usamos a MBE, não é mais o achismo ou alguma coisa que aquele médico presenciou em algum momento, hoje em dia não é só mais a experiência daquele médico, é mais seguro com a MBE.”*

Segundo Bastos (2006, p.46), medicina baseada em evidências é a denominação de um movimento que emergiu na década de 1990, ligado à epidemiologia clínica anglo saxônica, que se propunha estudar as eficácias diagnósticas e terapêuticas dos procedimentos utilizados na prática médica. É produto do rearranjo de 3 disciplinas: a bioestatística, a informação biomédica e a epidemiologia clínica. De acordo com a autora, foi definida, originalmente, como o processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas.

A MBE parece uma expressão contextualizada da medicina que, como coletivo de pensamento, tem moldado um determinado olhar sobre as doenças, criando um estilo médico que também se faz presente na clínica oncológica. É baseada na aplicação do método científico a toda a prática médica, com a utilização de técnicas oriundas da ciência, engenharia e estatística, tais como: revisões da literatura existente, análise de risco-benefício e experimentos clínicos randomizados e controlados, de forma a aperfeiçoar o raciocínio clínico para além da vivência clínica e experiência pessoal de cada médico.

Sackett (2003, p.19), um dos criadores do movimento da medicina baseada em evidências, define a mesma como a integração das melhores evidências de pesquisa com a habilidade clínica e a preferência do paciente. A meta apregoada pela MBE é procurar diminuir a distância entre o conhecimento científico, teórico e sua aplicação prática, transformando-o em elemento de apoio às decisões diagnósticas e terapêuticas e em instrumento para uma melhor atuação profissional. Almeja produzir conhecimentos sólidos sobre a etiologia das doenças e métodos preventivos, diagnósticos e terapêuticos que precisam ser continuamente atualizados e também modificar, através do acesso a essas informações, a prática dos médicos num processo de educação continuada.

A MBE, por ter um padrão universal, retoma a matriz positivista da redução do qualitativo ao quantitativo. Ela se insere em uma racionalidade moderna com leis universalizantes que muitas vezes privilegiam a doença em detrimento do doente.

Sackett (2003) parece reconhecer a limitação da MBE em pesquisas que questionem sobre os próprios pacientes, ou sobre sua experiência de doença. Ele aponta que as perguntas feitas pelos pacientes aos médicos quase sempre são relativas à experiência com a doença, os exames diagnósticos e os tratamentos, e não relativas aos resultados dos exames ou desfechos

da saúde que geram um impasse. Cita a pesquisa qualitativa, a qual, para ele, é que se encarrega desses assuntos:

Esse tipo de pesquisa procura descrever e compreender os sentimentos, ideias e a experiência mais ampla do paciente, em vez de medir objetivamente os desfechos. Embora consideremos a integração da pesquisa qualitativa um dos principais desafios atuais da MBE, prontamente admitimos que não somos especialistas nessa área, que a encaminhamos aos outros. (Ibidem, p..39-40)

Para Castiel (2002, p.119), um importante aspecto na discussão sobre a Medicina Baseada em Evidências diz respeito à autonomia do paciente que pode ser levada em conta, mas, no entanto, fica subjacente à primazia de abordagens objetivantes, universalizantes e previamente qualificadas – a escolha do médico junto a seu paciente passaria a ser a escolha da “melhor evidência, prevalecendo, em tese, o princípio bioético da beneficência.” Os autores defendem que a MBE permanece privilegiando a doença em detrimento do doente e, ao instituir leis universalizantes em sua abordagem, pretende proteger tanto médicos quanto pacientes da intromissão de aspectos por ela considerados indesejáveis ao tratamento, como sentimentos, intuições, desejos ou resistências.

Lembro-me, no entanto, da fala de um oncologista que propôs certa transição “*de uma medicina baseada em evidências para uma medicina baseada no relacionamento*”, como forma de, para ele, preservar “*o encontro clínico e a boa relação com o paciente*”. Para a psicanálise, ele falava da transferência! Intuitivamente ele via efeitos profícuos no andamento de seu trabalho e em sua clínica pela transferência estabelecida com seus pacientes. Ele se utiliza da medicina baseada em evidências, mas compreende bem que existe algo para além da mesma que necessita de ser levado em conta.

Cabe-nos indagar se diante do acesso à informação facilitada pela MBE, que atualiza diariamente as pesquisas realizadas e os artigos científicos publicados, sobretudo em uma doença orgânica que ainda carece de tantos conhecimentos como o câncer, se os médicos podem se furtar a esse meio de consulta que os auxilia a definir as condutas de tratamento.

Castiel (2002) propõe certo cuidado para que a medicina baseada em evidências não se apodere de todo o campo semântico da medicina, apontando como um desafio considerar a saúde com as múltiplas dimensões sem desconsiderar a vertente científica e o que ela tem a nos oferecer.

O sujeito pode vir a se identificar aos números, às taxas indicadas nos exames, às entidades diagnósticas em sua ânsia de significar o vazio de sua condição de estar acometido por uma doença grave; mas não há propriamente uma elaboração psíquica nisso. Os números,

as estatísticas, as tabelas e as entidades diagnósticas não coincidem com o que é singular do sujeito.

Costa (2011a) se refere ao significativo “evidência” como um certo achatamento do tempo de compreender. A autora tece uma relação da evidência com o instantâneo: se vê e se sabe. Paradoxalmente, é nesse contexto que se constitui o campo da crença e que se exclui o sujeito:

A “evidência” coloca o tema do olhar cumprindo uma função oposta do que pretende sustentar. Ela institui um curto circuito no tempo, soldando olhar e saber ao instante de ver, dispensando a dúvida do tempo de compreender. Esta última é constituinte do sujeito dividido, pela implicação na experiência do insabido do inconsciente, naquilo que o olhar veicula de vazio. Assim, pela dispensa do insabido, a “evidência”, paradoxalmente, constitui nosso sistema de crenças. A evidência: “eu vejo, eu sei” – institucionalização do saber ao instante da informação, constituição das crenças que dirigem nosso cotidiano e que nos dispensam da implicação. (Ibidem, p.242)

Apesar de o campo da medicina se constituir muitas vezes como uma evidência, essa não pode se configurar em uma dimensão de desimplicação do sujeito e do médico nesse campo de saber.

MBE tem as mesmas letras de BEM, significativo que destacaremos mais detidamente ao trabalharmos a questão da ética. A medicina pode se basear no bem do paciente, mas é preciso não confundir, como o corretor do computador, que insiste em corrigir MBE para BEM, só o sujeito poderá dizer o que é seu bem, coincidindo ou não com a evidência.

Antes de avançarmos na relação estabelecida entre psicanálise e medicina sobre a ética do bem ou do bem dizer, abordaremos os conceitos psicanalíticos de narcisismo e pulsão com a finalidade de circundar a ideia de corpo para a psicanálise, que está posta para além do orgânico.

1.3 Um retorno ao Narcisismo frente o adoecimento

Freud, (1930/1996, p.84 e p.93) ao discorrer sobre O Mal-Estar na Civilização, nos afirma que o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: o mundo externo, uma vez que a natureza pode agir contra nós com forças impiedosas; o relacionamento com os outros homens e, o que mais detidamente nos interessa aqui, ao considerar um diagnóstico de câncer: a fragilidade do nosso próprio corpo. Para ele:

Nunca dominaremos completamente a natureza, e nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização. Esse reconhecimento não possui

um efeito paralisador. Pelo contrário, aponta a direção para a nossa atividade. Se não podemos afastar todo sofrimento, podemos afastar um pouco dele e mitigar outro tanto. (Ibidem p.93)

Costa (2009, p.114) afirma que a psicanálise reconhece a impossibilidade de dominar completamente o mal estar, na medida em que esse é parte da civilização, sendo inclusive responsável por criá-lo.

Nesse contexto, o sujeito acometido por um câncer depara-se muitas vezes com a fragilidade de seu corpo, bem como com perdas narcísicas. Abordaremos, assim, a ideia de corpo para a psicanálise através de um recorte da imagem corporal.

Segundo Leite (2002, p.156): "O fenômeno do mal estar na cultura se constitui num apelo permanente ao trabalho de simbolização do sujeito e, simultaneamente, na possibilidade de surgimento do singular." Se a doença orgânica se apresenta como uma das causas do mal estar, é preciso apostar no surgimento do singular, através da escuta aos sujeitos.

Para delinear tal ideia de corpo na psicanálise, perpassaremos a obra freudiana, de forma a privilegiar os escritos a partir de 1914, quando o conceito de narcisismo é proposto. Esse será essencial para o delineamento da Segunda Tópica. Escrito há cem anos, o texto preserva contribuições essenciais do legado freudiano que serão importantes para pensarmos no corpo diante do adoecimento.

Embora Freud tenha feito o primeiro uso do termo narcisismo em 1910, para explicar a escolha do objeto nos homossexuais, é na Introdução ao Narcisismo que ele se embrenha de fato no conceito ao considerar particularmente os investimentos libidinais do eu do sujeito, constituído por uma instância psíquica particular, em detrimento do investimento de um indivíduo biológico. Ele aborda ainda de maneira precisa a questão da gênese do ego.

Freud afirma que o termo Narcisismo foi escolhido por Paul Nacker para demonstrar a atitude de uma pessoa que trata o seu próprio corpo da mesma forma como trata o corpo de um objeto sexual- que é afagado e acariciado até obter a completa satisfação. Visto dessa forma, o narcisismo seria equiparado a uma perversão, seu estudo abordaria as mesmas expectativas que qualquer outra das perversões.

Porém, Freud (1914a/1996, p.81) percebe atitudes narcisistas em outros sujeitos, como os homossexuais e os neuróticos, o que o leva a concluir que o narcisismo nesse sentido não seria uma perversão, mas sim o complemento libidinal do egoísmo inerente à pulsão de autopreservação, da qual, justificadamente, é atribuída uma dose a toda a criatura viva.

Destarte, não é possível viver sem uma dose de narcisismo. Mesmo em momentos em que a libido do sujeito esteja encaminhada em direção ao objeto de desejo, uma parte de

narcisismo é atribuída a todo sujeito. Nicéas (2013, p.37), a partir de tais constatações freudianas, aponta que “está aí construída, a partir da leitura de outros autores e da observação de seus próprios pacientes neuróticos, uma primeira justificativa, centrada na referência às pulsões, para que Freud nos oferecesse a sua leitura do narcisismo.”

Freud submete sua própria teoria da libido à clínica das psicoses, confronta a primeira à constatação de um narcisismo primário na demência precoce, abordando suas características (a megalomania e os desvios de interesse do mundo externo). Em seguida, percebe que os neuróticos também abandonam suas relações com a realidade, porém sem a supressão de investimento erótico nas pessoas e nas coisas:

(...) ainda as retém na fantasia, isto é, ele substitui, por um lado, os objetos reais de sua memória por objetos imaginários, ou mistura os primeiros com os segundos, e, por outro, renuncia à iniciação das atividades motoras para a obtenção de seus objetivos relacionados àqueles objetos. (Freud, 1914a, p.82)

A partir da questão sobre o que acontece à libido que foi afastada dos objetos externos na esquizofrenia, Freud retoma à megalomania e nos aponta que essa surge às expensas da libido objetal. Para Freud (Ibidem, p.82), “a libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo.”

É ao investimento libidinal que Freud dá o nome de narcisismo. Ele constatou, através dessas expressões patológicas supracitadas, que estamos na presença de uma retirada da libido dos objetos externos e de uma reversão dessa libido para o ego, que, por sua vez, se transforma, ele próprio, em objeto de amor.

Essa reformulação incidiu numa redistribuição das pulsões sexuais, por um lado colocadas no ego: a libido do ego (ou libido narcísica) e, por outro, nos objetos externos, por isso a denominação de libido objetal. Freud (Ibidem, p.83) traça uma antítese entre a libido do ego e a libido objetal: “Quanto mais uma é empregada, mais a outra se esvazia” Abordaremos também tal antítese ao nos referirmos mais à frente ao texto Luto e Melancolia.

A distinção, na libido, de uma parte que é específica do ego e outra que se liga aos objetos, constitui a consequência irrecusável de uma primeira hipótese, que separava as pulsões sexuais e as pulsões do ego.

Para obter um conhecimento melhor do narcisismo, bem como da distribuição da libido, Freud o estuda a partir da doença orgânica, da hipocondria e da vida erótica dos sexos. Deter-nos-emos na doença orgânica, que mais se aproxima do nosso tema de pesquisa, para ilustrar a libido do eu e libido do objeto.

Para Freud, uma pessoa atormentada pela dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu próprio sofrimento. Não raro, na clínica oncológica, percebemos um reinvestimento no próprio eu em pacientes que se defrontam com o diagnóstico: *“Quero cuidar mais de mim agora.”* *“Primeiro eu, segundo eu, terceiro eu, vai ser assim agora, filho e marido vão ter que se virar.”* *“Ficava só pensando no meu trabalho, cuidava de tudo e esqueci de mim, agora é correr atrás.”*

“Aqui a libido e o interesse do ego partilham o mesmo destino e são mais uma vez indistinguíveis entre si” (Ibidem, p.89)

Nesse texto, Freud critica as posições de Jung, sobretudo a ideia preconizada por este de uma libido indiferenciada. A obra freudiana do narcisismo, para Nicéas (2013, p.29), fez nascer uma segunda oposição no campo das pulsões; no entanto, dessa vez, trata-se de uma oposição desdobrada em uma diferença restrita ao destino da libido, a libido do eu e a libido do objeto. Ele nos alerta que o termo libido do eu não se confunde com as pulsões do eu, as últimas permanecem reservadas a um dos dois polos da primeira oposição pulsional.

Embora a diferenciação entre as pulsões sexuais e as de autoconservação freudianas de 1915 ainda contenha alguns equívocos, que serão a posteriori apontados pelo próprio Freud, ele desde já inaugura o dualismo, que depois estará na sua Segunda Tópica, mais elucidativa em 1920, ao apontar um novo dualismo pulsional, como veremos mais detalhadamente no próximo tópico.

Ainda no texto Sobre o Narcisismo, o Pai da Psicanálise retoma o conceito autoerotismo, abordado por ele desde seus primeiros ensaios sobre a sexualidade- à luz do que lhe ensinava a análise dos sintomas dos neuróticos- como um estágio inicial da libido. “A pulsão não está dirigida para outra pessoa; satisfaz-se no próprio corpo, é autoerótica”. (Freud, 1905/1996, p.170).

Para Freud (Ibidem, p.171), a princípio, a satisfação da zona erógena está associada à necessidade de alimento, mas posteriormente se dissocia de tal necessidade. Com a dentição, a criança começa a mastigar e, devido a isso, no autoerotismo ela não se serve de um objeto externo para sugar, prefere uma parte da própria pele, de forma a lhe ser mais cômodo e se tornar mais independente do mundo externo.

A pulsão sexual, no autoerotismo, busca satisfação parcial sem recorrer a um objeto externo. Assim o sugar não é mais a satisfação de uma necessidade, mas de um prazer já experimentado que o sujeito busca repetir. No autoerotismo, o corpo não é considerado como um todo, como uma unidade, mas partes do corpo são tomadas como objeto de investimento

libidinal. Não há uma referência ao eu, no entanto, sua definição é mantida e posta em relação direta com sua hipótese do narcisismo.

Uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. As pulsões autoeróticas, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo- uma nova ação psíquica- a fim de provocar o narcisismo. (Freud, 1914a/1996, p.84)

Ou seja, as pulsões autoeróticas estão presentes desde o início, no entanto, algo precisa ser acrescentado ao autoerotismo - uma nova ação psíquica- para que o narcisismo se constitua. Freud não define em seu texto o que seria essa nova ação psíquica, que se somaria ao autoerotismo para originar o narcisismo. É Lacan quem irá prolongar e complementar o texto freudiano ao se referir ao Estádio do Espelho.

Em “O Estádio do Espelho como formador da função do Eu” (1949/1998), ele retoma o debate trazido por Freud ao marcar com o narcisismo a origem do eu. É um dos momentos em que Lacan aborda o processo de apropriação da imagem do próprio corpo, imagem essa construída a partir de uma outra, a de seu semelhante.

Segundo Nicéas (2013, p.95), “o narcisismo equivale a esse instante em que se explicita a fundação do eu, exteriormente às funções vitais, momento em que ele se dá à pulsão sexual, ao seu investimento por ela, à maneira de um objeto libidinal.” Para o autor isso equivale tanto ao que a clínica do narcisismo confirmou a Freud como ao que tratou Lacan no Estádio do Espelho, ou seja, a concepção da instância psíquica do eu enquanto objeto libidinal, feita à imagem da forma do humano.

O Estádio do Espelho é definido por Lacan como uma identificação com a imagem do semelhante e a percepção de sua própria imagem no espelho. Há uma transformação produzida pelo sujeito quando ele assume uma imagem.

Ao ver sua imagem no espelho, na imagem do outro, a criança toma conhecimento de seu corpo como uma totalidade. Lacan aponta que tal apreensão do corpo é prematura em relação ao próprio domínio motor e fisiológico que essa pequena criança ainda não detém.

Portanto, a apreensão imaginária da unidade corporal antecede à própria maturação fisiológica e motora do sujeito. Essa prematuração não é impeditiva de que a criança se precipite na direção de uma forma ortopédica, representada pela Gestalt da totalidade do corpo.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem e nesse estágio de infans parecer-nos à pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se

objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (Lacan, 1949/1998 p.97).

A imagem na psicanálise ganha corpo, a imagem do corpo do sujeito, em um momento de prematuração se instala o júbilo. Ao prosseguir os estudos freudianos, Lacan estabelece essa íntima relação entre o eu e o corpo na constituição do sujeito. Ele nos aponta que a função do estágio do espelho, como um caso particular da função da imagem, é a de restabelecer uma relação do organismo com a realidade.

O Estádio do Espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação- e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica. (Ibidem, p.100).

Da “imagem despedaçada do corpo”, imagem dos membros do corpo, à incidência do Outro em suas relações, pode-se falar da passagem de um corpo autoerótico para o corpo narcísico.

A imagem especular é construída a partir da relação com o Outro e funciona como um complemento fisiológico. Isso coloca, de uma forma mais radical, que o corpo só funciona pelo complemento da imagem especular, a tal ponto que real e imagem se equivalem, não se diferenciando. (Costa, 2001, p.36)

Para que essa imagem do eu seja constituída e se abra a uma dialética, é preciso que intervenha, além do imaginário, o registro do grande Outro, é o que exprime o esquema óptico. Lacan, no Seminário, livro 1, nos apresenta o esquema óptico como uma abordagem mais complexa do estágio do espelho.

No Seminário 1, o autor comenta a questão, já abordada acima, insistindo em sua teoria do estágio do espelho: “a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário de seu corpo, prematuro em relação ao domínio real” (Lacan, 1953-54/1998, p.109). No esquema óptico, tal como no Estádio do Espelho, vemos como uma imagem só se sustenta pela palavra, baseada na dependência do ser humano ao campo do Outro.

Para Lacan, a propósito do texto freudiano sobre o narcisismo, é a relação simbólica, o significante que define a posição do sujeito como aquele que vê, para que ele, assim, possa se alienar na sua própria imagem, ditada pelo Outro.

A distinção é feita nessa representação entre o Ideal Ich e o Ich Ideal, entre o eu ideal e o ideal do eu. O ideal do eu comanda o jogo de relações de que depende toda a relação a outrem. E dessa relação a outrem depende o caráter mais ou menos satisfatório da estruturação imaginária. (Ibidem, p. 187)

No texto “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade”(1960/1998,p.679), Lacan se respalda no modelo do esquema óptico, já

apresentado no Seminário 1, para tratar das relações do eu ideal com o ideal do eu. Considera que tal modelo é para ele como uma “afinidade com os efeitos de refração condicionados pela clivagem entre o simbólico e o imaginário.”

Através da combinação de espelhos planos e côncavos, o sujeito é levado a ver dois objetos distintos: a jarra e o ramo de flores, como se o último estivesse contido na primeira. O espelho plano é o que possibilita ao sujeito ver a imagem do espelho côncavo. O primeiro é representado por A, o Outro, através do qual o sujeito se vê.

Nesse modelo, o objeto real não está no campo de visão, ele ‘existe’ ao campo da visão. Para Lacan (1964/2008, p.143) é no Outro (A) que o sujeito se constitui como ideal, ele se refere à pulsão escópica para afirmar “(...)que ali onde o sujeito se vê, isto é, onde se forja essa imagem real e invertida de seu próprio corpo que é dado no esquema do eu, não é de lá onde ele se olha.”

Tanto no Estádio do Espelho quanto no Esquema Óptico, Lacan situa no simbólico o que propicia a constituição da imagem especular. Localiza, então, o Outro na figura de um espelho plano como a única via possível de acesso, no modelo óptico, a essa imagem.

Mas, certamente é no espaço do Outro (A) que ele se vê, e o ponto de onde ele se olha também está nesse espaço. Ora, é bem aqui também que está o ponto de onde ele fala, pois, no que ele fala, é no lugar do Outro(A) que ele começa a constituir essa mentira verídica pela qual tem começo aquilo que participa do desejo no nível inconsciente. (Ibidem, p.143)

Nas observações a Daniel Lagache, Lacan equipara o eu ideal a uma aspiração e o ideal de eu a um modelo. (Lacan, 1960/1998, p. 678). Ou seja, o eu ideal como o que se pretende ser e o ideal de eu como uma espécie de matriz simbólica para essa pretensão, uma formação que surge nesse lugar simbólico, e é nisso que ele se prende às partes inconscientes do eu.

Ele aponta que o que constitui o sujeito para o ideal do eu é a constelação de insígnias. Acrescenta mais adiante “a função do modelo é dar uma imagem de como a relação com o espelho, isto é, de como a relação imaginária com o outro e a captura do Eu Ideal servem para arrastar o sujeito para o campo em que ele se hipostasia no Ideal do Eu.” (Ibidem, p. 686)

Uma mastectomia, por exemplo, (que consiste na retirada da mama) pode acarretar uma perda narcísica no corpo, que é sempre olhar do Outro. Uma paciente fala da dificuldade de se ver no espelho após tal cirurgia: “*Não consigo me olhar, não me aceito, cobri com pano os espelhos de casa*”. A posteriori, passa a se definir como “*fera ferida*”, valendo-se do Outro, de uma música intitulada Fera Ferida, composta pelo Roberto Carlos para falar e elaborar a perda narcísica. “*Sou a fera ferida arisca do Roberto.*” O imaginário, na ausência

de uma sustentação simbólica, parece ser invasivo para esse sujeito. É a partir da letra musical que ela pôde começar a nomear e consentir, de alguma forma, com a perda.

A experiência de perda de um órgão, um representante fático, é vista como mutilação em um primeiro momento. Cobrir com um pano os espelhos da casa nos remete a uma manifestação do luto. “Fera Ferida” vai recobrando, reconstituindo a imagem narcísica, uma suplência pela inscrição simbólica, uma certa nomeação que busca recompor a imagem corporal. Poder falar é o que produz uma passagem da mutilação para a castração, um certo consentimento com a perda.

Se por um lado pudemos apreender o quanto a constituição de uma imagem própria, bem como o Outro têm uma função essencial para o sujeito, seja através de um contorno que provê ao corpo despedaçado, ou pela possibilidade de fornecer uma localização subjetiva aos impasses do eu; por outro, temos que destacar a existência também de um corpo pulsional, como veremos no tópico abaixo.

1.4 Desdobramentos do Conceito de Pulsão

O conceito freudiano de pulsão está estritamente ligado aos de libido e narcisismo, bem como às transformações desses ao longo da obra freudiana. Contrapõe-se ao que chamamos instinto. Um animal é comandado por funções instintivas, ao passo que um sujeito é regido pela pulsão, ele não tem determinado previamente o que o identificará como sujeito, nem mesmo o objeto de seus investimentos libidinais. Zenoni (1994) faz uma diferenciação entre o instinto e a pulsão. Dentre os exemplos que o autor aponta, está a não existência de épocas de acasalamento pré-programadas em seres humanos, ou padrões pré-formados de comportamento que seriam correlacionados à anatomia.

Freud (1915a/1996, p.159) propõe que a pulsão não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma exigência de trabalho feita à vida anímica. Em 1910, ele emprega pela primeira vez o termo pulsões do eu ao se referir às perturbações psicogênicas da visão. Ele já havia se reportado às pulsões sexuais em seus 'Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade', situando-as em oposição às necessidades fisiológicas. Com a formulação das pulsões sexuais, que favorecem a sexualidade, e pulsões do eu, cujo objetivo é a autopreservação, temos o primeiro dualismo pulsional freudiano. (Freud, 1910/1996, p.223)

Freud nos aponta que tanto as pulsões sexuais como as do ego têm, em geral, os mesmos órgãos e sistemas de órgãos à sua disposição. As pulsões sexuais, na medida em que investem economicamente nos seus objetos, acabam investindo sexualmente no campo visual, pelo prazer sexual do olhar. Isso, no entanto, acarreta a ação defensiva das pulsões do eu, em consequência de suas exigências excessivas. As ideias, através das quais a pulsão sexual se manifesta, sucumbem então ao efeito maciço do recalque. O eu deixa assim de ter controle sobre o órgão da visão, uma vez que o mesmo passa a se encontrar à disposição da pulsão sexual recalçada (Ibidem, p.225).

Na primeira teoria consistente das pulsões, Freud propõe uma dicotomia entre a conservação e o sexual, como dois distintos movimentos pulsionais e em conflito. As pulsões de conservação sustentam-se por um modelo biológico, de conservação do organismo e conflitam com as sexuais, ainda que os mesmos órgãos sirvam de apoio a elas também.

Mais adiante, em 1915a, Freud faz uma recapitulação dos conhecimentos adquiridos a propósito do conceito de pulsão. Nesse período, estabelece uma distinção importante entre estímulos externos e estímulos internos.

A pulsão não possui um objeto natural, os objetos encontrados apenas podem satisfazê-la parcialmente. Para Freud, o estímulo pulsional não surge do mundo exterior, mas provém do próprio organismo, por isso é impossível fugir do mesmo. A pulsão não atua como força momentânea, mas como força constante. Os estímulos que podem ser evitados pela ação muscular são oriundos do mundo externo, já os estímulos cuja ação não tem qualquer valia e aos quais o caráter constante da pressão persiste, demonstram sinais de um mundo interno, ou seja, da pulsão.

O estímulo pulsional não provém, assim, do mundo exterior, mas é endógeno. Tal diferenciação traçada por Freud é profícua no sentido de nos apontar que não estamos no registro da necessidade, não se trata de um corpo regido estritamente por leis fisiológicas. É pelo distanciamento entre organismo e corpo que podemos falar da constituição da subjetividade, de um corpo regido pela pulsão.

Freud (1915a/1996, p.125) afirma ter chegado à natureza essencial da pulsão, ao considerar suas principais características: “sua origem em fontes de estimulação dentro do organismo e seu aparecimento como uma força constante – e disso deduzimos uma de suas características, a saber, que nenhuma ação de fuga permanece contra elas.”

A pulsão é definida como situada na fronteira entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos internos que exige de a mente trabalhar, em consequência de sua ligação com o corpo. (Ibidem, p.127) Freud já havia assinalado essa

definição supracitada da pulsão com fronteira em 1905 e 1910, o que reforça a importância da mesma para a fundamentação da teoria psicanalítica como um domínio de saber não redutível à biologia ou à psicologia. É através da pulsão que essa ligação entre o psíquico e o somático se estreita. Ao designá-la como fronteira, Freud aponta para uma quebra de unidade que se pretenderia total.

A partir disso, Freud faz menção aos quatro elementos da pulsão: a pressão, que se refere a seu fator motor, à quantidade de força ou à medida da exigência de trabalho que ela representa. A finalidade, que visa sempre à satisfação, pressupõe a eliminação da excitação que se encontra na origem da pulsão. O objeto, que é a coisa a partir da qual a pulsão é capaz de atingir a sua finalidade. E, por fim, a fonte, que é o processo somático que ocorre em um órgão ou parte do corpo.

Em 1920, o Pai da Psicanálise repensou a metapsicologia e apresentou a Segunda Tópica do Aparelho Psíquico. Em "Além do Princípio do Prazer", ele tem como questão primordial a indagação acerca da dominância desse princípio no aparelho mental.

Freud (1920/1996, p.18) relaciona o prazer e o desprazer à quantidade de excitação presente na mente. Para ele, o desprazer corresponde a um aumento da quantidade de excitação, ao passo que o prazer a uma diminuição. E o aparelho mental se esforça por manter a quantidade de excitação tão baixa quanto possível ou, pelo menos, por mantê-la constante.

Depara-se com a compulsão à repetição, ou seja, a repetição de eventos desagradáveis coloca-se em nítido contraste com a até então suposta hegemonia do princípio do prazer sobre a vida psíquica. Ele tem como fontes de inferência a neurose traumática, os sonhos de angústia, os de castigo e a brincadeira das crianças. Para respaldar sua construção teórica, ele lançou mão da biologia. Abordaremos sobre o conceito de repetição também no terceiro capítulo, intercalado ao de transferência. Aqui nos deteremos ao mesmo e sua relação com o além do princípio do prazer.

Na neurose traumática, Freud constatou que os sonhos repetidamente retomavam ao paciente a situação de seu acidente, bem como no jogo do "fort-da" de seu neto, cuja criança "repetia uma experiência desagradável na brincadeira porque a repetição trazia consigo uma produção de prazer de outro tipo, uma produção mais direta". (Ibidem, p.27)

Ele prossegue: "mesmo sob a dominância do princípio do prazer, há maneiras e meios suficientes para tornar o que em si mesmo é desagradável num tema a ser elaborado e rememorado na mente". (Ibidem, p.28). E questiona a relação da compulsão à repetição com o princípio do prazer, visto perceber que há uma compulsão à repetição de experiências desprazerosas. A partir de constatações clínicas, conclui:

Se levarmos em consideração observações como essas, baseadas no comportamento, na transferência e nas histórias da vida de homens e mulheres, não só encontraremos coragem para supor que existe realmente na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio de prazer, como bem ficaremos agora inclinados a relacionar com essa compulsão os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas e o impulso que leva as crianças a brincar. (Ibidem, p.33)

Mais adiante, Freud nos aponta, ao se referir novamente à libido do ego e libido objetal, que é a partir do ego que a libido se estende para os objetos. Se no texto ‘Introdução ao Narcisismo’, Freud aponta uma oposição no campo das pulsões, que, como vimos, foi desdobrada no que se refere ao destino da libido (libido do eu ou libido do objeto), em 1920 afirma nova dicotomia: pulsão de vida e pulsão de morte.

A libido que se alojara no ego foi descrita por ele como narcisista, que era também uma manifestação da força da pulsão sexual, sendo identificada com as pulsões de autoconservação, cuja existência ele reconheceu desde o início. A partir disso, ele nos marca que essa oposição entre as pulsões do ego e as pulsões sexuais mostrou-se inapropriada. (Ibidem, p.62)

Coutinho Jorge (2010, p.126) nos aponta que, com a distinção entre libido do objeto e libido do eu no narcisismo, Freud coloca a pulsão do eu ou de autoconservação no mesmo campo da pulsão sexual. “Se existe uma libido do objeto e uma libido do eu, este último campo, do eu, foi incorporado ao das pulsões sexuais, o eu é igualmente um objeto que, como tal, pode ser investido pela libido”.

Em 1920, Freud engloba as pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais como pulsões de vida. Ou seja, do primeiro dualismo, de 1915, restaram as pulsões de vida, abarcando tanto as de autoconservação como as sexuais.

Ele assevera, em 1920, (p.36), que suas concepções são mais dualistas que antes, visto que a oposição se dá, não entre pulsões do ego e pulsões sexuais, mas sim entre pulsões de vida e pulsões de morte.

Se o estado anterior à vida é, segundo Freud, o inanimado, há uma tendência do organismo vivo a um retorno a esse estado anterior das coisas, uma vez que a vida comparece como elemento externo perturbador desse estado inicial. É a esse impulso que Freud nomeia pulsão de morte e é através dele que retomará sua última teoria das pulsões. Segundo Costa (2001, p.32): “como a pulsão é basicamente atividade, denominar pulsões de morte implica nessa condição ativa que dirige a interligação organismo e psíquico.”

Para Freud, a necessidade de restaurar um estado anterior de coisas está na origem da pulsão. Ela se relaciona, dessa forma, com a conservação e a repetição de um estado anterior,

uma vez que “o objetivo de toda vida é a morte” e que “as coisas inanimadas existiram antes das vivas” (Op.cit, p.49).

A pulsão de vida vincula-se ao processo de ligar libinalmente, de unir, ao passo que a pulsão de morte almeja retornar ao inorgânico. Ambas apresentam-se no sujeito, de forma imbricada, numa dimensão sempre de conflito, de dualidade pulsional. Lacan nomeia a pulsão como um dentre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, essa é considerada por ele como um dos principais conceitos freudianos.

“A pulsão, tal como é construída por Freud a partir da experiência do inconsciente, proíbe ao pensamento psicologizante esse recurso ao instinto com que ele mascara sua ignorância, através da suposição de uma moral na natureza”. (Lacan, 1964 p.865). Ele reafirma Freud, apontando que não se trata de nenhuma pressão de necessidade vital (fome ou sede) ou de uma estimulação oriunda do mundo externo, mas sim de uma excitação interna.

Para Lacan (Ibidem, p.163): “a constância de um impulso proíbe qualquer forma de assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo.” Um instinto biológico é momentâneo; a pulsão, ao contrário, é constante porque o consumo de um objeto não pode reduzir a força ou impulso da pulsão.

A demanda do Outro não corresponde absolutamente à necessidade, alguma coisa escapa à correlação entre necessidade e demanda, algo central para a compreensão da pulsão, que pode ser ilustrado a partir de uma situação vivida no contexto hospitalar:

Uma paciente, no Centro Cirúrgico, “pronta” para se submeter a uma mastectomia, devido a um câncer de mama, surpreende toda a equipe ali presente, a postos para operá-la. Após ser anestesiada, foi retirado seu roupão, e a equipe se deparou com o fato de que ela trajava “*um lindo sutiã de rendas vermelhas!*” (Segundo a descrição de uma enfermeira que participou de sua cirurgia).

Se o organismo acometido por uma neoplasia maligna é de ordem estritamente biológica, e a cirurgia tida pelo discurso médico como uma necessidade imprescindível para a sobrevivência da paciente; o corpo é regido por outra ordem.

O sutiã vermelho tem relação com a reconstrução narcísica, busca recompor a imagem corporal, o fundamento do eu. Essa vinheta nos mostra que as soluções não passam necessariamente por uma resolução simbólica, um ato é o que se interpõe. O sutiã vermelho tem não apenas a função de compensar a perda, mas também de a paciente se fazer ser vista por quem retirará sua mama, como um pano de fundo que podemos pensar irônico, uma vez que provoca, incita a equipe a pensar para além do corpo biológico. Para a equipe, o ato da

paciente marca um antes e um depois, um corte em que ela se coloca fora dos padrões, fora do protocolo que rompeu com o automatismo no qual os procedimentos são realizados.

A feminilidade como máscara, proposta por Riviere e abordada por Lacan, opera de forma a encobrir o que é da ordem do feminino propriamente dito — o real. Como não existe um representante do sexo feminino, a mulher, uma a uma, inventa e cria para si uma máscara que diz de um feminino. Assim, a feminilidade seria um artifício para evitar a angústia. Ou seja: a feminilidade como mascarada é uma defesa ante o real.

Essa paciente ‘opera’ sobre uma outra lógica, evidenciando um corpo pulsional, que é um corpo do querer, da falta, que escapa ao corpo biológico e à necessidade. Existe uma grande distância entre a mama anatomizável e a mama recoberta por rendas vermelhas. Ela retira a equipe do protocolo, aponta para a dimensão do feminino que causa estranhamento à equipe, que, por sua vez, se dá conta de que a perda que se imputa às mulheres pode não ser fácil, embora estritamente necessária à sobrevivência das mesmas. Ela incitou uma discussão que antes parecia velada ou adormecida, uma marca simbólica no que é puro real. O câncer de mama tem uma peculiaridade, ele aponta para o feminino, que o sutiã de rendas desvela. Essa paciente evidencia que seu corpo não se reduz ao discurso médico, como veremos no próximo tópico.

Para Lacan (1964/2008, p.165), se se distingue, no começo da dialética da pulsão, a necessidade e a exigência pulsional, é justamente porque nenhum objeto de nenhuma necessidade pode satisfazer a pulsão.

Lacan (Ibidem, p.167) equivale a pulsão a uma montagem que, de saída, se apresenta como não tendo nem pé nem cabeça. Ela não é natural, não é determinada por uma força momentânea, um objeto inato, um alvo na sua finalidade ou um consumo. Essa montagem não estabelece uma coerência entre o mundo exterior e o interno, é sujeita a desregramentos, é inventiva ou, nos dizeres de Lacan, surreal.

Mais adiante, ao se referir à pulsão e à transferência, Lacan afirma que a primeira envolve as zonas de superfície do corpo e as zonas erógenas. Segundo o mesmo: “a pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente” (Ibidem, p.173)

Lacan nos aponta que a sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta e só se exerce pela operação das pulsões, no que elas são parciais em relação à finalidade biológica da sexualidade.

Segundo Brousse (1997, p.122), a pulsão é definida em termos do significante, de uma combinatória de significantes, nada tem a ver com a diferença sexual biológica. É a articulação da cadeia significante que barra a necessidade e produz a pulsão.

Lacan (1964/2008) aponta que as zonas erógenas só são reconhecidas nos pontos que se diferenciam para nós por sua estrutura de borda. Segundo Costa (2001, p.40), é pelas bordas que nos sustentamos corporalmente. Nosso corpo se apoia nas bordas e é isso que o torna coletivizável. Lacan definiu como objetos da pulsão o seio, as fezes, a voz e o olhar. Esses objetos são concomitantemente internos e externos.

Para Lacan (1964/2008, p.201), a experiência analítica busca, não o complemento libidinal, mas parte perdida do próprio sujeito, que é constituída pelo fato de o sujeito ser sexuado e mortal. Ensina-nos que “a pulsão, a pulsão parcial, é fundamentalmente pulsão de morte, e representa em si mesma a parte da morte no vivo sexuado”

A pulsão se define como incurável, rebelde e refratária ao laço social, convocando o sintoma como forma de se inscrever. “De cada vez que estamos na dialética da pulsão, outra coisa comanda. A dialética da pulsão se distingue fundamentalmente do que é na ordem do amor como do que é o do bem do sujeito” (Ibidem, p.202)

É por isso que o discurso médico ou qualquer outro discurso não consegue dizer o que é melhor para o paciente, embora o primeiro muitas vezes o faça por se aproximar de um discurso de mestria. Abordaremos a seguir tais posições discursivas, apontando suas divergências.

1.5 Contrapontos entre Psicanálise e Medicina

Em uma época em que a prática curativa se fazia dominante na medicina com o progresso da bacteriologia e da anatomia patológica, Freud se lançou ao estudo da histeria, cujos sintomas escapavam ao discurso médico e portavam um enigma. Ele então, ao privilegiar a singularidade do sujeito, iniciou um movimento de ruptura ao saber assegurado pela ordem médica, apontando as diferenças radicais entre o organismo que se oferece a intervenções médicas e o corpo pulsional, já abordados.

Embora não tenha realizado seu trabalho em uma instituição de saúde, Freud mostrava-se otimista ao se referir à possibilidade futura de o tratamento analítico ser reconhecido como tratamento da saúde pública e estender-se às instituições.

Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. (Freud, 1918, p.15)

Após avançar em seus estudos, com a Segunda Tópica, Freud escreve “A questão da Análise Leiga” (1926/1996), uma crítica à imposição dos norte-americanos do exercício da psicanálise restrita aos médicos. Nesse texto, ele questiona e transcende o escopo entre psicanálise e medicina. Apesar de ser médico, não sustenta a posição segundo a qual o analista necessita ter como pré-requisito o diploma médico.

Freud mostra a necessidade de uma qualificação específica para se tornar psicanalista, independentemente de o candidato ser médico ou não. Expõe ainda, ao dialogar com uma ‘pessoa imparcial,’ seus pontos de vista sobre a transmissão da psicanálise, sua prática clínica, sua técnica e o desenvolvimento do tratamento.

Ressalta a importância da formação do psicanalista, que difere radicalmente da formação médica; e sustenta que a condição essencial para exercer a psicanálise é a análise pessoal. “A análise, à qual todos os candidatos num intuito de formação analítica têm de submeter-se, é ao mesmo tempo o melhor meio de formar uma opinião sobre sua aptidão pessoal para o desempenho de sua exigente função” (Ibidem, p.235)

Sem essa experiência, ninguém pode se tornar psicanalista. É a partir da experiência de uma análise que se entra em contato com a divisão e que se pode então operar como analista, sendo médico ou não.

Para Coutinho Jorge (2000, p.19): “A formação do psicanalista, ao longo da história da psicanálise, adquire mais tarde feição completa com o tripé constituído pela análise pessoal, pelo estudo teórico e pela supervisão clínica”.

De acordo com o mesmo (Ibidem, p.20), a clínica psicanalítica, ao contrário da clínica médica, (que é embasada essencialmente no olhar), retira toda sua eficácia da escuta de uma fala, na qual a verdade aparece em seu estado nascente. O saber em jogo na experiência da análise é um saber intimamente associado à verdade do sujeito; não é, assim, um saber acadêmico nem doutrinário, mas um saber singular.

Segundo Freud (1926/1996, p.222), na escola de medicina, o médico recebe uma formação que é mais ou menos o oposto do que ele necessitaria para se tornar um analista. Ao

descrever o ensino da escola de medicina, ele nos aponta que “Sua atenção foi dirigida para os fatos objetivamente verificáveis da anatomia, da física e da química, de cuja apreciação correta e influência adequada depende o êxito do tratamento médico”.

Freud já nos elucida que psicanálise e medicina não ocupam posições coincidentes, o que também foi tratado por outros psicanalistas, como Clavreul (1983, p.35) que, ao nosso ver, produziu uma das mais importantes análises da medicina moderna sob o enfoque psicanalítico. Ele estabelece uma distinção entre a práxis da psicanálise e a da medicina. Aponta-nos que a experiência do discurso é também a experiência do inconsciente, estruturado como linguagem, visto que esse é o reflexo ao avesso do discurso dominante.

O discurso médico é sustentado pela objetividade, pela cientificidade. Para Clavreul, é um discurso que se interpõe entre o médico e o doente, é normativo e porta uma sanção, a sanção terapêutica. Ele exclui tanto a subjetividade do médico que o enuncia como do doente que o recebe.

O autor (Ibidem, p.157) equiva a entrada do sujeito no discurso médico à entrada da criança no discurso da mãe. Em ambos há uma prematuração: o doente não pode alcançar sua cura sozinho, e a criança não consegue satisfazer suas necessidades por ela própria. Em ambos se apela a um discurso que pode interpretar seu apelo. E ambos são discursos totalizantes. O recém-nascido, como vimos no Estádio do Espelho, necessita do Outro para sobreviver e se constituir como sujeito. Entre ele e a morte causada pela prematuração, está a mãe para evitá-la. E, entre o doente e a morte, está o médico para adiá-la.

Para Clavreul, médico precisa se proteger do erro. Ao buscar decodificar o sofrimento, ele reduz os ditos do sujeito ao que é possível de ser inscrito no discurso médico e transforma tais ditos em signos e sinais médicos, para, assim, diagnosticar.

Ele ressalta que, ao contrário da medicina, para a psicanálise o erro é o fio condutor que preserva o psicanalista de cair em uma errância intuitiva dos fatos e fenômenos psíquicos. O erro é lembrado por ele como o que reagrupou os primeiros estudos de Freud - a histeria, os sonhos, os atos falhos, lapsos e chistes- “Eis o que se opõe ao austero rigor que exige a ciência. Freud mostrou que todos esses erros têm em comum o fato de não ocorrerem de qualquer modo, mas segundo leis muito referenciáveis.” (Ibidem, p.35).

Ao longo de sua obra, ele nos aponta como o discurso médico necessita abolir a subjetividade do doente para integrá-la à sua ordem. O médico, ao estabelecer um diagnóstico e, não raro, dizer o que é melhor para o paciente, reduz os ditos do paciente ao que é possível de ser inscrito no discurso médico e transforma tais ditos em signos e sinais médicos.

Conforme Costa (1998, p.40), a medicina fundamenta sua terapêutica e prevenção na objetividade do corpo, pilar de seu sistema conceitual; entretanto, os discursos e os sintomas abrem alguns paradoxos nessa apreensão do corpo. A clínica médica se apropria do corpo como cadaverizado, tornando-o máquina, só assim ele é passível de manipulação. A psicanálise aponta para um corpo pulsional que rompe com tal paradoxo.

Em uma instituição hospitalar, a contribuição da psicanálise se aplica na medida em que acolhe o discurso do sujeito e suas produções. Essa é, assim, distinta da medicina, ainda que trate o mesmo paciente. O discurso médico é necessário para que seu avesso também possa existir.

Para Ansermet (2003, p.12), é antes de tudo a posição do clínico em relação ao paciente que estabelece a diferença fundamental entre psicanálise e medicina. O médico opera a partir do lugar do mestre. Sem isso, ele não poderia trabalhar, e o paciente não teria como ser tratado. A posição do analista, ao contrário, não é a de um mestre. Para o psicanalista, a decisão é o que caracteriza o sujeito. Ninguém pode conhecer o bem do sujeito antes dele próprio. Antes de tudo, o dispositivo analítico se orienta em direção a uma possível liberdade significativa.

As distinções Psicanálise/ Medicina são estabelecidas tanto na teoria como na prática, e Lacan as demarca bem em um encontro com alguns médicos, em uma mesa redonda, em 1966, designada “Psicanálise e Medicina”. Essa resultou em uma transcrição publicada na mesma data e que em muito nos auxiliará a refletir sobre a relação psicanálise-medicina.

Segundo Vieira (2002), graças a Jean Aubry e seu trabalho, Lacan ocupava em tal instituição hospitalar onde proferiu a conferência, um lugar de sujeito suposto saber. No entanto, a conferência, programada para durar 15 minutos, estendeu-se para 45, causando repúdio da plateia médica. Destacaremos a seguir alguns pontos dessa conferência lacaniana aos médicos e intercalaremos a contribuição de outros autores.

Lacan (1966a/2001, p.8), ao iniciar seu discurso, refere-se a um lugar de extraterritorialidade ocupado pela psicanálise na medicina, tanto por parte dos próprios psicanalistas, como dos médicos que a admitem como uma espécie de ajuda exterior, equiparada à de outros assistentes terapêuticos. Ele aponta que esse lugar é devido a alguns psicanalistas, que provavelmente têm razões para querer conservar essa extraterritorialidade. Contudo, deixa claro que essa não é a sua posição.

Segundo Leite (2008, p.85):

De fato, é o surgimento do campo médico-científico que delinea as condições de possibilidade para a invenção da psicanálise. Porém, a psicanálise não se constituiu

como um saber a mais, entre outros, que comporia o campo das ciências da cultura em oposição às ciências da natureza.

Lacan (1966a/2001, p.10) aponta que, à medida em que o poder da ciência dá a todos a possibilidade de pedir ao médico o seu ticket-benefício com um objetivo preciso imediato, surge a demanda. E essa demanda, por sua vez, garante a sobrevivência do médico.

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, de modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença.

O doente muitas vezes solicita que a doença lhe dê benefícios assistenciais, pode assim desejar permanecer nessa condição. E, apesar de se assistir a um progresso da medicina sobre o corpo, o problema continua insolúvel. Lacan aponta como falha epistemo-somática o efeito do progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Conforme o mesmo:

“A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer”. (Ibidem, p.11)

Para Vieira (2002), a expressão de Lacan "falha epistemo-somática", criada nessa conferência, parece indicar o lugar do gozo como conceito que visa a tornar tal falha instrumento da operação do analista.

É preciso que não se confunda: a falha de que falamos em nada retoma o dualismo somático-psíquico, ou psicológico e orgânico. Entre a anatomia das zonas erógenas e o prazer que elas proporcionam há um salto a ser feito, um salto entre a imagem e a escuridão e não um abismo entre dois mundos distintos. Trata-se de uma falha que se estabelece entre algo que existe, o corpo epistêmico e um gozo absoluto, que, sem corpo, não existe no mundo dos objetos.

Ainda segundo o autor, com o termo "gozo" Lacan traduz a pulsão freudiana, associando-a, como Freud, ao sexo e à morte. O gozo é composto por prazer e dor. "Portanto, quando nesta conferência Lacan afirma que o corpo goza e que é feito de gozo, indica que algo ali está em ruptura com a ideia de um corpo harmonioso concebido para a vida. Algo neste corpo é nefasto e luta contra o prazer apolíneo da boa forma". (Ibidem).

É pela experiência do real, por pensar a vida do sujeito e seu modo de gozar, que a psicanálise pode ser distinguida da medicina e das psicoterapias. O gozo se torna palpável quando, na análise, aquilo que incomoda começa a se apresentar graças a uma nomeação, sem, contudo, se tornar um saber. O discurso médico vê o corpo como o local onde a doença se inscreve, como o da saúde, mas o corpo é o lugar do gozo. Para Clavreul (1983, p.37-38):

O saber que o corpo tem sobre os caminhos do gozo não é um saber menos imperativo que o do discurso médico. Ele constitui seu intransponível limite. Ele se

afirma até à morte e à loucura, contra uma segurança que nos é imposta à força de nos ser proposta, contra a sabedoria das nações, esse lugar-comum do bom senso.

Cabe ao psicanalista oferecer sua escuta, e não um sentido, possibilitando que entre em jogo o saber que está contido no enunciado de um discurso sem que necessariamente o enunciatador o saiba, promovendo a partir desta fala alguma renúncia ao gozo.

Lacan (1966a, p.12) evidencia a estrutura da falha que existe entre demanda e desejo. “Existe um desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja, algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos e que há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência. É aí que se pode situar a função do desejo”.

Ao tomar o corpo como orgânico e almejar a comprovação e a evidência, o discurso médico exclui desse corpo a articulação com o sujeito que o habita. E ignora, assim, que existe o gozo como báscula entre a demanda e o desejo. Muitas vezes, no entanto, quando o médico percebe essa distância entre o que se pede e o que o paciente deseja, faz o encaminhamento para o “setor de psicologia” do hospital. Vale esclarecer que são nesses termos que a Clínica é nomeada na instituição em que trabalha.

O médico tenta responder à demanda, suprimi-la. Para a psicanálise, por sua vez, cabe acolher o modo particular de o paciente interpretar o seu próprio adoecimento, ou seu sintoma, a partir do que ele sabe e do que ele não sabe, mas aparece em sua fala.

Para Clavreul (1983, p.187), a regra fundamental é aquela na qual o discurso toma a medida de seus próprios impasses: “o paciente, independente de sua boa ou má vontade, não diz o que queria dizer, e diz o que não queria dizer, isto é, seu discurso não é aquele que ele crê”.

Cabe lembrar que tanto a clínica médica, como a psicanálise começam nas manifestações transferenciais. É o psicanalista quem irá operacionalizar, ter a transferência como motor de seu trabalho; mas quando o médico é capaz de reconhecer e manejar de alguma forma a transferência, acatando, por exemplo, o pedido de um paciente para ter suas consultas agendadas apenas com ele, esse profissional tem um poderoso recurso para manejar o tratamento do câncer, muitas vezes tão doloroso para o sujeito. Abordaremos mais detidamente no terceiro capítulo a questão da transferência.

O discurso médico e a psicanálise têm os seus limites e as condições de sustentação são específicas a cada um.

Assim, não é só o psicanalista que ganha terreno quando se insere no hospital, mas é também o médico que poderá encontrar no psicanalista-submetido a outro discurso, o do psicanalista- um sustento para fazer frente à atual febre de subsumir o saber da medicina e o ato médico nos contratos empresariais, reforçando o sujeito da fala, aquele que demanda. (Alberti.2000, p.48/49)

A psicanálise no contexto hospitalar não busca concorrer com a medicina e tampouco se submeter a ela. Ainda que não responda à demanda da ordem médica, não a recusa. Tal trabalho do psicanalista é o de escutar o sujeito, não em oposição ao medicamento que alivia ou que pode refrear a doença, ou a algum exame médico, mas é o de abrir um espaço para o sujeito como via de acesso ao inconsciente.

É quando o discurso médico fracassa, ao reduzir as desordens da subjetividade para integrá-las à sua ordem, que se abre espaço para a atuação da psicanálise no hospital oncológico. Essa subjetividade abolida do discurso médico será central na abordagem da psicanálise. Destarte, há espaço para ambas as disciplinas no hospital: se a medicina precisa excluir a subjetividade, essa retorna e é a psicanálise que se deterá sobre a mesma.

Não é possível a um psicanalista fazer uma cirurgia, assim como, muitas vezes não cabe a um médico que, por exemplo, fará uma amputação no corpo de um sujeito, poder se deter pormenorizadamente na subjetividade deste. Recordo-me da fala de um mastologista em uma reunião multidisciplinar: *“Se for lembrar que estou tirando a mama de uma mulher e que eu também tenho mãe, mulher e filhas, não vou conseguir operar”*.

Lacan (1971, p.6) nos adverte que: “para falar a verdade, antes de pensar como nós vamos reabsorver o campo médico no campo freudiano, é preciso dizer, entretanto, que aí nós é que somos os intrusos”.

Psicanálise e medicina, assim, podem conviver, desde que se respeite o campo e os limites de cada uma. (Alberti, 2000, p.52.) Posições éticas diferentes marcam cada uma, como veremos a seguir.

1.6 Ética para a medicina e para a psicanálise

O analista inserido em uma instituição oncológica é parte do campo de decisões e da responsabilidade coletiva. Ele só pode atuar referenciado a sua clínica, à ética da Psicanálise, com o discurso que lhe é próprio. Em determinadas situações, torna-se premente que o discurso analítico possa interrogar as regras instituídas para dar lugar à palavra e à particularidade de cada caso.

As regras e protocolos hospitalares muitas vezes vilipendiam a subjetividade dos pacientes. Em alguns casos é imprescindível abrir ou ao menos tentar abrir algumas exceções a partir do que cada caso clínico convoca em sua singularidade, como veremos mais adiante.

Se para a medicina muitas vezes há um bem a ser atingido, por exemplo, uma mastectomia como um bem para o sujeito, (como veremos em uma vinheta clínica) para a psicanálise não é da mesma ordem. O psicanalista, a partir de sua ética, não está autorizado a dizer o que é melhor para o sujeito. É o sujeito que detém o saber do que é possível ser sabido, e o analista trabalhará com os significantes surgidos a partir daí. A ética da psicanálise é denominada por Lacan como ética do desejo referenciada ao real. Essa não incide no domínio do ideal.

Lacan (1959-60/2008, p.73) inicia o seminário “A Ética da Psicanálise” retomando o projeto de Freud, do qual ele organizou sua “primeira intuição daquilo que está em questão na experiência do neurótico”.

Para Lacan o objeto, de que se trata de reencontrá-lo, é qualificado de objeto perdido. É em relação a esse vazio, das ding, que possibilita a criação, que Lacan se refere à ética da psicanálise.

Rinaldi (1996, p.74) nos aponta que a coisa, para Lacan, mais do que incognoscível, é impossível, uma vez que é um vazio. Como não há objeto absoluto do desejo, a Coisa só pode ser pensada enquanto mítica: “A noção de Coisa está associada ao conceito de Real como dimensão radical do significante, uma vez que o surgimento do simbólico, se por um lado desperta o desejo de plenitude, por outro, impõe a experiência da falta de plenitude.”

É em relação a esse vazio -das Ding- que Lacan se refere a uma ética da psicanálise. Das Ding possibilita constantes buscas do sujeito pelo objeto causa de seu desejo, mas sempre inatingível.

Segundo Rinaldi (1997):

Das Ding pode ser vista como o núcleo do Real, responsável pela insaciabilidade do desejo humano, o que faz com que a psicanálise não seja um idealismo. A ética da psicanálise tem como referência última o Real enigmático, o que impõe o movimento desejante na permanente tentativa de simbolizar este obscuro objeto do desejo. Como tal, não é uma ética do bem, nem propõe nenhuma forma de universalização moral, sendo, antes de tudo, uma “ética do bem-dizer”, onde cada um, na singularidade, busque o seu caminho desejante.

A autora nos adverte que não podemos acreditar que isso é um retorno às paixões, dado que a noção de desejo está articulada, na psicanálise, à lei, não enquanto moral, mas referida à Lei da Castração. Segundo Lacan, a arte, a religião e a ciência trataram de formas

diferentes esse vazio. Deter-nos-emos no ponto que mais se aproxima da experiência no contexto hospitalar: a ciência.

Para Lacan (1959-60/2008, p.160) é de *verwerfung* que se trata no discurso da ciência. Esse discurso rejeita a presença da coisa, “uma vez que em sua perspectiva se delineia o ideal do saber absoluto, isto é, de algo que estabelece, no entanto, a Coisa, não a levando ao mesmo tempo em conta”.

A medicina muitas vezes tem como referência a ética do bem, uma ética universalizante do bem-estar. É embasada no princípio da beneficência, que consiste na “obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. O profissional deve ter a maior convicção e informação técnica possíveis que assegurem ser o ato médico benéfico ao paciente (ação que faz o bem)". (Cremesp, 2011).

A medicina se propõe restituir ou salvaguardar um estado de saúde conforme as normas sociais vigentes, porém muitas vezes é confrontada com efeitos complexos e inesperados da linguagem, do desejo e do corpo. Segundo Costa (2009, p.119):

Quando tratamos do estabelecimento do saber da ciência a partir de uma exclusão do sujeito, anunciamos um questionamento sobre os efeitos de retorno dessa exclusão. Ou seja, de alguma maneira, propomos que o saber contém efeitos de clivagem e que esses efeitos fazem retorno nas produções do sujeito.

Aquilo que é foracluído do simbólico, retorna no real, como postula Lacan. Se a ciência foraclui o sujeito de seu campo, ele faz seu retorno, e é a psicanálise que vai operar sobre esse sujeito. Para Elia (2008, p.66), a psicanálise seguirá os trilhos da ciência clássica, mas ela o fará de forma a operar sobre o sujeito, “e é nisso que reside a sua subversão em relação ao estatuto (foracluído) da ciência. (...)”

O sujeito da psicanálise é minimal, o que se diz de um sujeito sem qualidades nenhuma, uma vez que essas qualidades são da ordem do imaginário. Segundo Elia (1999):

As qualidades fariam do sujeito assim constituído um indivíduo, efeito de revestimentos identificatórios e imaginarizantes do sujeito. Tais revestimentos são via de regra aquilo que as ciências ditas “humanas” tomam como objeto de estudo e investigação.

A ética para a psicanálise não é a ética humanitária. Para a psicanálise, como afirma Lacan, não se trata de um homem humanizado, mas um sujeito menos subjetivado e esvaziado de saber. No contexto hospitalar, são comuns preceitos que versam sobre a humanização do tratamento, o homem como medida de todas as coisas. Será que o tratamento não poderia, por si, ser humanizado? Há nisso uma espécie de ideal que se projeta no futuro, como criação de condições.

A posição do psicanalista, no entanto, não deixa escapatória, uma vez que exclui “a ternura da bela alma”. À psicanálise não cabem preceitos como a bondade, a pureza; sua posição não é a da bela alma, e não cabe a ela compreender ou curar.

Não lhe convirão as marcas qualitativas da individualidade empírica, seja ela psíquica ou somática; tampouco lhe convirão as propriedades qualitativas e uma alma; ele não é mortal nem imortal, puro nem impuro, justo nem injusto, pecador nem santo, condenado nem salvo(...) (Milner, 1996, p.33)

Há um lugar esperado para a psicanálise na medicina, o que não necessariamente coincidirá com o lugar ocupado aí pelo psicanalista, visto que esse pautará seu trabalho na ética da psicanálise, que é oposta a qualquer forma de universalização da moral, do poder e de imposições de um mestre. O discurso médico, em disjunção ao discurso da psicanálise, muitas vezes é representante do discurso de mestria.

Para Clavreul (1983, p.185):

Em nome do princípio de que o saber está no médico e a ignorância no doente, ele se acha justificado para decidir enquanto mestre absoluto, não podendo ninguém duvidar de que ele sabe melhor que qualquer outro qual é o bem de seu doente e de que ele não pode não desejar este bem.

Ainda segundo Clavreul, (Ibidem, p.239), a ética médica é portadora de seus próprios impasses.

Há um resto na operação que comporta o ato fundador do discurso médico: a separação do homem e de sua doença. Este resto é o homem, abandonado aos filósofos, aos padres e aos governantes, que nada têm de mais apressado senão copiar o modelo médico. Resta esperar que os psicanalistas não façam o mesmo.

Lacan (1959-60/2008) tece assim uma crítica à ética do bem, cuja relação do homem com sua ação é regida por um ideal de conduta que pressupõe o alcance de um bem, que promete uma relação harmônica entre os homens. Para o mesmo, a cada instante temos que saber da nossa relação efetiva com o desejo de fazer o bem, com o nosso desejo de curar. “Essa expressão não tem outro sentido senão o de nos alertar contra as vias vulgares do bem, tal como elas se oferecem a nós tão facilmente em seu pendor, contra a falcatura benéfica do querer- o –bem- do -sujeito” (Ibidem, p.262)

Destarte, convocar, no contexto hospitalar, aquele que procura um analista à sua posição de sujeito é fundamental em psicanálise, pois “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis” (Lacan, 1966b/1998 p. 873).

A ética da psicanálise se refere a um sujeito que não deve ceder de seu desejo, e, no momento em que Lacan traz o desejo para o centro do debate ético, afasta-se do caráter prescritivo, em termos de valores e ideais de conduta próprios da ética moralista. Além disso, separa-se de uma concepção essencialmente hedonista.

“Toda a experiência analítica não é senão o convite para a revelação de seu desejo, e ela muda a primitividade da relação do sujeito com o bem, em relação a tudo o que até então foi articulado sobre isso pelos filósofos” (Lacan, 1959-60/2008 p.265).

Lacan utiliza-se da tragédia no seminário da Ética, especialmente Antígona, de Sófocles, com rápidas referências a algumas outras do mesmo autor, para analisar as relações da tragédia com a prática e a ética da psicanálise. Para Rinaldi (1996, p.102), através da tragédia, Lacan formula uma ética desvinculada da moral e do poder, ou do que se chama “serviço de bens.”

Lacan (1959-60/2008, p.306) discute as razões de Antígona, as razões dos deuses, segundo ela própria afirma. Defende-as, ao longo da história: para Antígona não é simplesmente a defesa dos direitos sagrados do morto e de sua família, nem tampouco uma ideia que quiseram representar de sua santidade. Há uma coisa singular, é o corpo do irmão Auradephos que precisa de ser sepultado, por ele Antígona desafiou as leis dos cidadãos, visto não poder mais ter outro irmão, já que seus pais, Édipo e Jocasta, estavam mortos.

Para Miller (2004, p.25), Antígona é aquela que marca o direito do humano à sepultura, aponta que ele persiste, enquanto significante, para além da morte biológica.

Isso põe em causa, ao mesmo tempo, este \$ e a preservação do significante daquele que foi um homem vivo. Ela mantém o direito à existência significante do Um, além de todos os tributos que lhe puderam ser concedidos. A questão não é saber se foi bom, se foi mau e se é culpado ou não. Ele foi sujeito do significante. Antígona é o sujeito que visa ao puro S1, do sujeito, quer dizer, visa-lhe, simplesmente, em seu “foi”.

Rinaldi (1996, p.103) afirma que o homem trágico é “o homem dilacerado por contradições, por questionamentos de valores, numa encruzilhada quanto à ação, na medida em que a tragédia sempre coloca o homem em posição de agir.”

Antígona sepulta o irmão em confronto com as razões da cidade, representadas pelas posições do rei Creonte, que para Lacan (1959-60/2008, p.305) “está aí para o bem de todos”. Creonte comete um erro de julgamento por querer o bem de todos, uma lei sem limites, soberana. Lacan nos adverte de que “o bem não poderá reinar sobre tudo sem que apareça um excesso, de cujas consequências fatais nos adverte a tragédia”. (Ibidem, p.306)

Lacan toma Antígona como a figura máxima do belo, o belo como a visada do desejo. (Ibidem, p.304) Isso por sua determinação e luta na busca do desejo, porque ela “não cede de seu desejo”. Antígona nos faz ver o ponto de vista que define o desejo, ela se opõe à moral que Creonte preconiza.

A tragédia revela a posição que Antígona apresenta em relação ao seu desejo, do qual absolutamente não abre mão, ainda que ao preço de sua vida. A partir da sua decisão em que

enfrenta “a lei da cidade” (ou a interdição do rei), ela é posta entre a vida e a morte, uma morte vivida de forma antecipada, uma vida prolongada até a tumba.

Dessa posição de Antígona, diz Lacan, surge seu brilho, brilho insuportável. É na travessia dessa zona que se revela o desejo. Antígona interrompe assim o que seria a lei de todos. Seu ato marca a “experiência trágica da vida”, uma relação fundamental do desejo com a morte. Portanto, o desejo de Antígona é a representação máxima, radical e trágica do desejo levado às suas últimas consequências.

A vinheta clínica descrita abaixo se refere a uma paciente, nomeada aqui por V, que nos aponta o seu desejo, contrariando, em um primeiro momento, o discurso médico e o que era considerado por tal discurso como “seu bem”. Assim como Antígona, evidencia um desejo que não vacilou frente a uma imposição médica.

1.6.1 Um atropelo- para o bem do sujeito?

Após terminar uma quimioterapia para redução do tumor, foi proposto para V uma mastectomia. A mastologista encaminhou a paciente para a psicologia porque ela não aceitou o procedimento, com um pedido informal de que eu “*a convencesse*”. Disse que havia reforçado várias vezes para a paciente que aquela cirurgia “*é para o bem dela, a doença vai voltar e ela vai morrer se não fizer*”.

A médica parecia deter o que era melhor para a paciente, independente do desejo da mesma. Além disso, o pedido da profissional era de que eu seguisse essa mesma direção, a de convencimento; nada mais distante da psicanálise! Meu trabalho era de ouvir a paciente, seguir a direção indicada pela mesma, ela sim decidiria se operaria ou não.

Desejo de curar e desejo de saber marcam posições discursivas distintas, como vimos acima, ao apontarmos os contrapontos entre psicanálise e medicina. Cabia a mim recuar de ocupar o lugar do Outro do discurso do mestre e possibilitar o encontro do sujeito com seu desejo.

Ao ouvi-la, ela logo me questionou de forma pouco receptiva: “*eu sei, tive que vir aqui para você também me convencer. Vai falar que preciso fazer essa cirurgia.*” Busquei

sair o quanto antes desse lugar e disse a ela que eu estaria ali para escutar seu desejo, as suas questões e não para decidir por ela. Almejava buscar um outro lugar na transferência. “Não é possível reduzir a função do desejo fazendo-a surgir, emanar, da dimensão da necessidade”. (Lacan, 1959-60/2008, p.248)

V então, um pouco mais à vontade, solicitou que a cirurgia, agendada para a semana subsequente, fosse adiada. “*Não estou pronta pra isso agora*”. Entrei em contato com a mastologista que me encaminhou a paciente. Ela não aceitou a flexibilização desse tempo e manteve a data proposta, sob a alegação de que não poderiam ultrapassar um prazo estabelecido pelo protocolo após o término da quimioterapia. “*A doença dela pode voltar, ela teve resposta completa à qt neo (referia-se à quimioterapia) e temos que seguir o prazo do nosso protocolo*” Sob a ética do bem, parecia não poder existir contestação, caberia ao sujeito se adaptar e acatar o prazo.

Pontuei, no intuito de sensibilizar a médica para a singularidade do sujeito, que não caberia convencer a paciente, que o tempo solicitado por ela seria importante para que pudesse falar, elaborar e ter clareza sobre a escolha de operar ou não. Apesar disso, a data da cirurgia não foi alterada.

V, ainda no instante de ver, foi para o centro cirúrgico, e, poucos minutos antes da anestesia, começou a ter um “*comportamento psicótico, não falava*”, segundo a descrição da equipe que iria operá-la. Essa equipe solicitou “*avaliação da psicologia para decidir se ela seria operada ou não*”. Vale ressaltar que a mastologista, que agendou a cirurgia da paciente, não estava presente nesse dia.

V foi levada para a enfermaria, onde a atendi. Não falava. Comecei então a falar com ela. Disse a ela que supunha o quanto essa cirurgia era difícil naquele momento, que ainda gostaria de ouvi-la, que ela pudesse falar dos receios relacionados a essa cirurgia, e que me lembrava do seu desejo de que ela fosse adiada. Apontei ainda que eu estaria ali para assegurar o seu desejo até que ela pudesse falar.

Conversei com a equipe médica, ressaltando a importância de terem ‘escutado’ sua impossibilidade de falar, de haverem percebido ‘*algo estranho*’, como disse uma mastologista, e de ter-se interrompido o procedimento. Pontuei ainda que, de fato, não era o momento de fazer a cirurgia. Com essa intervenção, buscava apontar para a equipe um ‘para além’ do bem do sujeito.

Após a chegada de seus familiares, V começou a falar. Teve a cirurgia cancelada, mas, antes de sair do hospital, pediu para me chamar e me disse: “*Entendi tudo o que você me disse, só que não podia falar*”. Segurou firme a minha mão e acrescentou: “*Obrigada.*”

Sua fala, em um primeiro momento, não foi valorizada pela mastologista, seu pedido não foi acatado, e ela precisou de usar o próprio corpo para se manifestar. Como Antígona, ela não recuou diante de seu desejo de postergar a cirurgia, ainda que para isso tivesse tido que abrir mão da própria fala, que não teve efeitos em um primeiro momento. Tornou-se responsável pelo ato que realizou, mostrando que o desejo não se confunde com a realização de um bem.

Retomou os atendimentos comigo no ambulatório, angustiou-se com a possibilidade da “*mutilação*” como ela nomeou a mastectomia, falou de seu desejo de morrer com o “*corpo perfeito, como Deus me deu*” e nomeou a tentativa de operar anteriormente e de ter se internado como um “*atropelo do meu marido e da médica. Não ia dar certo.*” Reconheceu que estava, nesse atropelo, fora de seu tempo, à mercê do tempo deles, mas, aos poucos, começou a dizer de seu desejo de viver.

Certo dia, ao falar do câncer e do horror que a doença despertou nela, questionei o que significava o câncer para ela. Ela disse: “*uma doença maldita que mata.*” Interrompi a sessão.

A posteriori, começou a falar do desejo de ver o neto crescer, de permanecer junto ao esposo e satisfazer seu desejo de que ela operasse (agora não mais o desejo do esposo, mas o desejo da própria paciente em satisfazê-lo). Precipitou, não sem angústia, mas certa de seu desejo de se submeter à cirurgia. “*A perda mais difícil da minha vida, vou fazer isso pelas pessoas que eu amo, não quero e nem posso morrer por agora*”. Não mais atropelada, assumiu a direção de seu tratamento. “É em relação com a articulação significante que ele, como sujeito, surge como sua consequência”. (Lacan, 1959-60/2008 p.263)

A “*doença maldita que mata*”. Foi preciso falar, contornar esse real imposto pelo câncer através do simbólico, para então agir, decidir operar. Conseguiu relativizar, consentiu com a perda em nome do amor. Para ir do “mal dito” ao “bem” dizer, foi preciso uma elaboração. O corte da sessão que produziu um efeito, o que retomaremos mais detidamente no terceiro capítulo.

Não retornou após a cirurgia, embora eu tenha mantido a oferta de continuar suas sessões. Contudo, faz questão, quando vai ao hospital, de passar no setor de psicologia para dizer um “*Oi*”, “*Estou indo*”. Fiz a oferta, mas, concomitantemente, respeitei sua escolha de não voltar. Disse a ela que a direção é dela própria, que estarei ali para ouvi-la caso ela deseje retornar. Afinal, V já havia me alertado de que não cabe atropelo em seu desejo.

Cabe ao psicanalista inserido em tal contexto hospitalar recolher aquilo que se apresenta como a emergência do desejo de cada sujeito no encontro com o real. Como foi

dito acima, esse real não interessa à medicina, mas, por outro lado, norteia o trabalho do psicanalista inserido na instituição médica e pode ter efeitos sobre outras clínicas.

A ética do bem-dizer está em disjunção a uma ética do bem-estar, preconizada pela OMS e tão presente no hospital. O trabalho do analista é também promover um certo deslocamento discursivo para romper com práticas normativas que anulam o sujeito. Trata-se de uma aposta, sustentada na ética do desejo, de intervenção nas equipes buscando um para além do bem do sujeito.

A vinheta clínica nos aponta duas situações diferentes em que a paciente foi encaminhada para o “setor de psicologia”. Na primeira, a solicitação da mastologista era de que eu convencesse a paciente a fazer a mastectomia, ou seja, uma recusa à subjetividade da mesma para integrá-la à ordem médica. O segundo encaminhamento, por sua vez, se dá após a saída da paciente do centro cirúrgico e vem com a solicitação de uma avaliação se a paciente poderia ou não se submeter à cirurgia. Em ambos os casos a paciente foi encaminhada, o que difere é a postura do médico em relação à subjetividade da paciente, que nos traz questões sobre a vertente clínica e institucional do trabalho do analista. Veremos sobre essa questão ao trabalharmos sobre a transferência entre pares, no terceiro capítulo.

O caso clínico em questão, por sua vez, além de abordar a questão do manejo com a equipe, nos remete a outros pontos que são o norte desse trabalho. A paciente, previamente à realização da cirurgia, solicita um tempo à médica, tempo para compreender, elaborar, de certa forma, um luto antecipado pela perda da mama.

Tempo, luto e ética estão imbricados nos discursos que perpassam o trabalho no hospital oncológico e tal trabalho incide também na equipe.

2 TEMPO E LUTO

Tão pregnante no espaço hospitalar, a questão do luto atravessa meu trabalho com as pacientes que estão no curso de um tratamento de câncer de mama. Há uma perda na vida dos sujeitos e essa só pode ser delineada de forma singular, no caso a caso.

Muitas pacientes necessitam de se submeterem a uma mastectomia. Recentemente foi criada a lei 12802 que garante que, quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama seja efetuada no mesmo tempo cirúrgico. Essa lei, inquestionável quanto à sua importância no sentido de mitigar o sofrimento, não exime algumas pacientes de ter que se submeter a um luto e, por vezes, de passar por uma análise para elaborar esse luto. Por outro lado, a perda da mama não necessariamente se configura como um luto para todas, nem sempre essa perda é da ordem narcísica, pode não fazer questão e inclusive dar um outro lugar ao sujeito na vida.

Outras perdas também se tornam presentes e, igualmente, incidem no corpo, como a alopecia (queda do cabelo e dos pêlos) devido à quimioterapia, as limitações físicas decorrentes do esvaziamento axilar ou da progressão da doença para outros órgãos do corpo, e, em sua forma mais radical: a perda da própria vida. A experiência do luto é, assim, necessária diante da perda de algo imensamente investido. Uma mama perdida não pode ser substituída, como muitos pensam e como veremos em uma vinheta clínica nesse mesmo capítulo. Outro ponto que abordaremos é que o tempo de vida para o inconsciente não pode ser estimado, como muitas vezes é feito no contexto hospitalar.

Embora Freud aponte certo caráter substitutivo no luto, como veremos em seguida, Lacan avança e nos propõe algo a mais, na visão de Allouch, algo novo para a compreensão do luto: “a perda de um pedaço de si”. Portanto, discorreremos sobre os pontos de vista desses autores com o objetivo de auxiliar nosso entendimento sobre a clínica, tão permeada pelo luto. Abordaremos o mesmo como uma experiência ao avesso da psicose.

Outro ponto de aproximação com a clínica da psicose é a posição do analista de auxiliar o sujeito a sustentar uma função de testemunho diante do furo no real que a doença provoca. Nossa intenção é a de elucidar outra via, que é diferente da de encontrar um sentido, mas que prioriza bordejar e contornar essa experiência do adoecimento.

2.1 Freud e a substituição do objeto.

Há uma contiguidade na relação entre tempo e luto na obra freudiana que tem como pano de fundo a Primeira Guerra Mundial. Essa parece contextualizar os textos freudianos que versam sobre tal tema. Freud também aborda a questão do tempo para dar conta de uma dificuldade que envolve a duração do tratamento. No próximo capítulo, abordaremos tal questão ao mencionarmos sobre a transferência, com as contribuições freudianas e lacanianas.

Em “Sobre a transitoriedade” o tempo é visto de forma antecipada face à iminência de perda. Já em “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, Freud aponta o inconsciente como atemporal e a impossibilidade de subjetivar a própria morte. E em “Luto e Melancolia”, por sua vez, ele realça a diferenciação entre as concepções da melancolia e do luto, demarcando que o trabalho de luto requer tempo para sua elaboração.

Retomaremos aqui a concepção de Freud (1915,1916/1996) em “sobre a transitoriedade” que traz contribuições profícuas para nosso tema, uma vez que aborda o tempo assim como a finitude das coisas. Freud, em uma caminhada com um poeta e um amigo, relata que o poeta admirava o cenário à sua volta, mas não sentia alegria, imerso no sentimento de que toda aquela beleza da natureza estaria fadada à extinção, que desapareceria no inverno.

A partir disso, Freud se refere à efemeridade das coisas e à tendência das pessoas de vivenciar um luto antecipatório ou de se revoltar com possibilidade da perda e negá-la. Entretanto, contesta esse pessimismo, por acreditar que algo não perde seu valor devido exclusivamente à sua limitação no tempo. Alega que podemos atribuir um valor ao objeto que, justamente por ser efêmero, pode se tornar privilegiado. “O valor da transitoriedade é o valor de sua escassez no tempo. A limitação dessa fruição eleva o valor dessa fruição” (Ibidem, p.317).

Por conseguinte, não se trata de uma duração absoluta, mas de uma significação que pode ser adquirida em dado momento da vida. No contexto hospitalar, podemos pensar que algumas demandas, diante do adoecimento e de perdas impostas por esse, podem ser configuradas ou mesmo precipitadas nesse momento. São demandas que dizem respeito à vida em sua transitoriedade. O tempo de alguma forma se estreitou e, com isso, o sujeito pode trazer os significantes que marcaram sua vida.

Para Freud a limitação do tempo confere um valor aos objetos. Esse valor das coisas não dependeria de sua duração absoluta, mas da significação que elas viessem adquirir, para alguém, em um determinado momento de sua vida.

Embora essas considerações parecessem incontestáveis aos olhos de Freud, ele nos relata que elas não causaram a menor impressão quer na amiga, quer no poeta, o que o levou a inferir que algum fator emocional poderoso encontrava-se em ação, perturbando-lhes o discernimento. O que lhes prejudicou o discernimento e estragou-lhes o gosto de apreciar a beleza à sua volta foi uma certa posição melancólica pela perda antecipada do objeto, presentificada pela constatação de sua transitoriedade. (Ibidem, p.318).

Segundo Leite (2002, p.152-153):

A vivência e a superação do luto pela perda das coisas criadas, construídas e, portanto, amadas é tão mais difícil quanto mais nos identificamos, imaginariamente, com elas; isto, porque, aqui, supõe-se um *objeto* capaz de suprir, definitivamente, o desamparo humano. Nega-se, portanto, a precariedade do *objeto*, nega-se, em última instância, a morte. (grifos da autora).

Em sua publicação de 1915b, sobre O Inconsciente, Freud reúne uma série de características desse sistema, com o intuito de circunscrever sua topologia e funcionamento. Entre essas características, encontramos a atemporalidade. Segundo Freud (1915b/1996, p.192), o inconsciente tem um modo peculiar de funcionamento, seu tempo é a posteriori e os seus processos são intemporais: “não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo, não têm absolutamente qualquer referência ao tempo”

Tendo em vista a atemporalidade do inconsciente, não há inscrição psíquica para a morte, assim, é impossível subjetivar o próprio desaparecimento. Freud (1915c/1996, p.306), em suas reflexões para o tempo de guerra e morte, denuncia certo hiato entre o discurso consciente e o inconsciente ao apontar que, conscientemente consideramos a morte natural e inevitável, porém nosso inconsciente está convencido de nossa imortalidade: “nosso inconsciente, portanto, não crê em sua própria morte, comporta-se como se fosse imortal.”

Para Costa (2001, p.33), a ausência do registro de morte no inconsciente parece um dos princípios éticos mais importantes por precisar o que é uma experiência. Tal experiência não pode ser reduzida a um simbólico abstrato ou a uma imagem, mas precisa passar pelo corpo em sua relação com o semelhante e com o real. Segundo a autora, conhecemos a morte porque vemos nosso semelhante morrer, mas isso não produz registro, restando assim, a morte como uma representação enigmática.

“O que se registra da morte diz respeito à nossa ligação com o outro. Ou seja, o registro se produz como desejo de morte, ou como perda-luto- e todos os derivados imaginários dessas duas questões”. (Ibidem, p.33)

A iminência de morte mobiliza a subjetividade de cada um, seja do paciente, dos familiares ou do profissional que o atende. O discurso médico muitas vezes vaticina para o paciente a estimativa do seu tempo de vida, que pode ser devastador para quem o escuta. Como vimos no capítulo anterior, muitas vezes, por estar regido sob a ética do bem, o discurso médico e a posição humanista de muitos profissionais acabam por julgar o que é melhor para o paciente, e a prática de conselhos ou consolos tornam-se comuns nesse momento.

As perdas, em um hospital oncológico, escancaram os limites das posições discursivas. Muitas vezes o ‘setor de psicologia’ é solicitado devido à demanda dos profissionais, que se veem angustiados com a situação vivida pelo paciente e esse, não raro, não deseja falar. O trabalho então se dá, não de forma simples, com a equipe, de apontar que não cabe incitar o paciente a falar quando ele não o quer, não se trata de escamotear o desejo do sujeito de não falar. A experiência da psicanálise aponta a inexistência de algo válido para todos. Não nos cabe decidir pelo paciente, mas acompanhá-lo em seu caminho, sem comiseração nem complacência.

Malengreau (1995) afirma que uma questão ética se impõe a partir do que tomamos partido em responder ao paciente, quando via resposta, interferimos no saber que o paciente tem à sua disposição, não apenas sobre sua doença, mas sobre o desfecho mortal que ela muitas vezes anuncia. “Não curar, não compreender, pode deixar sem fala o atendente, mas não sem recursos, pois ele pode muito bem, se o quiser, se fazer a si mesmo o objeto dessa escolha.” (Ibidem, p.90).

Utilizar-se de recursos para elaborar um luto nos remete a outro texto freudiano, *Luto e Melancolia* (1917-[1915] /1996). Nesse, Freud compara a natureza da última ao afeto normal do luto. Ele define o luto como a reação à perda de um ente querido ou de algo que ocupou um lugar importante, como o país, a liberdade ou um ideal, dentre várias outras coisas. As definições do luto nesse texto freudiano se sustentam na teoria do narcisismo, na qual se diferenciam o eu e o objeto. Como já vimos no capítulo 1, essa repartição é embasada na teoria da libido.

Para Freud (Ibidem, p.249) o luto é superado após um tempo. Na melancolia percebem-se as mesmas influências do luto, entretanto, Freud acredita que, nesse caso, há uma disposição patológica. O autor define os traços distintivos da melancolia:

Um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em auto

recriminação e auto envilecimento, culminando numa tentativa delirante de punição.
(Ibidem, p.250)

Os mesmos quadros são vistos no luto, exceto a perturbação da autoestima. Freud (Ibidem, p.251) ressalta que no luto é o mundo que se torna pobre e vazio, ao passo que na melancolia é o ego.

Se o objeto amado não existe mais, passa a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto, o que não é de bom grado para o sujeito abandonar a posição libidinal. Freud (Ibidem, p.250) nos evidencia a relação entre tempo e luto, ao apontar sobre o desligamento da libido do objeto: “São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido”.

Ele considera o atravessamento do luto um trabalho interno (o trabalho de luto) que consome o eu por um período. Em um primeiro momento, o exame da realidade traz o veredicto de que o objeto amado não existe mais, passando a exigir o retorno de toda a libido investida no objeto. Mas esse retorno não se dá de imediato, tendo em vista as resistências que se opõem, de forma a prolongar a existência do objeto perdido no psiquismo.

Gradualmente e, não sem dispêndio de tempo e energia, os investimentos no objeto vão sendo desligados. Cada uma das lembranças e expectativas ligadas ao objeto são evocadas e superinvestidas. Há então desligamento da libido, de forma bastante penosa, com relação a cada uma.

O eu é lentamente convencido a não partilhar o mesmo destino do objeto perdido, e, através da soma das satisfações narcísicas em estar vivo, rompe os vínculos que o prendiam ao objeto. “Quando o trabalho de luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido.” (Ibidem, p.251).

Em seu texto ‘Sobre a transitoriedade’, Freud (1916 [1915]/1996,p.319) também aponta a conclusão do trabalho de luto como uma substituição e aponta certa visão otimista do mesmo:

O luto, como sabemos, por mais doloroso que possa ser, chega a um fim espontâneo. Quando renunciou a tudo que foi perdido, então consumiu-se a si próprio, e nossa libido fica mais uma vez livre (enquanto ainda formos jovens e ativos) para substituir os objetos perdidos por novos igualmente, ou ainda mais preciosos.

Para Freud o objeto precisa ter grande importância para o ego, caso contrário sua perda não seria suficiente para provocar, seja o luto, seja a melancolia. (Ibidem, p.261)

Allouch, (2004) em seu livro “A erótica do luto no tempo da morte seca”, no qual ele realiza um estudo rigoroso sobre o luto, nos aponta que Freud adota o “trabalho do luto” como

uma regra. Ele próprio, que se dispôs a ler criticamente o artigo de Freud, confessa ter sido impregnado por essa norma, ao se relembrar de Marguerite, a Aimée da tese de Lacan. Para o autor, Marguerite mostrava que sua loucura era seu próprio luto, o que o levou a estudar o luto por ele mesmo.

Marguerite Anzieu, ao nascer, foi nomeada pela mãe com o nome de uma irmã, morta de modo trágico. Allouch afirma que Marguerite ficou presa em uma importante relação ao luto de uma criança morta, que não havia sido feito. Ele constatou que: “Justamente, aquele luto, em sua loucura, ela o fazia!” (Ibidem, p. 20). O luto da irmã morta era também o luto da mãe pela filha morta e Marguerite o fazia ao preço de sua loucura. Essa constatação o levou ao questionamento sobre o modo como o luto, enquanto conceito e clínica, vinha sendo tratado no campo freudiano. Para o autor, luto e melancolia foi publicado no momento em que o Ocidente desliza da exaltação romântica da morte para sua exclusão pura e simples. (Ibidem, p.146.)

Ele aponta que, embora a pretensão de Freud fosse estudar a melancolia, é o luto que é explicado através do quadro comparativo que mais se assemelha à medicina, a prescrições normativas. Há um caráter prescritivo imposto pela concepção do que é o luto normal em detrimento do caso -a -caso, da singularidade, uma vez que só o enlutado poderá dizer dessa experiência e imputar ao que foi perdido o seu devido valor.

Ele critica a visão de Freud supracitada. Para ele, quando se perde alguém amado, lida-se com o luto enquanto insubstituível. “Se perco um pai, uma mãe, uma mulher, um homem, um filho, um amigo, vou eu, esse objeto, poder substituí-lo? Meu luto não será precisamente lidando com ele enquanto insubstituível?” (Ibidem, p.49)

Para Allouch, (Ibidem, p.125) se Freud tivesse situado o luto como traumatismo em detrimento do termo trabalho de luto, teria sido possível situar a temporalidade do luto como aquela do só depois, que é consubstancial à noção de traumatismo. Após a Segunda Tópica, Freud retomou a ideia do traumatismo, uma outra relação trágica com a morte e para Allouch deveria ter tido uma reformulação em Luto e Melancolia. (Ibidem, p.126)

No luto, trata-se de uma realidade dolorosa de perda do objeto. Destarte, o desaparecimento de um objeto de investimento libidinal pode ser da ordem de um encontro traumático para o sujeito.

Segundo Costa (2011b, p.31)

Se não há registro da morte no inconsciente, tal como o propõe Freud, há sim registro da perda, na medida em que a produção do traço unário deriva da perda de gozo. Essa referência da perda implica, justamente, que há uma dimensão do luto que é coletiva. Ela parte de um ponto produzido como perda compartilhada, mesmo

que seja necessário, para o sujeito na sua vida, que ele se situe singularmente em relação a essa perda.

Lacan, ao relatar sobre Hamlet, nos falará desse caráter insubstituível do luto, como veremos em seguida. A insistência de Allouch em desmistificar a ideia do “trabalho do luto”, desdobra-se na concepção de que o fim do luto é um ato. Tal ato é algo produzido pelo sujeito sem saber o que se modificará nele próprio ou no outro.

2.2 O luto e o tempo em Hamlet

Assim como Freud, Lacan não escreveu um ensaio inteiramente dedicado ao luto, essa problemática aparece em alguns estudos, principalmente no seminário “O desejo e sua interpretação” (1958-9), dedicado ao estudo da tragédia de Hamlet. Vale ressaltar que Lacan privilegia o drama como causa de desejo e não uma construção de um caso clínico do personagem principal.

É ao falar sobre o desejo que Lacan se remete ao luto. Embora Lacan não critique o termo trabalho de luto, tampouco desestime a elaboração freudiana, ele nos oferece uma análise a mais do luto, como ele próprio afirmou, e como veremos abaixo.

A noção de perda, de luto é fundamental para a constituição do sujeito desejante, há uma impossibilidade de completude na origem do desejo. A inexistência dessa completude faz com que o sujeito tenha que apreender por si próprio, num jogo de alienação e separação do mundo que o cerca, o que direciona seu desejo. Para Castilho (2013, p.90): “A cada perda vivida é o trabalho de luto que reabre as vias desejantes”.

Lacan, nesse seminário, faz a interpretação de Hamlet com o grafo do desejo numa “homologia” às cenas que destaca da peça, de modo que, pelo grafo, apresenta os modos como Hamlet passa a se posicionar como desejante.

Ele retoma Freud e a aproximação feita por esse entre Hamlet e Édipo. No entanto, o diferencial é que na peça de Shakespeare há saber demais por parte da posição paterna. O pai sabe quem cometeu seu assassinato e o revela a Hamlet, clamando por retaliação. A posição paterna determinará o destino de Hamlet, onde a castração só vai estar representada num ato que implique também sua própria morte.

O ato de Hamlet se diferencia do ato de Édipo:

O ato de Hamlet não é o ato de Édipo, na medida em que ele é antes de sua queda, enquanto ele nada sabe. Hamlet, ele, é desde o início do jogo culpado de ser. Para ele é insuportável ser. O problema, o crime de existir, se coloca para ele nos seus próprios termos, ou seja to be or not to be, que o engaja irremediavelmente no ser, como ele o articula tão bem. (Lacan, 1958-59/ 1983, p.9)

Lacan evidencia que o que está em questão para Hamlet é a procrastinação de seu ato. Há nessa peça uma relação com o tempo, podemos conjecturar certa homologia com a tríade temporal sugerida por Lacan, que elucida uma lógica na experiência subjetiva do tempo. Esses são: instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir, que serão abordados com maiores detalhes no tópico posterior.

Hamlet fica aprisionado ao tempo do Outro. Seu pai, após a morte, retorna e se apresenta como ghost, já afirma previamente qual deve ser o ato do filho. O pai se coloca como aquele que tudo sabe, sem castração. Há um excesso de saber oriundo do Outro, que é encarnado por seu pai morto. Sabemos que é necessário que no Outro exista uma falha no saber para que a falta no Outro seja localizada. No entanto, Hamlet não passa por isso, o clamor do pai por vingança torna-se impositivo.

E a mãe, por sua vez, casa-se apressadamente com o tio logo após o funeral de seu pai. Lacan (1958-59/2002, p.275) retoma uma frase do texto de Hamlet, em seu diálogo com Horácio, que nos evoca a concepção do tempo: “Economia, economia. O assado dos funerais não terá tempo de esfriar para servir ao banquete de bodas.” Não houve tempo, tempo de elaboração do luto! Instante de ver e momento de concluir parecem aqui indistinguíveis.

Para Lacan, a questão, que se coloca para Hamlet, diz respeito ao desejo da mãe. Há um desvanecimento de seu chamado que é o consentimento ao desejo da mãe. Essa mãe não fez o luto, não houve tempo. E Lacan nos aponta que o problema do luto é também o problema do objeto, que, para Lacan, permitirá uma articulação a mais ao que foi proposto em Luto e Melancolia.

Se o luto teve lugar- e nos dizem que é razão de uma introjeção do objeto perdido- para que ele seja introjetado, talvez, há uma condição prévia, ou seja, que ele seja constituído enquanto objeto e que, desde então, a questão da constituição enquanto objeto não é pura e simplesmente ligada à concepção, às etapas co-instintivas como elas nos são dadas (Lacan, 1958-9/2002, p.303).

A ausência de luto da mãe pela perda do pai evidencia para Hamlet que seu pai não ocupava para a mãe um lugar de causa de desejo. O retorno do pai como fantasma também impede a Hamlet de elaborar o seu luto e de fazer suas escolhas em seu próprio nome. Para Lacan (1958-59 /1983, p.11) a peça segue como um parto lento e indireto de uma castração necessária. É na medida em que a castração se realiza que Hamlet faz então jorrar a ação final, onde ele sucumbe.

Lacan (Op.cit) evidencia que o que está em questão para Hamlet é a procrastinação de seu ato. Podemos assim pensar em certa paralização em seu tempo de compreender: “Nosso Hamlet, ao longo de toda a peça, procrastina. Trata-se de saber o que querem dizer os diversos adiamentos que ele vai fazer do ato cada vez que se lhe apresenta a ocasião, e o que vai ser determinante no fim, no fato de que esse ato a cometer, ele vai franqueá-lo.” (Ibidem, p.260).

Mais adiante, Lacan afirma que "Hamlet é, em suma, o homem que vê todos os elementos, todas as complexidades, os motivos do jogo da vida, e que é, em suma, suspenso, paralisado na sua ação por esse conhecimento". (Ibidem, p.269)

Lacan, no entanto, ressalta a função do desejo, que cabe ao homem situá-lo: “Tem que encontrá-lo a seu mais pesado custo e à custa de sua mais pesada pena, a ponto de não poder encontrá-lo senão no limite, ou seja, em uma ação que não pode para ele se acabar, se realizar, senão à condição de ser mortal” (Ibidem, p.274)

Na peça três elementos são articulados por Hamlet para delimitar a questão do desejo: o ghost do pai, o desejo da mãe e o lugar ocupado por Ofélia no desejo de Hamlet.

Há em Hamlet algo como certa escansão temporal. A maior parte da peça, contudo, parece se dar no tempo de compreender, tempo de procrastinação da questão entre o “ser ou não ser” nas várias cenas em que há uma vacilação: com a mãe, em que Hamlet suspende as palavras de interdição dirigidas contra o seu relacionamento com o tio Cláudio; na presença de Ofélia: ele recusa o amor que sentia por ela para só recobrá-lo a posteriori, em seu túmulo de morte, quando se identifica ao luto de Laertes. Além disso, e, principalmente, procrastina o desejo diante do padrasto, adia o ato de seu assassinato para só consumá-lo quando confrontado com sua própria morte.

Allouch (2004, p.217), por sua vez, aponta os cinco pilares pelos quais Lacan define Hamlet: “1-o encontro com o espectro, 2- a rejeição de Ofélia, 3- a cena que Hamlet faz para sua mãe no quarto dessa, 4- o enfrentamento com Laertes durante o enterro de Ofélia no cemitério, 5- o duelo final com Laertes e a ato que põe um termo na procrastinação.”

Allouch contempla tais cenas em cinco pilares, que estão relacionados “com aquilo que acerta os pêndulos de Hamlet com a hora de seu desejo” (Ibidem, p.217) Para Allouch, a interpretação de Lacan nesse seminário inova o conceito de luto.

Segundo Allouch, a procrastinação do ato vem, justamente, colocar o problema em relação ao desejo. Nas cinco cenas sobrepõe-se, de modos e razões distintas, a posição de Hamlet, que se coloca perdido da via de seu desejo, exceto na cena do cemitério, podendo reencontrá-la, ainda que por um curto instante.

O recobro do desejo de Hamlet só se dá, portanto, nos momentos em que ele é confrontado com a perda, a morte, a castração. Ele sempre adia seu encontro com o próprio desejo. Lacan (1958-59/2002, p.333) afirma que “Hamlet é sempre suspenso na hora do outro, e isso até o fim”.

Por fim, o momento de concluir, quando rapidamente a ação final se precipita, a partir do ressurgimento do desejo. Isso se dá com Ofélia, que se torna objeto de desejo na medida em que o desejo é do Outro, no caso Laertes, que chora pela perda de sua irmã. É pelo amigo que Hamlet pôde testemunhar o luto e, a partir daí, encetar sua ação.

É pela via do luto dito de outra forma, e do luto assumido na mesma relação narcísica que há entre o eu [moi] e a imagem do outro; é em função daquilo que lhe representa de repente em um outro essa relação passional de um sujeito com um objeto que está no fundo do quadro- a presença de \$, que põe diante dele repentinamente um suporte onde este objeto que, para ele, é rejeitado por causa da confusão dos objetos, da mistura dos objetos- é na medida em que alguma coisa ali, de repente, o prende, que este nível pode de repente ser estabelecido que dele, por um curto instante, vai fazer um homem. (Lacan, 1958-9/2002 p.304-305)

Por um instante, que é suficiente para o término da peça, Hamlet torna-se alguém capaz de bater e capaz de matar. (Ibidem, p.305) Ele pode assim recobrar seu desejo. Seu luto requereu tempo para ressituar o campo narcísico e também o rodeio próprio ao desejo.

Diante de uma série de lutos não realizados, ao se deparar com a morte de Ofélia, Hamlet se precipita sobre Laertes e interroga a propriedade de tamanha dor. A manifestação da dor de Laertes, pela perda de sua irmã Ofélia, desperta em Hamlet o objeto do desejo que ‘terá sido’ Ofélia, antes rejeitada como objeto de desejo.

É na medida em que o sujeito está privado desse significante que um objeto particular se torna para ele objeto do desejo. “O que a vida de Ofélia não havia obtido (que ele não cedesse quanto à sua condenação de Gertrudes, nem quanto à impostura de Cláudio), e, a fortiori, o que tampouco permitiria a separação de Hamlet com Ofélia, a morte de Ofélia vai operar.” (Allouch, 2004, p. 259).

Allouch aponta ainda que a consideração lacaniana do luto também indica que, para haver introjeção do objeto perdido, é preciso que, antes de tudo, esse objeto esteja constituído como objeto de desejo. A experiência do luto de Ofélia permite que Hamlet termine sua procrastinação. Há uma precipitação nesse momento que faz com que Hamlet conclua sua ação.

No luto, a dimensão da perda precisa ser presentificada para advir o desejo, concomitantemente torna-se necessário um árduo trabalho de simbolização. O luto provoca assim um apelo ao simbólico do que ficou excluído no real.

Ao apontar essa dimensão do real e do simbólico na perda, Lacan faz uma aproximação do luto com a psicose. A dor presente em uma perda que faz luto abriria um furo no real em uma operação inversa daquela proposta sob o nome de *verwerfung*, termo retirado de Freud e traduzido por “forclusão”. Tanto o luto como a psicose têm em si uma radicalidade de uma falta cuja substituição é inexistente.

Se na psicose aquilo que é rejeitado no simbólico reaparece no real, no luto, o furo no real vem convocar de forma maciça a totalidade do significante, ou seja, o simbólico é convocado para tentar circunscrever o rombo aberto no real (Lacan, 1958-9/2002. p.356). O buraco aberto no real, cavado pela perda, mobilizará o simbólico, exigindo que a cadeia significante se movimente para demarcar a falta.

Para essa formulação sobre o luto como “parente da psicose”, Allouch (2004, p.367) emprega o termo “parapsicose”, para indicar a inversão das operações, e também uma “vizinhança” do luto com a psicose, uma “quase psicose” no atravessamento do luto. A parapsicose no luto se situa, na concepção de Allouch, no “não cumprimento da vida do morto”, que o enlutado precisa efetuar, através do sacrifício de “um pequeno pedaço de si”.

Esse pedaço de si diz respeito ao morto e ao enlutado: do lado do morto refere-se ao que ele não pôde cumprir em vida, no imaginário do enlutado, e que ele (o enlutado) precisa cumprir, tal qual Hamlet que recebe do espectro a tarefa de vingança, que de fato não era dele (Ibidem, p. 350). Do lado do enlutado, esse “pedaço de si”, corresponde à perda do falo, como também nos mostra Allouch a partir de sua leitura de Lacan.

Segundo Lacan (1958-59/2002, p.367):

Não temos dúvida de que o falo, entre os objetos dos quais podemos ter que portar o luto, não o é como os outros. Ai como em toda parte, ele deve ter seu lugar bem à parte, mas justamente é isso que se trata de precisar e como em muitos casos quando se trata de precisar, é o lugar de alguma coisa sobre um fundo; e precisando-o sobre esse fundo que a precisão do lugar do fundo aparece também em retroação.

Para haver luto por alguém que morreu, implica que esse alguém seja também o pequeno pedaço de si, que corresponde ao morto e ao enlutado, cuja separação deixa o enlutado numa posição desejante.

E por essa mediação que o rito introduz ao que o luto abre como hiância, mais exatamente a maneira como ele vem coincidir, colocar ao centro de uma hiância absolutamente essencial, a hiância simbólica, maior, a falta simbólica, O ponto x em suma do qual se pode dizer que, quando Freud faz alusão ao umbigo do sonho, talvez seja justamente o correspondente psicológico que ele evoca dessa falta. (Ibidem, p.360)

Destarte, ilustraremos com uma vinheta clínica de uma paciente, chamada aqui por M, que elucida claramente a não substituição do objeto no luto, bem como a importância de um

trabalho de simbolização para contornar o furo aberto no real pela perda. Nomearei a vinheta como “retalho” e “costura”, significantes que tomo emprestado da própria paciente por exemplificarem a perda e o trabalho de simbolização da análise.

2.2.1 O retalho e a costura

M fugiu, literalmente, do centro cirúrgico minutos antes de iniciar sua cirurgia de reconstrução da mama, deixando a equipe perplexa. Questionavam o porquê alguém recusaria uma cirurgia de reconstrução. Uma enfermeira chegou a exclamar: “*é o sonho de toda mulher que teve ca de mama*”! Decidiram então encaminhá-la para o setor de psicologia.

Iniciou o seu atendimento se dizendo “*um lixo*” o que ela traduzia como uma mulher que não conseguia se posicionar frente a conflitos conjugais, na relação com os filhos, já adultos e no seu trabalho.

Submeteu-se à mastectomia há cerca de cinco anos, mas não fez um luto dessa perda. Ao questioná-la como foi sua cirurgia e convocá-la a falar dessa perda, inicialmente evitava, procrastinava. Parecia ter se deparado com uma perda narcísica a qual não queria se haver.

Até que em dado momento se deu conta de que nunca havia sentido que perdeu a mama. Logo após a mastectomia, pensou na reconstrução, “*de imediato*” que “*ela (ao se referir à mama) seria colocada de volta, como era antes*”. Tal como em Hamlet, não houve luto.

Embora tivesse feito uma mastectomia, não houve registro de perda no significante, então não foi feito o luto. Costa (2013) afirma que não é garantia de que quando se perde alguém seja possível concluir um trabalho de luto. Para a autora: “Não basta vermos um acontecimento para que ele se registre para nós: é preciso, além disso, que acreditemos. Que o representemos de alguma maneira”.

M fica presa a uma trama imaginária narcísica. Tal como Hamlet, a ação fica paralisada e o deslocamento do desejo impedido. “*O que eu mais queria na vida era fazer essa reconstrução! Por que eu fiz isso? Não me perdoe*” Como em Hamlet, tratava de reencontrar seu lugar no desejo.

Aqui a comida servida no funeral não poderia ser a mesma da noite de núpcias, foi preciso falar, elaborar...E M seguia falando dessa perda. Deparar-se com a mesma também a remetia ao medo da iminência de morte. “*Foi um câncer, não foi uma coisa qualquer e ficou*

marcado, podia ter morrido e ainda posso morrer dessa doença, pode voltar, não tenho como controlar.”

Dá-se conta de que viu, no mesmo dia em que estava internada para operar, a cirurgia de reconstrução de outra paciente: *“estava horrível, tudo retalhado”*. Espanta-se: *“só agora me lembrei disso”*. Interrompo a sessão.

A posteriori, começou a falar e gradativamente, a elaborar a perda da mama, das roupas com decote, do horror que era se deparar com o vazio deixado pela cirurgia. Evitava se olhar no espelho e não tocava a cicatriz, não se sentia mais desejada pelos homens. Ou seja, foi necessária uma certa travessia do luto.

Lembrou-se de que na adolescência costumava costurar com retalhos e associou a sua perda, *‘ao retalho’* agora não mais da mama da outra paciente operada, mas da sua própria. E gradativamente, começou a aceitá-la, a suportar a parcialidade do objeto.

“A perda mais radical, vivida solitariamente, diz respeito a esse pedaço de si que se perde no trabalho de luto. Essa perda não está dada de saída, ela acontece ao longo do processo e é o que permite uma conclusão” (Costa, 2013).

Certa vez, M interrogou sobre quando eu agendaria sua cirurgia, afirmando aguardar ansiosa por esse momento, já que havia entendido o que aconteceu e que estava preparada para operar e fazer sua reconstrução. *“Sei que aquela, a que eu vi crescer, eu perdi, que não vai ser tão bonito, vai ficar a cicatriz, retalhado, com a marca de costura, mas quero usar vestido, camiseta, no calor, quero botar biquíni de novo, ir pra praia, quero fazer a reconstrução!”* Consegue suportar o não saber como ficará o seu corpo e consente, de alguma forma, com a perda para aceder ao desejo.

Disse então que caberia a ela e não a mim esse agendamento. Ela se surpreendeu. Não cabia repetir o circuito, tratá-la como lixo, mas sim de autorizá-la como sujeito para a ação. A posteriori, M contou que agendou uma consulta com o cirurgião plástico. Fez a cirurgia recentemente, telefonou-me para dizer que estava bem, *“realizada!”* mas que esperava retomar o seu atendimento logo após sua recuperação.

Se, frente ao adoecimento ou mesmo a uma cirurgia, o sujeito pode se deparar com um luto e, concomitantemente, com o imprevisível, com algo que lhe foi imposto, deve, gradativamente, a seu tempo, buscar formas para lidar com o que se apresenta. Veremos abaixo sobre esse tempo para a psicanálise, que se distingue do tempo da medicina e da cultura.

2.3 Breves recortes sobre o tempo

Se refletirmos sobre as urgências médicas que acontecem no hospital, podemos pensar que o tempo cronológico é muitas vezes utilizado como um critério médico: uma cirurgia ou procedimento médico não podem muitas vezes serem postergados. Sob a alegação do risco de vida do paciente, depara-se com uma certa urgência em que não pode existir espera. Podemos pensar ainda no tempo de internação que, se prolongado, pode acarretar certo risco de infecção hospitalar, se dado às pressas pode ser visto como uma imprudência e causar um agravamento do quadro clínico do paciente. O tempo de espera para realizar algum exame médico, o intervalo de tempo entre as medicações e entre os tratamentos são outros exemplos que denotam esse ritmo no tempo marcado pelo relógio.

Outra versão do tempo nesse espaço se refere à falta *de tempo*. Como vimos, Foucault nos apontou “a disciplina” como uma forma de controle, que auxiliou na construção do hospital como o temos hoje. Na atualidade, presenciamos certo controle do tempo, seria uma nova forma de o poder se apresentar? Não há tempo para que uma consulta médica se estenda porque há geralmente filas para atendimento, não há tempo para que as dúvidas dos pacientes sejam dirimidas, ou para um exame físico cuidadoso.

Leite (2002, p.157) aponta uma aceleração da vida cotidiana, dominada pelas leis econômicas do mercado em que é exigido do sujeito, literalmente, *correr atrás do tempo*, sob o risco de se transformar num excluído da cultura. “O fato em questão, será a subordinação do sujeito a um certo regime de temporalidade hegemônico impossibilitador da produção da singularidade e da expressão desejante”.

Virilio (1983) nomeia como tempo-velocidade a aceleração da vida cotidiana. Nesta se fica à mercê das leis do mercado, onde o sujeito se vê literalmente sem tempo. O autor nos sugere tentar incluir o efeito da velocidade no tempo das sociedades e no espaço-tempo das sociedades, já que a velocidade é uma forma de exercício de poder na atualidade e precede a riqueza. Para Virilio, “quando você vai depressa demais, você é inteiramente despojado de si mesmo, torna-se totalmente alienado.” (Ibidem, p.65).

Olhar os resultados de exames em detrimento de um olhar sobre o paciente se torna mais rápido, parece mais condizente à exigência institucional de atender a um número exorbitante de pessoas em um único dia. Tempo que é fruto de um discurso contemporâneo em que tudo deve ser passível de ser solucionado brevemente, mas que não acolhe a possibilidade de se ouvir a palavra do sujeito.

Segundo Campos (2003, p.35), o médico refugiou-se na tecnologia como método mais rápido e eficaz do que escutar o paciente: “na lógica do “time is money” a medicina confia na tecnologia para afastar toda equivocidade da linguagem.”

Sabemos que a tecnologia tem extrema importância na detecção e tratamento de doenças. Contudo, a lógica “do time is money” parece decompor o tempo em dinheiro, representante do discurso capitalista. A saúde tem se tornado uma organização que visa à produtividade e a redução de custos; busca-se transformar o direito à saúde preconizado pelo SUS em mercadoria. Em contrapartida, temos assistido a manifestações em prol de uma saúde pública de qualidade. Apesar de sua importância atual, não nos deteremos nesse ponto, visto não ser o foco de nosso trabalho.

Nessa civilização regida pelo tempo-velocidade e pelo imediatismo, apostar no tempo do inconsciente, à revelia do imperativo da pressa contemporânea, é a nossa tarefa, apesar de nos confrontarmos com tal imposição da cultura. Para a psicanálise, o tempo é de uma outra ordem e diz respeito ao sujeito.

Em crítica à peça de Sartre, “Entre Quatro Paredes”, Lacan escreve “O tempo Lógico e a Asserção da Certeza Antecipada”. Através de um sofisma, que envolvia três prisioneiros, Lacan, (1944-45/1998) pôde extrair a pressa como dimensão temporal do sujeito. Para ele se trata de um sofisma notável: “(...) um exemplo significativo para resolver as formas de uma função lógica no momento histórico em que seu problema se apresenta ao exame filosófico” (ibidem, p.199)

No sofisma, três prisioneiros são convocados a passar por uma prova para alcançarem a liberdade: discos seriam distribuídos nas costas de cada um, dos quais três são brancos e dois são pretos, mas apenas três deles seriam utilizados. Seria colocado um disco nas costas de cada um dos prisioneiros, de forma aleatória, sem que cada um pudesse ver sua cor. O primeiro a concluir sua própria cor ganharia a liberdade, mas para isso sua conclusão deveria ser fundamentada em motivos de lógica e não apenas de probabilidade.

São colocados três discos brancos, não são utilizados os pretos. Dada a tarefa, os prisioneiros se observam por um certo tempo e dão juntos alguns passos, porém ambos hesitam, param e não cruzam a porta da cela. Somente após uma segunda hesitação, os três saem juntos e declaram de forma semelhante:

Sou branco, e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: 'Se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo, não sou preto'. (Ibidem, p. 198)

Lacan nos adverte que todo sofisma se apresenta, de início, como um erro lógico. Foi necessário um tempo de parada para que o sujeito pudesse transformar as três combinações possíveis em três tempos de possibilidades. As três modulações: instante, tempo e momento correspondem respectivamente às três distintas ações: ver, compreender e concluir.

Mais adiante, Lacan ressalta:

O sofisma preserva, portanto, à prova de discussão, todo o rigor coercitivo de um processo lógico, sob a condição de que integremos nele o valor das duas escansões suspensivas, que essa prova mostra confirmar no próprio ato em que cada um dos sujeitos evidencia que chegou à sua conclusão. (Ibidem, p.201).

O tempo está escandido. Segundo Rodríguez (1998), as escansões são utilizadas para medir os versos na poesia, cada verso mede um determinado número de sílabas e se separa de outros versos por essa mesma métrica, que determina um corte. Para o autor o tempo está modulado, varia, não é homogêneo e pode adquirir particularidades. (p.133)

Segundo Lacan (1944/45/1998, p.204):

Mostrar que a instância do tempo se apresenta de um modo diferente em cada um desses momentos é preservar-lhes a hierarquia, revelando neles uma descontinuidade tonal, essencial para seu valor. Mas, captar na modulação do tempo a própria função pela qual cada um desses momentos, na passagem para o seguinte, é reabsorvido, subsistindo apenas o último que os absorve, é restabelecer a sucessão real deles e compreender verdadeiramente sua gênese no movimento lógico.

Com Lacan podemos empreender as três combinações possíveis que demarcam os três tempos. São eles:

Dois discos pretos e um disco branco: o instante de ver, correspondente a um sujeito impessoal. Diante de dois pretos, sabe-se que é branco. (O de cor branca concluiria imediatamente e sairia, uma vez que viu os dois pretos). A lógica aqui parece ter um valor instantâneo, sua evidência e seu tempo de fulguração são equivalentes a zero. Nesse tempo ainda não se percebe um raciocínio ou subjetivação, apenas a constatação do que se pode ver.

Um disco preto e dois discos brancos: subjetivado no tempo para compreender, correspondente a um tempo do raciocínio, em que o sujeito objetiva mais do que os dados de fato cuja aparência lhe é oferecida nos dois brancos. “Se eu fosse preto, os dois brancos que estou vendo não tardariam a se reconhecer como sendo brancos” (Ibidem, p.205). Aqui, cada um dos sujeitos deve pensar nos dois outros, de uma maneira recíproca.

A que intui sobre B e C é mais da ordem de um eu imaginário, que se espelha no Outro. Ele parece se alienar e se identificar ao significante do Outro, como vimos em Hamlet frente à procrastinação de seu desejo.

Segundo Costa (2011b, p.33):

(...) Assim, no instante de ver, temos a evidência que economiza a experiência, na medida em que esse é um tempo totalmente alienado ao Outro. Já no tempo de compreender, a experiência somente se constitui a partir de uma falta compartilhada, construída com o pequeno outro. É também por essa razão que a fala se constitui como dom a partir do momento em que ela diz da castração do Outro. Nesse sentido, o luto pode dar lugar à construção de uma ficção em comum. (...).

Por fim, os três discos brancos, subjetivados na pressa de concluir para cada um dos três. Há, no momento de concluir, uma asserção sobre si através da qual o sujeito conclui o movimento lógico na decisão de um juízo que é manifestado por um ato.

Imprescindível o tempo de espera, contudo, não se pode deixar escapar a função da pressa na lógica para a conclusão. Para Porge (1998, p.27) os três tempos correspondem aos três modos de subjetivação dos personagens, há uma transformação subjetiva temporal, verificada no momento das escansões, das combinações espaciais de cores.

A conclusão se apresenta como uma solução lógica quando se consideram as escansões suspensivas: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir

Segundo Porge (1998, p.78):

O que está realmente em jogo é uma questão de lógica e de tempo, mas não uma lógica do tempo. Não se trata tanto de situar os acontecimentos lógicos em função do tempo (o que é o objeto de uma lógica do tempo) mas de tomar o tempo como acontecimento lógico, que por si só engendra uma certeza. O valor da verdade de conclusão do tempo lógico depende de tempos, de instâncias temporais objetivadas.

Ainda segundo o autor, a certeza não vem de um julgamento dedutivo, ou de uma teoria que guia um ato racional, ela está ligada à lógica da ação, é antecipada pela ação, pelo ato de concluir. O tempo lógico, assim, não é tanto uma lógica do tempo, mas do ato. É, pois, uma lógica do ato determinada não pelo tempo, mas pelos tempos.

No momento de concluir, o sujeito do enunciado “eu sou branco” coincide com o sujeito da enunciação. Isso se relaciona com o sujeito da asserção, aquele que declara o que é através da asserção sobre si.

Há uma verdade em tal experiência que, embora alcançada de forma independente por cada sujeito, tem uma estrutura coletiva, uma vez que só pode ser atingida através dos outros prisioneiros.

Laurent (1997, p.35) equivale a estrutura dos três condenados à estrutura edipiana:

Eles só podem calcular porque um elemento está faltando: o falo. Ninguém o possui, mas todos os três devem levar em conta aquele símbolo para definir suas posições como pai, mãe e filho. Se qualquer um deles cometer um erro, pensando que ele ou ela é aquele que falta- se o pai pensar que ele é o pai, se a mãe pensar que ela é *A Mulher*, se a criança pensar que é o falo para sua mãe- todos ficam presos em seus cálculos. Nenhum irá achar a saída, Ficarão aprisionados na eterna repetição.

Para a psicanálise, a função do pai é de agente da castração; e a da mãe, por sua vez, ao ter um interesse particularizado pela criança, é a de aliená-la ao seu desejo. Ela constitui-se, assim, como o lugar do Outro simbólico, que, ao presidir a existência do sujeito, oferece a ele uma constelação de significantes que lhe permite incluir-se na ordem simbólica. Veremos tal questão ao abordar a Alienação e Separação.

O tema do tempo tem como pano de fundo a questão da pressa, numa outra dimensão, diferente da que mencionamos anteriormente ao nos referirmos à cultura. Trata-se de uma pressa que nos evoca ao conceito de urgência, tão presente no hospital. Também na urgência, as respostas são diferenciadas. A resposta da psicanálise a essa não é uma resposta geral, mas busca uma solução singular, como veremos abaixo.

2.4 A urgência subjetiva no contexto hospitalar.

Freud não escreveu sobre urgência subjetiva, mas sua clínica nos aproxima da mesma. Pujó (1998) nos aponta que os casos clínicos freudianos trazem em si uma urgência: Dora, quando o equilíbrio do quadrângulo amoroso da qual ela participa se descompensa; o Homem dos Ratos, em pleno transe obsessivo, afligido por um impulso de pagar uma dívida impossível de ser paga, uma vez que, entre outras coisas, ela já estava paga.

Para o autor até mesmo os casos que não foram atendidos por Freud evocam à noção de urgência, como O Pequeno Hans e a ansiedade ligada à castração que culminou em uma fobia; bem como Schreber, cuja história é regida por uma sucessão de estados de urgências, sobretudo a sua convocação para Presidente da Corte de Apelação. Pujó menciona ainda a jovem homossexual, que é levada a Freud no momento em que ela se encontra com o olhar encolerizado do pai, após uma tentativa de suicídio:

Trata-se, em cada caso, de uma situação urgente, caracterizada por uma quebra do discurso, a ruptura da cena que sustenta o sujeito em seu mundo, a irrupção de um real que faz explodir a trama simbólica que o vela, escapando à subjetivação e que se manifesta na emergência da angústia, na agitação obsessiva, no desencadeamento psicótico, na passagem ao ato. Fenômenos condicionados pela estrutura singular e pela história de cada sujeito, em um determinado contexto significativo que só o *après coup* permitirá efetivamente reconstruir. (Ibidem, p.110/111). (Tradução livre)

Lacan (1966 c/1998, p.237), por sua vez, no final do seu texto “Do sujeito enfim em questão” ao se referir à análise didática, ao seu ensino e ao sujeito, faz menção à urgência

subjetiva: “(...) enquanto perdurar um vestígio do que instauramos, haverá psicanalistas para responder a certas urgências subjetivas (...)”.

Para a medicina, em uma situação de urgência, o que fica em jogo é a questão da vida, de limitações físicas e da morte do indivíduo. Essa tem o propósito de preservar a vida do paciente, a integridade física do organismo, e, muitas vezes, como já apontado, o intervalo entre a deliberação de um tratamento e sua execução é quase nulo, tendo em vista a gravidade das situações.

“Na urgência médica, a demanda se relaciona à necessidade de um homem que sofre por sua ferida. O médico corre até seu paciente e o ideal, quando se considera o tempo, é que não haja intervalo entre chamado e resposta”. (Barreto, 2004, p.47)

Segundo Rodríguez (1998, p.135), emergência é diferente de urgência. A urgência não é a dramaticidade de uma situação, mas sim do sujeito. Há situações dramáticas na vida de todos, mas não necessariamente uma situação dramática ou dolorosa dispara a pressa da urgência. Para o autor, a urgência de um sujeito estará determinada por sua própria lógica subjetiva.

Se a urgência médica excede o sujeito, por ser disruptiva, imprevista, presença maciça do real, cabe ao psicanalista atender a urgência legitimando-a, mas sem oferecer uma resposta de antemão ao que nem mesmo foi formulado, ou responder a partir de um saber prévio. Uma urgência torna-se subjetiva por trazer a tona o sujeito e a castração, ela desvela algo de singular do primeiro.

“O decisivo da experiência psicanalítica é indissociável do fato de que o analista não pode saber no lugar do sujeito. O analista está ali apenas para abrir espaço para uma possível resposta do sujeito”. (Ansermet, 2007, p.158)

No hospital, a urgência subjetiva pode ser vista como um movimento, no qual um sujeito pode vir a precipitar tanto o seu julgamento, quanto a sua saída, ao ser informado sobre seu diagnóstico, sobre uma cirurgia ou um prognóstico médico. Ele pode, a partir do instante de ver, concluir antecipadamente, ou, nos dizeres de uma paciente, ficar “entre a cruz e a espada”, como se a vida tivesse findado de antemão ou como se não houvesse outras saídas.

Na vineta do retalho e da costura, (Cf. 2.2.1, p.62) vimos que, no instante de ver, a paciente antecipou sua conclusão. Sem tempo de compreender, acabou por fugir do centro cirúrgico, em uma situação de urgência subjetiva. Precisou desse tempo, foi a posteriori que recolheu os efeitos da perda da mama. Não conseguimos dimensionar o que do sujeito se

perde com uma perda de um órgão do corpo, só ele poderá dizer disso em seu tempo, para só então emergir o desejo -no caso dessa paciente -a cirurgia de reconstrução.

Segundo Lacan (1944-1945/1998, p.205): “o tempo de compreender pode reduzir-se ao instante de olhar, mas esse olhar, em seu instante, pode incluir o tempo necessário para compreender.”

Cabe ao psicanalista possibilitar a passagem para o tempo de compreender, tendo em vista que o sujeito pode ficar capturado pelo instante de olhar ou concluir de imediato. São situações que denotam uma urgência. O psicanalista não deve acreditar no sentido como solução, e sim tentar abrir um espaço de criação para o sujeito, um convite a inventar um modo de se haver com o insuportável, uma invenção singular que possa dar contorno ao real.

Seldes (2006, p.34-35) nos aponta que na urgência subjetiva há um rompimento da cadeia significativa. Um significativo não se articula a outro significativo, e o sujeito não pode se representar. Ele ressalta a importância de contarmos com a dimensão do inconsciente e o gozo que esse comporta. É a linguagem do inconsciente que se ordena em discurso pelo discurso analítico. Assim, é imprescindível que o sujeito tenha a quem endereçá-la.

É no discurso singular relacionado à sua própria história, endereçada ao analista, que o sujeito irá encontrar seu caminho, seus recursos para lidar com a situação de urgência que se impõe. Ele pode se reconhecer em seu sofrimento e construir um saber sobre si e sobre o adoecimento que o acomete.

Moura (2000, p.12-13) respalda-se na vertente o tempo lógico lacaniano para enfatizar a função do analista na clínica da urgência e ressalta que: “Considerando a urgência como o curto- circuito entre o instante de ver e o momento de concluir, o analista vai trabalhar para que não se deixe passar o tempo de compreender, quando sua presença se dará em um limite entre o que se pode saber e o sem sentido.”

A entrada do psicanalista poderia, assim, abrir um parênteses para o tempo de compreender, um tempo entre o instante de ver e o momento de concluir, onde a hipótese se cristaliza. De acordo com Costa (1998.p.55), o tempo de compreender funciona como um tempo da organização do lugar do “eu” que possibilita ao sujeito se descolar do instante de ver.

Figueiredo (1997, p.157) também ressalta o tempo de compreender que é, concomitantemente, tempo de repetição e de elaboração: “Num vai e vem, o analisando repete e elabora, dentro ou fora das sessões, a partir da incidência do analista com suas interpretações, seu silêncio e a marcação do fim das sessões.”

Pacientes que muitas vezes iniciam o atendimento imersos de angústia com o discurso médico que aponta, frequentemente, para alguma perda, podem, a seu tempo, nesse vai e vem, construir uma demanda, a ser formulada em palavras, em busca de outras saídas, muitas vezes, inéditas. Como vimos, há diferenças entre o tempo para a medicina e para a psicanálise, bem como a importância de sustentar um atendimento que valorize o tempo de elaboração particular a cada paciente.

Abaixo, descreveremos a alienação e separação, no que essas tocam a questão da perda, de uma escolha forçada do sujeito. São operações constitutivas do sujeito que demarcam também certa temporalidade.

2.5 Alienação e Separação: o que se impõe em uma cirurgia para o sujeito.

Há dois modos pelos quais se constitui o sujeito: o Estádio do Espelho, já abordado no primeiro capítulo e a topologia da alienação e separação, que abordaremos na direção de precisar o nexo entre luto e tempo.

Lacan nos indica que o sujeito surge no campo do Outro, imerso na linguagem e como efeito destas duas operações: alienação e separação. Dizem respeito a duas operações disjuntas, mas que são articuladas e abordam a relação do sujeito com o Outro. É digno de ressalva que não se trata de etapa, o que denotaria uma visão desenvolvimentista que a criança alcançaria, mas trata-se, como já dito, de uma lógica onde se insere a constituição do sujeito dividido e do inconsciente.

Há uma dialética importante entre alienação e separação. Não é possível, como demonstramos, estar completamente alienado e tampouco totalmente separado, essas duas operações nos são constituintes. Ao se remeter a tais operações, Lacan utiliza-se da teoria dos conjuntos e dos círculos de Euler: reunião e interseção.

É no campo do Outro que o sujeito se constitui, efeito da ação da linguagem sobre o vivente. O sujeito nasce, portanto, numa relação de dependência significativa com o lugar do Outro. Desde logo, sempre que um significante representa um sujeito para outro significante, a alienação se produz. “Num campo de objetos, não é concebível nenhuma relação que gere a alienação, a não ser a do significante.” (Lacan, 1960-(1964)/1998, p.854)

O sujeito emerge entre dois significantes (S1-S2). Isso denota uma cadeia simbólica que parece contemplar uma temporalidade, em que o sujeito advém como um efeito da articulação signifiante.

O signifiante produzindo-se no campo do Outro faz o sujeito de sua significação. Mas ele só funciona como signifiante reduzindo o sujeito em instância a não ser mais que um signifiante, petrificando-o pelo mesmo movimento com que o chama a funcionar, a falar como sujeito. Aí está propriamente a pulsação temporal que institui-se o que é a característica da partida do inconsciente como tal- o fechamento. (Lacan, 1964/2008, p.203)

Para Soler (1997, p.66) há o tempo do signifiante, em que o tempo é organizado entre antecipação e retroação, tempo de organizar a fala, que se desenvolve à medida em que o falante fala. É um tempo muito diferente, o tempo da pulsão, que é tempo de encontro, estruturado como um instante que opera como um corte na continuidade do tempo significativo.

O que Lacan vai chamar de *vel* da alienação implica a lógica de uma escolha forçada pelo sentido, comportando, por outro lado, uma perda, um sem-sentido. A operação denominada alienação reside nesta entrada no campo do Outro, sob a forma da divisão subjetiva.

Todavia, será necessária uma segunda operação, a separação, para que se consuma a causação do sujeito. A separação responde à inscrição do desejo do Outro na falta que há no intervalo signifiante. O sujeito irá operar com sua própria falta, resultante da primeira operação, para responder à falta no Outro.

A reunião, que caracteriza a alienação, é uma operação em que se dá a reunião dos elementos comuns a dois conjuntos. No entanto, os elementos que se repetem nos dois conjuntos só aparecem uma vez no novo conjunto. Assim, não é possível saber se pertenciam a um ou a outro conjunto, de modo que ambos perdem elementos e, se tentarmos voltar ao que era antes, os dois conjuntos ficam automaticamente perdidos.

A alienação reside na divisão do sujeito que acabamos de designar em sua causa. Avancemos na estrutura lógica. Esta estrutura é a de um *vel*, novo por produzir aqui sua originalidade. Para isso, é preciso derivá-lo do que se chama, na lógica dita matemática, uma reunião. (já reconhecida como definindo um certo *vel*) (Lacan, 1960-64/1998, p.855) grifos do autor

Lacan (1964) define a união como um *vel*, palavra latina que significa ou. Existem dois *vels* clássicos e Lacan cria um terceiro, são eles: no sentido de exclusão, em que um dos termos é colocado de fora – “eu vou ou para lá ou para cá” (p. 206), se eu for para lá, não vou para cá, tenho que escolher; no sentido de uma indiferença – “vou para um lado ou para o outro, tanto faz, dá na mesma” (p.206) Para Lacan são dois *vels* que não são a mesma coisa.

O terceiro vel, o lacaniano, é o de uma “escolha forçada”, que qualifica a alienação. Nele, aparentemente, a escolha é por guardar umas das partes, estando a outra fadada ao desaparecimento. No entanto, qualquer que seja a escolha que se opere, há por consequência um “nem um, nem outro” (Ibidem, p. 206) de modo que se tem muito pouca escolha.

O sujeito é dialético e de um movimento que vai de si ao outro e vice versa, esse movimento não é todo e há sempre algo que falta, essa falta é suprida pela operação de alienação.

Se o sujeito tenta encontrar-se no Outro, só pode se encontrar como uma parte perdida. Ele fica petrificado por um significante-mestre e perde alguma parte de seu ser. A alienação (isto é, o fato de que o sujeito não tendo identidade, tenha de identificar-se a algo) encobre ou negligencia o fato de que, um sentido mais profundo, o sujeito se define não apenas na cadeia significante mas, no nível das pulsões, em termos de seu gozo em relação ao Outro. (Laurent, 1997, p.43)

Lacan (1964/2008, p.206) faz menção a um vel, o da alienação, que segundo o mesmo “(...)condena o sujeito a só aparecer nessa divisão que venho, me parece, de articular suficientemente ao dizer que se ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, do outro ele parece como afânise”.

Para ele o véu só se suporta pela forma lógica da reunião. Ainda segundo Lacan esse ou, o vel existe e está na linguagem. Ele exemplifica “ou a bolsa ou a vida!”. Ao escolher a bolsa, perde-se as duas; ao escolher a vida, tem-se uma vida sem a bolsa, uma vida decepada. Lacan deixou claro que escolher qualquer um dos elementos acarreta uma perda; logo, da separação, cai um resto.

Lacan (1964, p.207,208) salienta que encontrou em Hegel a justificativa desse vel alienante: “Trata-se de engendrar a primeira alienação, aquela pela qual o homem entra na via da escravidão. A liberdade ou a vida! Se ele escolhe a liberdade, pronto, ele perde as duas imediatamente – se ele escolhe a vida, tem a vida amputada da liberdade”.

Há no vel alienante um fator letal, a escolha da liberdade de morrer "a única prova de liberdade que vocês podem fazer nas condições que lhes indicam, é justamente a de escolher a morte, pois aí, vocês demonstram que vocês têm a liberdade de escolha" (Ibidem, p.208).

Em seguida, Lacan cita a separação que, para ele, é tão importante quanto a alienação. Há uma dimensão de perda que se faz presente na operação de separação, implicando um luto estrutural. Lacan define as operações de alienação e separação como operações lógicas circulares, ele se reporta à lógica dos conjuntos para apontar a perda como estruturante, constitutiva do sujeito. Há uma escolha forçada que implica perda.

Para Lacan (1964/2008, p.210) o primeiro objeto que o sujeito propõe ao desejo parental cujo objeto é desconhecido, é a sua própria perda “Pode ele me perder? A fantasia de

sua morte, de seu desaparecimento, é o primeiro objeto que o sujeito tem a pôr em jogo nessa dialética e ele o põe, com efeito.”

A falta encontrada pelo sujeito no Outro (nos intervalos de seu discurso) o remete à própria falta primeira, a real, antecedente de seu próprio desaparecimento. Para Lacan uma falta recobre a outra, há uma dialética dos objetos do desejo no que ela faz a junção do desejo do sujeito com o desejo do Outro e esse desejo não é respondido diretamente. “É uma falta engendrada pelo tempo precedente que serve para responder à falta suscitada pelo tempo seguinte” (Ibidem, p.210)

Portanto, podemos dizer que essa relação do sujeito com o Outro, contemplando as operações de alienação e separação, consiste em uma não reciprocidade e a uma torção no retorno que apontam para um tempo não exatamente cronológico e sim em uma funcionalidade lógica.

Ele define mais adiante o processo de separação “Aquilo pelo que o sujeito encontra a via de retorno do vel da alienação é essa operação que chamei, outro dia, separação” (Ibidem, p.213)

O intuito de Lacan é demonstrar que a perda é necessária para o sujeito, \$, se constituir. Trata-se de uma escolha forçada: se toda escolha implica perda, ao escolher a vida, o sujeito perde a bolsa, escolhendo, pois, uma vida amputada.

Para Lacan é no intervalo entre esses dois significantes que vige o desejo oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso do Outro, do primeiro outro com o qual ele necessita lidar, representado, por exemplo, pela mãe.

Segundo Laurent (1997, p.43):

Se o sujeito tenta encontrar-se no Outro, só pode se encontrar como uma parte perdida. Ele fica petrificado por um significante-mestre e perde alguma parte de seu ser. A alienação (isto é, o fato de que o sujeito, não tendo identidade, tenha de identificar-se a algo), encobre ou negligencia o fato de que, um sentido mais profundo, o sujeito se define não apenas na cadeia significante mas, no nível das pulsões, em termos de seu gozo em relação ao Outro.

O sujeito, segundo Soler (1997, p.61), tem a escolha de petrificar-se em um significante ou deslizar no sentido, visto que, quando se tem um elo entre os significantes (S1 e S2) tem-se o sentido. O sujeito petrificado pelo significante não faz pergunta, não se questiona sobre si mesmo, como veremos no próximo tópico em uma vinheta clínica. De acordo com Soler (1997, p.62):

A alienação é o destino. Nenhum sujeito falante pode evitar a alienação. É um destino ligado à falta. Mas a separação não é destino. A separação é algo que pode ou não estar presente, e aqui Lacan evoca um *velle*, em francês *vouloir*, em inglês *want*, um querer. Isso é muito semelhante a uma ação pelo sujeito. (Grifos da autora)

Há diferenças entre o Outro implicado na alienação (repleto de significantes) e o Outro da separação, cuja falta é a marca, um encontro com a falta do desejo.

Uma cirurgia, a retirada de uma mama traz certa analogia com essa questão da alienação e da separação. O sujeito pode se alienar ao discurso médico para consentir com a mesma, no entanto, nesse mesmo ponto torna-se necessário surgir, em claudicação, a possibilidade de separação.

Cabe ao sujeito localizar em sua própria história, em seu desejo, o que o motiva para realizar ou não tal tratamento cuja finalidade é a de preservar sua vida. Ao falar, aposta-se em um tropeço, na possibilidade de a separação operar. Ainda que exista uma indicação médica, é importante questionar qual é a indicação do sujeito. O que o leva a fazer tal procedimento? A resposta só pode ser singular, do caso a caso. Como vimos, (Cf.1.6.1 p.47) somente após a paciente V elaborar, “uma doença maldita que mata”, ela pôde conceder com a cirurgia. Não bastou o dizer da médica, foi preciso que V também dissesse algo.

Para o sujeito se separar é preciso que antes tenha se alienado, as duas operações têm uma importância crucial na constituição do sujeito, e, de acordo com a nossa analogia, também no espaço hospitalar.

Caso o sujeito se recuse a realizar uma cirurgia oncológica, seu tratamento torna-se paliativo, visto ser impossível a possibilidade de cura da doença sem tal procedimento cirúrgico. A cirurgia não garante a cura, mas reduz muito o risco de recidiva da doença. Isso é muitas vezes elucidado pelo médico no momento da deliberação cirúrgica: “*Ou tentamos a cirurgia para que você viva ou a doença volta e você pode morrer*”. “*Vamos lá, vamos tirar isso logo, você ainda tem muito para viver.*” Ou até de forma defensiva frente à recusa do sujeito: “*se você não quiser operar, o que te posso oferecer é só alívio da dor!*”

Na tensão entre a atemporalidade do inconsciente e o tempo cronológico que muitas vezes se impõe como um limite para a medicina, frente a uma cirurgia que é necessária, há uma tentativa de escuta aos sujeitos. Nem sempre a escolha do sujeito é por um tratamento médico que almeja preservar a vida, como veremos abaixo.

2.5.1 Uma decisão do sujeito e suas implicações.

G iniciou o acompanhamento psicológico no curso da quimioterapia (para redução do tumor e posterior cirurgia) Ela me conta sua história: Sua mãe faleceu no parto do irmão mais novo, G tinha 2 anos e foi criada pelo pai e várias madrastas ao longo da vida. Esse irmão foi dado a uma outra família e ela o viu apenas uma vez, quando tinha dez anos, mas não falou com o mesmo.

G seguia falando da sua história, até que, com o término de sua quimioterapia, foi proposto a mastectomia, a qual ela recusou sem pestanejar. No instante de ver, parecia ter se precipitado para concluir, sem espaço para o tempo de compreender. Nesse momento dizia apenas que não queria ficar sem a mama.

Em seus atendimentos, comecei eu a privilegiar o tempo de compreender em suas associações, uma vez que ela parecia tê-lo desconsiderado ao se decidir tão apressadamente. G então trouxe a lembrança do próprio nascimento: *“o poder da oração! Minha mãe tinha problemas. A parteira, a vizinha, todo mundo diz que foi no poder da oração e graças a isso que eu nasci.”* Seguia as associações e comparava ao parto do irmão, cuja mãe faleceu: *“ela foi para o hospital, lá tinha médico, não tinha ninguém orando, não tinha o pastor e minha mãe morreu!”*

Lembra-se também da época em que seu filho foi acometido por um surto psicótico e ela, por sua vez, teve depressão por não aceitar a condição do filho e afastamento do mesmo da carreira militar. *“Fiquei muito deprimida, meu sonho era ver ele fardado, fazendo sucesso. Nessa época fui para o culto, o poder da oração me curou da depressão!”*

Contrariamente à indicação médica, mantinha a posição de recusa da cirurgia. *“Deus vai me curar, estou curada pelo poder da oração, posso morrer mais depressa, eu sei. Mesmo assim, não quero fazer”.*

G castrava o discurso médico, apontando para a impotência frente ao real do câncer. *“Sei que morrer vamos morrer de todo jeito e tem muita gente aqui que ficou sem a mama e a doença voltou, está morrendo de câncer também.”*

Parecia identificada ao significante *poder da oração*, que para ela, salvou a vida de sua mãe em seu próprio nascimento, a si própria da depressão e haveria de salvá-la do câncer. Não consentia com uma parcialização desse significante, que parecia em si, *poderoso demais*

G não se aliena ao discurso médico e sim ao religioso, um certo movimento inverso ao que Clavreul (1983, p.144) nos aponta na atualidade: *“Não se oferecem mais sofrimentos ao Senhor, mas à ciência”.*

Fala, a posteriori, do desejo dos filhos de que ela opere: a filha marcou nova consulta no setor de mastologia para a realização da cirurgia, disse que estava no período de férias e

que gostaria de auxiliá-la no pós-operatório. E seu filho também consegue lhe dizer de seu sofrimento com sua decisão de não operar. G consente, embora sem querer assumir, com a cirurgia. “*Vou fazer o quê, eles estão me pedindo, eu amo muito os meus dois filhos, eles querem de todo jeito que eu opere, vou fazer só por causa deles, mas não queria fazer.*”

Nesse momento, deparo-me com um impasse: seria o desejo de G que *operava* ou ela se via alienada ao desejo dos filhos? Ou eu estava movida por meu próprio desejo de que seu quadro não se agravasse e que para tal, ela se submetesse à cirurgia? Buscava ser cuidadosa, sobretudo quanto a última hipótese, uma vez que não cabia a mim decidir por ela e julgar o que seria seu bem, iria na contramão da psicanálise e desse próprio trabalho.

Decido apostar que aquele era um desejo de G que, por algum motivo, não podia tomá-lo como seu. Vale ressaltar que outras decisões de sua vida foram tomadas por um Outro, como: -a de se casar (*uma “escolha” do pai*) - ter filhos (*para “satisfazer” ao esposo*), -ter um amante (a princípio afirmava ter sido “*estuprada*”, mas, a posteriori, ao longo dos atendimentos, assumiu a relação como “*adultério*”, podendo se responsabilizar).

Digo a G que cada um tem um motivo para fazer uma cirurgia e que aquele era o seu motivo, por seus filhos. Apostava em certa relativização e separação do significante *poder da oração*, significante primordial que determinava sua história.

No entanto, G já estava com um linfedema e, devido a isso, sua cirurgia foi contraindicada pela mastologista. Tempo do sujeito e tempo cronológico não foram coincidentes. Cerca de quatro meses se passaram e a doença evoluiu. Mesmo quando se trata do tempo cronológico, o sujeito está implicado, seja sob a forma de alienação ou separação.

Apesar do inchaço no braço causado pelo linfedema, aponta “*tenho isso, meu braço dói, mas as mulheres que operam também têm esse inchaço, a cirurgia não livra disso não. Não tem nada na minha mama, estou curada!*”.

Iniciou uso de medicação paliativa, contudo, em um primeiro momento reitera “*estou totalmente curada*”, Permaneceu alienada ao significante *poder da oração*. Valia-se da negação, a angústia havia sido blindada pelo discurso religioso, tal certeza parecia protegê-la de pensar no risco de morte decorrente da evolução da doença.

Como isso denotava uma certa organização psíquica da paciente no momento, busquei escutá-la atentamente sem intervenções. Havia um limite, não cabia denunciar sua defesa, que apostamos ser da ordem da neurose. Não temos o direito de romper os semblantes do sujeito. Em certo momento, G solicita alta, alega estar “*bem*”, “*curada*”, mas ao final do atendimento entrega o cartão para que eu a remarque.

A posteriori, G começa a falar do tratamento médico de outra forma. Com muita clareza, sem demonstrar angústia, menciona a recusa da cirurgia em um primeiro momento, comenta de seu tratamento, que se tornou paliativo, das dores ósseas (tem suspeita de metástase óssea) e que espera *"por um milagre de Deus."* *"Se isso vier a acontecer, vou poder depois dar meu testemunho aos irmãos"*

Por outro lado, retrata um movimento de mão dupla: espera por um milagre de Deus, mas fala da possibilidade de morte iminente e diz que está desde já dividindo os bens materiais com os filhos. *"Minha casa será do meu filho, ele precisa ficar mais amparado. E a que está alugada ficará com a menina, porque você sabe, eu não quis operar, depois não tive mais jeito de operar e a doença já pode estar nos ossos, vou ganhando remédios que são só paliativos, para alívio da dor."*

G faz uma separação entre os dois discursos: o religioso- *um milagre de Deus* e o discurso médico- a progressão da doença e impossibilidade de cura. Em meio a isso, parece ter se responsabilizado pela sua escolha, ao fazer vacilar ambos os discursos, ainda que sob o risco de perder sua vida.

Nosso trabalho é auxiliar o sujeito a deslizar na cadeia significativa, podendo se separar, se desalienar, escapando do poder de comando do significante. Construir o desejo de se submeter ou não a um tratamento não cabe ao analista ou ao médico, embora ambos possam desejar que o sujeito o faça, mas há nisso um equívoco, é preciso barrar nosso desejo. Como já ressaltamos, não nos cabe julgar o que é o bem para o paciente, a escolha e o desejo, nesse sentido, só podem partir dele próprio.

Tal escolha modifica o tratamento oncológico da paciente, não há mais expectativa de cura. Alguns médicos, defensivamente, chegam a ver tais pacientes como quem *recusou cirurgia, desprezou o resultado positivo da quimioterapia, ou que desperdiçou seu tratamento.*

A direção do tratamento da psicanálise permanece a de recolher os elementos fornecidos pelo sujeito, seguir acompanhando o seu percurso, as saídas singulares. O saber não é sobre o paciente, mas se constrói a partir do que ele nos indica. Eis a tessitura que aponta o caminho a seguir a cada caso, a cada tempo. E G dá certo retorno disso *"Ah! Como tenho coisa pra falar, minha vida dá um livro."*

Cabe ainda ao psicanalista auxiliar a equipe a fazer um certo deslocamento da expectativa de ter curado o câncer para a de tratar um sujeito com câncer, ainda que sem possibilidade de cura. Veremos, no próximo capítulo, que o trabalho do psicanalista no hospital estende-se também à equipe, no que tange o cuidado ao paciente.

Como vimos ao abordar o luto, há algo nele que se assemelha à psicose. Então, nesse sentido, pensamos o nosso trabalho em alguns momentos de forma similar ao atendimento do psicótico: também de secretariar, de testemunhar o percurso singular do sujeito frente à irrupção de um real com o risco de iminência de morte.

Falar sobre o risco ou iminência de morte é algo que tende a ser velado, ou mesmo vilipendiado diante do insuportável que isso acarreta. Frases como “*Você vai ficar bem*”, “*confie em Deus*”, “*Não fique assim*” apesar de uma tentativa de consolo, não abrandam o sofrimento do sujeito.

Se Lacan nos adverte para não recuarmos na clínica da psicose, cabe-nos transpor o seu dito para o hospital: também não nos cabe recuar diante de um sujeito que quer testemunhar sua experiência. G diz de um desejo de *testemunhar* sua experiência na igreja, com certo apaziguamento no momento. E o testemunho se dá de forma singular, cada um o constrói e o endereça a seu modo, cumprindo certa função de estabilização, como veremos.

2.6 A função do testemunho no diagnóstico oncológico

Ao descrever a neurose traumática, como condição que acontece após guerras, desastres ou outros acidentes graves, Freud (1920, p.23) afirma que a neurose traumática se assemelha à histeria, mas a ultrapassa pelos sinais fortemente acentuados de indisposição subjetiva. Podemos pensar que tanto no câncer como na guerra o trauma pode incidir em algo estrutural do sujeito, que, por sua vez, pode não ter a priori elementos psíquicos para sair de tal situação.

Para Freud (Ibidem, p.13), no caso das neuroses traumáticas, “duas características surgem proeminentemente: primeira, que o ônus principal de sua causação parece repousar sobre o fator surpresa, do susto, e, segunda, que um ferimento ou dano infligido simultaneamente operam, via de regra, contra o desenvolvimento de uma neurose.”

Ambas as posições de Freud são ratificadas na clínica: O câncer se constitui como surpresa, algo inesperado para a maioria das pessoas acometidas por ele. E é muito comum sua descoberta no curso de exames prévios a uma cirurgia estética na mama, em um momento

marcado pela insatisfação com o corpo causada seja pelo envelhecimento ou por outras questões, mas que, com o advento da doença, deixam de ter importância para o sujeito. *“Estava muito infeliz, na crise dos 50, me achando horrorosa, ainda bem que fui inventar de fazer plástica, ia mexer em tudo, imagina se não visse e esse caroço crescesse mais”* Percebe-se um deslocamento do investimento da cirurgia estética para a extirpação de um nódulo maligno. Ou mesmo: *“Acabaram as crises com o marido, agora a prioridade nossa é tratar a doença”*

Costa (2001, p.90-91) nos aponta que registramos nossos atos por anulação ou por antecipação. Segundo a autora: “a antecipação nos permite representar nosso cotidiano, construir balizas para nossa existência diária, de forma que não nos precipitemos no abismo da angústia, provocado por uma falta de representação.”

Deparar-se com o diagnóstico interrompe essa antecipação, é um encontro com a surpresa. Freud (1920/1996, p.40) aponta que o trauma está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis.

Segundo Freud, diante do traumático que irrompe, o sujeito se depara com a angústia, que, por sua vez, preparará para o perigo externo e interno, utilizando o mecanismo de ligação ou vinculação das pulsões, dominando-as pelo acionamento dos mecanismos defensivos. Cabe assim ao sujeito sair de tal situação, buscando muitas vezes recursos fora do corpo.

Nos corredores do hospital, fala-se do câncer de todas as formas, do horror que a doença provoca ao desejo de obter a cura, costuma ser o assunto vigente. Parece haver uma necessidade de as pessoas falarem dessa experiência quando aguardam as consultas nos diferentes espaços do hospital. Ainda que para algumas seja muito difícil ouvir sobre esse “estranho familiar”, uma experiência de perda parece necessitar de ser compartilhada no espaço hospitalar.

Einstein escreveu a Freud questionando-o sobre o porquê da guerra. Em resposta a ele, Freud (1933-1934/ 1996, p.205) aponta como possível solução contra a guerra o estreitamento dos vínculos emocionais entre os homens, seja pela via do amor ou pela identificação.

Muitas vezes as identificações e vínculos afetivos entre as pacientes as apaziguam, fazem circular as informações e facilitam o acesso ao tratamento, mas nem sempre. Para algumas, compartilhar ou ouvir sobre essa experiência é da ordem do insuportável. O uso de fones de ouvido tem a função defensiva de privá-las de ouvir, conforme elas próprias relatam.

Com a psicanálise, há uma aposta de que algo dessa experiência de cada sujeito possa ser singularizada a fim de se encontrarem outras saídas. Bem diferente do que escutar sobre

um diagnóstico e suas consequências para a vida, a psicanálise se propõe à escuta de um testemunho do sujeito. Destarte, na cena analítica não se trata da doença em si, o que o sujeito produz é um testemunho.

Lembro-me de uma paciente que me solicita atendimento, e, já adentrando abruptamente na minha sala, diz: “*Você é psicóloga? Preciso urgente de uma.*” Convido-a a falar, e ela me diz que entregou sua filha ao pai, tendo em vista a metástase pulmonar e a afirmação do médico de que era preciso organizar sua vida. Interpretou “*organizar a vida*” como deixar a filha com o pai para que a mesma já se adaptasse de antemão à sua ausência. Questionei como estava sua vida e ela me diz: “*Eu não vivo sem ela.*” Em tom de brincadeira, pergunto se então ela já deixou de viver. Ela percebeu o quanto “*estava precipitando as coisas!*” e pôde, em um ato, restabelecer a guarda da filha.

Naquele momento de urgência, a paciente precisou de falar, dar seu testemunho do insuportável frente ao real da possibilidade de morte. Testemunho que marca dois tempos: o primeiro, em que ela própria antecipa essa morte; e um segundo momento, em que retoma a vida e seu desejo, apesar da doença já grave.

Nosso trabalho não é o de buscar restabelecer a harmonia perdida, tampouco focar a dramaticidade do acontecido, mas, sim, possibilitar que, diante do impossível de suportar que uma urgência subjetiva aponta, o paciente possa adquirir mais recursos para lidar com o que se apresenta, de forma a encontrar outras saídas.

Segundo Seligmann- Silva (2005, p.72), o testemunho é um tema que tem despertado a atenção de estudiosos através de diferentes campos do conhecimento, no qual ele inclui a psicanálise, que é toda baseada na situação dialógica da clínica, que tem o testemunho no seu centro.

Nesse contexto, é importante remontarmos à literatura de testemunho, que se apresenta muitas vezes como condição de sobrevivência. Agamben (2008) em ‘O que resta de Auschwitz’, nos traz as dificuldades sobre o testemunho. Buscou-se narrar o que aconteceu no holocausto, no entanto o que aconteceu não faz parte do narrável, algo escapa. O próprio Agamben (Ibidem, p.37) aponta o termo holocausto como uma exigência de justificar uma morte sem causa, de atribuir um sentido ao que não tem sentido. Para ele é um termo com conotação antijudaica que deve ser evitado.

A partir de Auschwitz, apreende-se que a memória de experiências que denota horror é impossível de ser dita, mas, por outro lado, não foi esquecida. Em virtude do assolamento do simbólico pelo real, falta um tecido significante que possa descrever tal experiência, mas,

ainda assim, fala-se dela. Agamben (Ibidem, p.25) nos aponta que uma das condições, que impele um deportado a sobreviver, consiste em tornar-se testemunha.

Seligmann- Silva (2008), embasado na produção de Primo Levi, também aponta o testemunho como uma atividade elementar, no sentido de que dela depende a sobrevivência daquele que retornou de um campo de concentração ou de outra situação radical de violência que implica

tal necessidade, ou seja, que desencadeia essa carência absoluta de narrar. O autor aponta ainda o caráter elementar e necessário da narrativa:

(...)este desafio de estabelecer uma ponte com “os outros”, de conseguir resgatar o sobrevivente do sítio da outridade, de romper com os muros do Lager. A narrativa seria a picareta que poderia ajudar a derrubar este muro. A circulação das imagens do campo de concentração que se inscreveram como uma queimadura na memória do sobrevivente, na medida em que são aos poucos traduzidas, Über-Setzte, transpostas, para “os outros”, permite que o sobrevivente inicie seu trabalho de religamento ao mundo, de reconstrução da sua casa. Narrar o trauma, portanto, tem em primeiro lugar este sentido primário de desejo de renascer. (Ibidem, p.66)

Como vimos, o trauma incide no sujeito de forma abrupta e inesperada, a unidade narcísica foi abalada. A saída encontrada pelo sujeito é muitas vezes a escrita, constitutiva de um testemunho de uma singularidade que ninguém, exceto o autor, viveu. Segundo Costa² (‘informação verbal’), a escrita produz uma experiência que não pode se dar de outra forma, que não é possível no laço com o outro. O testemunho é único e insubstituível, ele diz, tal como a escrita, de uma absoluta singularidade.

Mais adiante Agamben (2008, p.43) nos aponta que:

A testemunha comumente testemunha a favor da verdade e da justiça, e delas a sua palavra extrai consistência e plenitude. Nesse caso, porém, o testemunho vale essencialmente por aquilo que nele falta; contém, no seu centro, algo intestemunhável, que destitui a autoridade dos sobreviventes.

Podemos pensar assim na possibilidade da palavra apesar da impossibilidade de dizê-la toda. O fato de que não tenha sido pronunciada não significa que a experiência a que elas se referem não tenha existido. É que diante do real da experiência, elas são impossíveis de dizer, por ser impossível traduzi-las completamente.

Ao retomar Primo Levi, Agamben (2008) nos fala de uma criança de 3 anos, Hurbinek, cujo nome não se sabia ao certo se era esse, uma criança que não falava e faleceu aos 3 anos. A certa altura, Hurbinek começa a repetir uma palavra que ninguém consegue entender, mas que, ainda assim, Levi transcreve como “Mass-klo ou mastiklo..” De Hurbinek

² COSTA, A. Referência transmitida em aula ministrada em 7-11-2014

nada mais restou, exceto o que Primo Levi pôde contar sobre ele, ou seja, seu testemunho permitiu que aquela criança fosse falada após a morte, ele lhe deu uma história.

Segundo Agamben (2008, p.47), Levi procurou de todas as formas testemunhar o não testemunhado. Cada palavra, cada escritura parecia nascer como testemunho:

E, por isso mesmo aquilo que dá testemunho não pode ser já língua, já escritura: pode ser somente um não testemunhado. Isso é o som que provém da lacuna, a não língua que se fala sozinho, de que a língua responde, em que nasce a língua. E é sobre a natureza desse não-testemunhado, sobre a não-língua que é preciso interrogar-se.

Mais adiante ele ratifica essa impossibilidade de testemunhar tudo, e, concomitantemente, aponta a exigência e necessidade de testemunhar. Assim, o que resta funda

a língua que sobrevive como possibilidade ou impossibilidade de falar e institui a verdade de sua fala no ato de dizer o que é possível de ser dito.

O fato de que para o falante exista já uma língua-não inclui em si obrigação alguma de comunicar. Pelo contrário, só se a linguagem não for sempre comunicação, só se ela der testemunho de algo que não pode testemunhar, o falante poderá experimentar algo semelhante a uma exigência de testemunhar. (Ibidem, p.72)

Agamben coloca em questão a narrativa e escuta das histórias de Auschwitz abrindo - nos o caminho para o tema do testemunho e suscitando possibilidades para pensar em questões clínicas. Testemunhar abre a possibilidade de tentar produzir significações para uma catástrofe ou algo inesperado, mesmo com uma defasagem entre a própria narrativa e o evento traumático, já que não se pode dizer tudo.

Como já ressaltamos, nossa aposta é a de que a psicanálise proporciona a passagem desse acontecimento no corpo do sujeito para uma experiência através da narrativa, do testemunho que o sujeito dá sobre isso a um analista.

Segundo Berenguer (2009), a produção da teoria freudiana é entendida como ligada a um testemunho de sua prática, vinculada às suas descobertas, conquistas ou dificuldades. Para o autor, o testemunho se refere, de alguma forma, ao limite do discurso, e inclusive da formalização. “Onde o discurso não diz, testemunha” (Ibidem, p.70).

Freud (1911/1996, p.21) também utilizou-se de um testemunho (‘relato autobiográfico’, segundo Freud ou ‘memórias’, segundo seu autor Schreber) para nos ensinar sobre a psicose:

Visto que os paranoicos não podem ser compelidos a superar suas resistências internas e desde que, de qualquer modo, só dizem o que resolvem dizer, decorre disso ser a paranoia um distúrbio em que um relatório escrito ou uma história clínica impressa podem tomar o lugar de um conhecimento pessoal do paciente.

Costa (2000, p.42) também relembra Freud e o relato autobiográfico de Schreber, que mereceu uma descrição clínica como se fosse um caso em transferência. Para a autora, a escrita parecia ser o elemento central de Freud, que lhe permitiu até mesmo escutar.

Costa relembra ainda textos, como a *Interpretação dos Sonhos*, a qual traz inúmeras análises dos próprios sonhos de Freud e onde ele situa como um trabalho de luto pela morte de seu pai, bem como o seu trabalho de análise pessoal, que acontece preponderantemente na escrita de cartas a Fliess: "É interessante observar que quando Freud escreve nesses dois lugares ele não faz distinção, nem estabelece distância, entre seus processos pessoais e as elaborações de conceitos que propôs como universais" (Ibidem, p.42)

Mais adiante, a autora nos aponta o rompimento do endereço único inicial de Freud e a possibilidade de que sua produção não se constituísse num atributo pessoal, mas sim cultural. A intimidade das cartas a Fliess não era algo exclusivamente pessoal, era a manifestação de algo cultural, ao qual ele precisava de revelar, doar ao mundo.

Para Berenguer (2009), o testemunho, além de se vincular ao dispositivo do passe, relaciona-se intrinsecamente com o ensino e transmissão da psicanálise.

O testemunho não é uma modalidade de enunciação que coroa um saber completo e triunfante, válido para todos, na dimensão do universal. Pelo contrário, aponta os limites do saber para circunscrever o real que está em jogo, a opacidade inevitável do saber em função no discurso analítico. (Ibidem, p.72)

Lacan também refere-se ao testemunho ao longo de sua obra. Utiliza-o ao propor o dispositivo do passe, mas também ao se referir à psicose. Ao descrever o caso clínico de uma paciente paranoica, nos afirma:

“Não é como se ela me falasse de qualquer coisa, ela me fala de alguma coisa que é para ela muito interessante, ardente, ela fala de alguma coisa em que continua assim mesmo envolvida, em suma, ela testemunha”. (Lacan, 1955-1956/2008-p.51)

Para ele o testemunho não é uma simples comunicação, mas tudo o que tem um valor enquanto comunicação é da ordem do testemunho. Lacan designou por meio desse termo, aliado ao conceito de ‘secretário do alienado’, coordenadas fundamentais para a posição ética do analista perante a psicose.

Por que então condenar de antemão à caducidade o que se externa de um sujeito que se presume estar na ordem do insensato, mas cujo testemunho é mais singular, e mesmo inteiramente original? Por mais perturbadas que possam estar suas relações com o mundo exterior, mesmo assim não guarda talvez seu testemunho seu valor? (Ibidem, p.243)

Lacan tece algumas questões sobre o testemunho que se refere tanto à neurose como à psicose. Se o psicótico nos dá um testemunho de sua posição particular frente à linguagem, o neurótico é testemunha de um inconsciente a ser decifrado:

O psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar. Trata-se de um testemunho aberto. O neurótico também é uma testemunha da existência do inconsciente, ele dá um testemunho encoberto, que é preciso decifrar. O psicótico, no sentido em que ele é, numa primeira aproximação, testemunha aberta, parece fixado, imobilizado numa posição que o coloca sem condições de restaurar autenticamente o sentido do que ele testemunha, e partilhá-lo no discurso dos outros.” (Ibidem, p. 156)

O testemunho de quem conta sua história parece abrir um espaço para o próprio lembrar e para a memória como transmissão de uma experiência, além de nos ensinar que não se trata apenas de um relato do acontecido, mas também e principalmente de uma criação. É o que apreendemos cotidianamente no hospital, com pacientes que, já com a doença avançada, escolhem escrever cartas endereçadas aos filhos para que estes as leiam quando estiverem mais crescidos, ou mesmo escrever sobre a dor e medo de uma internação, do receio de não ser possível *“voltar para casa”*.

Lembro-me de uma paciente bem jovem que, impedida de andar e mesmo de se sentar, devido à metástase na coluna, lamentava-se de se ver impossibilitada de ir à ouvidoria, para reclamar da dificuldade de conseguir um local de tratamento, o que acarretou um diagnóstico tardio, quando já não havia possibilidade de tratamento, bem como de questões da internação e de mudanças nas posições médicas sobre seu tratamento, que a deixaram confusa. Sugeri que ela escrevesse então uma carta à ouvidoria, o que teve muitos efeitos, não só para alertar sobre as mazelas e desencontros da rede e do próprio hospital, como para sua subjetividade. *“Luzia, eu posso fazer muita coisa ainda, mesmo deficiente, quando tiver sem tanta dor eu posso tentar fazer e dizer ou escrever o que quero para as pessoas.”*

Escrevo mais detidamente abaixo sobre D, que pôde dar seu testemunho inicialmente pela música e depois pela escrita. Testemunhar, apesar de ser impossível se dizer tudo, aliás, se pensarmos, nem sobre o próprio câncer de mama ainda é possível dizer tudo, algo enigmático escapa aos discursos e ao saber da ciência.

2.6.1 Entre marchinhas carnavalescas, um testemunho

Um residente em oncologia solicitou-me atendimento para uma senhora de 83 anos, D, que se encontrava internada. Segundo ele, o encaminhamento foi devido a “*uma alteração no comportamento e quadro de agitação*”. Ressalta que a paciente era muito tranquila e que ficou assim após ser informada sobre a contraindicação de prosseguir seu tratamento, visto não ter respondido a esse e a doença ter avançado muito. Acrescenta que “*a filha dela também está dando muito trabalho.*” E que a paciente sequer seria encaminhada para a outra unidade, destinada exclusivamente ao cuidado paliativo, visto estar “*muito debilitada, nem daria tempo dela chegar e eles cuidarem dela, está morrendo.*”

O comportamento estranhado por ele era de que a paciente, tida então pela medicina como “*fora de possibilidade terapêutica,*” cantava com certa agitação por todo o dia e parte da noite. “*Incomodava outras pacientes,*” ao passo que a filha não aceitava a possível perda da mãe e, numa postura de confronto, questionava muito cada conduta da equipe.

Vale esclarecer que, na assistência em oncologia, quando se esgotam todos os recursos da medicina para evitar a morte, o paciente com o diagnóstico de câncer avançado passa a ser designado como fora de possibilidade terapêutica (FPT). Pode ser também chamado de suporte não invasivo, (SNI). Ambas as nomeações, para a medicina e profissionais de saúde, têm o intuito de preservar o paciente de sofrer procedimentos invasivos em seu corpo que só prolongariam seu sofrimento. “Fora de possibilidade terapêutica” indica o limite do discurso da ciência em conter a doença, mas não impede de que o sujeito e suas saídas possam ser levados em conta.

Feita essa ressalva, retomamos o caso clínico: As marchinhas cantadas, algumas *inventadas* por D, as quais, a princípio, pareciam sem sentido para a equipe, eram para ela a recordação de sua vinda de Portugal e reencontro com o marido, na época namorado. “*O recomeço de uma vida após tantas dificuldades.*”

Em uma de suas sessões, a paciente solicitou a presença da filha para lhe dizer que a música era para ela, que foi “*fruto desse amor.*” Testemunhou para a filha a infância em Portugal, sua vinda para o Brasil, a família que construiu: “*Fui muito feliz e amada na minha vida!*” Ressaltou ainda o quanto ela gostaria de que essa filha ficasse mais tranquila, de que seguisse sua vida da melhor forma e de que jamais se esquecesse do amor dos pais por ela. Acrescentou que só assim poderia “*partir em paz*”.

No dia seguinte, após se fazer ser ouvida pela filha, começou a contar suas histórias, com a solicitação de que a filha as anotasse para mostrar a seus bisnetos (ainda muito pequenos). E as letras musicais se incluíam na história: “*Eles também precisam saber como*

começou a história da família deles” Como nos aponta Seligmann- Silva (2008, p.69), na situação testemunhal, o tempo passado é tempo presente.

Ao dar um retorno para o residente, apontei que a música não só era o que podia escapar do “fora de possibilidade terapêutica”, mas era a própria possibilidade terapêutica, que foi encontrada por ela em seu percurso singular. Um caminho para testemunhar sua história, para lidar com a angústia diante da morte e, simultaneamente, uma possibilidade de fazer da música uma herança, uma transmissão para a filha.

Não me coube intervir nessa sessão, apenas ouvir atentamente aquele testemunho de uma mãe para sua filha e dar um retorno para o residente e equipe sobre a posição do sujeito. O testemunho da paciente apaziguou a filha, que então pôde chorar e falar da dor de perder a mãe, além de acolhê-la e começar a escrever o que ela solicitava para transmitir aos bisnetos. Teve efeitos também sobre a equipe, conforme retornou o residente: *“agora estou vendo dona D de outra forma”*. Como se o testemunho da paciente tivesse dado um sentido para todo o seu entorno. Algo bem diferente do que foi ‘patologizado’ inicialmente, um novo campo de transferência com a equipe foi criado.

Ao nos referirmos à literatura de testemunho, consideramos a existência de uma dimensão que resiste à subjetivação por não ser simbolizável. Como já vimos, a experiência de morte não pode ser simbolizada por não termos registro da mesma no inconsciente, mas da vida sim, se tem registro, e D nos ensinou como se tem!

A psicanálise tem uma compreensão particular da “terapêutica”, propõe não a contenção ou controle do real, que é, também para ela, da ordem do impossível, mas um tratamento através do simbólico, possibilitando que cada sujeito possa construir, de modo singular, sua forma de lidar com o que resiste à simbolização. Destarte, a partir da psicanálise, é possível se escutar o que se encontra “fora/ dentro de possibilidade terapêutica” advertindo-se que não se pode dizer tudo, mas ainda sim, pode-se dizer.

Nossa aposta é a de que o paciente construa um testemunho de sua própria história, de que não fique na posição de objeto a ser cuidado. Ser protagonista de sua história, mesmo sob condições tão adversas, é o que nos aponta a literatura de testemunho, é o que nos ensinam os pacientes acometidos por câncer.

Para que o testemunho de um sujeito ao analista produza efeitos, é necessário a transferência, um dos conceitos fundamentais da psicanálise, que abordaremos no próximo capítulo.

3 A TRANSFERÊNCIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Deter-nos-emos, no presente capítulo, sobre a transferência, um dos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, como preconizado por Lacan, e sem o qual o trabalho do analista não é possível. Inicialmente, abordaremos a transferência para a psicanálise, atrelada ao conceito de repetição. Já vimos sobre o tempo da medicina e o tempo lógico, bem como o tempo no luto e na urgência subjetiva ao longo dessa dissertação; abordaremos aqui, brevemente, a relação estabelecida entre tempo e transferência.

As funções do psicanalista no hospital oncológico precisam de ser consideradas para além do mero atendimento clínico ao paciente, muitas vezes é impossível que o trabalho se dê de forma isolada. Deve-se assim levar em conta toda a rede de relações existentes na instituição. Para descrevê-la, o conceito de transferência será o nosso norteador: apontaremos a relação entre a transferência com a instituição e também com a equipe. Retomaremos os efeitos de algumas vinhetas clínicas descritas ao longo desse trabalho, intercalando-as ao conceito de transferência no cenário hospitalar.

3.1 Breve explicação sobre a Transferência em Psicanálise

É a partir de sua clínica com sujeitos histéricos (Ana O, Dora) que Freud constrói um de seus conceitos fundamentais: a transferência, condição *sine qua non* do trabalho analítico. Contudo, ele nos alerta que o manejo da mesma, com seus meandros delicados, é uma dificuldade bastante séria que o psicanalista tem que enfrentar. (1915c/1996, p.177)

Nos trabalhos sobre técnica psicanalítica (1911-1915), Freud aborda de forma mais detalhada o fenômeno da transferência e se esforça para entender o que leva o inconsciente a se fechar, interrompendo a associação livre. A transferência em Freud passa a ser definida como um “clichê” repetido constantemente na vida do sujeito, em sua relação objetal, por obedecer a fixações ligadas a imagos infantis: pai, mãe, irmãos. Ele aponta ainda que as particularidades da transferência para o analista “(...)tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas ideias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes” (Freud, 1912/1996, p.112)

Freud considera a transferência a partir de quatro aspectos: resistência, repetição, sugestão e amor, que são da ordem de fenômenos que se manifestam na experiência analítica. O conceito de transferência se confunde com eles, fazendo com que Freud a caracterize, associando-a ao fenômeno da resistência e à função da repetição. Além disso, ele ressalta suas faces negativa e positiva.

Em recordar, repetir e elaborar, Freud afirma que após o abandono da hipnose, a tarefa consistia em descobrir, através das associações livres do paciente, o que o mesmo deixava de recordar. Para Freud (1914b/1996, p.163), a resistência deveria ser contornada pelo trabalho da interpretação, tornando-a consciente ao paciente.

É também no contexto da clínica que Freud descobre a relação entre a transferência e a repetição, ressaltando que as mesmas obedecem à repetição de uma matriz -os protótipos infantis- e deles dependem. “Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual” (Ibidem, p.166)

Caracteriza a repetição, relacionando-a com outros conceitos de valiosa importância para a clínica: a atuação, a transferência e a resistência. Ao se referir à atuação, Freud pontua que algumas questões não podem ser recordadas porque, na verdade, elas nunca foram notadas, jamais foram conscientes. Ele menciona que, em alguns casos, o paciente não se recorda de algo esquecido, mas o expressa pela atuação. “Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem naturalmente, saber que o está repetindo” (Ibidem, p.165)

A recordação está, assim, vinculada àquilo que pode ser lembrado, ao passo que a repetição está ligada à atuação movida por componentes psíquicos recalcados que se atualizam na análise. Repete-se ou atua-se aquilo que não pode ser lembrado. A análise marca, destarte, a existência disso que não é perceptível pelo analisando, fazendo com que ele se dê conta dos acontecimentos que o tomam enquanto sujeito.

Já em relação à resistência, Freud nos aponta que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência (Ibidem p.168). Ele afirma que o primeiro passo para superar as resistências é dado pelo analista, ao revelar ao analisando e familiarizá-lo com tal resistência: “deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise.” (Ibidem, p.170).

A resistência apresentada na transferência não é uma característica restrita à psicanálise, ocorre também na instituição, como veremos abaixo.

Freud nos aponta que não temos que nos preocupar com a transferência enquanto ela age a favor do trabalho conjunto em análise. No entanto, se ela se transforma em resistência, seja sob a forma positiva, por inclinação amorosa que a torna intensa, seja pela negativa, por impulsos hostis ao invés de afetuosos, devemos voltar-lhe nossa atenção. A transferência funciona como resistência porque o analisando repete em relação à pessoa do analista os sentimentos e conflitos infantis. Dessa maneira, a resistência age tanto na forma da transferência negativa através de sentimentos hostis com relação ao analista, quanto na forma de transferência erótica, isto é, com sentimentos amorosos de cunho sexualizado com relação a ele.

Ele alerta que é impossível ceder às exigências do paciente decorrentes da transferência, também não é cabível rejeitá-las de modo indelicado. Deve-se superar a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não são dirigidos ao analista, mas são oriundos da repetição. Cabe transformar a repetição em lembrança. “Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a maior ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartilhamentos na vida mental podem ser abertos.” (Freud, 1917, p.445)

Freud (1915c, p.183), ao se referir ao amor transferencial, afirma que não existe modelo na vida real para o caminho que o analista deve seguir:

Ele tem de tomar cuidado para não se afastar do amor transferencial, repeli-lo ou torna-lo desagradável para a paciente; mas deve, de modo igualmente resoluto, recusar-lhe qualquer retribuição. Deve manter um firme domínio do amor transferencial, mas trata-lo como algo irreal, como uma situação que se deve atravessar no tratamento e remontar às suas origens inconscientes e que pode ajudar a trazer tudo o que se acha muito profundamente oculto na vida erótica da paciente para sua consciência e, portanto, para debaixo de seu controle.

A transferência em Freud é uma força motriz que tanto serve de alavanca que conduz o analisando ao deciframento de suas próprias interpretações fundantes quanto serve de obstáculo à rememoração. O importante será a posição do analista ao manejar a transferência com o propósito de utilizá-la como o instrumento crucial, o motor do tratamento.

“A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo de caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada”. (Ibidem, p.170)

Freud afirma que o primeiro passo para superar as resistências é dado pelo analista, ao revelar e familiarizar o analisando com tal resistência. “Deve-se dar ao paciente tempo para

conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise” (Ibidem, p.170)

Com a descoberta freudiana de um Além do princípio de prazer (1920), fez-se necessário, mais uma vez, interrogar a transferência e a resistência. Esse texto, como já vimos, tem como questão primordial a indagação freudiana acerca da dominância desse princípio no aparelho mental com a nomeação da Pulsão de Morte, que conceitua outro tipo de repetição. O paciente repete o recalcado como uma experiência atual. Assim, o recalcado não oferece resistência à cura, uma vez que é por ele que se tem acesso ao inconsciente. Freud retoma a transferência e a resistência, agora à luz da pulsão de morte sem abandonar a direção até então tomada por ele de encontrar a resistência da transferência.

Podemos, como vimos ao longo desse trabalho, constatar o avanço das elaborações freudianas entre 1911 e 1920. Essas nos evidenciam a preocupação de Freud em elucidar as dificuldades que se interpunham à clínica, com o objetivo de conduzir o tratamento analítico sempre mais adiante. Igualmente, ele se empenhava em descrever os impasses da teoria e técnica analítica. Destarte, o conceito de repetição, após 1920, passa a se inscrever de forma distinta do domínio do princípio do prazer da 1ª tópica freudiana.

Na 2ª tópica, a repetição é consequência do trauma, o que leva o sujeito a um outro registro diferente do prazer que tem correspondência com a pulsão de morte e a compulsão à repetição, que representam a marca do trauma original e estrutural. Com a famosa cena do ‘fort-da’, em Além do Princípio do Prazer, e já mencionada nesse trabalho, Freud presencia seu neto brincar com um carretel, fazendo-o, repetidamente, aparecer e desaparecer. A partir da experiência traumática do desaparecimento da mãe, como vimos no primeiro capítulo, o menino encenava e nomeava em sua brincadeira o movimento de ir e vir, numa tentativa de domínio do objeto a serviço do princípio do prazer.

Ao mencionar a repetição enquanto conceito fundamental, Lacan (1964/2008, p.55) aponta a ligação que Freud estabelece entre a repetição e a pulsão de morte, na medida em que a última denuncia o que há de essencial na repetição, que ele nomeia como encontro do real. “É com efeito de um encontro, de um encontro essencial, que se trata no que a psicanálise descobriu- de um encontro marcado, ao qual somos sempre chamados, com um real que escapole.” (Ibidem, p.59).

A repetição é, assim, um trabalho fundamental da pulsão de morte que relança insistentemente algo inassimilável, da ordem do real. É nesse encontro, essencialmente faltoso, é no lugar desse objeto impossível de encontrar, que se encontra sempre o real, o que

introduz a diferença no circuito da repetição. Lacan prossegue seu estudo com o conceito de repetição presentificado pelo discurso freudiano e apropria-se de maneira peculiar de dois modos de causação postulados por Aristóteles para tratar as duas faces da repetição: tiquê e automatôn.

Segundo Lacan, o real está para além do automatôn, “do retorno da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer. O real é o que vige sempre por detrás do automatôn” (Ibidem, p.59).

Mais adiante, Lacan relaciona a função da tiquê: “do real como encontro- o encontro enquanto que podendo faltar, enquanto que essencialmente é encontro faltoso- se apresenta primeiro, na história da psicanálise, de uma forma que, só por si já é suficiente para despertar nossa atenção – a do traumatismo” (Ibidem p.60)

De acordo com Fink (1997, p.242), o real está no nível do que detém o funcionamento tranquilo do automatôn, da seriação automática, sujeita à lei regular dos significantes no sujeito do inconsciente. “O encontro com o real não está situado no nível do pensamento, mas no nível onde a falta oracular produz não-senso, aquilo que não pode ser pensamento.”

Lacan relembra-se da Ciência dos sonhos, do pai, cujo filho morto estava sendo velado por um senhor em outro quarto. Esse pai dormia e sonhou que o filho o questionou: "pai, não vês que eu estou queimando?" (Op.cit, p.62) Para Lacan, essa frase é, “ela própria, uma tocha, ela sozinha põe fogo onde cai e não vemos o que queima, pois a chama nos cega sobre o fato de que o fogo pega no *Unterlegt*, no *Untertragen* no real” (Ibidem, p.64)

A falta que concerne ao real não é aqui, para Lacan, da ordem do julgamento moral, mas sim da impossibilidade. Não é possível reverter o destino do filho morto, a morte não pode ser representada, como já vimos. Assim como um pai não pode impedir que seu filho se *queime* de gozo. Todo pai é faltoso no sentido de proteger o filho do encontro com o gozo, com o real e, na sua forma mais radical, com a morte. “É a natureza não representacional do real que acarreta a repetição, exigindo que o sujeito volte ao lugar do objeto perdido, da satisfação perdida”. (Fink, 1997, p.244).

Não temos a concepção do câncer como uma produção do sujeito. A afirmativa, bastante comum, de que ‘se produziu um câncer’ como um ponto de real produzido de dentro da cadeia de automatôn do sujeito não nos parece cabível.

Lacan (1964, p.29) aponta que a “cada vez que falamos em causa, há sempre algo de anticonceitual, de indefinido”. Ele ilustra que o fato de os miasmas serem a causa da febre não quer dizer nada. Segundo o mesmo, há um buraco, algo que oscila no intervalo. “Em suma, só existe causa para o que manca.” (Ibidem, p.29) A causa intervém quando a determinação simbólica

tropeça, quando um significante falta para dar conta do que se passa. Tratamos assim o câncer, nesse trabalho, como da ordem do enigma, em toda a sua radicalidade.

Para Lacan, a repetição demanda o novo, ela se volta para o lúdico que faz, desse modo, sua dimensão (Ibidem, p.65). O encontro com o real nos aponta a produção do novo pela repetição da tiquê do encontro com o não sentido, que força um novo sentido, que, por sua vez, desloca a serialização do automatôn.

Esse encontro nos remete a pensar a clínica psicanalítica como um espaço onde o novo se produz, como vimos nas vinhetas apresentadas ao longo desse trabalho, a partir da transferência.

Lacan (1964/2008, p.246), além de nos apontar a dimensão da repetição que aparece na transferência, a associa também ao amor “O amor, sem dúvida, é um efeito de transferência, mas associado à resistência.”

A transferência está, assim, associada à forma pela qual a demanda de amor será acolhida, encaminhada, tratada e desmontada na experiência psicanalítica. Lacan faz alusão ao Banquete de Platão para se referir à transferência. Esse livro, que é um elogio ao amor, aborda uma dimensão do amor que interessa ao analista, ou, mais detidamente, ao desejo do analista. Lacan busca articular ao máximo a função do desejo, não apenas no analisando, mas, fundamentalmente, no analista.

É por isso que, por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente. É o que Freud traduziu numa espécie de rápido escamoteamento, um chamariz, dizendo *-depois de tudo, é apenas o desejo do paciente-* coisa para serenar os confrades. É o desejo do paciente, sim, mas no seu encontro com o desejo do psicanalista. (Ibidem, p.246 grifos do autor.)

Portanto, o trabalho do psicanalista visa sustentar um lugar de endereçamento das questões do sujeito, sendo que o que se lhe oferece é um lugar vazio como causa de desejo. Sua função consiste em marcar o que o sujeito produz a partir da transferência para que o desejo, veiculado pela palavra, possa se revelar.

A psicanálise, no hospital oncológico, convoca-nos a manter seu rigor ético e específico, pois, se os mesmos são perdidos, ela deixa de ser eficaz. Frente ao cuidado e também às dificuldades decorrentes da difusão da psicanálise, a extensão da clínica psicanalítica para o hospital nos possibilita debater questões que colocam a práxis do psicanalista diante dos desafios clínicos, teóricos e institucionais que têm na transferência um importante aliado. Abordaremos alguns pontos que tocam o conceito de transferência e as especificidades da psicanálise no hospital.

3.2 O tempo e a transferência no hospital

Foram apresentadas, no presente trabalho, as diferenciações entre o tempo para a psicanálise e para a medicina. Outra vertente do tempo que também toca nosso trabalho é o tempo expresso no processo analítico. O conceito de transferência designa em si um efeito temporal, uma vez que atualiza, na sessão e no encontro com o analista, algo da verdade do sujeito. Tal conceito nos permite assim reafirmar a atemporalidade do inconsciente, uma vez que os investimentos em jogo dizem respeito ao passado, que se mostra presente pela neurose de transferência.

No hospital, o tempo é regido por uma ordem diferente do consultório particular. Por outro lado, é um tempo diferente das consultas médicas, que têm o retorno agendado de acordo com o prazo para emissão de laudos ou intervalos protocolares. Não é o tempo da burocracia, é o tempo do inconsciente, ainda que com uma dinâmica diferente do consultório particular.

Figueiredo (1997) define condições mínimas para que a clínica psicanalítica possa ser reconhecida nos diferentes locais onde circule. A primeira condição seria que o campo sobre o qual o psicanalista trabalha é o da realidade psíquica que se apresenta pela transferência, que, por sua vez, é a segunda condição apontada pela autora. A transferência funciona, concomitantemente, conforme vimos, como mola propulsora e como resistência, cabendo ao analista manejá-la. O que a autora designa como terceira condição seria a concepção do tempo, o a posteriori postulado por Freud.

O que se impõe aqui como terceira condição é uma determinada concepção do tempo que é a mola-mestra da interpretação: o *Nachträglichkeit* – o a posteriori ou posterioridade, que também podemos chamar de “só depois”. Uma palavra ou ação do analista só tem valor de interpretação, como efeito, num tempo posterior (Ibidem, 124).

Ou seja, o *nachträglichkeit* freudiano nos indica que a realidade psíquica é constituída num tempo que não é linear e que envolve uma ação do passado sobre o presente. As intervenções do analista também só podem ser verificadas a posteriori.

Para Costa (1998, p.39), o *nachträglichkeit* produz uma suspensão entre passado, presente e futuro, A autora faz uma aproximação entre o *nachträglichkeit* e o ato interpretante. Ela nos alerta que não se trata de uma ressignificação, mas de uma significação antes ausente.

Intensificando a importância dessa questão na sessão analítica, Lacan (1953), nos Discursos de Roma, sublinha o “Nachträglich” ou seja, o só depois, para a interpretação. Para o tempo de pulsação do inconsciente, encontramos uma abertura, na qual encontramos os chistes, sonhos e atos falhos que evidenciam um ‘a posteriori’ que necessita de um tempo de compreensão. Assim, o tempo, nas sessões psicanalíticas, passou a não ser mais pautado no fato de marcar ou não o relógio. É preciso refletir sobre a função do tempo, para que possamos articulá-lo ao saber elaborado em uma análise. Por isso a importância de um tempo que aborde a lógica do inconsciente.

A temporalidade não pode ser externa à sessão analítica, em que o analista fica submetido a ela e o analisando recebe garantias. Segundo Muller (2011,p.354), o ato analítico não é entendido como uma ação, mas uma consequência da associação livre do paciente, que produz na hiância de seus enunciados, enunciações na contingência do encontro com um analista.

Retomamos a vinheta apresentada (Cf. 2.6, p.80): a paciente chega abruptamente à procura de uma psicóloga, por ter interpretado que iria morrer após saber da metástase pulmonar e, devido a isso, entregou a filha a seu pai. No entanto, angustiada, ela diz que sem a filha não vive. Essa vinheta aponta para uma dimensão do tempo que é inédita no hospital, já comentada no conceito de urgência subjetiva, e que precisamos de acolher: ela, assim como outras tantas pacientes, chega sem agendamento, sem que o analista esteja esperando, sem hora marcada, mas em um tempo precioso para falar. O chiste produzido por mim em resposta a sua questão “*então você já deixou de viver?*” vem das elaborações da própria paciente, um corte que produz efeitos. Coutinho Jorge (2001, p.123) nos lembra da recomendação lacaniana de que a intervenção do analista não deve jamais ser sugestiva, mas sim tomar das palavras do próprio analisando os elementos para se realizar.

Diante da indagação feita à paciente, apresentada na vinheta (Cf.1.6.1, p.47) sobre o que é o câncer para ela, e a resposta: “*Uma doença maldita que mata,*” seguida por um corte na sessão, produz-se um efeito, só visto a posteriori, quando ela retorna e fala de sua decisão de se submeter à cirurgia. “(...) para dar ao ato do sujeito que recebe sua mensagem o sentido que faz desse ato um ato de sua história e que lhe dá sua verdade” (Lacan, 1953 /1998 p.260)

A interrupção da sessão ocorre de acordo, não com o tempo cronométrico, mas com o discurso do analisando. De acordo com Lacan (1953 /1998), é o corte da sessão que confere sentido ao discurso do sujeito. A interrupção da sessão caracteriza-se por ser uma interpretação que apresenta o valor de uma pontuação.

A partir de escansões e não respostas, a interpretação se revela não ser uma tradução prevista e regular de enunciados, mas um acontecimento que contém uma modalidade temporal própria, de surpresa. A posição do analista consistirá justamente em colocar em suspenso um saber prévio, evidenciando a especificidade própria ao ato analítico. Lacan (Ibidem) confere ao corte da sessão o estatuto de pontuação, interpretação ou ato:

Assim, é uma pontuação oportuna que dá sentido ao discurso do sujeito. É por isso que a suspensão da sessão, que a técnica atual transforma numa pausa puramente cronométrica e, como tal, indiferente à trama do discurso, desempenha aí o papel de uma escansão que tem todo o valor de uma intervenção, precipitando os momentos conclusivos. E isso indica libertar esse termo de seu contexto rotineiro, para submetê-lo a todos os fins úteis da técnica (Ibidem, p. 253).

Em vez de interferir com uma enunciação ou sugestão de uma significação, bastaria o corte – assim que o significante aparecesse – para que a significação fosse designada, entendida pelo próprio analisando. Com o corte, o analista deixa ao analisando a tarefa de produzir a significação. Essa se torna, então, consequência do inesperado do corte, feito sobre o surpreendente surgimento do significante.

Manejar o tempo em sua relação com a transferência, interromper o discurso do analisando -marcar um antes e um depois- em momentos considerados significativos com o intuito de designar a significação, é pô-lo a trabalhar em busca da significação.

3.3 A Transferência na Instituição hospitalar.

Laurent (2007), ao se referir à instituição, afirma que há nesse termo um duplo percurso semântico entre “regra” e “comunidade de vida” e que nela o sintoma não tem o mesmo lugar ocupado na psicanálise. “A palavra aparece com o sentido de ‘ação de instituir’ (alguma coisa), fundação [...]; o sentido comum de ‘aquilo que é instituído’, pessoa moral, regime legal etc. (...)Disso decorre, no século XX, o emprego do termo ‘instituição’ a respeito de cada setor da atividade social, e seu emprego absoluto designando as estruturas que mantêm um estado social” (Ibidem, p.237, 238). Mais adiante, o autor acrescenta que as instituições especializadas apontam para o cerne do remanejamento da civilização pela ciência.

O analista na instituição encontra-se diante de diversos discursos e saberes, sendo convocado cotidianamente a construir novos dispositivos clínicos. A transferência, nesse contexto, situa-se para além do campo analista-analisando, ou do espaço do consultório. Novamente nos reportamos ao trabalho psicanalítico no campo da psicose, em que o conceito

de transferência teve de ser singularizado para incluir o psicótico em tratamento na instituição. Segundo Viganò (2006), uma nova linha de impacto com as instituições nasce quando o psicanalista começa a pensar, nos termos de sua experiência sobre o tratamento da psicose:

Aqui, a contradição entre o universal da instituição e o particular do caso clínico parece menos aguda, no momento em que o real, em jogo na loucura, tem, todavia, uma pertinência social. A psicose gera problema no social, enquanto produz um Real insuportável para a própria sociedade, e não para o sujeito (Ibidem, p.35).

O câncer também desperta algo da ordem do insuportável nas pessoas, do medo de ser acometido por tal diagnóstico. Penso que não seja sem motivo que se refiram a algum mal ou a algo de cunho pejorativo com o significante câncer: *“o câncer de sociedade/ câncer da humanidade.”*

Outro aspecto da instituição oncológica é que alguns pacientes destacam se sentirem melhor na instituição que fora dela *“Aqui fico melhor, ninguém fica me olhando, me perguntando porque estou careca.”* Ou *“Queria arrumar um namorado aqui dentro mesmo, fica mais fácil, não vou precisar ficar explicando porque não tenho mama.”* Encontram um lugar na instituição, um lugar que excede o do tratamento.

Zenoni (2000) aponta a função social de acolhimento, abrigo e assistência que uma instituição possui para o psicótico. Alerta que não podemos ver somente a função terapêutica das instituições ou apenas a dimensão social. Ainda que na psicose se trate de uma outra questão, há certa analogia com a instituição para psicóticos, na medida em que o sujeito cria outros contornos para esse espaço de acordo com a função que a instituição tem para ele, seja na fantasia de estar protegido do câncer ou de naquele espaço não precisar se haver com o olhar do Outro sobre a perda imputada em seu corpo.

Freud (1912) também aborda a transferência na instituição ao questionar a transferência como a resistência mais poderosa ao tratamento. Ele ressalta que não é um fato que a transferência ocorra com maior intensidade e ausência de coibição no tratamento psicanalítico que fora dele e exemplifica através de um comentário sobre a transferência em instituições não analíticas:

Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais apresentando o mais claro colorido erótico. (Ibidem, p.113).

Ele cita Gabriele Reuter, que descreveu, anteriormente à psicanálise, a natureza da gênese das neuroses. E, com isso, nos alerta que as características da transferência, presentes também nas instituições, não devem ser atribuídas à psicanálise, mas sim à própria neurose. Em 1918, Freud relata que as instituições não analíticas, que tratam doentes nervosos,

cometem um erro econômico:

O único propósito destas é tornar tudo tão agradável quanto possível para o paciente, de modo a este poder sentir-se bem ali e alegrar-se de novamente ali refugiar-se das provações da vida. Ao fazê-lo, não tentam dar-lhe mais força para enfrentar a vida e mais capacidade para levar a cabo as suas verdadeiras incumbências nela. (Ibidem, p.177).

Freud cita ainda os riscos de uma instituição manter o paciente a certa distância da vida. Ressalta que é irrelevante o paciente superar seu medo e ansiedade na instituição, o importante é que os supere em sua vida real.

Desde Freud já somos advertidos de que não podemos transformar o paciente, tomar decisões por ele e impor-lhe nossos ideais. Segundo o mesmo, a manifestação da transferência negativa, ou seja, os impulsos hostis dirigidos a outra pessoa, é um acontecimento muito comum nas instituições e afasta o sujeito de tal local. Já a transferência erótica não seria impeditiva de o sujeito permanecer na instituição, visto que costuma ser encoberta ao invés de revelada. E, ao contrário, não afasta o sujeito da instituição, mas o retém ali por mantê-lo a certa distância da vida.

O paciente, ao procurar um hospital oncológico, o faz em busca de um médico, do saber da medicina que possa atender à sua expectativa de cura do câncer e de alívio do sofrimento físico. Presenciamos transferências negativas e positivas com a instituição, evidenciadas, muitas vezes, seja pela dificuldade de adesão ao tratamento, seja de receber alta da instituição oncológica.

O que a experiência clínica com a psicanálise nesse contexto nos possibilita refletir é que sua prática não exige que a transferência seja dirigida à pessoa do analista, ao menos inicialmente. O trabalho com a psicose mostra, por exemplo, a importância da transferência do psicótico com a instituição e com alguns profissionais da equipe.

E, dentro do hospital, o encontro com o analista muitas vezes se dá por intermediação de um outro profissional: assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, médico ou enfermeiro, com quem o paciente muitas vezes já construiu um vínculo transferencial. É usual se ouvir: “*chama a psicologia*” em situações em que a necessidade de um outro saber se revela. Assim como muitos chegam ao hospital transferidos com o significante que nomeia o hospital, o mesmo se dá no interior da instituição. Ali pode se verificar uma transferência tanto da equipe como do paciente ao significante “*setor de psicologia*”. Se essa transferência pode ser verificada na instituição, é pelo efeito do trabalho dos analistas que ali estão.

A presença do analista na equipe, entre os pacientes e familiares, favorece para que, em algumas situações, algo da transmissão da psicanálise ocorra. É através da sua presença que a demanda pode ser construída. Por vezes, essa presença precisa incidir sobre algumas

certezas, abrindo espaço para o campo da subjetividade, de forma a sustentar a presença de um saber outro, diferente do saber oferecido pelo campo médico.

Como ressalta Lacan (1967/2003), cabe ao psicanalista que trabalha na Instituição, ao fundamentar sua prática, a tarefa de presentificar a Psicanálise no mundo, isto é, fazer a extensão da Psicanálise e, para tal, torna-se necessário o estabelecimento da transferência. Como afirmado por Lacan, no começo da psicanálise está a transferência (Ibidem, p.252). E, desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber, há transferência (Lacan, 1964/2008, p.226.)

Segundo vimos, a transferência pode existir com a instituição e com outros profissionais da equipe, mas há uma diferença essencial da transferência com o analista: é que é a transferência sustenta seu trabalho, sem a mesma não é possível que ele aconteça. E, para poder trabalhar, é fundamental que o analista saiba em qual lugar é colocado pelo analisando em sua organização subjetiva. Diferente dos demais membros da equipe, é apenas da posição que lhe é dada pela transferência que o analista pode exercer seu trabalho.

A psicanálise se caracteriza não por ser uma prática implicando a transferência- toda prática decorrente de um discurso é transferencial-, mas sim por incluir a transferência na criação de seu produto. Não há psicanálise sem o balizamento através da transferência que define, no quadro do tratamento de um sujeito, o próprio ser do analista, que não tem outra definição ontológica. (Brousse, 2007, p.24).

Além disso, é a partir da transferência, nas entrevistas preliminares, que o analista pode levantar a hipótese diagnóstica que o orientará no manejo clínico, uma vez que a estratégia da qual ele se vale varia nas diferentes estruturas clínicas: se neurose, psicose ou perversão. Esse diagnóstico não pode ser feito pelo médico ou outro profissional, a relação analista-analisando não pode ser substituída nesse sentido, uma vez que só podemos reconhecê-la pela estrutura do discurso. É ainda nas entrevistas preliminares que se apura a demanda do sujeito que, como vimos, nada pode ter a ver com a demanda da equipe.

Esse primeiro encontro com o analista, no hospital em que trabalho, acontece não só pelo encaminhamento da equipe, mas também por um protocolo hospitalar cujo regimento é de que todos os pacientes que farão cirurgia sejam submetidos a uma rotina de pré-operatório, na qual se inclui um primeiro atendimento no setor de psicologia.

Nessas duas situações, a queixa que é endereçada ao analista nem sempre é a do paciente em um primeiro momento, o que, no entanto, não é impeditivo para o trabalho do analista no contexto hospitalar. Através da oferta pode ser criada uma demanda pelo sujeito. Por outro lado, não podemos partir do pressuposto de que todo sujeito acometido por um câncer necessita de um psicólogo ou deseja tê-lo.

Contrariamente às marcações e prazos estipulados pelo hospital, tenho colocado minha escuta à disposição do sujeito, cabe a ele decidir se retornará ou não e quando o fará.

Não se trata de receitar psicanálise para todo mundo. A razão, porém, de não universalizar tal indicação não é porque existam restrições ao tratamento de determinados problemas, mas porque são imprescindíveis o engajamento e a responsabilização do paciente para que possa, de fato, ser beneficiado por essa prática(...) (Leite, 2011, p.81)

Contudo, muitos já solicitam nova marcação após o primeiro atendimento, outros depois de um tempo, ao longo de uma internação, após o término do tratamento e início da fase de controle do câncer ou mesmo quando a doença evoluiu, e o tratamento não tem mais finalidade curativa. Não se pode prever de antemão o que fará questão para um sujeito.

Se com a associação livre, Freud dá lugar à palavra, cabe inseri-la no contexto hospitalar para quem o desejar. É necessário um tempo de fala e o manejo da transferência para que algum saber seja suposto ao analista, e o paciente elabore sua própria demanda, diferente da demanda do encaminhamento da equipe, a partir da qual possa começar a se implicar no seu sofrimento.

Uma oferta de escuta produz efeitos muito particulares, podendo acarretar ou não alguma implicação do paciente naquilo que ele diz. A relação que se estabelece entre a demanda de atendimento e a oferta de tratamento, em função das próprias características do hospital, deve ser manejada na transferência.

Alkmim (2003) retrata a “Instituição enquanto exceção”, que faz parte do tema “A clínica de exceção”, conceito desenvolvido e, ao mesmo tempo, orientador clínico da Sessão Clínica do Instituto Raul Soares. Busca-se, em cada caso, a exceção, além de formas de discutir como a instituição pode se apresentar para circunscrever algo para o psicótico e viabilizar um caminho não devastador para cada solução psicótica.

Ao operar o ato que cria a palavra, estamos no tempo de uma clínica de exceção, da instituição enquanto exceção, ou seja, estamos tomando a instituição enquanto lugar do Outro que pode responder, de maneira diferente e única, à demanda reiterada do sujeito. É a possibilidade de se instituir a surpresa. (Ibidem, p.44)

Cabe-nos perguntar sobre o lugar que a instituição ocupa para o sujeito. Saber qual é seu lugar na condução dos casos e os efeitos do tratamento oncológico para cada um é o que nos possibilita, enquanto operadores institucionais, nos colocarmos como uma exceção no circuito das relações do sujeito nesse contexto hospitalar. Isso, muitas vezes, não pode ser feito sem um trabalho em equipe, que dá suporte às ações clínicas que se permitem ir além do modelo protocolar.

Quando há a possibilidade de intervenção da psicanálise na instituição hospitalar, o que se propõe é que o discurso circule. Torna-se premente que a instituição conceda com a exceção em alguns casos, entretanto, vale lembrar, não se tem a pretensão de inviabilizar que a instituição exerça sua função de tratar o câncer ou cumprir os protocolos essenciais à sobrevivência do paciente.

Não se pretende, de forma alguma, transformar o hospital oncológico em uma instituição analítica, porém, pode-se propor que a fala do sujeito possa ser incluída em algumas circunstâncias como objeto de trabalho da equipe. É preciso sustentar que há um saber que é próprio da instituição, mas há outro, que está do lado do paciente e que não pode ser desvincilhado do seu tratamento.

O discurso da psicanálise permite mostrar o deslocamento dos ideais de uma instituição em favor do particular, sem negar os ideais. Ele pode sustentar a existência dos dois campos, o da instituição e suas regras e também a presença do sujeito do inconsciente “presente” nas demandas advindas dos impasses e acontecimentos. Esta é uma forma de trabalho do psicanalista na instituição que, além dos atendimentos a pacientes e familiares, inclui “uma presença” e seus efeitos na instituição. (Moura, 2013, p.404)

As situações que se apresentam na clínica são singulares porque, sendo ou não previsíveis, lançam todos e cada um ao trabalho de dar-lhes novo sentido, modificar ou simplesmente suportar seus efeitos. Portanto, podemos considerar que o que caracteriza a singularidade da transferência no contexto hospitalar é justamente o fato de ela não estar endereçada ao analista, pelo menos inicialmente, mas sim à instituição, assim como à equipe, num primeiro momento e daí sim, talvez, possa ser endereçada ao analista. E este trabalhará não apenas com o paciente, mas com a equipe, como veremos abaixo.

3.4 A transferência entre pares:

A atuação clínica do psicanalista na instituição hospitalar não é dada apenas por contrato de trabalho ou convocação em concurso público. Ela depende principalmente do lugar que o analista ocupa na equipe, permitindo que o ato clínico, em algumas situações, tenha um alcance maior ou menor. E esse lugar na equipe não é dado a priori, é construído ao longo de uma criação de relação transferencial com a equipe.

O desafio do analista é transmitir a noção de singularidade do sujeito a profissionais que tendem e muitas vezes necessitam padronizar o trabalho por protocolos. Tarefa nada simples a do analista, que exige de forma contundente a articulação supervisão, análise

peçoal e estudo teórico. O discurso do psicanalista muitas vezes causa o impacto da destituição de um saber que se pretende completo, e, isso, em uma doença na qual esse saber completo em si já é inexistente, inclusive para a medicina, pois, contra o câncer, em algumas situações, não se pode tudo. Existe um limite, algo que é impossível assimilar em oncologia, um impossível de curar em muitos casos.

Ansermet (2014) nos alerta que o psicanalista não está no hospital para acrescentar sua especialidade à dos outros. A psicanálise é convocada para o campo da medicina a partir de ideais universais; no entanto, a operação analítica procede apenas do singular. O autor questiona se o par ‘psicanálise medicina’ foi estruturado sobre um mal-entendido:

Doravante, trabalhar como psicanalista no campo da medicina implica admitir passar pelo mal-entendido, evitar contorná-lo, recobri-lo, apagá-lo, cumulá-lo com um saber a mais: resta calcular o paradoxo que consiste em ordenar uma prática a partir do reconhecimento do mal-entendido que a funda. Se considerarmos a questão dos fenômenos que não têm a estrutura de sintomas e estão localizados na interseção entre medicina e psicanálise, eles podem receber o estatuto de fenômenos analíticos, desde que se inscrevam presentemente em uma relação. Por meio da operação de transferência, eles podem ser transformados, traduzidos em sintomas analíticos. Mas, para isso, é preciso primeiro reconhecê-los como fora do simbólico: esta é, paradoxalmente, uma das condições para que eles possam encontrar a função de um dizer nas coordenadas de um encontro singular. (Ibidem, p.4)

Ater-nos-emos a um trabalho em equipe que atua como uma construção coletiva de um saber que não é sobre o paciente, mas que se constrói a partir do que ele nos indica. Para a psicanálise, a realidade abordada é a realidade psíquica, diferentemente da equipe de saúde que trabalha com dados factuais, diagnósticos por imagens, questionários objetivos, entre outros dados verificáveis. Segundo Costa, (1998) é na produção de giros no discurso, pela consideração de cada caso singular, que algo do discurso do analista pode operar. A autora sublinha que operar não tem a pretensão de resolver. Não no sentido heroico da resolução (retorno ao ponto de partida, como um saber entre outros no campo dos saberes), mas incluindo a consideração do não todo num laço discursivo.

Cabe sustentar o desejo singular dos pacientes, mesmo que esse desejo não esteja de acordo com o ideal de tratamento planejado pela equipe. Faz-se necessário não reduzir os impasses a respostas prontas e soluções objetivas, mas sim problematizá-los de maneira que eles possam se transformar em questões para a equipe.

Para Figueiredo (2000), há um objetivo comum entre as profissões, que é a clínica do sujeito. Pode ser estabelecido um laço produtivo entre o trabalho de diferentes técnicos ao visar tanto a um fazer clínico, como à produção de um saber que lhe é consequente. Nesse sentido, é relevante mencionar como norte a transferência de trabalho, em detrimento de uma

cola imaginária que acentua sentimentos amorosos/ hostis e trazem efeitos nefastos para o bom andamento do trabalho.

A transferência de trabalho, criada por Lacan, é concebida a partir do próprio conceito de transferência, que é central no tratamento psicanalítico, mas dessa vez não como um instrumento da clínica e sim como um instrumento do trabalho entre pares. Seria a condição de estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, à produção de saber e, por outro, ao fazer clínico. (Figueiredo 2000, p.126).

Em outra publicação (2005), a autora nos aponta que no serviço público muitas vezes não escolhemos nossos parceiros, entretanto, uma escolha deve ser feita através do trabalho.

Se o movimento de transferência (de escolha) é do sujeito, na transferência de trabalho, o movimento é de cada um da equipe em direção ao trabalho, tomando seus pares como parceiros da clínica. A clínica em questão é o que se apresenta do sujeito em algum endereçamento a nós. Um campo comum aí se forma cujo referencial, grosso modo, é dado a partir do sujeito. (Ibidem, p.49)

De acordo com Elia (2004), o trabalho de um membro da equipe deve ser partilhado e respeitado pelos demais. Necessita, acima de tudo, de ser sustentado por um eixo ético, que é também teórico-clínico. Esse membro deve se sentir autorizado a tomar um caso em responsabilidade, uma noção de autorização que seja contrária à da autoridade permissiva ou proibitiva:

Se há psicanálise em uma equipe, é na concepção da resposta a dar, por qualquer um da equipe, por cada um, e não em um falso respeito mudo e omissivo a uma suposta relação psicanalítica a ser preservada, abstrata e ficticiamente, fora da situação real que está sendo experimentada ali.

Logo, a forma supracitada de parcerias de trabalho, em uma instituição, aponta para novas saídas nas intervenções clínicas nesse espaço. Alguns casos clínicos necessitam de serem tomados por todos na instituição de forma a ajudar ao sujeito a suportar o adoecimento ou a criar soluções inventivas para o mesmo e para o tratamento.

Retomaremos aqui algumas vinhetas tratadas ao longo desse trabalho por considerarmos que as mesmas visam a apontar não apenas a escuta e intervenções em relação ao paciente, mas também em relação à equipe do hospital. Muitas das condutas clínicas não teriam sido possíveis sem o consentimento ou a parceria de trabalho estabelecida com as equipes. O trabalho psicanalítico no hospital oncológico não implica apenas o paciente, mas todo o contexto em que ele está inserido: seus familiares, a instituição e as diversas equipes que cuidam do mesmo.

Podemos ver as diferenças da relação transferencial no caso V (Cf.1.6.1, p.47). A posição da primeira médica, que fez sua deliberação cirúrgica, foi a de permanecer presa ao

subsídio teórico e protocolar que norteia sua prática. Apesar do encaminhamento à psicologia, não havia demanda de retorno de saber. Não foi possível um trabalho em equipe, terminando a analista por fazer um trabalho isolado de escutar a paciente. Ou seja, a clínica sem a instituição, ainda que inserida na mesma.

A segunda médica, por sua vez, que faria a cirurgia da paciente, pôde ouvir o corpo que se manifestou, já que a palavra, em um primeiro momento, não teve efeitos. Essa médica possibilitou que a analista operasse a partir de sua clínica, de forma a dar lugar ao sujeito que necessitava de tempo para fazer uma cirurgia. E concordou com a exceção ao cancelar a cirurgia da paciente para que fosse concedido certo tempo que esta desejava. Nesse outro momento, o trabalho em equipe foi possível, a vertente clínica e institucional seguiram a mesma direção.

É digno de ressalva que nem sempre o mastologista que acompanha o paciente na deliberação cirúrgica é o mesmo que faz a cirurgia. A alta rotatividade no agendamento das consultas com os profissionais dificulta o vínculo transferencial com o profissional e com a equipe. A mastologista, que não acatou o prazo solicitado pela paciente, não vivenciou o efeito disso, o que poderia lhe render certo questionamento sobre a necessidade, em algumas situações, de certa flexibilização.

Ainda sobre o caso V, no momento em que ela voltou para a enfermaria cirúrgica, sem poder falar, a equipe de enfermagem assistiu à minha tentativa de intervenção e teceu alguns comentários de forma crítica: *“quem é a mais maluca, a paciente ou a psicóloga?”* *“Isso é puro piti, você não vê?”* Vale ressaltar que o psicólogo é a única categoria profissional que transita por todos os espaços do hospital, acompanhando o mesmo paciente e tornando-se sua referência. Aquela equipe de enfermagem, por exemplo, tem seu trabalho restrito à enfermaria cirúrgica e teve o primeiro contato com a paciente um dia antes de sua cirurgia, quando ela se internou. Foi necessário, de minha parte, suportar a crítica, e, igualmente, tentar transmitir para aquela equipe algo que eu supunha sobre o desejo e dificuldade da paciente no momento.

Eles, ao criticarem a postura da paciente e a minha conduta, eximiam-se de questionarem o que de fato se passava com a paciente. Foi importante transmitir algo da singularidade da paciente para a equipe a fim de que, junto a mim e a ela própria, pudesse também se responsabilizar pelos seus cuidados.

Atualmente, quando “a psicologia” é chamada ao setor, o retorno de alguns desses profissionais de enfermagem é: *“ah, que bom, vai nos ajudar com a paciente.”* Um outro tempo em que já percebo a construção de uma transferência com a equipe, o que, por sua vez, reflete mais positivamente na conduta dos casos clínicos.

Segundo Moretto (2014, p.292)

Para localizar a inserção do analista no campo da relação dele com a equipe é preciso dizer que tal inserção só se dará a posteriori. Pela lógica, a rigor, não podemos dizer que alguém vai se inserir, mas que alguém se inseriu. Isto é algo que só podemos saber depois de estabelecido este campo. Só depois.

A equipe de internação passa a ver de forma bem diferente a paciente D, (Cf. 2.6.1, p.84), começa a acolher e a acatar melhor sua música, bem como tolerar mais a posição da filha e a compreender aquele recurso “dentro” de possibilidade terapêutica. A escuta ao que era considerado ‘patológico’ nesse caso viabilizou o endereçamento de um testemunho, não só para a filha, de acordo com o desejo da paciente, mas também para a equipe do hospital.

Muitas vezes, o paciente “fora” de possibilidade terapêutica desperta defesas na equipe, seja porque o desejo de curar não foi alcançado, seja pela sensação de fracasso ou por certa banalização da morte em um ambiente em que ela ocorre cotidianamente. Essa banalização pode anular o saber do sujeito e o não saber que a morte veicula para que se dê maior valor à vida. O simples encaminhamento de D para a psicologia e um desejo de saber da equipe em si já denotam certa contramão a esta banalização. Coube a D mostrar, de forma singular, que há possibilidade de criação, há desejo, mesmo em cuidados paliativos ou de fim de vida, assim também designado.

Há assim uma vertente clínica e outra institucional que respaldam o trabalho do analista no hospital oncológico. Consideramos ambas indissociáveis, uma não se faz sem a outra nesse contexto. E muitas vezes a tarefa do analista é a de tentar transmitir a vertente clínica para a instituição. O lugar do analista na equipe é também de trabalho, mas este não corresponde necessariamente ao lugar no qual a equipe o coloca e sua inserção só é possível a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial.

O analista, no seu modo de resposta, por não encarnar a posição de saber, pode, possivelmente, operar a favor de que um giro discursivo aconteça. Desse modo, sustentar o discurso analítico na equipe faz girar o não-saber, a não garantia e aponta para a responsabilidade que cada um de seus membros tem no cuidado ao paciente. O paciente é da equipe, todos devem ser responsáveis e partilhar das decisões clínicas.

Tais situações clínicas apresentadas permitem destacar algumas peculiaridades do analista no hospital oncológico, como a sua impossibilidade de trabalhar restringindo-se sua escuta e intervenções apenas ao paciente em algumas situações. O adiamento/antecipação de uma cirurgia, o agendamento da cirurgia de reconstrução da mama, a permanência de um acompanhante no curso de uma internação não dependem de uma ação do analista, mas sim de efeitos da transferência do analista com o paciente e com a equipe. Há assim, nesse

contexto, uma diversidade de elementos, de pessoas, de protocolos e de regras que de algum modo atravessam cotidianamente o trabalho analítico.

Muitas vezes, a presença do analista possibilita a inclusão de todos os participantes na cena em questão. Lembro-me de um caso em que a decisão pela cirurgia teve que ser conjunta e simultânea entre mastologista, assistente social e psicólogo. Trata-se de uma paciente N, de 68 anos. No atendimento inicial de pré-operatório na psicologia, ela fez uma interpretação delirante para o tumor em sua mama, já avançado e perceptível: *“isso aqui é porque tô grávida, não tiraram o menino, ele fica com fome e tá mordendo meu peito por dentro”* Ela nunca havia feito acompanhamento psiquiátrico, embora a família percebesse um comportamento *“muito estranho,”* evidenciado, segundo a filha, há longa data: *“ela é assim desde que eu me entendo por gente, às vezes fala que é vereadora do lugar onde a gente mora, que tem muito poder, ela não conseguiu trabalhar, meu pai até deixou a gente, outra hora ela briga, fala que estão perseguindo ou atrás dela na rua.”* Após ouvi-las, solicitei um adiamento da realização de sua cirurgia ao mastologista para encaminhá-la à psiquiatria na rede e continuar a ouvindo. Segundo Munõz (2010, p.88), na psicose:

Trata-se a cada caso, de inventar uma modalidade única de resposta a ser oferecida como produto de um encontro. Para que se possa realizar um manejo individualizado das soluções sintomáticas é necessário extrair a lógica que rege o seu funcionamento. Por mais disruptivos ou originais que sejam, os sintomas devem ser considerados como respostas que visam lidar com o mal estar.

A autora nos adverte ainda que devemos evitar moldar as intervenções em um saber prévio que situariam o psicótico como um simples objeto de cuidados. Foi preciso seguir escutando N e apostar em alguma saída que seria indicada por ela própria. Aliás, já havia uma saída apontada para dar conta do mal-estar imposto no corpo pela mama já ulcerada, simbolizada por um menino comendo seu corpo por dentro.

O mastologista não só acatou como pediu que, junto ao seu encaminhamento, eu solicitasse um laudo da psiquiatria. Segui ouvindo semanalmente N até que ela me disse: *“Luzia, precisa tirar esse menino daqui, sinto muita dor, tá comendo meu peito todo.”*. Questionei onde era a dor, ela apontou a mama. Então perguntei se o *peito* poderia ser retirado, já que era onde sentia dor. Ela acenou positivamente com a cabeça. Concluí que essa era a forma de N me dizer de seu consentimento de realizar a cirurgia, e a encaminhei ao mastologista.

Ela permaneceu organizada psiquicamente pelo delírio da gravidez, do *menino que passou dos nove meses*. Ao encaminhá-la novamente para o mastologista, o mesmo questionou o laudo da psiquiatria, julgou-o *insatisfatório*, solicitou novamente a presença da

psicologia e serviço social na pré-internação, alegando: “no *laudo não tem argumentos conclusivos que garantam o bom andamento da cirurgia e pós operatório. Está incompleto*”. Ele nos comunicou que iria cancelar a cirurgia da paciente, aparentava estar assustado com o que a mesma lhe disse: “*precisa fazer logo o parto, tirar o menino*”.

Após um período de discussão, pudemos colocar em questão que o delírio era o que lhe possibilitava metaforizar algo daquela experiência, bem como questioná-lo: *ela pode nunca parar de delirar, como ficaria seu tratamento oncológico?* Esse questionamento fez com que ele se implicasse e suportasse a ausência de *garantias*, que, aliás está para todos os pacientes que se submetem a uma cirurgia. Não podemos nos esquecer de que o sujeito é imprevisível.

Manteve a internação e a operou, a assistente social facilitou o acompanhamento dos familiares no curso da internação e eu segui a escutando/ secretariando no período. Após a cirurgia, N começou a demonstrar mais cuidados com seu corpo, mudou a forma de se vestir, solicitou um sutiã com prótese: “*fui eleita, agora sou prefeita, preciso andar bem vestida, as pessoas não podem ver esse buraco aqui não*”. E gradativamente começou a ter maior adesão ao tratamento psiquiátrico em outra instituição, bem como ao oncológico.

N, como outras pacientes, nos ensina que a conduta clínica na instituição é individual e também coletiva. Não há *garantias*, um profissional não pode ocupar um lugar de *garantir* o bom andamento ou o sucesso do trabalho do outro, mas pode apostar no sujeito conjuntamente à equipe. No caso, N, ainda que delirante, pôde dizer e consentir a seu modo com a cirurgia e isso precisou ser transmitido à equipe. Mas não bastou a transmissão, foi preciso se responsabilizar e participar de uma decisão que só foi possível coletivamente, cada um se responsabilizando e se comprometendo a exercer seu trabalho, sem exigir *garantias* do par.

Vale ressaltar que, de modo algum, o analista ocupa a posição de psicanalista da equipe. Não se trata de oferecer esse espaço tradicional de um trabalho analítico para aqueles que trabalham no hospital. É da forma como responde às demandas a ele dirigidas que o psicanalista poderá ter efeitos tanto para sustentar um lugar transferencial quanto para a transmissão da psicanálise, ou seja, da existência de um saber de outra ordem. Isto exige do analista um trânsito constante, bem como o tripé já mencionado: análise, supervisão e estudo teórico, uma vez que, a todo o momento, ele é convocado a ocupar posições diversas e muitas vezes inusitadas.

Logo, é a partir da construção do vínculo transferencial com os demais profissionais da instituição que o analista pode estar presente em vários setores do hospital. O que sinaliza a

existência da transferência é o efeito das intervenções do analista em determinadas situações nas quais se faz presente. Para que o analista possa ocupar seu lugar e exercer sua função, é necessário um trabalho de manejo das diversas demandas que lhe são direcionadas, tendo sempre como norte o desejo do sujeito escutado por ele.

MOMENTO DE CONCLUIR

Foi pela escuta aos pacientes que surgiram as questões que investigamos nessa pesquisa. Nesse contexto, tentamos descrever, a partir das vinhetas clínicas, o que pôde ser recortado dessa experiência, sem privilegiar uma ou outra fase do tratamento oncológico. Perpassamos por situações de dificuldade frente à cirurgia, de recusa inicial a essa com posterior aceitação ou não, bem como a reconstrução da mama, que pode demandar ou não um luto prévio. Apresentamos vinhetas onde a cura do câncer não foi possível, buscando elucidar que a vida pode estar em risco, mas o desejo, muitas vezes, não!

Ao apontar tal multiplicidade de situações clínicas, seja de sujeitos que se deparam com a iminência de morte ou de outros, com perspectiva de cura, mas às voltas com as perdas imputadas no corpo, foi nosso objetivo retratar as possibilidades e impasses do trabalho do analista no hospital oncológico.

Os significantes corpo, tempo e transferência foram intercalados e apontados sob a ótica da medicina e da psicanálise. Sobre o luto, o abordamos pela última. Para que o analista possa estar efetivamente no hospital, ele precisa da figura do médico, uma vez que o analista acolhe o resto da ciência, aquilo que ela precisa de excluir. Não se trata de um vínculo de subordinação, mas de uma relação na qual cada um pode ser, de alguma forma, visto como portador de um saber.

Busca-se um reconhecimento das diferenças, bem como respeito e consideração pelo trabalho de cada um. É o que nos possibilita, numa construção diária e permanente, um lugar transferencial tanto com o paciente como com a equipe. Cabe ao analista sustentar o “não saber” para possibilitar essa hiância que se dirige a um outro saber: o insabido do inconsciente. E, por vezes, algo necessita de ser transmitido à equipe.

O hospital oncológico nos ensina ainda que uma intervenção pontual, num momento adequado, pode produzir efeitos tais como as sessões regulares poderiam ou não produzir. A aposta é da mesma ordem, seja numa única situação de urgência, ou em atendimentos regulares, como vimos nas vinhetas. Os efeitos de uma análise só se dão a posteriori, não temos garantias prévias, independente do lugar e contexto onde ela ocorra.

Nossa tentativa é a de auxiliar o sujeito na construção de algo novo, mesmo após uma situação de perda em seu próprio corpo. Diante do risco de morte iminente, o analista pode favorecer uma elaboração da história de vida daquele paciente, caso isso seja um desejo do mesmo. Mas é preciso estarmos advertidos de que não cabe forçar o paciente a falar quando ele não o quer, isso poderia ter efeitos desastrosos. E muitas vezes o trabalho se dá é com a

equipe, seja no sentido de apontar a diferença da escuta, que não é como um ‘curativo’, que tem sempre que ser feito pelo enfermeiro.

Em alguns casos, busca-se apenas favorecer que algo do desejo do paciente seja escutado pela equipe. Tal como uma paciente, que havia rompido todos os laços familiares, seu estado de saúde era grave e não queria falar, seria “*doloroso demais*”, ela me disse. Apesar da angústia da equipe de que eu a atendesse, por vê-la muito entristecida e já aguardando vaga para a unidade de tratamento destinado ao cuidado paliativo, não cabia insistir. “*Tudo*” o que essa paciente me disse que queria naquela noite era “*um sorvete de morango*”. Meu trabalho foi apenas o de favorecer a interlocução com a nutricionista, ela sim, atenderia a paciente e o fez! Após barganhar com o setor de alimentos, a nutricionista trouxe o sorvete de morango, o que foi aplaudido pelas outras pacientes que compartilhavam o mesmo quarto. Algo da subjetividade dessa paciente pôde ser reconhecido e autorizado. Mesmo que não tenha havido uma experiência do sujeito do inconsciente, houve a intervenção com a equipe que teve efeitos para a paciente.

Essa situação supracitada, bem como outras nos acrescentam questões de como o trabalho clínico na instituição está vinculado ao lugar do analista na equipe de saúde. A articulação das vertentes clínica e institucional é algo que denota a especificidade da psicanálise nesse contexto. É um desafio cotidiano a construção desse trabalho e, muitas vezes, não sem tensão, com a equipe, sobre a responsabilidade compartilhada pelo paciente e em que ele próprio precisa de se incluir também.

Outro ponto que marcou o trabalho é termos nos recusado a uma posição de tecer um ‘perfil’ do sujeito com câncer de mama pelo fato de ele estar adoecido. Buscamos, a cada caso, falar de uma condição subjetiva e única. Do contrário, estaríamos fora do discurso analítico, destituindo o paciente de sua subjetividade para identificá-lo com a doença, considerando-o como objeto e não como sujeito. E a experiência prévia com psicóticos já havia nos advertido bastante do quanto essa posição pode ser perigosa!

Chegado o momento de concluir, permanecem algumas indagações, novos discos começam a se configurar para que sejam descobertas suas cores... Pensamos sobre a função do testemunho no diagnóstico de câncer e sua relação com o feminino.

A partir da escuta recente a um homem, portador de câncer de mama e sua queixa de que, para ser incluído no sistema de regulação de vagas para tratamento (SISREG), teve que conceder em ser inscrito como “*de sexo feminino*”, (o sistema recusou o cruzamento de dados sexo masculino e câncer de mama), temos refletido que o câncer de mama, assim como o feminino, não tem uma correspondência exclusiva ao sexo anatômico. Mas o câncer de mama

suscita uma angústia e o irrepresentável do lado de um atributo do corpo feminino que é o seio.

A clínica do testemunho, como vimos, nos remete a uma condição particular de trauma, que, por sua vez, se expressa na relação com o feminino. Algo do inominável, do indizível e, conseqüentemente, do real se faz presente nessa clínica, e, ainda que não se possa dizer tudo, algo é testemunhado.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. *O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-55.
- ALKMIN, W. Construir o caso clínico, a Instituição enquanto exceção. *Almanaque*, Belo Horizonte, n. 9, nov. 2003. Disponível em: <http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_04/Revista04_art6_Wellerson.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.
- ALLOUCH, J. *A erótica do luto no tempo da morte seca*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- ANSERMET, F. *Clínica da Origem: A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa, 2003.
- _____. Medicina e Psicanálise: Elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana on line*, Rio de Janeiro, ano 5, n. 13, mar. 2014. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015
- _____. BORIE, J. Apostar na contingência. In: Associação Campo Freudiano. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 152-158.
- BARRETO, F. P. A urgência subjetiva na saúde mental. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 40, p. 47-51, ago. 2004.
- BASTOS, L.A.M. *Corpo e subjetividade na medicina*. Rio de Janeiro: ed. UFRJ, 2006.
- BERENGUER, E. Testemunho: ensino irônico. *Opção Lacaniana – Revista Internacional de Psicanálise* (54). São Paulo: Edições Eolia, 2009
- BEZERRA JUNIOR, B. C. Normal e patológico: do vitalismo ao mecanicismo. *Cadernos Cepia* (Impresso), Rio de Janeiro, v. 4, p. 45-55, 1998.

BRASIL. Lei nº 12.812, de 16 de maio de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. *Diário Oficial da União*, 25 mai. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm>. Acesso em 30 jan. 2014.

BROUSSE, M.-H. A pulsão I. In: FELDSTEIN, R., FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 115-124.

_____. Três pontos de ancoragem. In: Associação Campo Freudiano. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.22-26.

CAMPOS, S. Psicanálise aplicada à medicina: o avesso do gold standard. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 38, p. 34-37, 2003.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CASTIEL, L. D; PÓVOA, E. C. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico?”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 11, ago. 2002, p.117-121. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista11/debates1.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2015.

CASTILHO, G.; BASTOS, A. A função constitutiva do luto na estruturação do desejo. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 18, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-1282013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 jan. 2014.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COSTA, A. *Corpo e escrita: Relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

_____. *A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

_____. Classificação do mal-estar e medida comum de alienação. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p.113-121, jul.-dez. 2009.

_____. Sobre o saber na pesquisa e intervenção no campo social. In: Caldas, H ; Altoe, S. (Org.). *Psicanálise, Universidade e Sociedade*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011a, v. 1, p. 239-248.

_____. Os tempos do luto. *Jornal Zero Hora*, Porto Alegre, jan. 2013.

_____. Rupturas na transmissão. *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jan.-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iii/artigos-tematicos/3-rupturas-na-transmissao.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2014

_____. Memórias: pessoalidade e impessoalidade na representação de sujeito. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2000, p. 41-50, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 jun. 2014

COUTINHO JORGE, M. A. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, volume I: as bases conceituais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, volume II: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. Luto e Culpa na Análise e na Vida Cotidiana (Sobre as Resistências do Analista ou Vamos Falar da Morte?).” In.: Urânia T. P. *Culpa*. São Paulo: Escuta, 2001.

CREMESP. *Princípios bioéticos*. 4. ed. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=53&cod_publicacao=6>. Acesso em: 6 dez. 2013.

ELIA, L. A letra na ciência e na psicanálise. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 13, n. 25, p.64-77, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 set. 2013.

_____. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental. *Academus: Revista Científica da SMS*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, out.-dez. 2004. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/responsabilidade_do_sujeito.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2015.

_____. A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jul. 2014.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

_____. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental – Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC* – Barbacena, ano III, n. 5, p.43-55, nov.2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004>. Acesso em: 26 fev. 2015.

_____. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. In: *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro: UFRJ, p.124-130, v. VI, n. 17, 2000.

FINK, B. A Causa Real da Repetição. In: FELDSTEIN, R., FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 1997p.68-79

Foucault, M. O Nascimento do Hospital in: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

_____. *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.

_____. (2010). Crise da medicina ou crise da antimedicina. Primeira Conferência proferida em outubro de 1974, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara. *Verve*, São Paulo, n.18, p.167-194, out. 2010.

FREUD, S. Além do princípio do prazer [1920]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII, p.13-75.

_____. Os instintos e suas vicissitudes [1915a]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 117-144.

_____. O inconsciente [1915b]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 165-222.

_____. Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III) [1915c]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 175-190.

_____. A dinâmica da transferência [1912]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p.109-122

_____. Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência. [1916-1917] In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V.XVI p.433-448

_____. Linhas de progresso na terapia analítica [1918]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII, p. 171-194.

_____. Luto e melancolia [1917(1915)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 245-266.

_____. O mal-estar na civilização [1930]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI, p. 67-148.

_____. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão [1910]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI, p. 197-227.

_____. A questão da análise leiga [1926]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX, p. 175-248.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise [1912]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p.123-133.

_____. Reflexões para os tempos de guerra e morte [1915c]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 285-312.

_____. Sobre a transitoriedade [1916(1915)]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 317-319.

_____. Sobre o narcisismo [1914a]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 77-108.

_____. Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II), [1914b]. In _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII p.161-171

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade [1905]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 119-219.

_____. Notas Psicanalíticas Sobre Um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia, [1911]. In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p. 15-92.

_____. Por que a guerra? (1933[1934]) (Einstein e Freud) In: _____. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII, p.191-208

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, (Brasil) Cuidados *Paliativos*. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 02 jan. 2015

LACAN, J. A ciência e a verdade [1966b]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 869-892.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu [1949]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 96-103.

_____. *Hamlet por Lacan. Anotações de Octave Mannoni a partir de sete lições dedicadas a Hamlet por Lacan em O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação* [1958-59]. São Paulo: Escuta, 1983.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. [1966a]. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, p. 8-14, dez. 2001.

_____. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: psicanálise e estrutura da personalidade [1960]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.197-213.

_____. Posição do inconsciente no Congresso de Bonneval [1964(1960)]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 843-864.

_____. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud* [1953-1954]. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. *O seminário, livro 3: as psicoses* [1955-1956] Rio de Janeiro: Zahar,2008

_____. *O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação* [1958-1959]. Inédito. Publicação não comercial de circulação interna da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002.

_____. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise* [1959-1960]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. *O seminário, livro 8: a transferência* [1960-1961]. Rio de Janeiro: Zahar, 2010

_____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* [1963-1964]. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. Do sujeito enfim em questão [1966c]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 229-237.

_____. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada [1944-1945]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.197-213.

_____. Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise [1953]. In.: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola [1967], In.: _____. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 248-264.

_____. Interventions sur l'exposé de P Lemoine [1971]. Disponível em: <www.ecole-lacanienne.net>.

LAURENT, E. Alienação e separação I. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 31-41.

_____. Dois aspectos da torção entre sintoma e instituição. In: Associação Campo Freudiano. *Pertinências da psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.237-249.

LEITE, S. *Angústia*. Coleção Psicanálise Passo a Passo, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

_____. Das relações sujeito-instituição: uma leitura psicanalítica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 2, n. 2, set. 2002. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482002000200007&lng=pt&tlng=pt.%20>. Acesso em: 6 jan. 2014.

_____. As resistências do psicanalista (e outras) na saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 8, n. 1, jan.-jun. 2008. p. 83-93 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 maio 2014.

MALENGREAU, P. Para uma clínica de cuidados paliativos. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n.13, p. 87-90, ago. 1995.

MENEZES, R. A. *Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MILLER, J. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 41, dez. 2004, p. 7-67.

MILNER, J.-C. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

MORETTO, M. L. T; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro , v. 46, n. 2, dez. 2014 . p.287-298. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 maio 2015.

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: _____. *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 3-15.

_____. Psicanálise e Medicina: uma clínica do sempre no limite terapêutico. In: _____. *Oncologia clínica do limite terapêutico? Psicanálise e Medicina* 1.ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2013. p. 400-409

MULLER, M. G e COHEN, R. H Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*[online]. 2011, v.17, n.3, p. 348-362 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 jan. 2015

MUNOZ, N M. Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 2010, vol.13, n.1, pp. 87-101. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1415-47142010000100006&pid=S14157142010000100006&pdf_path=rlpf/v13n1/06.pdf&lang=p> . Acesso em: 13 maio 2015.

NICÉAS, C. A. *Introdução ao narcisismo: o amor de si*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

PORGE, E. *Psicanálise e tempo: o tempo lógico de Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

PUJÓ, M. Urgencia y demanda: reflexión en tres tiempos. *Revista Psicoanálisis y hospital*, Buenos Aires, n. 13, ano 7, p. 110-114, jun. 1998.

RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo, ed Cortez, 1993.

RINALDI, D. *A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

_____. Ética e desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão. *Revista do Corpo Freudiano*, Rio de Janeiro, n. 4, dez. 1997. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_Etica_desejo_psican_intenc_psican_extens.doc>. Acesso em 2 jan. 2014.

RODRIGUEZ, V. Una articulación sobre el tema de la temporalidad y la urgencia. *Revista Psicoanálisis y hospital*, Buenos Aires, n. 13, ano 7, p.132-135, jun. 1998.

SACKETT, D.L. *Medicina Baseada em Evidências: prática e ensino*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.

SELDES, R. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In: BELAGA, G. (Org.). *La urgencia generalizada*. Buenos Aires: Grama, 2004. p. 31-42.

SELIGMANN-SILVA, M. Narrar o trauma - a questão dos testemunhos de catástrofes históricas. *Revista de Psicologia Clínica*, 2008, p. 65-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v20n1/05>>. Acesso em: 02 ago. 2014

_____. Testemunho e a política da memória: o tempo depois das catástrofes. *Projeto História*, nº 30, p. 31-78, 2005.

SOLER, C. O sujeito e o Outro. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 52-67.

VIEIRA, M. A. O lugar da psicanálise na medicina: introdução a uma conferência de Jacques Lacan. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 21, ago.-set. 2002. Disponível em: <http://ebp.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/Marcus_Andre_Vieira_Uma_introducao_a_conferencia2.pdf>. Acesso em jan 2014

VIGANÒ, C Da instituição ao discurso em Mental, *Revista de saúde mental e subjetividade da UNIPAC* anoIV, nº 6 Barbacena, 2006, p.33-40. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 mar. 2015.

VIRILIO, P. *Guerra pura: a militarização do cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ZENONI A. Maladies de l'âme ou maladies du corps?, *Cahiers de Psychologie Clinique*, 1994.

_____. A. “Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan”, *Abrecampos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares*, Belo Horizonte: Ano I, n. 0, jun. 2000.