



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Monica Marchese Swinerd

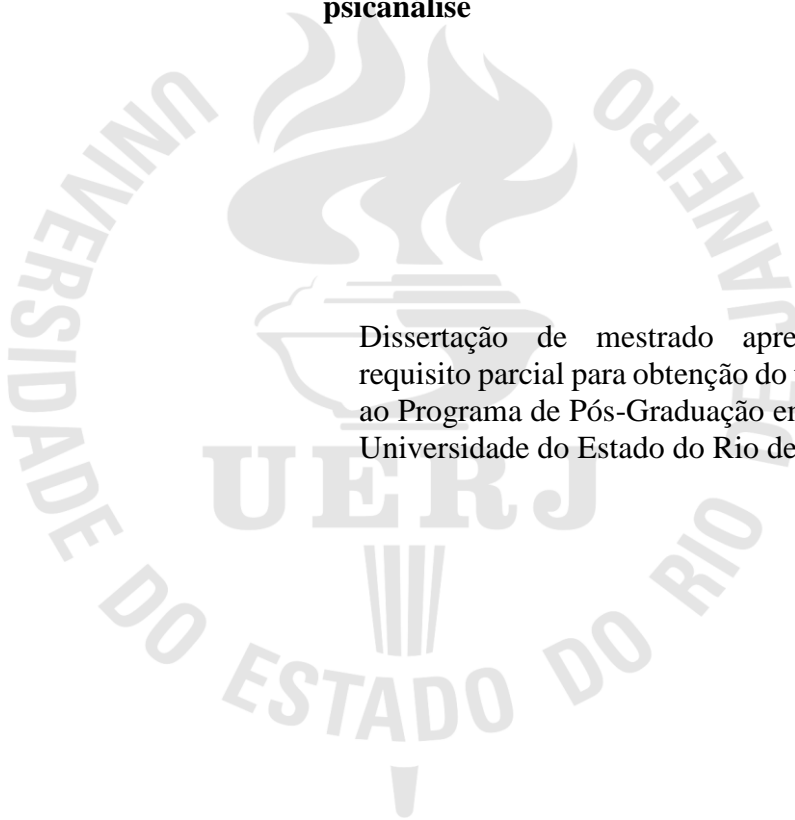
**A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico – uma  
visão da psicanálise**

Rio de Janeiro

2016

Monica Marchese Swinerd

**A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico – uma visão da  
psicanálise**



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.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Rio de Janeiro  
2016

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

S978 Swinerd, Monica Marchese.  
A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico: uma visão da psicanálise/ Monica Marchese Swinerd. – 2016.  
97 f.

Orientadora: Marco Antonio Coutinho Jorge.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia

1. Psicanálise – Teses. 2. Medicina – Teses. 3. Câncer – Teses. I. Jorge, Marco Antonio Coutinho. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

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

---

Assinatura

---

Data

Monica Marchese Swinerd

**A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico – uma visão da psicanálise**

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 30 de novembro de 2016.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge (Orientador)  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Profª Dra. Heloísa Caldas  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Profº Dr. Jean-Michel Vivès  
Université Nice Sophia Antipolis

Rio de Janeiro

2016

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à UERJ, e ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, por me permitir essa travessia, em especial aos professores que me inquietaram no ensino da psicanálise e me permitiram dar corpo a minha voz.

Ao meu mestre e orientador, Marco Antonio Coutinho Jorge, com sua generosidade, escuta atenta, correções precisas, orientações inspiradoras, com sua experiência imensurável, meu carinho e minha admiração ainda maiores.

À banca examinadora, Prof<sup>a</sup> Heloísa Caldas e Jean-Michel Vivès, pelo aceite em partilhar comigo as minhas questões, pela generosidade e grandeza de cada colocação na qualificação.

Aos meus colegas de mestrado, e orientações, nas muitas manhãs de sábado.

Agradeço a cada paciente a oportunidade de escutá-los uma vez mais através dessa escrita. A maior parte deles já não está aqui, mas faço valer aqui a vida e o desejo de cada um, cada encontro, cada palavra escutada... Obrigada por terem me trazido até aqui.

As residentes, que me emprestaram suas vozes, e outras vozes, em tantos e ricos momentos de aulas e de supervisões. Em especial a Carolina Barbosa, Paula Gomes e Marina Leorne cujos fragmentos de seus pacientes apresento aqui. Mas carinhosamente, a Vanessa Nogueira com sua clínica em forma de poesia; Luciana Saiter, Franciely Bottaro, Márcia Fernandes, Julia Dietzse, Joana Cés, Roberta Lanzetta e Natasha Fontoura, cujos desejos de partilharem comigo a minha transmissão me fez chegar até o mestrado.

Ao INCA, que me permitiu esse vôo, com incentivo e carinho da chefe da Seção de Psicologia do HCI, Ana Cristina Waissmann; aos colegas que fazem e fizeram parte desse caminho, em especial: Marcelle Araújo, Cristina Perdigão, Ana Valéria Micelli, Marcia Regina Costa, Marcelo Chahon.

A Luzia, querida amiga, meu carinho e gratidão, que sempre e em cada momento me lembrava que a escrita é clínica, e que era isso o que me conduzia... Como é verdade isso!

A Ana Beatriz Bernat, carinhosamente, pela parceria nesse trabalho, e na psicanálise, sua presença nessa travessia foi importante.

Nina Costa, Deborah Mello pelo carinho e partilhamentos.

A minha analista, Ana Martha Wilson Maia, que nessa travessia esteve lá, alhures, mas presente, sempre.

Por fim, mas no início de tudo, agradeço àqueles que me permitiram ser e estar aqui, com meus desejos, minhas faltas e minhas conquistas... Meus pais! E meus irmãos, do céu e da terra.

Meu marido Fred, e meus filhos Paulo Vitor e Mariana, presenças necessárias e cotidianas, com a paciência que só vocês sabem,

Meu sincero agradecimento.

Estar perdido é bom, significa que há caminhos. O grave é quando se deixa de haver caminhos.

*Mia Couto*

## RESUMO

SWINERD, Monica Marchese. *A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico: uma visão da psicanálise*. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Essa dissertação nasce da clínica com pacientes em tratamento oncológico, e por isso visa discorrer sobre os efeitos do tratamento de um câncer, comumente associada à morte, na subjetividade de quem adoece. Procura indagar sobre o estatuto do corpo, objeto das inúmeras intervenções médicas, ao escutar o sujeito de quem se trata. A vivência do câncer produz um estranhamento na relação com a própria imagem corporal, lançando o sujeito numa experiência de angústia. Esses sujeitos vivenciam a ruptura de uma ilusão de futuro, o medo da morte, um luto antecipado, luto da própria vida. Trabalhar em uma instituição de tratamento oncológico coloca assim o psicanalista frente a frente com os limites da vida, com a finitude de cada um. Nesse sentido, pensaremos no lugar do analista a partir das contribuições de Lacan sobre a ética da psicanálise. Psicanálise e medicina, dois campos de saber, dois discursos, fazendo-se necessário conceitualizar as noções de corpo e sujeito a partir da obra freudiana e ensino lacaniano.

Palavras-chave: Psicanálise. Medicina. Câncer. Corpo. Sujeito.



## ABSTRACT

SWINERD, Monica Marchese. *The subjectivity in the treatment of hematologic cancer: a view of psychoanalysis*. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This research results of the clinic with the oncologic patients, and therefore it aims to discuss about the effects of cancer treatment, commonly associated with the idea of death, within the subjectivity of those afflicted. It invokes questions about the status of the body, the object of numerous medical interventions, to listen to the subject who it is. The cancer experience produces an estrangement in the relationship with self- image, launching the subject into an anguished experience. These subjects experience the rupture of a future illusion, fear of death, an anticipatory grief, mourning of life itself. Working in a cancer treatment institution thus places the psychoanalyst face to face with the limit's life, with the finitude of each one. In this sense, we will think instead of the analyst from the contributions of Lacan on the ethics of psychoanalysis. Psychoanalysis and medicine, two fields of knowledge, two discourses, make it necessary to conceptualize the notions of body and subject from the Freudian and Lacanian teaching work.

Keywords: Psychoanalysis. Medicine. Cancer. Body. Subject.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1	<b>A PSICANÁLISE EM UMA INSTITUIÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO</b> .....	19
1.1	<b>Do psicólogo ao psicanalista</b> .....	19
1.2	<b>Hospital e Medicina: um novo campo de saber</b> .....	21
1.3	<b>A doença x o doente, o que a clínica traz de novo?</b> .....	24
1.4	<b>Da medicina à psicanálise</b> .....	27
2	<b>O CORPO EM PSICANÁLISE</b> .....	35
2.1	<b>O corpo cadáver da medicina e o corpo vivo para a psicanálise</b> .....	35
2.2	<b>O sujeito para a psicanálise</b> .....	41
2.2.1	<u>A constituição do sujeito e o estágio do espelho</u> .....	41
2.2.2	<u>A constituição do sujeito e o complexo de Édipo</u> .....	48
2.3	<b>O corpo - esse estranho familiar</b> .....	53
2.4	<b>Narciso, o mito de uma imagem</b> .....	58
3	<b>A MORTE E A VIDA NO CÂNCER</b> .....	61
3.1	<b>Morte e Trauma</b> .....	61
3.2	<b>Câncer no sangue – a morte na vida</b> .....	67
3.3	<b>A morte e o desejo, sobre a ética da psicanálise</b> .....	74
3.4	<b>Sobre o luto antecipado</b> .....	77
3.5	<b>A psicanálise, uma prática possível no contorno do impossível</b> .....	83
	<b>POR ENQUANTO, UMA CONCLUSÃO</b> .....	87
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa desenvolve-se em um hospital público, o Hospital do Câncer I (HCI), um dos cinco hospitais que integra o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), hospital federal de referência nacional, reconhecido pela qualidade do atendimento multiprofissional nos níveis ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Trata-se de um hospital que dentro do SUS ocupa um lugar privilegiado, pois é regido pelo Ministério da Saúde e ao mesmo tempo pela Ciência e Tecnologia, considerado um lugar de referência em assistência e pesquisa dentro da Política Nacional de Atenção Oncológica. Tais características fazem desse hospital um órgão singular do Ministério da Saúde, auxiliar no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, ações que compreendem: prevenção, detecção precoce e vigilância, assistência médico-hospitalar gratuita, ensino, pesquisa e geração de informação epidemiológica, constituindo-se assim como um Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde. O que percebemos é que isso tem um peso importante na expectativa e na fala dos pacientes, quando descobrem a doença oncológica e conseguem uma vaga para se tratar neste hospital, por ser considerado o lugar dos “*especialistas em câncer*”, “*melhor lugar para tratar essa doença*”, muitas vezes fatal.

Em sua assistência, o INCA conta com equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, dentistas e técnicos de diversas áreas (radioterapia, laboratório...), que se dividem em cinco hospitais, localizados em diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro, organizados em torno de clínicas específicas, disponibilizando um total de 391 leitos<sup>1</sup> para cuidado e assistência que se dividem nas suas unidades assim nomeadas:

- Hospital do Câncer I (HC I), é a maior unidade, localizado na Praça da Cruz Vermelha, e responsável pelas especialidades de: clínicas cirúrgicas de Urologia, Abdômen, Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Tórax, além de Pediatria, Hematologia, Oncologia Clínica e Clínica da Dor.

- Hospital do Câncer II (HC II), localizado no Centro, responsável pelas especialidades de tecido ósseo-conectivo e câncer ginecológico.

- Hospital do Câncer III (HC III), localizado em Vila Isabel e responsável pelo atendimento a pacientes com câncer de mama.

---

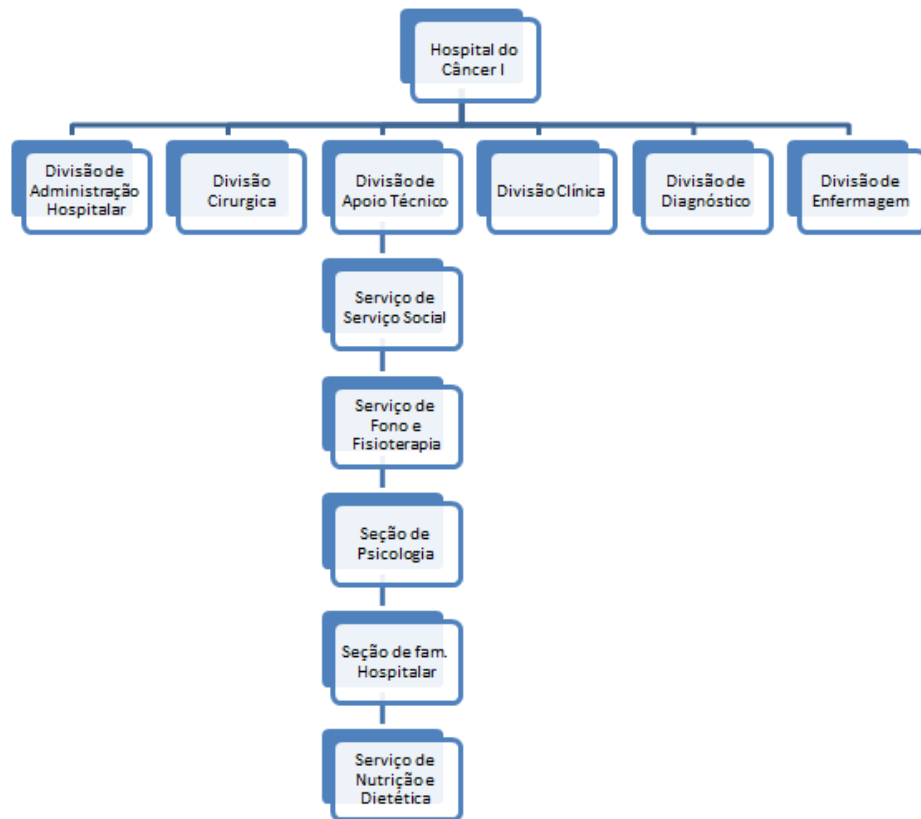
<sup>1</sup>Fonte: INCA, Ministério da Saúde, conforme Relatório de Atividades 2010- 2011.

- Hospital do Câncer IV (HC IV), também localizado em Vila Isabel, unidade dedicada aos cuidados paliativos.

- Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), responsável pelo controle do Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME) e Registro de Receptores de Medula Óssea (REREME), também localizado na Praça da Cruz Vermelha.

Em cada hospital há uma equipe multidisciplinar própria de cada clínica e de referência para o paciente, de maneira que este possa ser acolhido e atendido em suas múltiplas demandas, de uma maneira integral, conforme preconizado pelo SUS. Nessa organização por clínica, o paciente é matriculado inicialmente conforme o tipo e localização de sua doença, dirigindo-se a unidade de referência para determinado tipo de tumor. No caso do HCI, um hospital de 11 andares, com disponibilidade de 188 leitos (incluindo 10 leitos de CTI), atende a 08 clínicas oncológicas, de modo que cada clínica ocupa um andar.

Em seu organograma, cada unidade possui uma direção única, submetida a uma Direção Geral. Observa-se que as diferentes divisões assistenciais, reunidas sob o nome de Divisão de Apoio Técnico, estão separadas da divisão médica e de enfermagem, tal como pode ser observado na figura abaixo. A divisão de apoio técnico compreende as seguintes categorias: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, farmácia e serviço social. Tal configuração, já marca uma primeira questão que é a de situar a psicologia como função de “apoio” às demais divisões (médicas, cirúrgicas...). Será essa a demanda que se dirige ao psicólogo em um hospital oncológico? A de se constituir como um apoio ao paciente? Penso que estar entre as funções de apoio, constitui uma importante possibilidade do psicólogo construir um lugar junto ao paciente, e também à equipe, e dessa forma fazer desse “apoio”, a possibilidade de um encontro singular com o sujeito que se apresenta com seu sofrimento. Lembro da dificuldade em minha chegada à instituição de me situar em meio a uma equipe com discursos tão fechados em seus territórios. Naquele momento, a solicitação do psicólogo se dava via “parecer” (formulário específico em papel). Mas aos poucos, com a minha presença e disponibilidade, foi possível construir gradativamente um lugar junto à equipe, podendo prescindir assim do uso burocrático do “parecer”. O formulário cedeu lugar à palavra. Minha intenção nesse trabalho, e sobretudo minha aposta clínica, é a de que a psicologia enquanto apenas função de apoio não dá conta das questões da subjetividade do sofrimento, na medida em que estaria centrada na ética do bem. Proponho então pensar aqui a função do psicólogo a partir do lugar do psicanalista, pautado pela ética da psicanálise, tal como apresentada por Lacan no Seminário 7, na medida em que é desse lugar que podemos ter acesso ao sujeito na posição de desejante e, portanto, de quem tem algo a dizer sobre o seu sofrimento.



A Seção de Psicologia do HCI, campo da experiência que fundamenta esse trabalho, é composta por nove psicólogos, sendo uma exercendo também a função de chefia desta seção. Por entendermos que o momento do diagnóstico de uma doença como o câncer traz importantes mudanças na vida do sujeito, a psicologia tem como diretriz acompanhar esse paciente desde o início de seu tratamento, privilegiando o vínculo que se estabelece com o paciente, principalmente considerando-se o momento de tamanha fragilidade. Cada clínica oncológica deve contar com pelo menos um psicólogo em sua equipe de tratamento, profissional este que será a referência para equipe e todos os pacientes matriculados nessa clínica, e que deverá acompanhar o paciente preferencialmente desde o início de sua trajetória de tratamento na instituição.

Neste trabalho trata-se da minha experiência como psicóloga desde o meu ingresso nessa unidade, via concurso público em 2011, quando passei a integrar a equipe da clínica de hematologia. Cabe dizer que antes da minha chegada a esse órgão do Ministério da Saúde, eu já trazia em minha experiência 13 anos de trabalho em outras unidades de saúde no SUS, voltadas ao campo da Saúde Mental, o que certamente deu-me uma bagagem importante na concepção de sujeito que descrevo ao longo dessa dissertação.

A hematologia é uma especialidade da medicina que trata das doenças ligadas ao sangue, à medula óssea (produtora das células de defesa), e ao sistema imunológico. Nessa clínica são matriculados os pacientes que chegam com a confirmação de um câncer no sangue, ou no sistema imunológico. Dentre as doenças mais comuns encontramos: as leucemias agudas (LMA, LLA) e crônicas (LMC, LLC), que variam conforme o tipo de célula acometido, podendo ser mielóide ou linfóide; os Linfomas Linfoblásticos (LL), de Hodgkin (LH), Linfomas Não-Hodgkin em suas variações (LNH), Mielomas Múltiplos (MM), além de algumas síndromes mielodisplásicas (SMD). As neoplasias hematológicas se traduzem pelas falhas na defesa do corpo, cujo tratamento principal consiste na quimioterapia, podendo em alguns casos ser indicado a radioterapia e também o transplante das células hematopoéticas (TCTH) ou transplante de medula óssea (TMO).

O encontro do psicólogo com o paciente em tratamento hematológico pode se dar em diferentes momentos e por diferentes vias. Existem determinadas doenças, como no caso de alguns tipos de leucemia, por exemplo, as leucemias agudas que, quando diagnosticadas, demandam uma rápida intervenção, correndo-se o risco de morte do paciente. Nesses casos, o momento do diagnóstico coincide, na maioria das vezes, com o momento da internação, o que de início já coloca uma sobrecarga emocional e de informações que, normalmente, levam algum tempo para serem assimiladas. Nesse ambiente hospitalar, o psicólogo faz parte de uma equipe, e ao lado de outros profissionais (médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) se apresenta ao paciente e seus familiares, em uma rotina de acolhimento. É o momento em que o psicólogo vai até o paciente, se antecipando a qualquer demanda de tratamento psicológico. Submerso em inúmeros procedimentos rotineiros e invasivos, entre acessos venosos, medicações e exames, nem sempre é possível o paciente dizer alguma coisa. Bombardeado por tantos acontecimentos, é tempo para uma pausa, um tempo necessário até que o paciente possa concluir algo sobre si e aquele momento. Ainda assim, nos colocamos disponíveis para aquele sujeito, na demanda que se apresenta, atentos ao seu tempo.

Uma outra via de chegar ao paciente é pelo ambulatório. Ao contrário do momento da internação, em sua maioria são pacientes em controle da doença ou manutenção do tratamento (quando não se observa sinais de doença ativa), que não necessariamente tenham passado por uma internação. É muito comum receber pacientes com leucemias crônicas, linfomas, doenças por vezes curáveis (como no caso de Linfomas de Hodgkin), ou com as quais é possível levar uma vida “normal”. Alguns chegam espontaneamente, outros vêm encaminhados por outros profissionais, em sua maioria encaminhamentos médicos.

Abordaremos no primeiro capítulo a função do psicólogo na instituição médica. A este profissional não lhe é exigido uma abordagem teórica específica, é antes uma demanda de atender ao paciente com câncer e, nesse sentido, contribuir para a melhor “aceitação” e “adaptação” ao tratamento, visando uma certa “redução” de ansiedade frente às diferentes etapas e momentos do mesmo. Como já apontado anteriormente, parece que ao psicólogo é demandado a função de dar “apoio” tanto à equipe que conduz o tratamento (os médicos), e os cuidados mais imediatos (enfermagem), como também aos pacientes submetidos aos procedimentos necessários. Muitas vezes, o que percebemos dentro de uma enfermaria, é que o psicólogo é chamado a comparecer em momentos de sofrimento intenso do paciente, quando este rompe a barreira do silêncio. Tal como “apagar um incêndio”, é assim que muitas vezes o psicólogo é chamado a intervir como, por exemplo, em casos em que o paciente está chorando, ou que recusa-se a algum tipo de procedimento, ou quando os questiona (é o “poliqueixoso”, o paciente “chato”); ou o familiar que acabou de ver morrer seu parente e desaba a chorar no corredor, alguns choros acompanhados de descontrole emocional; ou ainda aquele que acabou de receber uma notícia ruim como por exemplo, "não há mais uma proposta terapêutica e o paciente será encaminhado para cuidados paliativos"; ou ainda nos casos em que se tem que transmitir uma notícia difícil que a família traz, como a morte de alguém da família.

Longe de me limitar a responder a essas demandas, de qualquer maneira, percebemos que ao psicólogo é atribuído um certo "saber fazer", com aquilo que escapa ao instrumental médico e de enfermagem, capaz de dar conta de todo mal-estar do paciente. Sem um instrumento visível, pois é com a sua escuta que o psicólogo se apresenta, indago: “deve ele saber calar o choro do paciente que está se vendo debilitado em suas funções pelo tratamento? Ou ainda aquele que acabou de saber que sua doença está tão avançada que não há mais o que ser feito; e também aquele que não aguenta mais ficar dentro de uma enfermaria vendo pessoas morrerem; ou ainda aquela mãe que acaba de perder seu filho por uma doença que tirou-lhe a chance de vê-lo crescer? Há ainda aquela paciente que, além de fazer o luto de suas perdas com a doença, e de ter que ficar internada para recuperar suas defesas, acaba de ter a notícia que seu filho acabou de morrer...” Parece-me que o psicólogo é convocado, com seu suposto saber, também a comparecer junto ao impossível para aquela equipe, que se vê limitada em seus recursos técnicos e subjetivos de entrar em contato com o sofrimento humano.

Com essas demandas, o psicólogo se depara no cotidiano de uma enfermaria. São situações cotidianas que colocam o psicólogo lado a lado com outros saberes, diante do sofrimento do mesmo paciente. A pergunta que se coloca é “como responder a essas demandas, pois é necessário estar lá também nessa função de apoio, sem responder do lugar de eliminar o

sintoma?”. Aqui cabe fazer uma distinção entre o que é o sintoma para a medicina e o que é sintoma para a psicanálise, pois trata-se de concepções bastante distintas. Em medicina, o sintoma é o que vai falar de uma doença, como um conjunto de sinais, é o que permite fazer o diagnóstico. Nesse caso, se o sintoma vem falar de uma doença, a ausência do sintoma é sinônimo de saúde, portanto o que é visado pela medicina é a eliminação do sintoma, visando o reestabelecimento de um estado ideal de saúde, onde o paciente esteja assintomático. Já para a psicanálise, o sintoma fala de uma estrutura subjetiva, uma maneira muito singular de como a pessoa se organiza na vida, por isso não deve ser simplesmente eliminado. Freud (1916-1917/1996), em uma de suas conferências, afirmara que os sintomas têm um sentido e se relacionam com a experiência do paciente, e por isso devem ser considerados individualmente. A psicanálise, então, marca uma importante diferença no que diz respeito ao tratamento do sintoma, o que pretendemos desenvolver ao longo dessa dissertação. No entanto, em uma enfermaria, aquilo que é da ordem do subjetivo - o choro, a tristeza, a queixa do paciente - é o que aparece como demanda para o psicólogo “eliminar”.

E é nesse sentido que a ética com a qual esse profissional deve comparecer é que faz a diferença. Penso que sempre pode haver uma brecha em meio a tantos protocolos. Certa de que “fazer calar”, não só para se manter o silêncio e a ordem de uma enfermaria, mas sobretudo para minimizar a angústia de uma equipe, definitivamente não é o objetivo, é assim que me apresento ao paciente com seu sofrimento, sempre muito singular. Lembro-me de uma fala durante um encontro dos Hospitais Federais, de Pedro Gabriel Delgado (ex-Coordenador Nacional de Saúde Mental) que dizia que muitas vezes “responder a um parecer dentro de uma enfermaria pode ser o passaporte para entrar no caso”. Acredito que tenha sido dessa maneira que foi possível construir um lugar junto a uma equipe, menos imbuída da missão de fazer o paciente “adaptar-se” a uma realidade deveras hostil, e mais preocupada em permitir que este paciente possa aparecer como sujeito, próprio em suas ações, desejos e palavras. É com essa ética, a ética da psicanálise, com a qual me apresento, e que me permite receber e escutar aquele que sofre, com seu sofrimento muito singular. Portanto, é na posição de psicanalista que trago as questões nessa pesquisa, sobretudo, para indagar qual o lugar possível para a escuta do sujeito em meio a tantos protocolos.

Minha chegada a essa instituição se deu em 2011, através de um concurso público. Sem muito espaço para escuta, discussões clínicas, me apresento a essa equipe com a minha bagagem de 13 anos de assistência no serviço público em saúde mental. Deparo-me com a exigência de um jaleco, com protocolos rígidos da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), com POP (Procedimentos Operacionais do que é esperado da psicologia), com uma agenda de



marcação de consultas informatizada (da qual eu não tinha acesso, apenas os recepcionistas). Eu recebia a instrução de que estávamos ali para tratar do câncer, e não de outras questões. Minhas questões aumentavam: “será que para falar do câncer não é preciso falar de si?” “Não é da vida que se trata?” Não, ali me deparava cada vez mais com a resposta “estamos tratando do câncer”. O tumor toma o lugar principal, trata-se o tumor, opera-se o tumor ...Mas e o sujeito?

Essas questões me convocavam ainda mais a ouvir os pacientes. Destes, eu ouvia algo para além do câncer: “*será que essa doença apareceu depois de uma briga que eu tive com meu filho?*”; ou “*e agora, como vai ser, será que terei tempo de casar e me formar na faculdade?*”. Lembro de uma senhora, de 71 anos, que após remissão completa da doença, retornara para nova internação algum tempo depois. No momento em que a reconheço, apresento-me a ela, e pergunto o que aconteceu, ela me responde “*ah, doutora, estou muito triste...O Sebastião ‘se foi’. Acho que a doença voltou de tanta tristeza*”. Essa senhora me falava de uma vida conjugal que se rompera após 53 anos de união, e com a morte do marido, também a morte do sentido da vida. Não me parece que estava tão interessada em falar do câncer, mas sim do marido. Não passou muito tempo e ela também “se foi”. Diante do diagnóstico do câncer os pacientes tendem a buscar uma resposta, e se colocam rapidamente a tentar interpretar tal acontecimento em suas vidas. Definitivamente, eu escutava outra coisa daqueles pacientes. O câncer escancara o real do corpo, mas é através do simbólico e do imaginário que é possível ter acesso a essa vivência tão subjetiva do que acomete o corpo. Certa vez, uma paciente jovem, em fase de pré-transplante, com uma faculdade interrompida pelo tratamento, e um namoro que se desfez, cheia de incertezas quanto a sua vida, chega ao ambulatório e me pergunta “*eu vim pensando, será que aqui eu posso falar de Outra coisa?*”.

São essas questões que pretendo desenvolver ao longo desses capítulos, sobretudo trazer à cena esse sujeito muitas vezes apagado pela doença. Um sujeito que me fala de um corpo que não coincide com o corpo no qual incide o câncer, mas é essa experiência de um real no corpo que faz aparecer o sujeito em sua dimensão com o imaginário e o simbólico. O que se observa é que alguns tratamentos, como em alguns casos de linfomas e leucemias, aparentemente preservam fisicamente o paciente quando este não apresenta sintomas clínicos e marcas do tratamento como, por exemplo, queda de cabelo. Mas percebemos que ainda que o sujeito não apresente marcas visíveis da doença, ele sofre. Sofre com as marcas não mais no corpo, e sim com as marcas psíquicas deixadas pela doença. Se podemos dizer que a hematologia é uma clínica que centra seu saber na falha das defesas do corpo biológico (as leucemias são um tipo de câncer que atinge as células de defesas do sangue -os leucócitos), então podemos nos indagar

o que falha também para estes sujeitos, o que falha em suas defesas psíquicas. O câncer é da ordem do real, porque coloca o sujeito “cara a cara” com a morte, com o limite da vida, limite de nossa experiência, nos diz Lacan. Os efeitos de um tratamento oncológico incidem sobre o corpo real. O que nos faz pensar que nesse encontro com o real algo fica como excesso, algo que transborda, escapando a possibilidade de significação, daí a tentativa do paciente tentar encontrar respostas que apontem para um porquê.

No segundo capítulo abordaremos o corpo, em suas diferentes concepções, dando ênfase à dimensão psicanalítica. Sabemos que a concepção de corpo que tradicionalmente predomina é a de um modelo biomédico. Este trabalho procura indagar sobre esse corpo cuja integridade física nem sempre equivale à sensação de prazer, de bem-estar, de cura, algo de um descompasso entre um corpo que é olhado e o corpo que guarda as identificações do sujeito, corpo imaginário. Um corpo falado, e que nem sempre é o corpo que é visto, objeto do olhar, como podemos identificar nesta fala de uma paciente em tratamento de um linfoma: *“as pessoas dizem que eu nem pareço ter uma doença, mas esta não sou eu. Eu não me reconheço mais”*. Estamos portanto diante de uma doença muitas vezes invisível ao olhar.

Por isso abordaremos os diferentes olhares que o psicólogo – orientado pela psicanálise - e o médico (hematologista) têm do paciente que está em controle da doença, isto é, pacientes que já passaram pelo diagnóstico, quimioterapia e, por vezes, internação, e estão nesse momento sem evidência de doença ou doença em atividade, segundo o discurso da ciência. A medicina, tem a sua clínica centrada no diagnóstico e na doença, no corpo real, impossível de ser simbolizado. Sem lugar para a subjetividade, o que se apresenta para o médico no momento em que a doença está em controle, é um paciente que está em “bom estado geral” (abreviado pela sigla BEG, nomenclatura corrente nos prontuários médicos), sem doença ativa, assintomático, sem queixas, com exames específicos sem alterações. A única queixa que aparece é de “ordem psicológica”, assim nomeada pelos médicos, tais como: depressão, tristeza, insônia, medo, ansiedade, desesperança... Já para nós, psicanalistas, interessa saber o que terá feito questão para este sujeito a partir de sua experiência no tratamento de um câncer, e porque só agora tais sintomas irrompem. Isso que é nomeado como “psicológico” pelos médicos, é o que se apresenta enquanto sintoma para nossa escuta. Ao corpo real não temos acesso, por isso a interpretação tem aí a sua função.

Considerando esse cenário, é importante pensar o lugar de um psicanalista dentro de uma equipe multidisciplinar, frente às diferentes demandas que se apresentam nesse *setting*. Se ao saber médico o indivíduo é tomado como objeto do “olhar”, para a psicanálise o foco está

na palavra, e é através da “escuta” que o singular de cada sujeito pode aparecer nesse processo de adoecimento, com seu sofrimento. Segundo Alberti e Figueiredo (2006, p. 9),

O sujeito trabalhador de saúde mental na posição de histérico – com sua interrogação do que está estabelecido à priori – é capaz de engendrar um questionamento que não só promove mudanças como também permite produzir um novo saber a partir da prática institucional.

Se Freud (1924) já alertara: “a anatomia é o destino”, Foucault (2010) vem nos lembrar: “meu corpo é o lugar irremediável a que estou condenado”. Com isso, estamos interessados em estudar as diferenças entre o olhar médico e o olhar da psicanálise sobre o corpo do paciente acometido por uma doença hematológica, fazendo aparecer o discurso daquele que sofre, a subjetividade em cena. Para tal, interessa-nos pensar sobre de que corpo estamos falando. Nossa aposta é a de que há um descompasso entre o corpo real e o corpo imaginário. Na psicanálise, ao corpo em cena, só temos acesso pela fala do paciente que escutamos, trata-se de um corpo marcado e constituído pelo significante, e que no momento de um diagnóstico de uma doença grave, como o câncer, abre uma fenda na qual o sujeito se vê diante da angústia, acossado pelo real da morte. Nosso interesse está colocado no corpo subjetivado, corpo que a partir do real pode produzir um enodamento ao simbólico e ao imaginário. Assim, o corpo que é objeto de cura e ausência de sintomas para a medicina, não coincide com o corpo do qual nos fala o paciente, porque bagunçado pelos efeitos da linguagem.

É sobre esse corpo, que pode ser simbolizado, que podemos tecer algum trabalho. O corpo singular, o corpo enquanto ator principal de todas as utopias, Foucault (2010) acrescenta:

Corpo incompreensível, penetrável, opaco, aberto e fechado: corpo utópico. Corpo absolutamente visível porque sei muito bem o que é ser visto por alguém de alto a baixo, sei o que é ser espiado por trás, vigiado por cima do ombro, surpreendido quando menos espero, sei o que é estar nu. Entretanto, esse mesmo corpo é também tomado por uma certa invisibilidade da qual jamais posso separá-lo.

Tomando então a ética da psicanálise, o corpo vivo, segundo Lacan (1962-1963/, 2005), é o corpo do gozo, é a vida no corpo. Curiosamente, à morte do indivíduo - óbito constatado no cotidiano de uma enfermaria - nos referimos ao que sobra como corpo, não mais ao paciente que morreu.

No terceiro capítulo, avançaremos para pensar nas implicações de um tratamento como esse na vida do sujeito, trazendo uma reflexão sobre a vida e a morte que podem ser subjetivadas ao longo do mesmo. Faremos uma reflexão sobre o trabalho possível diante da ideia da morte, partindo da leitura da ética da psicanálise, com o que Lacan nos ensina sobre a mesma,

apontando para o sujeito desejante que é capaz, mesmo diante da morte, de construir alguma fantasia que possa tornar mais possível a sua existência. Traremos as diferentes interpretações no entorno do significante câncer, a partir dos atendimentos aos pacientes; interpretações e metáforas na tentativa de construir um dizer sobre essa experiência tão devastadora na vida de um sujeito.

A morte, como nos disse Freud, não tem representação no inconsciente, mas encontramos a antecipação de um luto ao ouvir nossos pacientes. Sendo assim, ao oferecer a escuta ao sujeito, mesmo sendo atravessado por uma experiência tão radical frente à sua finitude, abre-se a possibilidade dele construir uma nova narrativa sobre sua vida, seu corpo, algo sobre si. Criando, com isso, uma nova ficção, um novo véu, que torne mais possível a vida diante da angústia da morte. Ou, como nos diz Laurent sobre a prática da psicanálise: “essa prática obtém, através do seu manejo da verdade, alguma coisa que toca o real... A partir do simbólico, alguma coisa ressoa no corpo e faz com que o sintoma responda” (LAURENT, 2013, pag.2).

Apostamos, sobretudo, na função do psicanalista em uma instituição hospitalar, na justa medida em que introduz, neste encontro com o paciente, a possibilidade de se tecer um texto onde se inscreve o desejo inconsciente, encontro que faz aparecer o sujeito do desejo ou, como diria Lacan (1964/, 1998), uma práxis que “trata o real pelo simbólico”. Segundo Costa –Moura (2006, p.153).,

Onde quer que o analista se faça (e, de novo, se ele se faz) presente, estará presente uma *práxis* que consiste em afirmar o simbólico como propriedade que vem da linguagem e não do humano, do indivíduo que percebe, experimenta (pelo contrário, este é que será efeito, constituído e por certo constituinte nas malhas do significante)

Concluo que estar ali tem a sua função, a de possibilitar um outro discurso que não somente aquele que pode dizer tudo do paciente. Mas de um outro lugar, um discurso que permita que o sujeito possa dizer sobre seu mal-estar. É desse lugar, dando espaço à palavra do sujeito, que acredito ser possível trabalhar o mal-estar do paciente.

Essa dissertação utilizou, em sua maioria, as referências freudianas da edição brasileira da Imago. No entanto, optou-se por tomar como referência para algumas palavras a tradução pela edição da Amorrortu, por se tratar de edição mais fidedigna ao original em alemão.

Cabe ressaltar que esse projeto, por conter falas extraídas de atendimentos, todos realizados na própria instituição, foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA sob o nº CAAE 497.65815.7.0000.5274.

# 1 A PSICANÁLISE EM UMA INSTITUIÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

## 1.1 Do psicólogo ao psicanalista

Devo- me prestar contas de cada palavra e considerar cada palavra o tempo necessário até ela ser novamente vida.

*Guimarães Rosa*

No contexto hospitalar, o psicólogo é convocado a responder às diferentes demandas: demandas do paciente, demandas da equipe, demandas do próprio profissional que atende. Estar diante do sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, diante do sofrimento de uma equipe frente à dor do outro, faz-nos pensar na posição ética com que nos colocamos nesse cenário.

Não é pouco comum ouvir da equipe um pedido de atendimento do paciente que está muito triste, ou que está recebendo uma notícia difícil. Essa demanda, contudo, pode ser lida como um pedido para “fazer parar o sofrimento”, ou “reestabelecer o bem do paciente”. É preciso indagarmos sobre esse pedido, afinal, como não sofrer ou se deixar afetar por uma doença grave que muitas vezes mata ou anuncia a morte? Quando nos colocamos diante do outro com seu sofrimento muito singular, e sem a pretensa ideia de extirpar esse sofrimento, estamos, portanto na posição ética tal qual a psicanálise se debruça desde Freud, ao tratar as históricas pelas palavras, apostando num saber, num algo a dizer, do lado do paciente. Para a psicanálise, o sofrimento é a expressão do sujeito, é pelo sofrimento que o sujeito pode aparecer. Por isso a psicanálise não comparece para fazer o bem ao sujeito, no sentido aristotélico da lógica do Bem Supremo (LACAN, 1959/1997), que supõe um ideal humano, mas antes, se coloca frente a um sujeito que pode nos dizer do seu sofrimento, sempre singular. Isso implica dizer que sobretudo, a ética da qual fala a psicanálise é a ética que aponta para o desejo, e nesse sentido não há uma verdade e uma conduta universal que o psicólogo possa adotar frente ao sujeito em seu sofrimento, não há um “manual” que ensine a não sofrer. É Lacan quem nos apresenta uma elaboração sobre a ética da psicanálise, lembrando que o inconsciente é de um outro registro. Isso marca uma posição decisiva, pois dizer isto significa dizer que nos dirigimos ao sujeito do inconsciente, na sua divisão subjetiva, pois o inconsciente é marcado por uma hiância. Como bem desenvolve Miller

Se a psicanálise é a experiência que permitiria ao sujeito explicitar seu desejo, na sua singularidade, essa experiência somente poderá se desenvolver se afastarmos qualquer intenção de terapia. A terapia, a terapia do psíquico, é a tentativa fundamentalmente vã de padronizar o desejo para que ele coloque o sujeito na esfera dos ideais comuns, de um como todo mundo (MILLER, 2008a, p. 19)

Ainda que seja um desafio assumir uma posição ética que considere o particular de cada ato e intervenção, em uma instituição que trabalha com procedimentos e protocolos estandarizados, é como psicanalistas que nos colocamos nesse trabalho, menos preocupados com a demanda de cura (e cura terá um significado para cada sujeito) e mais atentos à verdade particular, ao enigma, que essa vivência de ter um câncer traz para cada sujeito.

Escutar, sem desejar restituir ao outro um bem perdido, ou um estado anterior de felicidade, é o que pode dar abertura aos efeitos do inconsciente e a um trabalho psicanalítico, ainda que dentro de um hospital marcado por muitos protocolos. Como diz Lacan (1972/1985, p. 20) “pelo discurso analítico o sujeito se manifesta em sua hiância, ou seja, naquilo que causa o seu desejo”. Certa vez, fui chamada de urgência pela enfermeira para falar com um paciente que estava ameaçando “fugir” do hospital. Ao chegar no andar, não encontro o paciente, o qual já estava tentando ir embora “à revelia”. Converso com a equipe e procuro entender o que acontecia. Ele não estava aceitando ficar internado, internação que já se prolongava há cerca de duas semanas, por estar sem defesas imunológicas. Minha posição ali era reafirmada, ouvir o paciente, entender o que o impedia de estar ali, mas não o convenceria de ficar, caso não quisesse. Encontro o paciente no elevador e o convido a conversar. Ele me fala de uma “agonia”, uma angústia, que o fazia querer ir para casa. A casa é o seu porto seguro, ali não se reconhecia. S. falava do cansaço em estar com a doença, das coisas que precisava resolver em sua vida. Sua vida estava lá fora. Não lhe faltava esclarecimento acerca da doença, bem como dos riscos, mas ainda assim ele falava do insuportável de estar ali. Seu desejo era legítimo. Após quase duas horas, ele me dizia que eu o estava atrasando, então digo que ele podia ir, se assim desejasse, mas pergunto como imaginava que pudesse ir, sem roupas e documentos ou dinheiro para se deslocar até sua casa, em outro município. Minha indagação teve o efeito de uma pausa na urgência de S., que então me pergunta se posso ajudá-lo. Digo que estava lá para isso, mas que pelo adiantado da hora, não conseguiria o que precisava, me comprometi a fazer isso no dia seguinte, junto com a assistente social. S. ficava um pouco mais apaziguado, e assim aceitara ficar até o dia seguinte, no qual consegui ir embora, com as medicações necessárias e com o transporte que o levaria até sua casa.

Como analista, nos colocamos em uma posição mais conveniente para fazer o que é justo fazer (LACAN, 1972/1985), isto é, interrogar como saber o que é da verdade. O que uma

análise vem demonstrar, é que há um saber que não se sabe. Nossa aposta é que há um saber muito particular e subjetivo da vivência do câncer, que cada paciente poderá falar a partir da sua vivência de estar diante do real da morte. Ainda que nem sempre a doença seja visível, é das marcas psíquicas que esse sujeito tem a nos dizer. No caso acima citado, ouvia dos médicos “ele não pode ir embora, não pode colocar tudo a perder”. No entanto, talvez o que esses médicos não soubessem é que o que esse paciente não queria perder, a vida, era o que estava fora, e não dentro do hospital. Isso permite afirmar que a vivência de uma doença como o câncer é sempre singular, porque ela faz aparecer as marcas do sujeito na vida, seus medos, suas perdas, seus sonhos... Embora um mesmo tratamento possa ser oferecido a diferentes indivíduos, o corpo é sempre uma vivência individual. É dessa vivência absolutamente individual, no que diz respeito ao corpo, que aponta Miller ao afirmar que “a vida não se reduz ao corpo em sua bela unidade evidente. Há uma evidência de corpo individual, do corpo enquanto Um, que é uma evidência de ordem imaginária.” (MILLER, 1999, p.8). Esse Um vem do significante, do que marca esse corpo, marca de gozo, e não do um do corpo que torna todos os corpos iguais. É por isso que faz diferença afirmar que o homem *tem* um corpo, e não *é* um corpo. É o que permite a histórica dizer de seu corpo. Através do sintoma, vê-se a relação de um corpo com o inconsciente. Abordaremos essa questão no próximo capítulo.

Todavia, faz-se necessário discorrer um pouco sobre esse contexto onde um psicanalista pode se inserir, o contexto da medicina e do hospital, para avançarmos na discussão sobre a clínica e o que pode um psicanalista em uma instituição hospitalar.

## 1.2 Hospital e Medicina: um novo campo de saber

Um olhar que escuta e um olhar que fala, a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo

*Foucault*

Clavreul (1983) lembra que estamos irremediavelmente submetidos à ordem médica em nossa vida, pois do nascimento à morte ambos devem ser atestados por um médico. Mas tratar do indivíduo doente não quer dizer tratar do sujeito tal como este é concebido pela psicanálise. Jean-Pierre Klotz (2009) lembra que no campo da medicina o sintoma é abordado como

problema, desordem, como alguma coisa que não vai bem, e que portanto precisa ser eliminado, a via que permite fazer o diagnóstico. Já para a psicanálise o sintoma é seu principal instrumento, não é somente o problema, ele é também a solução, pois é o sintoma que nos permitirá ter acesso ao sujeito. O sintoma psíquico, aponta Freud (1916) também se constitui em algo irreconhecível para o indivíduo, algo do qual ele se queixa e que sente como desprazer. Cabe lembrar que o sintoma, tal como concebido por Freud, consiste em uma solução de compromisso entre diferentes instâncias psíquicas, resultante de um conflito, no qual a libido desvia de sua direção, isto é, diante de um pensamento que não é compatível com os ideais sociais, essa ideia é recalçada e o afeto é ligado a uma parte do corpo (no caso da histeria), por onde a excitação pode ser descarregada. Assim o afeto busca satisfação em outro objeto, formando o sintoma. Portanto, é um produto, uma solução, entre a satisfação inconsciente da libido, de um lado, e do outro a proteção exercida pelo recalque, atendendo num só momento a dois senhores (Eu e o Isso) mantendo o equilíbrio entre essas instâncias, até que o sofrimento que acompanha esse sujeito possa encontrar outra solução. Nesse sentido, o sintoma em psicanálise é o substituto de alguma satisfação que foi impedida de se realizar. Em um hospital, e mais especificamente em um hospital oncológico, o sintoma assume outra conotação, pois aponta para um mal funcionamento do organismo e, dessa forma, o foco é a doença, onde o corpo doente é tomado como objeto de intervenção do médico, e todo o mal-estar do corpo precisa ser eliminado. Uma questão de vida ou morte.

Vemos o hospital ganhar cenário na clínica a partir do séc. XVIII. O que havia antes disso não era o tratamento médico de uma doença, mas sim o doente sendo cuidado, e esse lugar de cuidado eram as Santas Casas como lugar de caridade. Segundo Foucault “o personagem ideal do hospital até o sec. XVIII não era o doente de quem era preciso curar, mas o pobre que estava morrendo” (FOUCAULT, 1979, p. 101). Só a partir de 1780, historia Foucault, que podemos falar no surgimento do hospital enquanto instituição terapêutica. É nesse contexto que o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica.

Dizer que o hospital surge como instrumento terapêutico significa dizer que ele passa a ser um lugar que se ocupa das doenças, portanto voltado à cura, e não simplesmente um espaço de asilamento. A reorganização do espaço, a visita e a observação sistemática dos doentes, é o que inaugura a nova prática médica. Esse é o momento do nascimento da medicina hospitalar, o que permite dizer que a medicina nasce a partir do hospital, e não o contrário. Até então a medicina estava ligada a outras estratégias sócio-políticas, como a Medicina de Estado na Alemanha, a Medicina Urbana na França, e a Medicina Social Inglesa. Foi a necessidade de se intervir sobre o espaço hospitalar de forma a anular os efeitos negativos do mesmo, como por



exemplo, a contaminação entre os doentes - trazendo impactos sócio-econômicos importantes - o que possibilitou que medicina e hospital passassem a ser o lugar de uma prática clínica. A origem dessa reformulação se deu inicialmente nos hospitais marítimos e militares, pois tais doentes significavam força de trabalho para essas organizações.

O que o hospital inaugura, assim, é uma nova prática médica, voltada à cura do doente. Birman (2004, p. 41) aponta, em sua análise sobre o nascimento da clínica, que o que estava em pauta era não apenas a constituição da medicina individual em articulação íntima com a medicina social, mas também “a construção das categorias do normal, do anormal e do patológico”. O que este autor indica ainda é que a clínica se constituiu como o primeiro saber de exame no Ocidente, apontando aí para a possibilidade de um discurso sobre o particular.

Quando se fala em reorganização hospitalar, Foucault chama atenção para a disciplina como principal estratégia de reorganização dos corpos e do espaço. Como uma “nova técnica de gestão dos homens”, ou melhor, como “uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos” (FOUCAULT, 1979, p. 106), faz-se necessário o registro contínuo do que acontece nesse espaço e com cada paciente. É a intervenção dos mecanismos disciplinares, através da classificação dos doentes no espaço do hospital, que vai possibilitar a medicalização. Essa forma de organização não se dá sem consequências para o o sujeito de quem se trata, pois para o paciente que se hospitaliza, além do desafio de deparar-se com uma doença que interrompe sua rotina de vida, e que o coloca frente às incertezas da vida, é necessário adaptar-se às rotinas hospitalares (hora do banho, hora do remédio, hora das refeições), sendo destituído de sua capacidade de autonomia, de escolha e decisão sobre sua vida, seu corpo.

Percebemos, ainda hoje, as marcas dessa forma histórica de organização hospitalar quando entramos no cotidiano de uma enfermaria, fortemente marcada pelo olhar da enfermagem como regulador de tudo que acontece nesse espaço. Lembro-me de uma paciente que estava internada há oitenta e três dias para tratamento de uma LMA (leucemia mielóide aguda), enquanto aguardava a recuperação medular. Essa paciente interrompera seu pós-doutorado por ocasião do diagnóstico, mas estudar e manter o foco na vida e em seus projetos de vida eram o que possibilitava essa paciente estar lá. Certo dia ela procura-me para fazer uma solicitação, qual seja, passar alguns períodos do dia na biblioteca, localizada no mesmo andar da enfermaria, para concluir um artigo em andamento. Após conversarmos - eu, a paciente e seu médico - e pactuarmos a sua implicação no tratamento, decidimos liberá-la, considerando que não havia riscos iminentes. Para nossa surpresa, a enfermeira do andar prontamente se colocou contra a nossa decisão alegando “se ela sai do meu campo de visão eu não posso me

responsabilizar por ela”. A disciplinarização dos corpos, pelo controle das rotinas hospitalares, ainda está muito marcada em tais espaços.

É com esse novo cenário, onde o hospital passa a ser um meio de intervenção sobre o doente, que acompanhamos o advento do poder médico, onde o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica. Nesse contexto, o hospital torna-se não somente um lugar de cura mas também de formação médica, dando lugar à clínica como “dimensão essencial do tratamento” (FOUCAULT, 1979, p. 111).

### 1.3 A doença x o doente, o que a clínica traz de novo?

A via para uma clínica do sujeito no hospital público necessariamente passa pela transformação da queixa em demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito se implica

*Sônia Alberti*

O nascimento da medicina moderna é datado dos últimos anos do séc. XVIII (FOUCAULT, 1994). Enquanto um saber sobre a doença, a medicina tem sua origem através da anatomia patológica, com a dissecação dos cadáveres. Em *O Nascimento da Clínica*, cita Foucault, “esta estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte – o que se chama em suma o método anátomo-clínico – constitui a condição histórica de uma medicina que se dá e que recebemos como positiva” (FOUCAULT, 1994, p.226). Nesse sentido, é do corpo morto, cadáver, que o médico extrai seu saber sobre a vida de um corpo, tal como é afirmado por Clavreul (1983, p.30) “o médico se tornou cientista que contempla o cadáver, lugar de seu fracasso, e daí tirando o saber que lhe permitirá transformar esse fracasso em vitória”.. O cadáver se torna “o mais claro momento das figuras da verdade”, diz-no Foucault (Ibid). É pelo corpo enquanto morto que o médico se interessa, e esse interesse cedeu lugar na medida do progresso da fisiopatologia, passando o corpo ao lugar de uma leitura de uma doença. Os exames sobre o vivo assumem esse lugar de interesse ao olhar médico, onde “o corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve” (CLAVREUL, 1983, p. 114).

A medicina inaugura assim um novo olhar, aponta Foucault (1994, p.10)

(...) no início do séc. XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável (...). Mais que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem, o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo *ver* e *dizer*".

Chama-nos, portanto, a atenção para a instauração do olhar sobre a clínica, trazida pelo nascimento da nova prática médica, onde o "olhar" torna-se o depositário e a fonte de clareza, tendo "o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz" (FOUCAULT, 1994, p. 11). Mas, indagamo-nos, e quando os olhos do médico não podem ver tudo? Essa é uma questão muito frequente no tratamento das doenças hematológicas, que nem sempre são visíveis ao olhar, mas cujo corpo denuncia o mal-estar do sujeito. Abordaremos isso no próximo capítulo.

A clínica, então, inaugura uma nova relação entre o espetáculo e a palavra, na qual "o que se manifesta é originariamente o que fala" (FOUCAULT, 1994, p. 122). No entanto, Birman aponta que o momento do nascimento da medicina é ao mesmo tempo o início da exclusão do sujeito, na medida em que o olhar vai se voltar sobretudo para o corpo doente, numa tentativa de reorganizar e classificar os elementos que constituem o fenômeno patológico, desviando-se em certa medida, do sujeito que sofre. Os anatomistas, como lembra Le Breton (2013), distinguem o homem do seu corpo, "eles abrem os cadáveres se inclinam sobre um *belo exemplo de máquina humana*, cuja identidade é indiferente" (LE BRETON, 2013, p. 285). Clavreul, na mesma direção do que é apontado por Birman, afirma "há um *resto* na operação que comporta o ato fundador do discurso médico: a separação do homem de sua doença. Esse *resto* é o homem (CLAVREUL, 1983, p. 239).

A soberania do olhar domina então todo o campo do saber médico, e o interesse pela doença, ou melhor, pelo órgão doente, deixa de fora, ao mesmo tempo, a subjetividade. É isso que Freud (1890/1996, p. 272) apontou ao dizer que "os médicos passaram a restringir seu interesse ao corporal e de bom grado deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam, a tarefa de se ocuparem do anímico". Contudo, continua Freud, a relação mente-corpo não era ignorada pelo saber médico, eles a consideravam, mas nessa relação, o psíquico era visto como o efeito de um funcionamento orgânico, determinado e dependente de uma condição anatômica e fisiológica. O que Freud enfatiza nesse ensaio sobre o tratamento psíquico, é que as palavras são também a ferramenta essencial do tratamento anímico.<sup>2</sup> Assistimos hoje, com o avanço da

---

<sup>2</sup> O tradutor dessa edição, em nota de rodapé, na página 271, explica que *seele* se aproxima mais do termo *psyche*, do que do termo inglês *mind* (mente), por isso a preferência pela tradução e utilização da palavra anímico.

tecnologia de apoio diagnóstico, as consultas cada vez mais tecnicistas, onde o que importa é menos o que o paciente relata, e mais o que os exames mostram, tal como pode ser lido nessa fala: “*eu espero três meses para uma consulta, fico na expectativa do que o médico vai dizer, e quando chego lá ele já está com a receita dos remédios pronta, pois os meus exames ficam no computador. Não tenho tempo para falar*”. Balint (1984), em seu livro intitulado *O médico, seu paciente e a doença*, revela como fruto de uma importante pesquisa, que na relação de tratamento de uma doença, a droga mais frequentemente utilizada é o médico, apontando aí para os efeitos da relação médico-paciente, que supõe um espaço de escuta de alguém que se queixa de sua dor e alguém que está investido de um poder de cura, afirma Balint (1984, p. 2) “*não sabemos o que é mais importante, se o ato de queixar-se ou o conteúdo da queixa*”. É para a importância da fala que Balint chama a atenção, propondo, apoiado na psicanálise, a escuta como “*forma diferente da maneira tradicional de colheita da anamnese médica*” (BALINT, 1984). Enquanto na medicina a anamnese, como instrumento inicial de aproximação do doente, se baseia em uma súmula psicopatológica através de um roteiro dirigido (exame psíquico, história pregressa pessoal (HPP), história da doença atual (HDA), que permitirão ao final a elaboração de uma hipótese diagnóstica; em psicanálise não nos valemos desse instrumento dirigido, mas sim permitimos que o paciente fale a partir do seu sintoma, abrindo caminho para os conteúdos psíquicos que são, em si, a manifestação do inconsciente, fazendo aparecer o sujeito a quem nos dirigimos, ou seja, o sujeito do inconsciente.

Se com o nascimento da medicina acompanhamos a colocação frente a frente daquele que sabe e do seu correlato objeto de saber, esse objeto de saber não é o sujeito, mas sim a doença. A medicina, cujo saber está centrado na doença, tem na remissão dos sintomas o seu principal objetivo. Através do olhar, do que pode ser visto, trata dos seus doentes. Nesse sentido, a medicina está ligada a dimensão terapêutica, visando a restituição de um estado de bem-estar, que pode ser medido pelo silêncio dos órgãos, tal como indica Le Breton, quando diz que o corpo das ações diárias, da vida cotidiana, é o corpo silencioso, o corpo que se faz invisível, “*ritualmente apagado pela repetição incansável das mesmas situações e familiaridades das percepções sensoriais*” (LE BRETON, 2013, p. 145). O que o saber médico faz é recolher os sinais que apontam para algum desvio dessa normalidade, dessa familiaridade, sinais que portam alguma informação sobre um mal-estar, e da ordenação desses sinais ele extrai uma significação que é a existência mesma de uma doença. Portanto, podemos dizer que o produto do discurso da medicina é a constituição de um objeto, a doença. É a doença que se visa no discurso médico. O ato de diagnosticar, é apontado por Clavreul como um ato de mestria, na medida em que se trata de um dizer, um saber que pode dizer tudo sobre o indivíduo, cujo

produto é a classificação de uma doença. Ao corpo doente opõe-se um corpo de saber, cuja coerência é fornecida pela cientificidade. É nessa medida que podemos aproximar o discurso da medicina do discurso do mestre, tal como formulado por Lacan, onde o sujeito que nos interessa está sob a barra do significante mestre, aquele que é enunciado pelo médico, o qual encontra-se na posição de mestre, de quem sabe a verdade sobre o outro que sofre. Vemos, assim, que a subjetividade está excluída do discurso médico.

François Ansermet (2003) aponta para o olhar não como um atributo exclusivo da clínica médica, mas também da psicanálise, na medida em que nesta última há “um olhar sobre a fala”. É o que Vivès (2012) exemplifica ao dizer que o que permite o processo de subjetivação é justamente a transformação, pela leitura que o Outro faz do grito do *infans*, retirando a criança do desamparo. Portanto, podemos afirmar que a psicanálise trabalha a partir do olhar sobre uma fala.

#### 1.4 Da medicina à psicanálise

O sujeito só encontrará um corpo no organismo quando a linguagem lhe atribuir um.

*François Ansermet*

Chegar ao INCA impõe ao sujeito uma urgência, ficar curado. Faz-se uma aposta na vida. Mas será que podemos falar aí em uma escolha do sujeito? Descobrir-se com câncer, ser paciente do INCA (com todos os efeitos e estigmas sociais que isso acarreta), ficar diante da incerteza de um tratamento, ficar entre a vida e a morte, traz algo de devastador na vida de quem nos relata essa experiência. Vivências que podem ser expressas das mais diferentes formas, sendo a metáfora (SONTAG, 2007) uma boa forma de exprimi-las: “um buraco que se abriu”, “perdi o chão”, “foi como uma bomba na minha vida” (cujos estilhaços percebemos à distância), “uma doença como essa abala a estrutura, mexe com as nossas verdades verdadeiras”. Entre tantos outros dizeres, estes nos dão prova de que ali há um sujeito, e algo de muito singular. Assumir os riscos de um tratamento, comporta algo de uma escolha. Mas que escolha é essa afinal? O sujeito se vê assaltado por uma doença grave que pode roubar-lhe a vida. Entre a vida e a morte o sujeito escolhe a vida, o que não quer dizer que possa escapar da morte. Podemos

nos perguntar sobre essa liberdade de escolha com a qual o sujeito vê-se confrontado. O sujeito apresenta-se a esse Outro que detém conhecimento médico e as ferramentas para livrar-lhe do câncer. É nesse sentido que estar em uma instituição como essa – INCA, lugar da *expertise*, ganha a sua dimensão. Bernat e Costa (2015), apoiadas na leitura de Lacan, trazem uma importante reflexão acerca dessa escolha diante do câncer, nos dizem as autoras:

Chamar de escolha algo que é da ordem de uma indicação médica consensual é deixar o paciente em uma condição de desamparo radical. Destaca-se a conclusão de alguns pacientes que possuem a consciência de que se é para escolher entre o membro acometido ou a vida, isso não é propriamente uma escolha, mas um infortúnio que é preciso atravessar para seguir vivendo. (BERNAT; COSTA, 2015, p. 20)

Escolher a vida é ao mesmo tempo escolher uma vida amputada de liberdade (Lacan, 1964), na medida em que essa escolha inclui perdas de diferentes ordens. A única liberdade, nesse caso, diz Lacan, é a liberdade de morrer, pois aí se demonstra verdadeiramente que o sujeito tem a liberdade de escolha. Diante do medo da finitude, o sujeito estaria então, diante de uma escolha forçada, escolha que comporta em si a divisão do sujeito, não há outra. Como nos diz Carneiro (2004, p.48), “na escolha forçada, matriz freudiana do sujeito, nem a bolsa sem a vida, nem a vida sem a bolsa dão conta da verdade última de que quem escolhe a vida, escolhe inexoravelmente a morte que a acompanha”.

Em uma instituição hospitalar, a psicanálise coloca-se lado a lado com o discurso médico, sustentado na objetividade científica, comprovada e baseada em protocolos, com seu imperativo metodológico. Sabemos que a medicina só tem acesso ao corpo real, esse que é tomado como o organismo, que pode ser manipulado, aberto e fechado, costurado, reconstruído... É sobre esse corpo que a cientificidade, com seus protocolos, pode operar e, diante de seus manuais, “o médico trabalha reverenciando e referenciado a eles, comparando sintomas descritos com aquilo que é apresentado, o que caracteriza essa clínica mais como uma clínica da observação do que da escuta” (KLAJNMAN; FERREIRA; JORGE, 2015, p.299). O que fica fora da escuta, que escapa aos protocolos, é o que denominamos de sujeito. Escapa justamente porque os protocolos médicos não deixam lugar para a diferença, eles são baseados em uma homogeneização do objeto (idade, sinais e sintomas, co-morbidades...). E o único modo pelo qual a subjetividade pode aparecer é dando lugar às diferenças. Clavreul (1983, p.6) lembra que

A medicina não devia esquecer que seu discurso lhe permite conhecer admiravelmente a máscara, mas nada além disso (...). Por trás da máscara há outra máscara, a qual nos permite ver um outro discurso.

Ali, onde algo escapa ao saber médico, é que a psicanálise ganha seu lugar. Se a medicina só tem acesso ao corpo real, a esse a psicanálise não tem acesso. A psicanálise só tem acesso ao corpo imaginário, esse que pode ser dito, falado, simbolizado, e interpretado. Bassols aponta para a heterogeneidade entre duas ordens que não são independentes, mas intrínsecas, segundo Lacan, que são: a ordem do organismo e a da unidade corporal, assim afirma “ trata-se de junção produzida entre a ordem do real do organismo e a ordem do imaginário da unidade corporal, uma junção feita a partir das fragmentações e dos interstícios de cada uma dessas duas ordens” (LACAN apud BASSOLS, 2015, p.43).Então, muitas vezes recebemos pacientes encaminhados por seus médicos, após inúmeros exames sem nenhuma constatação orgânica que justifique um sintoma, sendo este então classificado como de ordem “psicológica”, tal como nomeado pelo médico. Isso que escapa ao domínio da medicina, que não encontra explicação nos exames laboratoriais, de imagem e até ao exame clínico, é o que chega ao profissional “psi”. Em alguns casos, como fim da linha dos encaminhamentos, recebemos então os restos, aquilo que sobra de se ter passado por um câncer, e que muitas vezes é vivido como uma devastação. Ficamos assim com o “resto”, com o “nada” para a medicina. Como aponta Lamy (2003, p.6).

Cabe-nos não dar um jeito final, terminal, no que restou, extirpando assim o mal-estar, mas ao contrário, alçar esse resto à categoria de enigma, de questão, tentando desse modo colocar o sujeito em trabalho(...) Agindo na contramão dessa vertente, cabe ao psicanalista, não sendo cúmplice do gozo institucional (da adequação e conformação), e apontando para o real em jogo em cada caso e em cada situação, abrir espaço para o desejo.

Foi o que escutei, certa vez, de um paciente que chegara ao ambulatório de psicologia, em acompanhamento para LMC (leucemia mielóide crônica), doença crônica, com a qual o paciente pode viver para o resto da vida, apenas com medicação oral. Esse paciente relata seu itinerário terapêutico a partir da queixa de tonteira e dor de cabeça, que se prolongava há vários meses. Sem relação com a sua doença - assim ouviu do médico hematologista - foi encaminhado ao otorrino, que após inúmeras avaliações e sem nenhuma resposta o encaminhara ao neurologista, que também “nada” diagnosticou, encaminhando-o a um cardiologista, que por fim, ao “nada” detectar nos exames diagnósticos, o encaminhara ao psicólogo. Assim recebo esse paciente que se apresenta “*doutora, só me restou vir aqui.*”. Cito Clavreul (1983, p. 17) que afirma:

Ao dito do médico dirigido à histerica “você não tem nada”, cabe pois, acrescentar o resto da frase que permanece outrossim não dita “você não tem nada ...que seja passível de se inscrever no discurso médico

Miller (1998b, p. 97) aponta que um médico “é aquele que quer que a coisa funcione, que a coisa ande bem em termos do indivíduo que se lhe apresenta”. O interesse da medicina está voltado para o corpo na sua dimensão biológica, e esse não se diferencia dos outros corpos, cujo organismo é marcado pelo mesmo funcionamento. Embora essa noção biomédica do corpo, da anatomofisiologia, seja a representação oficial de corpo hoje, o que é ensinado nas universidades por exemplo, essa noção de indivíduo (lugar da não diferença) não cabe na psicanálise, pois esta se dirige ao corpo erógeno, marcado por uma alteridade. É nesse corpo onde, se inscreve a subjetividade, e como nos diz Quinet “lugar da inscrição simbólica do inconsciente e da história de cada um” (QUINET, 2005, p.124), que a psicanálise está interessada. Quinet (2005, p.126) refere ainda que “o corpo, com suas características simbólicas, é um corpo histórico formado pelas palavras ditas do Outro (pai, mãe, avós, bisavós, etc.) e pelas identificações que podem ser exemplificadas pelas falas “tão pequenininho e já tem a barriguinha da avó” A medicina, por outro lado, enquanto uma prática baseada no discurso da cientificidade, não deixa lugar para expressão da subjetividade, uma vez que está interessada apenas nesse corpo enquanto objeto de pesquisa. Como aponta Bonnaud (2015), ainda que a medicina trate cada doença no caso a caso, ela funciona em uma lógica que vale para todos. A autora dá como exemplo o câncer, que a medicina vai nomear como o câncer, ao passo que para o paciente trata-se *daquele* câncer, cuja referência é seu próprio corpo.

O que a psicanálise traz de novo, é que na mudança da posição de médico à analista, dando voz ao paciente, há um deslocamento da posição de saber, sendo este colocado do lado do sujeito. O que vemos é a importância de um corpo colocado em cena, um corpo que fala através do inconsciente, e fala porque é antes de tudo um corpo marcado pela linguagem, tal como diz Hoffman “o inconsciente é feito de palavras que fazem um corpo”<sup>3</sup>. A fala então é o que subverte, desnaturaliza, esse corpo, passando-se de um corpo biológico a um corpo pulsional, marcado por uma experiência de satisfação. Com isso, já não podemos mais dizer que corpo e organismo coincidem. É isso que Freud nos ensina com a clínica da histeria, na qual segundo Quinet (2005, p.119) “o sintoma histérico nos prova que o corpo é o lugar de inscrição não só desse significante, mas também de um gozo”.

Em breve trabalho anterior, apontei para o fato de que no cotidiano da assistência, seja em uma enfermaria, seja no ambulatório, o que escutamos do sujeito marcado pelo significante “câncer”, é menos sobre um corpo biológico e mais sobre a vida, algo da vida, em contraposição à ideia da morte. Algo que retroage a partir do conhecimento do diagnóstico, cujo efeito é muito

---

<sup>3</sup> Comunicação verbal, de Christian Hoffman, na palestra “Questões preliminares acerca do narcisismo e da sexualidade nos sujeitos *boderline*”, durante o I Encontro Internacional da ANPEPP, Na USP, 13/08/2015.



maior que a extensão tumoral, que a gravidade da doença. Estes pacientes falam de um corpo, e da constituição de uma nova imagem de corpo, que não é mais aquela, que sustentava a identidade do sujeito: “eu me olho no espelho, mas não me reconheço, essa não sou eu”; “ele não gosta quando eu tento tocá-lo, parece que a pele dele não reconhece mais o meu toque” (esposa de um paciente pós- transplante de medula óssea). Essas falas remetem a um “então, quem sou eu agora?”. Não é disso que se trata afinal? Da subjetividade que comparece nesse sofrimento, muitas vezes escondida no tratamento de um câncer? O sujeito que se constitui pelos laços, pelas fantasias, que por ora se encontram destruídas, casamentos e namoros que se desfazem, filhos que não se poderá ter, profissão que é interrompida... (SWINERD, 2014). Esse sujeito que nos diz “Eu queria ter de volta a vida que eu tinha”, talvez possa, a partir de um espaço, no qual a fala tem uma importante função, reconstituir um novo corpo-sujeito. Jorge (2010) lembra que no momento em que alguma coisa traumática acontece, a fantasia sofre um abalo, é arrebatada, estraçalhada. É assim que esses pacientes se apresentam, com uma vida “devastada” pela doença. Portanto, a fala tem aí sua importante função, a de reconstituir ao sujeito um novo corpo.

Dessa maneira, podemos afirmar que isso que muitas vezes é rejeitado pelo discurso da medicina é justamente o que interessa à psicanálise. O sujeito do inconsciente é o que escapa, está fora, foracluído do discurso médico. É no limite do discurso da medicina que a psicanálise pode operar, pois a psicanálise “se ocupa do impossível de suportar a partir das formas que ele toma no dizer” (MALENGRAU, 1995, p. 87). Não se trata, contudo de apontar para o que os médicos não sabem, ou dizer que sabem menos que os psicanalistas. Não se trata disso, pois o médico é apenas um intérprete, diz Clavreul, nesse corpo de saber que é a medicina, e que sem ela não se teria avançado no tratamento de doenças importantes que acometem o corpo biológico. Nas palavras desse autor,

É inexato dizer apenas que a medicina despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. Ela despossui do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação “médico-doente” é substituída pela relação “instituição médica-doença” (CLAVREUL, 1983, p.49)

Contudo, é preciso afirmar que tanto a medicina quanto a psicanálise estão interessadas no mal-estar daquele que busca tratamento, mas na referência aos protocolos parece não haver lugar para a subjetividade deste que sofre. Portanto, é no limite, na margem do saber médico que a psicanálise se apresenta. Lacan apresenta, em seu seminário *De um discurso que não fosse*

*semblante*, que a ciência produz um resto, um furo do qual a psicanálise vai se ocupar. Esse furo, isso que aparece como impossibilidade, é o próprio real que se apresenta. Nesse sentido, pode-se dizer, apoiados em Lacan, que a medicina se aproxima do capitalismo na medida em que ambos colocariam em questão um certo rechaço do furo, da castração (DARRIBA, 2015). É justamente esse furo, que a psicanálise vai considerar, é o real que faz furo ao semblante, assim diz Lacan “O discurso analítico não é um discurso científico, mas um discurso segundo o material a ciência nos fornece” (LACAN, 1971/2012, p. 136). Se a ciência consiste no movimento sempre de relançar o furo, aquilo que fica como obscuro, tentando ir para além dos limites, sempre no ideal de se suturar esse furo; a psicanálise vai nomeá-lo como impossível, em torno do qual, apenas na borda, pode tratá-lo. O sintoma é justamente a tentativa de tratar o real pelo simbólico. Portanto, aquilo que é tomado como falha da técnica para o discurso científico, como fracasso, é de onde a psicanálise pode tirar a sua possibilidade de trabalho. Em trabalho recente, também sobre a experiência da psicanálise em um hospital oncológico, a autora refere que “as perdas, em um hospital oncológico, escancaram os limites das posições discursivas” (PEREIRA, 2015, p. 57). É nesse corte, nesse giro discursivo, que o sujeito enquanto barrado, sujeito da castração, pode aparecer. Cito:

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.” (PEREIRA, 2015, p.57)

A impossibilidade do tratamento, ou a ineficácia de um tratamento, é tomada muitas vezes como fracasso. E, diante de falas como “não há mais o que fazer”, o que vemos é uma dicotomia entre tratamento e cuidado, realidade comum em um tratamento oncológico, quando separa em outra unidade (Hospital do Câncer IV) um lugar para os cuidados paliativos. Com exceção desta, todas as outras unidades de tratamento do INCA são destinadas ao paciente com possibilidade curativa, ou quando ainda suportam um tratamento que possa incidir sobre a doença. Quando a resposta é ineficaz, e não há mais uma possibilidade de *tratamento*, o paciente é encaminhado ao hospital de cuidados paliativos onde poderá ser *cuidado* e “ter melhor qualidade de vida”. A estes pacientes restaria oferecer um cuidado mais humanizado, “uma qualidade de vida”, enquanto a morte não chega. Mas se é com os limites que a psicanálise trabalha, não como contingentes, diz Malengrau, mas como essencialmente ligados à estrutura do humano, então ela comparece com sua posição ética, “aquela de um bem-dizer, aquela de

um dizer que deixa seu lugar à falta, único bem que a psicanálise pode oferecer àquele que a ela se presta” (MALENGRAU, 1995, p. 89).

Parece então que há aí uma hiância entre o sujeito para a psicanálise e o sujeito para a medicina. Há um corpo. O que sobra do corpo quando esse não pode ser mais tratado? Não é à toa que este é um dos momentos mais difíceis no cotidiano de uma enfermaria, quando escutamos que *não há mais o que ser feito*, ainda assim, afirmamos, há. Para Lacan (1966), trata-se antes de obstáculos epistemológicos, uma “falha epistemo-somática”, onde a psicanálise ocuparia um lugar à margem, como uma espécie de ajuda exterior. Por se tratar de registros diferentes, cada uma apontará para um saber específico: a medicina apontando para o tratamento da demanda, e a psicanálise para o desejo. Essa fissura, que Lacan nomeou de “falha epistemo-somática”, aponta para a existência de algo nesse corpo que escapa ao progresso da ciência sobre a relação da medicina com o corpo. Isso que escapa é o que pode ser acolhido pela psicanálise. O que Lacan marca nessa “falha” é a distinção entre a demanda e o desejo, na medida em que o que é atendido pela medicina é a resposta à demanda do doente, deixando de fora o gozo do corpo. O que Lacan (1959) nos diz é que o sujeito do inconsciente é movido por uma outra ética, que não é a ética que está em jogo, a da terapêutica, que encontramos presente na medicina e também em várias formas de terapias psicológicas, a ética de fazer o bem ao paciente. Mas, outrossim, a ética da fantasia do sujeito, onde o que se coloca em jogo não é uma verdade universal, mas sim uma verdade particular de cada sujeito.

Freud, médico, que com Charcot interessava-se inicialmente pela neuro-anatomia, rompe definitivamente com o corpo na sua concepção biológica, quando se propõe a tratar as histéricas pela palavra, tratamento que ficou conhecido com o nome de *talking cure*. Da anatomia à clínica, colocando o corpo em cena, o que Freud faz é supor um sujeito através de um sintoma quando se interroga sobre a dor da histérica. Quando Freud escutava a paciente falar de seus sintomas, marcava aí uma importante mudança ética em sua posição, de médico à analista, da clínica sob a soberania do olhar, baseada na evidência médico-científica, para uma clínica da escuta, com a aposta no saber do lado do sujeito. Isso não quer dizer, contudo que Freud renuncia a considerar que os sintomas referem-se a um corpo, mas antes supõe um sujeito que possa falar de sua dor e de seu corpo. Freud inaugura uma prática que apreende o corpo em sua dimensão simbólica. O que a descoberta freudiana denuncia é que o corpo da fisiologia não responde ao sintoma da histérica, a medicina não pode responder ao sintoma da histérica, seu sofrimento psíquico. Mas antes coloca em cena a relação do corpo com um outro registro, que é o do inconsciente. Do corpo real ao corpo simbólico, é o que Freud inaugura com a psicanálise. Essa guinada, do olhar à escuta, diz Monique David-Menárd (2000) marca o início

de uma nova *práxis*, onde o corpo para além da dor fisiológica coloca, sobretudo, em relevo uma experiência de prazer e desprazer para o centro da questão.

O salto de Freud coloca então em evidência o quanto o sintoma pode falar do sujeito e, portanto, em um sujeito que se constitui na, e pela linguagem. Essa subversão da posição de médico, da qual se espera a remissão de um sintoma, é o que funda a psicanálise como um novo campo de saber. Ao valorizar o sintoma em sua conexão singular com a vida de quem os produz, ele passa a adquirir um novo estatuto, apontando para um desejo inconsciente. É isso que Freud nos apresenta com o tratamento das histéricas (FREUD, 1916-1917).

Freud funda então um novo campo, ao escutar a dor de suas pacientes, uma nova modalidade de saber, nascida no campo da modernidade científica em fins do sec. XIX. No trabalho intitulado *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895), Freud escreve “todos os dispositivos de natureza biológica têm limite de eficiência e falham quando esse limite é ultrapassado” (FREUD, 1895/2006, p. 358). Trata-se de uma “porção não assimilável” que o aparelho psíquico não encontra recursos para simbolizar, restando como algo que excede a economia do próprio aparelho psíquico, e que podemos nomear de sofrimento psíquico. Nesse texto, portanto, Freud nos apresenta um modelo de aparelho psíquico baseado em uma regulação, que coloca em circuito o princípio do prazer e o princípio da realidade. Essas noções já apontam para um funcionamento diferente do funcionamento de um organismo puro e simplesmente biológico. Freud aponta nesse texto para a experiência de satisfação como resultado de uma descarga de tensão, que através de uma *ação específica* pode provocar um “*resultado alivante*”. No entanto, acrescenta,

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna (por exemplo, pelo grito da criança). (FREUD, 1895/2006, p. 370)

Percebemos aí que já se encontram as coordenadas que mais tarde vão permitir falar da constituição de um corpo pulsional, marcado por experiências de satisfação. E, mais ainda, que essas marcas se dão na relação com um outro. A dimensão da alteridade na constituição do sujeito já encontra-se aí indicada. Lacan refere, no seminário sobre a ética da psicanálise que esse aparelho indicado por Freud é essencialmente uma “topologia da subjetividade”.

## 2 O CORPO EM PSICANÁLISE

### 2.1 O corpo cadáver da medicina e o corpo vivo para a psicanálise

O corpo é o suporte da relação do sujeito com o significante

*Lacan*

Foucault (1980) mostrou que é a partir do corpo enquanto morto, através da dissecação do cadáver, que uma clínica sobre o vivo teve início. Segundo Fortes, “o cadáver passou a ser modelo para o saber científico, que se pautou na dissecação para esquadrinhar, investigar e pesquisar o espaço corpóreo” (FORTES, 2003, p.152). O discurso da ciência tenta dar conta desse corpo. A medicina moderna nasce, ou melhor, é herdeira, desse saber que se estabelece a partir da anatomofisiologia, da planificação do corpo, que estabelece o corpo máquina, marcada por um funcionamento harmônico. No entanto, a ciência, tal como aponta Le Breton (2013, p. 125), está em uma relação espantosamente ambivalente com o corpo, dizendo “ele é um antimodelo, ela o contorna, busca desembaraçar-se dele, ao mesmo tempo em que tenta, sem cessar, duplicá-lo com seus próprios meios e de maneira desajeitada”.

Contudo, esse modelo organicista do corpo, deve ser tomado apenas como uma das representações do corpo. Ele não dá conta, não responde em absoluto pelo mal-estar do sujeito, e não o faz porque definitivamente o corpo, esse que nos interessa, esse do qual nos fala nosso paciente, não é de ordem natural. Ele é antes uma “falsa evidência”, como aponta Le Breton (2010), uma ficção, do qual só teremos acesso pelo discurso do sujeito.

Se no ambiente hospitalar, predomina o saber médico centrado no corpo segundo o modelo biomédico, então de que forma a psicanálise pode ter seu lugar no hospital e no tratamento do câncer? Podemos tentar responder afirmando que a psicanálise se debruça sobre o sujeito, esse corpo vivo, que efetivamente goza, e que só o conhecemos pela linguagem. Com Elia, podemos afirmar que a psicanálise não desconsidera que tenhamos um organismo, e que esse organismo é regido por leis naturais e biológicas, mas que a experiência que temos de nosso organismo “nós só a temos através do campo da significação, do sentido, ou seja, pelo fato que, por sermos falantes, somos marcados pela linguagem” (ELIA, 2012, p.46). É pela linguagem, por se constituir um ser falante, que corpo e organismo passam a estar

irremediavelmente em campos distintos. A medicina dirige-se ao organismo, enquanto a psicanálise ao ser falante, o falasser (*parlêtre*).

Freud, também, ao longo de sua obra, tenta se afastar do corpo nessa dimensão orgânica, mas para isso foi preciso primeiro considerá-la, o que pode ser percebido em vários textos. Citarei algumas passagens na obra freudiana em que percebemos uma nítida referência ao corpo.

Com as histéricas, Freud iniciou a formulação de sua teoria.

Quando Freud aceitou a fala dos pacientes histéricos, cujo mal-estar no corpo contrariava a medicina, instalou as condições para um discurso inédito e abriu as portas para a psicanálise. Por não se situar como o mestre que sabe, deixou-se ensinar pelo que soava como mentira, escutando nela a verdade histórica: não se tratava apenas de falar, mas de demonstrar a conjunção entre a linguagem e o padecimento no corpo. (CALDAS, 2008, p. 87).

Ao pensar nos casos de histeria apresentados por Freud ao longo de sua obra, começando pelos *Estudos Sobre a Histeria* (1895), o que percebemos é que ele dá uma nova direção ao tratamento. Rompendo com as técnicas da medicina, da hipnose, passando pelo método catártico até chegar à associação livre, Freud faz uma aposta no saber do lado do paciente. Tal como Lacan refere em *Intervenção sobre a transferência*, Freud assumiu a responsabilidade de nos mostrar “que existem doenças que falam, e de nos fazer ouvir a verdade do que elas dizem” (LACAN, 1951, p.216).

Em *Considerações para um estudo comparativo entre as paralisias motoras orgânicas e as paralisias histéricas* (1893), texto que mais se assemelha a um tratado médico, Freud se debruça em tentar explicar alguns tipos de paralisias, através dos feixes nervosos e estruturas cerebrais, para ao final demonstrar que as paralisias, no que concerne à histeria propriamente dita, não correspondem a uma explicação orgânica, concluindo que os sintomas são de uma outra ordem, dependentes de um funcionamento que não é o orgânico. Nas paralisias histéricas, a tonalidade do sintoma é maior, havendo uma delimitação precisa e uma intensidade excessiva. Trata-se, conclui Freud, de um corpo que pode ser representado, e é sobre a representação que incidirá o conflito psíquico, assim afirmando “nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta” (FREUD, 1893, p.212).

Pouco tempo depois, com um trabalho que foi publicado em uma revista de medicina, trabalho que inicialmente foi datado de 1905, mas depois reconheceu-se como sendo anterior e contemporâneo aos estudos com Charcot, Freud escreveu *Tratamento Psíquico (ou anímico)*,

datado de 1890, para ali colocar a existência da relação entre corpo e psiquismo (mente). No entanto, essa relação ainda se dava por sobredeterminação de uma estrutura anatomo-fisiológica. Mas já ali, Freud reconheceu a importância e influência dos afetos sobre o corpo. Nesse sentido, já afirmara que a palavra também é uma ferramenta essencial no tratamento. Cito-o:

Coube assim aos médicos investigar a natureza e a origem das manifestações patológicas desses doentes nervosos ou neuróticos. Nesse processo, fez-se então a descoberta de que, pelo menos numa parcela desses enfermos, os sinais da doença não provinham de outra coisa senão uma *influência modificada da vida anímica sobre seu corpo*” (FREUD, 1890/1996, p. 273-274)

O corpo, nessa nova cartografia, assume o lugar do pulsional, marcado por uma experiência de gozo.

Mas foi em uma importante obra, *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), que Freud apresenta o que será mais tarde nomeado por Lacan como um dos conceitos fundamentais da psicanálise, o conceito de pulsão. Nessa obra, a concepção de um corpo marcado por uma experiência de gozo já começa a ser enunciada, onde Freud irá pensar o corpo como erógeno, fonte de prazer. Ali, Freud (1905/1996, p. 159) afirma que,

Os órgãos do corpo fornecem dois tipos de excitação, baseados em diferenças de natureza química. A uma dessas classes de excitação designamos como a que é especificamente sexual, e referimo-nos ao órgão em causa como a ‘zona erógena’ da pulsão parcial que parte dele

É nesse texto, que aparece pela primeira vez esse conceito tão importante de pulsão. Nesse momento, a libido é explicitamente estabelecida como sendo a energia, a expressão da pulsão sexual. Este conceito é elaborado por Freud justamente para pensar a relação entre o psíquico e o somático, estabelecendo algo que se coloca na fronteira, no limite, nas bordas desse corpo. Sobretudo, Freud apresenta, nesse texto, um corpo erógeno, a partir da sexualidade infantil, corpo que porta a marca de uma experiência de prazer, dando à criança um corpo pulsional, o que o permitirá falar em uma sexualidade infantil. Portanto, pensar o corpo em psicanálise significa pensá-lo sempre na referência ao pulsional, o que significa dizer que trata-se de alguma coisa que se localiza no limite, entre o psíquico e o somático. Ainda nos *Três Ensaios*, Freud nos fala do corpo como fonte e objeto de satisfação da pulsão, denominando esse momento como auto-erotismo, onde destaca três aspectos essenciais da manifestação sexual (infantil), a saber: se origina *apoiada* em uma das funções físicas de importância vital; não conhece nenhum objeto, é *auto-erótica*; e seu fim sexual se acha sob o domínio de uma *zona*

*erógena*, em que diferentes partes do corpo funcionam como zonas erógenas. Vemos então um corpo marcado por uma experiência de prazer, e é através do movimento pulsional que o sujeito busca repetir essa experiência de satisfação.

A pulsão, esse importante conceito para se pensar o corpo em psicanálise, é definida como o “representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam o psíquico, como uma medida de exigência feita ao psíquico no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo” (FREUD, 1915/1996, p. 127). Esse trajeto da pulsão, que ao marcar as zonas corporais com uma experiência de satisfação vai deixando suas marcas, é esse contorno que nos dará o que conhecemos como o corpo para a psicanálise. Corpo com suas marcas de gozo.

Para Lacan (1964/1998), a pulsão é um dos conceitos fundamentais da psicanálise. Ter um corpo impõe ao sujeito um trabalho de subjetivação, na medida em que a pulsão se impõe como uma força constante, com a sua exigência de trabalho. Mas se Freud já afirmara que o objeto capaz de satisfazer a pulsão é o que há de mais variável, então há um impossível aí que está colocado. É nesse sentido que podemos pensar na definição que Lacan oferece sobre a pulsão como uma “montagem sem pé nem cabeça”, convocando o sintoma como forma de se inscrever ou, em suas palavras, “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” (LACAN, 1964/1998, p.167). Segundo Marco Antônio Coutinho Jorge (2010), Freud elabora o conceito de pulsão justamente a partir da ideia de que a relação sexual não é uma atividade que serve exclusivamente à reprodução, diferenciando-se do comportamento instintivo animal. É a noção de bissexualidade, defende Jorge, que coloca a questão quanto ao objeto pulsional ser o seu componente mais variável. A teoria desse objeto como variável é o que permite Lacan falar do objeto *a* no Seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, como objeto vazio, portanto podendo ser revestido por qualquer outro objeto. Segundo Jorge e Ferreira (2005, p. 29), “a parcialidade, como marca do objeto pulsional, faz com que Lacan afirme que o conceito de pulsão em Freud é marcado de ponta a ponta pela falta do objeto”.

Um outro texto fundamental para se pensar o corpo como atrelado a própria constituição de sujeito, é *Introdução ao Narcisismo* (1914), no qual o corpo aparece como a sustentação do eu, enquanto fonte pulsional, reservatório da libido, que ora está investida nos objetos externos, ora retorna para o próprio eu. Freud baseia-se nos exemplos das doenças orgânicas, na hipocondria, e até mesmo no caso das paixões amorosas, onde em tais situações é impossível o sujeito se dedicar ao mundo externo, investi-lo de qualquer interesse, visto estar totalmente



voltado para o seu sofrimento. O que Freud nos apresenta é um modo de funcionamento psíquico que parte de uma referência ao corpo enquanto objeto de investimento amoroso. Aqui, o eu é o corpo, e Lacan assim afirma “se o eu é dito narcísico, é porque, em certo nível, há alguma coisa que suporta o corpo como imagem” (LACAN, 1976, p. 146). Mas Freud lembra que é preciso que o eu se desloque do narcisismo primário, em direção a novos investimentos. Mais à frente, no desenvolvimento do trabalho sobre *Luto e Melancolia* (1917), perceberemos que o trabalho de desligamento de alguns objetos, trabalho de luto, é fundamental para que o sujeito não adoça, o que, em outras palavras, significa que ele recupere e invente outras formas de amar.

Cabe lembrar ainda que em “*O Eu e o Isso*” (1923), Freud nos diz que o eu é primeiro, e antes de tudo, um eu corporal, uma parte do id que foi modificada pela influência do mundo externo, através do sistema perceptivo, o que inclui aí a ação do Outro sobre um corpo. Diz Freud:

Um outro fator, além da influência do sistema Pcpt., parece ter desempenhado papel em ocasionar a formação do ego e sua diferenciação a partir do id. O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas... Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui, talvez, um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à idéia de nosso corpo (FREUD, 1923/2006, p. 15-16).

A dor tem aí um papel fundamental no processo de percepção do próprio corpo, pois é através dela que podemos ter uma dimensão do nosso corpo, é o que rompe o silêncio dos órgãos. Ouvi de uma paciente, “essa doença me faz saber de partes do corpo que eu nem lembrava que tinha, eu sinto dor nos dedos do pé”.

Podemos perceber então que a questão do corpo está presente em Freud desde os primórdios de sua obra, surgindo inicialmente atrelada à questão do feminino, na medida em que é com as histéricas que ele dá ao corpo outro estatuto, o de um corpo pulsional. É esse resgate do corpo, do corpo que pode ser simbolizado, que a psicanálise opera a partir do ato inaugural de Freud ao se interessar pelo sintoma da histérica. Como afirma Musachi “o corpo que Freud deita no divã é um corpo novo, o corpo como imagem e como pulsão, suporte de fixações e investimentos, um organismo atravessado pela linguagem” (MUSACHI, 2008, p. 57). Um corpo dotado de uma significação que não pode ser alcançada pelo discurso da medicina, pautado na anatomofisiologia. Se o corpo para a medicina é um objeto de pesquisa e cuidados restritos à dimensão biológica, onde não há lugar para a expressão de uma

subjetividade; na psicanálise nos deparamos com o corpo em sua dimensão simbólica, real e imaginária, onde se inscreve uma história, corpo das identificações (QUINET, 2005). Pollo afirma “o advento do discurso psicanalítico corresponde ao retorno do corpo, cujo exílio começara na separação cartesiana *res cogitans – res extensa*” (POLLO, 2012, p. 9). Em outras palavras, o corpo que retorna desse exílio é o corpo enquanto objeto privilegiado de gozo. E esse é o corte entre o corpo para a medicina e o corpo para a psicanálise, corpo vivo, com as suas marcas de gozo.

Podemos dizer então que a psicanálise inclui o corpo no tratamento psíquico. Birman (2001, p.54) lembra que a exclusão do corpo, como herança cartesiana, teve por efeito “a redução da psicanálise a uma leitura estrita dos processos psíquicos, de ordem representativa e significante”, e o que Freud faz é nos oferecer a dimensão simbólica ao recriar uma nova cartografia de um corpo. O autor chama a atenção para o fato da inexistência do verbete corpo no vocabulário de J. Laplanche e J. B. Pontalis. Mas ainda assim, a psicanálise marca um importante corte epistemológico, trazendo à cena o corpo, corpo marcado pela diferença, corpo pulsional por excelência.

Corpo morto que remete a um vivo. É nesse vivo que se interessa a psicanálise, não em sua dimensão biológica, embora não sem ela. Corpo que não existe desde o início, pois entre o organismo enquanto um conjunto de órgãos e o corpo enquanto uma unidade imaginária, onde o sujeito se reconhece, há uma heterogeneidade, um não encontro, ou em outras palavras, um encontro marcado por um certo mal-entendido. A junção ou conjunção a partir de suas fissuras, entre o real do organismo e o imaginário da unidade corporal, será operada unicamente pelo simbólico da linguagem, aponta Bassols (2015). Portanto, nos aproximamos da estrutura do nó borromeano apresentada por Lacan, estrutura que se dá pelo entrelaçamento entre os três registros: real, simbólico e imaginário. Nesse entrelaçamento temos um nó, que ao corte de um dos círculos, todos se separam. É desse entrelaçamento que surge o sintoma.

Podemos dizer que no início só há o real, nomeado por Lacan como “o nada que antecede o aparecimento de toda a vida, que é recalcado (recalque originário) para que haja a inscrição de um significante, dando origem ao sintoma” (JORGE; FERREIRA, 2005, p.31), mas é no encontro com o Outro, essa experiência mais primitiva na vida do sujeito, o seu mergulho na linguagem, que faz com que esse corpo seja marcado definitivamente pelo significante. Miller (1998a) afirma que o sujeito enquanto barrado é efeito de uma negativização do gozo, um esvaziamento, operado pela linguagem. Efeito traumático da linguagem por excelência, que marca nesse corpo uma perda de gozo. A partir desse encontro com o tesouro

dos significantes, o real se inscreve na estrutura como aquilo que faz buraco, sob a forma da falta de um significante.

Não há, então, como pensar o sujeito fora dos três registros enunciados no ensino de Lacan: real, simbólico e imaginário. É com o arranjo dessa amarração que o sujeito se organiza na vida. A imagem no espelho é uma tentativa pelo imaginário de dar conta desse puro real, que é o que está dado de início. Esse real do corpo despedaçado, do corpo pulsional em sua fragmentação que é capturado pelo espelho, esse real não pode ser recoberto por completo, de maneira que o real permanecerá na estrutura do sujeito e será simbolizado sob a forma de furo, da falta. Haverá um significante, o falo, que será o indicativo da falta de objeto. Daí a importância dos arranjos, sempre singulares, de cada sujeito em torno desse furo. Na neurose, a fantasia é o que vem fazer uma certa amarração entre os registros, amarração que é possibilitada pelo Nome-do-Pai, de maneira que o sujeito possa se relacionar com seus semelhantes e o mundo (JORGE; FERREIRA, 2005). A fantasia, na neurose, é o enredo que o sujeito vai construir para estar na vida. Já na psicose, pela forclusão do Nome-do-Pai, nela é o delírio que tentará colmatar esse furo. Essa maneira extremamente singular em cada sujeito é o que faz com que não possamos mais falar em um corpo puramente biológico. Levis-Strauss (apud COSTA, 2015) situa na interdição do incesto o elemento que separou o homem da natureza, o que nos permite pensar então que é pela entrada no simbólico que o homem se retira da condição de natural.

Mas o que nos permite afinal falar em sujeito? Tentaremos abordar a seguir.

## 2.2 O sujeito para a psicanálise

O sujeito, uma vez que há sujeito, está na partida as suas próprias custas

*Jacques Lacan*

### 2.2.1 A constituição do sujeito e o estágio do espelho

O conceito de sujeito encontra sua primeira formulação em Descartes, como cogito cartesiano, a partir da divisão entre uma substância pensante (*res cogitans*) em oposição a uma

substância matéria (*res extensa*). Surge, portanto, enquanto ser do pensamento a partir do dito cartesiano “Penso, logo sou”, onde a capacidade de pensar pode conferir-lhe uma existência. Essa dicotomia marca até hoje o campo dos saberes “psis” em oposição ao saber médico, na separação mente – corpo. No meio hospitalar vemos, comumente, o profissional “psi” se ocupar com as questões que dizem respeito às manifestações psicológicas exilando, assim, o corpo do campo da psicanálise.

Partimos então do pensamento cartesiano como o que funda a ciência moderna no séc. XVII, e é nesse momento que encontramos a noção de sujeito. Birman (2001, p.161) denomina esse momento como a inauguração da “filosofia do sujeito” que marcaria a razão do Ocidente até o sec. XIX, inaugurando assim o pensamento individualista, em que “a privacidade e a interioridade do sujeito, se oporiam ao espaço público e ao corpo como exterioridade”. Vimos que, no campo da medicina, o que está em questão é o indivíduo enquanto dotado de um organismo saudável, mas fadado ao adoecimento, pela constituição corporal biológica. Na medicina é a doença o que é visado, tal como Clavreul o formula, o desejo do médico tem por objeto a doença.

Enquanto psicanalistas, nos dirigimos ao sujeito, e o sujeito que nos interessa, o sujeito da psicanálise, sujeito do inconsciente, não se confunde com o indivíduo enquanto organismo. Ter um corpo não indica que ele está presente desde o nascimento. Não se pode ignorar que esse sujeito a quem nos dirigimos, tenha um corpo, mas já não fazemos equivaler o sujeito a esse corpo. A interface entre o organismo e o sujeito, aponta Ansermet, implica o corpo como fenômeno psíquico, na ordem da representação. “O corpo, por vezes, representa o que o organismo apresenta” (ANSERMET, 2003, p. 167-168).

Tampouco, o sujeito que interessa à psicanálise está dotado *à priori* de “qualidades humanas” (ELIA, 2012). Tal como afirmado por Lacan (1965/1998, p. 890), o sujeito do inconsciente, marcado pela linguagem, “deve ser severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto de compreensão”. O sujeito só pode ser entendido como resultado de uma operação discursiva, nos intervalos da cadeia significante, lembrando que é isso que Lacan (1962/2005, p. 168) nos ensina, isto é, que “um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante”. É nesse sentido que a psicanálise tem algo a dizer, pois ela é menos uma teoria aplicada a uma prática, e mais um discurso. Discurso é *praxis*. Portanto não há saber prévio, o saber, se produz em ato. É somente pela via da transferência, pela sustentação de um “ponto vazio de saber” (LACAN, 1962/2005, p. 168), pela suposição de saber que o paciente dirige ao analista, e pela via da associação livre – regra fundamental da psicanálise - que temos acesso ao sujeito do inconsciente. Se o discurso

da medicina se inscreve como discurso do mestre, na medida em que coloca um significante mestre no lugar de agente, ou seja uma verdade sobre o sujeito que sofre – a prescrição médica cabe nesse exemplo como enunciado dogmático de um saber sobre o outro – um saber que classifica, então, como aponta Jorge (1983), a passagem do discurso do mestre ao discurso do analista implica em uma passagem da compreensão para a interpretação, do sujeito que sabe ao sujeito suposto saber.

Não encontramos em Freud uma elaboração precisa acerca da definição de sujeito, é com Lacan que podemos teorizar acerca de sua constituição, mas Freud abre o caminho para fazer aparecer o sujeito ao abandonar a hipnose e instituir a associação livre (ELIA, 2012). Sujeito, tal como veremos, que se constituirá na sua referência ao corpo e ao Outro, portanto, a partir do imaginário e do simbólico.

Lacan pergunta-se, no seminário *As Formações do Inconsciente*, “o que é um sujeito?” Essa indagação, também faz parte do que nos indagamos em nossa prática enquanto psicanalistas em um hospital. Diz Lacan: “será alguma coisa que se confunde, pura e simplesmente, com a realidade individual que está diante de seus olhos quando vocês dizem o sujeito? Ou será que, a partir do momento em que vocês o fazem falar, isso implica necessariamente uma outra coisa?” (§ 1958/1999, pag. 185). O sujeito, definitivamente, não se confunde com a noção de indivíduo. Talvez possamos localizar aí o ponto de corte entre o discurso da medicina e o discurso da psicanálise, corte mais importante e notável que Lacan nos demonstra nessa indagação, ou seja, que enquanto ser da linguagem, o sujeito está no ponto de partida do discurso analítico. Como aponta Bassols (2015) a ciência não pode pensar nas consequências subjetivas de sua prática, por mais benéfica que seja ou se proponha a sê-lo. Isso é algo que se aprende com a experiência da psicanálise.

Como afirmado por Lacan, “o sujeito não é outra coisa- quer ele tenha, ou não, consciência de que significante ele é efeito – senão que ele desliza numa cadeia de significantes” (§ 1972/1985, p. 68). Falar em significante significa dizer que esse pequeno ser que vem ao mundo é totalmente mergulhado no campo da linguagem, no discurso dos pais, no campo do Outro. Esse é o campo do simbólico, e é pelo fato de falar, de estar inscrito na linguagem, que esse que nos fala pode fazer aparecer o sujeito. O que desnaturaliza esse corpo indivíduo é então a possibilidade de falar de si, do que lhe faz questão, que o diferencia dos demais, e que escapa aos olhos daquele que, mesmo de porte de um saber constituído, só consegue dar conta do que pode ser captado pelo olhar.

Se não podemos, em psicanálise, falar de um corpo que coincide com o orgânico, um corpo próprio que está dado de partida, tampouco podemos falar de um sujeito que está lá desde

o nascimento, pois o sujeito só se constitui a partir da linguagem, da inserção no simbólico, nesse encontro com o Outro. No início da vida, a criança experimenta seus primeiros contatos com o meio vivo, sua primeira relação de realidade, através da relação mãe-bebê. A mãe é o primeiro campo relacional da criança. Como mencionado anteriormente, no *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud já indicara os pressupostos para falarmos na constituição do sujeito a partir da sua relação com um outro. É com a mãe, ou a pessoa mais próxima da criança que assume os cuidados no início da vida, que essa experiência mais primitiva de relação do pequeno ser com o meio acontece. É necessário, aponta Freud, que haja um certo desamparo, para que um outro venha em seu auxílio, permitindo através de uma ação específica, uma experiência de satisfação. Essa experiência, que marca o infante, é o que se inscreve em um circuito pulsional, inicialmente descrito por Freud como circuito de regulação do psiquismo. Para Lacan (1958-1959/1997, p. 40), esse organismo por inteiro “parece feito não para satisfazer a necessidade, mas para aluciná-la”, apontando aí para a dimensão de uma falta, um desamparo necessário, para que algo de outra ordem possa se instaurar, o desejo. Em 1938, Lacan, ao tratar dos complexos familiares, apontou o desmame como uma experiência que deixa no psiquismo a marca permanente da relação biológica que ele interrompe, criando assim uma crise que se resolverá pela dialética, mas não há ainda nesse momento uma estrutura que possamos chamar de “eu”. É, portanto, apoiado nas funções vitais e de auto conservação que esse corpo, ainda sem uma unidade, será marcado, marcas que trilharão um caminho a ser percorrido em busca de novas satisfações. A mãe, que vem em auxílio do bebê, vem também com a sua demanda de amor. E é nesse encontro com o primeiro Outro, o Outro materno, que teremos as marcas, insígnias, desse sujeito. Assim afirma Alain Vanier “essa mãe é o lugar de onde procede o dom, dom do objeto que alimenta, dom da fala, que são recebidos como um testemunho de amor” (VANIER, 2005, p. 44).

Em Lacan encontraremos uma diferenciação entre o eu (*moi*) e o sujeito (*je*), o que se configura como uma novidade do ensino lacaniano em relação à obra de Freud (FERREIRA; KLAJNMAN, 2015). Por isso, recorreremos a Lacan para acompanharmos o percurso da constituição do sujeito através do complexo de Édipo, sobretudo da metáfora paterna, e também do estágio do espelho, fundamentais para entendermos o sujeito a partir dos registros do real, imaginário e simbólico.

Segundo Roudinesco, Lacan fornece uma formulação acerca da constituição do sujeito a partir da filosofia e não propriamente da psicologia. O que essa autora afirma é que “Lacan não busca ligar a segunda tópica freudiana (eu, isso e supereu) a um eu (*je*), mas uma teoria filosófica do sujeito à uma teoria freudiana e hegeliana–kojeviana do sujeito do desejo”

(ROUDINESCO, 2006, p. 35). É em Kojève, cujos seminários de filosofia Lacan passou a frequentar em 1933 (JORGE; FERREIRA, 2005) que então se inspira para extrair importantes conceitos que desenvolverá no seu ensino, que são: o eu (*je*) como sujeito do desejo, o desejo como revelação da verdade do ser, e o eu (*moi*) como lugar de ilusão e fonte de erro. Esse autor, que inspira Lacan em seu ensino, propõe a passagem do “eu penso” (Descartes), para o “eu desejo” (Freud, Hegel).

A ideia do espelho como formador de uma imagem aparece em Lacan em 1936, embora seu importante trabalho sobre o estágio do espelho só tenha sido publicado em 1949. Ogilvie aponta que “com o ‘estádio do espelho’ Lacan (1991, p. 104) inventa um conceito que condensa e cristaliza o conjunto de deslocamentos até então efetuados, e os unifica numa teoria do sujeito que não cessará mais de aprofundar”. Inspirado nas observações realizadas por Henry Wallon, Lacan toma emprestado do campo da psicologia da percepção para o campo psicanalítico, o esquema óptico para ilustrar o nascimento do eu. Esse momento será denominado por Lacan como a primeira experiência de subjetivação, onde se dá a passagem do auto-erotismo para o narcisismo, onde o eu passa a ser investido enquanto objeto para onde se dirige a libido, num organismo ainda nesse momento caracterizado por uma prematuridade.

Henry Wallon, demonstra que o bebê entre seis e dezoito meses passa por diversas etapas através das quais vai conseguindo progressivamente distinguir seu corpo próprio da imagem refletida no espelho. Oferece uma importante contribuição que será determinante para Lacan elaborar a dimensão imaginária do eu. Para Wallon (apud ROUDINESCO, 2006), essa operação dialética frente ao espelho, de conferir à imagem uma unidade e consistência de eu, só é possível graças a uma compreensão simbólica do espaço imaginário no qual a sua unidade se forja. Essa é a condição para que o sujeito se reconheça. O que Lacan extrai dessa experiência, é que o estágio do espelho é esse momento constitutivo do sujeito, porque é o momento onde a criança vê sua imagem refletida no espelho, onde há a unificação de uma imagem corporal, momento acompanhado por intensa sensação de júbilo, momento mesmo da formação do eu(*Je*), em contraposição ao corpo despedaçado e sem fronteira entre a criança e a mãe. Mas vale dizer, que essa imagem que o Outro devolve não é propriamente a imagem objetiva da criança, mas sim “uma imagem alienada a seu próprio modo de gozo” (AMIGO, 2001, p. 266). Por esse motivo é que o estágio do espelho pode ser entendido como uma simultaneidade de constituição e perda, ou seja “ ao mesmo tempo lugar de nascimento e estrutura definitiva, ele representa a característica própria do ser humano: a separação” (OGILVIE, 1991, p. 112)

Todavia, não basta que essa imagem seja refletida e retorne para o sujeito como uma unidade, mas sim que o Outro a confirme, introduzindo-a e marcando-a através do simbólico. A palavra do Outro (simbólico) incide sobre o sujeito conferindo um sentido (imaginário) à imagem. É a partir da nomeação do Outro através da enunciação “És isto”, que também pode ser lido como “existo”, que o sujeito pode existir enquanto tal, capturado no enunciado do Outro. Essa imagem que retorna do Outro, nessa relação especular é o que se pode nomear também de eu ideal.

Lacan, no seminário *Os escritos técnicos de Freud* (1953-1954), vai se utilizar das noções da Física, e mais especificamente da Óptica, através do experimento do buquê invertido, para demonstrar como se dá o estádio do espelho. Operação fundamental na constituição do sujeito que se dá a partir de um enodamento entre os registros do real (o corpo enquanto biológico, campo das sensações fisiológicas); o imaginário (a imagem de corpo que se constitui na relação especular com o Outro); e o simbólico, na medida em que essa imagem é significantizada pelo Outro.

No *experimento do buquê invertido*, presenciamos a ocorrência do que acontece num ponto dado no espaço real, onde a partir de um objeto que está lá, forma-se, sob certos prismas, uma nova imagem subjetiva, que também pode ser chamada de imagem virtual. Brevemente, trata-se da colocação de uma caixa oca aberta a uma certa distância de um espelho esférico, com um vaso sobre a caixa, e um buquê de flores dentro da mesma, fora do campo de visão. O buquê é refletido sobre a superfície esférica, voltando-se para um ponto luminoso simétrico, formando uma imagem completa desse buquê sobre o vaso. Para tal, o olho, a visão, deve estar colocado num ponto exato diante desse espelho. O que os olhos vêem é uma imagem virtual, tal como o que é visto quando se está frente a um espelho, onde vemos nossa imagem lá onde não estamos. Esse esquema, afirma Lacan, “nos permite ilustrar de uma forma particularmente simples o que resulta da intrincação estreita do mundo imaginário e do mundo real na economia psíquica” (LACAN, 1954/1986, p. 95). Em outras palavras, a imagem é o que dá sensação da existência de uma completude. A experiência de ver a imagem do seu corpo refletida dá ao sujeito um domínio imaginário de seu corpo, ainda que prematuro em relação ao domínio real (LACAN, 1954/1986, p. 96). Lacan afirma: “Pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe como outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano que estrutura toda sua fantasia” (LACAN, 1954/1986, p. 96). Essa experiência de encontro com um Outro, experiência dada pelo estádio do espelho é o que permite que o sujeito se reconheça como forma e entre na função imaginária (VANIER, 2005).



Portanto, é a imagem do corpo que dá ao sujeito a sua primeira ancoragem, aquela que permite ao sujeito se reconhecer, e situar, “o que é, e o que não é, do eu”. Momento, aponta Ogilvie (1991), da primeira relação consigo mesmo e que é, irremediavelmente, relação com um outro. O espelho introduz assim a dimensão da relação imaginária, sempre em relação a um outro (a-a’). Mas, como já afirmado antes, não se trata de uma pura imagem, é necessário um Outro para que essa imagem adquira o estatuto de eu. Cabe ressaltar que tanto o pequeno outro (a), como o semelhante, campo do olhar e do imaginário; quanto o grande outro (A), campo do simbólico, são necessários para essa constituição. Tal como Ana Costa (2010, p. 59) refere “é o outro como imago que opera sobre um organismo fragmentado e despedaçado, constituindo, nessa operação de identificação, a unidade subjetiva”. A autora acrescenta ainda que “imagem corporal é, pois a condição das identificações secundárias na história de cada sujeito” (COSTA, 2010, p. 60). O psicanalista Alain Vanier resume a importância do estágio do espelho, tal como descrito abaixo:

O que sustenta sua imagem e sua emergência é esse sinal do Outro, signo de seu desejo que lhe sinaliza que ele representa algo para esse Outro, sem que por causa disso saiba o quê. Mas tal signo permanece velado, enigmático. É um traço que vem recobrir esse lugar original do sujeito, lugar determinado desde então como vazio, como ausência: é aí que o Eu virá alojar-se. O sujeito é, portanto, um lugar vazio, um furo real, produzido pelo simbólico, efeito do significante” (VANIER, 2005, p. 48).

É dessa forma que abordamos o estágio do espelho como fundamental para se pensar as identificações do sujeito, entendendo como identificação, tal como Lacan (1949/1998, p. 97) define, a “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem”. A imagem se constituirá como a matriz simbólica em que o eu (*je*) se precipita numa forma primordial, a forma do eu ideal. A sensação jubilatória pode ser explicada justamente pela saída desse despedaçamento do corpo, onde a angústia está fixada. A unidade de um corpo capturado por uma imagem é o que pode dar ao sujeito a ilusão de um eu, lugar das suas referências e, portanto, uma proteção contra a angústia. Daí ser comum verificar que recorrer ao espelho revela a incessante necessidade de reassegurar uma existência capturada por uma imagem. É o que também constatamos em pacientes em tratamento de câncer, cuja alteração na imagem revela a angústia por não mais se reconhecerem.

Na relação do imaginário e do real, e na constituição do mundo tal como ela resulta disso, tudo depende da situação do sujeito. E a situação do sujeito – vocês devem sabê-lo desde que lhes repito – é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico, ou em outros termos, no mundo da palavra. (LACAN, 1954, p. 97)

A concepção lacaniana do estágio do espelho é também correlata da concepção freudiana do narcisismo primário, na medida em que essa imagem passa a ser admirada pela criança como sendo seu eu ideal (GRECO, 2011) e, nesse sentido, o eu adquire o estatuto de objeto de investimento libidinal. Por uma ação específica do Outro (simbólico), o eu irá se constituir enquanto uma unidade onde se vêem projetadas os ideais paternos (eu ideal). É desse Outro que vem o traço, marca, que funcionará como uma insígnia do sujeito, a mensagem de quem se é para um Outro. Esse traço é o que fixará o sujeito numa identificação e que constituirá o ideal do eu, tal como Freud afirmara “o que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era seu próprio ideal” (FREUD, 1914/1996, p. 101). Aquilo com que o sujeito se identifica é aquilo que ele quer ser, aponta Ogilvie (1991), e portanto ele ama, mas ao mesmo tempo odeia, por ser outra. Essa rivalidade é dada pela dimensão própria ao imaginário.

Assim, podemos dizer, com Freud, que o surgimento de um eu traz em seu cerne a marca do Outro. Esse novo eu, aponta Freud, eu ideal, se acha possuído de toda perfeição de valor, da qual o sujeito adulto não está disposto a renunciar, então ele procura recuperá-lo sob uma nova forma. O desenvolvimento do eu, consiste então em um certo afastamento do narcisismo primário, afastamento que é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do eu, imposto de fora.

Portanto, pode-se afirmar até aqui que o corpo se introduz inicialmente como imagem, o imaginário é o corpo, lugar onde o sujeito se constitui, ou como diz Miller “é nesse corpo que as palavras da língua fazem entrar as representações, que nos constituem um mundo ilusório sob o modelo da unidade do corpo” (MILLER, 2014, p. 29). O que nos permite dizer, então, que o corpo comporta algo de uma ilusão, porém uma ilusão que confere uma dimensão própria à existência.

### 2.2.2 A constituição do sujeito e o complexo de Édipo

Lacan (1959), no Seminário 5, *As formações do Inconsciente*, aborda a constituição do sujeito pelo complexo de Édipo, a partir da relação do sujeito com a sua própria imagem, na qual o sujeito se depara com a duplicidade do desejo materno. Assim afirma Lacan

A partir do momento em que o sujeito se reveste das insígnias daquele com quem se identifica, e se transforma num sentido que é da ordem de uma passagem ao estado de significante, ao estado de insignia, o desejo que passa a entrar em jogo não é mais o mesmo. (LACAN, 1958/1999, p. 306)

Freud toma emprestado da mitologia a tragédia de *Édipo Rei*, de Sófocles - de onde vai se originar o complexo de Édipo - marcado pelo parricídio e pela relação incestuosa com a mãe. Segundo Quinet (2015), em Freud, o complexo de Édipo é claramente vinculado à interdição do incesto, onde a castração vai assumir um importante papel para falar da posição subjetiva em relação à partilha dos sexos. A castração é, em Freud, o grande rochedo com o qual todo sujeito se depara em sua posição subjetiva.

No ensino lacaniano, o complexo de Édipo corresponde ao “processo simbólico de assunção da lei que barra o gozo da mãe, que, como objeto de desejo, é proibido e alça o gozo ao impossível” (QUINET, 2015, p. 35). A construção da metáfora paterna, função do Nome-do-Pai, que faz aparecer o pai da lei, são fundamentais para barrar o gozo da mãe em relação à criança, permitindo que esta se desloque de uma posição de assujeitada para a posição de sujeito e aceda às identificações secundárias. Essa constituição é elaborada, por Lacan, em três tempos lógicos: frustração, castração e privação (JORGE; FERREIRA, 2005). É importante ressaltar que toda essa construção lógica em torno de três tempos remete a momentos diferentes em relação à falta de objeto, para qual o falo, enquanto significante da falta, assume um lugar importante.

O primeiro tempo remete às primeiras experiências do recém-nascido, onde a questão que se coloca é a de “*ser ou não ser o falo*”. Nesse momento, a criança fica totalmente submetida ao desejo materno, aos caprichos da mãe. Alienada no campo do Outro, a criança, na condição de filho, é o objeto do enigmático desejo da mãe. Etapa fálica primitiva, tal como nomeada por Lacan, o sujeito se identifica com esse objeto de desejo da mãe, aquilo que a completa, a partir do que é possível falar que a criança é o falo da mãe. O falo, cabe dizer, é o termo terceiro dessa relação de identificação primitiva entre a criança e a mãe, ou seja, ele está contemplado na relação imaginária de completude. O Outro (A), afirma Lacan, “é o lugar em que se situa a cadeia significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 1964/1998, p. 194). Sendo assim, a alienação, esse vel, aponta Lacan, é o que condena o sujeito a aparecer, nessa divisão, onde há alguma coisa que se perde por ascender ao sentido. Isto quer dizer que, ao entrar para o campo do sentido, campo do Outro, o ser ascende à condição de sujeito, mas nisso há algo que se perde, há uma falta que é constitutiva do sujeito. Portanto, essa primeira operação, que

Lacan denomina de alienação, é essencial porque é somente a partir dela que se pode pensar a constituição do sujeito. Ogilvie (1991, p. 118) afirma

Tudo começa por uma perda e prossegue, ironicamente, num desenvolvimento que procura tampar por uma fuga para adiante (através da série das identificações secundárias e da proliferação da linguagem) essa “falta” que é, na realidade, a sua causa.

O estágio do espelho está compreendido nesse primeiro tempo, e essa etapa é fundamental para que a criança adquira um eu em sua unidade, saindo da fragmentação do corpo, do corpo enquanto despedaçado, corpo do auto-erotismo. O espelho, aquele que reflete uma imagem, de onde se percebe o semelhante, será o lugar inaugural e privilegiado para que o sujeito tenha a certeza de ter um corpo (AMIGO, 2001). Silvia Amigo, refere que ao mesmo tempo em que a criança faz sua passagem ao ato de alienação, se produz também um outro tipo de alienação, assim diz essa autora

Há uma alienação no campo do significante, desdobrada no campo da pulsão. Mas também há uma alienação à imagem de si que o Outro devolve à criança, que pode ser vista na zona inferior do grafo como *i(a)*, e cuja significação se designa como *moi*. O eu é a significação da imagem para o Outro. (AMIGO, 2001, p. 102)

A frustração aparece como sentimento que marca esse tempo na medida em que o seio, que num primeiro momento é objeto de saciação de uma necessidade (alimento), objeto real, vem atrelado à demanda de amor da mãe, que reveste esse objeto fazendo com que sua ausência coloque o pequeno bebê em uma sensação de desamparo, e nesse desamparo ele alucina tal objeto a fim de manter a satisfação. O que é da ordem da necessidade, recebe então uma significação no campo do Outro, campo do simbólico. Portanto, há um dano imaginário, onde o objeto se desloca do real para o simbólico, na medida em que o seio enquanto real não vem, mas ele ganha o estatuto de objeto simbólico, na medida em que pode ser alucinado (Jorge e Ferreira, 2005). É porque pode ser frustrada que a criança pode ser desalojada desse lugar de objeto que completa a mãe, tal como afirma Lacan (1958-1959/1999, p. 210)

É na medida em que a criança é desalojada, para seu grande benefício, da posição ideal com que ela e a mãe poderiam satisfazer-se, e na qual ela exerce a função de ser o objeto metonímico desta, que pode se estabelecer a terceira relação, a etapa seguinte.

O segundo tempo, nos diz Lacan, é a entrada no simbólico, momento este marcado pela castração como necessária à disjunção do falo materno. É a entrada do outro paterno, que entra em cena como a lei, aquele que interdita a mãe de seu objeto de gozo. A relação da criança com

a mãe deixa de ser imediata, pois há uma mediação simbólica, que é a linguagem, introdução pelo não (*non*), o Nome-do-Pai (*nom*), cuja função consiste em articular o sujeito ao simbólico. Esse momento pode ser ilustrado pela brincadeira do *fort-da*, jogo do carretel, pela qual a criança pode simbolizar a ausência da mãe. O falo entra em jogo, como significante, produto da operação da metáfora paterna, que introduz a ordem simbólica, se distinguindo do falo imaginário. A castração simbólica, aponta Quinet (2015), faz com que a identificação da criança com o falo da mãe seja destruída, ou pelo menos recalcada. Significante da falta no Outro, “o falo como objeto imaginário do desejo da mãe passa para o nível significante do desejo do Outro” (QUINET, 2015, p. 41).

A criança, antes submetida ao Outro absoluto (A), não barrado, encontra-se, a partir de agora, diante de um Outro barrado pela inscrição da castração no Outro (A), inaugurando-se a cadeia significante do Inconsciente do sujeito, momento que corresponde ao recalque originário. (QUINET, 2015, p., 41)

Esse tempo é marcado pelo Outro do Outro, ou seja, o desejo da mãe aponta para um outro que não é o bebê. Mas para ingressar no campo do Outro como objeto, ao Outro tem que faltar algo, senão não vai dar lugar a um objeto (AMIGO, 2001). Essa mãe, primeiro grande Outro, perde a completude, e passa a ser marcada também por uma falta. Portanto esse momento pode ser descrito como *ter ou não ter o falo*, onde o falo figura como objeto imaginário, se a criança não é o falo da mãe, o falo está no Outro (pai). A castração, instaurada portanto pela lei, possibilita que o sujeito possa aceder à condição de desejante em direção ao falo, ao seu ideal. O *fort-da*, aponta Lacan, indica uma posição subjetiva de separação do Outro, da mãe primordial, abrindo espaço para que se instaure um lugar de sujeito (VANIÉR, 2005). Há uma separação, e nesse sentido, uma perda, uma descompletude, que permitirá que o sujeito se constitua como sujeito desejante. Lacan fala desse tempo como “dívida simbólica”, pois é pela metáfora paterna que alguma coisa da ordem do significante pode ser instaurada, e cuja significação se desenvolverá mais tarde, diz Lacan (1958/1999). A castração assume, assim, uma posição central que é atribuída ao complexo de Édipo.

Já o terceiro tempo lógico, da constituição do sujeito, consiste na saída do complexo de Édipo. Se no momento anterior, a castração, o pai é quem tinha o falo, agora trata-se do reconhecimento da castração do pai. Nesse momento, o que figura é o pai que não tem o falo, *mas ele tem o dom*. Há o reconhecimento da castração, na medida em que a criança percebe que o pai também não tem o falo, deslocando a questão do ter ou não ter, para o de ter ou não ter o

dom. O menino, aponta Lacan, carrega o “título de posse” no bolso, através do qual lhe é permitido ter o falo mais tarde.

Esse momento é o da privação, pois refere-se a um furo real. É pelo fato de que a mulher não tem pênis, que ela é privada dele, implicando a simbolização do objeto no real. Essa simbolização refere-se à passagem do falo imaginário para o falo simbólico. Afirma Lacan (1957-1958/1999, p. 191)

É no plano da privação da mãe que, num dado momento da evolução do Édipo, coloca-se para o sujeito a questão de aceitar, de registrar, de simbolizar, ele mesmo, de dar valor de significação a essa privação da qual a mãe revela-se o objeto

Em *O Eu e o Isso* (1923), Freud vai situar esse momento da saída do Édipo, como o formador do Supereu, herança do imperativo dos pais, guardando a influência da infância e atualizando, através das suas exigências (censura e recriminações), algo herdado dos pais e educadores. Essa instância é que assumirá a mediação entre o Isso e o mundo externo. A importância do Supereu consiste, segundo Freud (1923/1996, p. 44), em que

Os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infância serão gerais e duradouros. Isso nos conduz de volta à origem do ideal do eu; por trás dele jaz oculta a primeira e mais importante identificação de um indivíduo, a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal

O que Lacan apresenta, ao longo dos seminários *A Relação de Objeto* (Seminário 4) e *As formações do Inconsciente* (Seminário 5), é sobretudo que o sujeito se constitui em relação a dois termos primordiais: o pai (mediante o qual o próprio significante se instaura como tal) e a mãe (primeiro objeto simbolizado). Essa tríade criança - mãe - pai torna-se fundamental, pois é a partir da posição de cada termo em relação à falta que o pequeno ser poderá aceder à posição de sujeito desejante e não apenas de um ser assujeitado.

O caminho percorrido até aqui nos permite falar que o sujeito de quem se trata não existe desde o início, mas que se constitui na relação com o Outro, e que ele traz em si a marca de uma singularidade, que é constituída pelas suas identificações primordiais. Isso pode ser visualizado no esquema L, onde o eixo a-a' (eixo imaginário) é sustentado pelo pelo vetor A-S (eixo simbólico). Como apontam Ferreira e Klajnman (2015, p.3), em recente trabalho, “a imagem do corpo é, portanto, estruturante para a formação do eu, é através dela que se realiza assim sua identificação primordial”.

A partir do exposto, podemos dizer que, embora um câncer possa ser tratado da mesma maneira pela medicina, conforme protocolos previamente estabelecidos, a dor e o sofrimento

psíquico são sempre particulares e singulares de cada sujeito. Já não podemos falar de um indivíduo, pois cada sujeito que se apresenta em tratamento, traz consigo sua história, suas marcas absolutamente singulares. E é a partir disso que o sofrimento pode ser subjetivado. Penso que é aí que esse corpo deixa de ser natural. A linguagem confere ao corpo o seu estatuto de ser falante, permitindo-nos dizer de que ali há um sujeito. Como lembra Quinet (2004, p. 60), não há sujeito sem corpo, “ao pinçar um corpo com o significante, individualiza-o dos outros, distinguindo-o dos demais” .

### 2.3 O corpo - esse estranho familiar

Car je est un autre

*Arthur Rimbaud*

O que vimos até esse momento, é uma diferenciação entre corpo e organismo e, por isso, ao falar de sujeito estamos necessariamente incluindo aí um corpo, mas que não se reduz ao biológico. É Lacan quem nos diz, a partir da epígrafe acima, fazendo a sua interpretação do poeta Rimbaud “o sujeito está descentrado em relação ao indivíduo, ao seu eu. É isso que [*Eu*] é um outro quer dizer” (LACAN, 1954-1955, p. 19). Por isso a psicanálise, para além do indivíduo, se ocupa do sujeito. E esse sujeito não é outro que aquele que está compreendido na fronteira entre o psíquico e o somático, que Freud introduziu sob o nome de pulsional. É a partir dessa intrincação do somático e da linguagem que se inscreve a vida de um sujeito (BONNAUD, 2015). O que nos leva a afirmar que já não podemos falar de sujeito sem a consideração de um corpo. Marco Antonio Coutinho Jorge nos apresenta o que se pode apreender de Freud e Lacan, dizendo que

Lacan depreende dos textos freudianos sobre a sexualidade o fato de que o *imaginário* do sujeito falante, opostamente ao do animal – pleno, sem brechas, apresenta uma *falta originária*, uma hiância *real* que virá precisamente a ser preenchida pelo *simbólico*. (JORGE, 2002, p. 95)

Lacan, em seu Seminário *O Sinthoma*, faz a seguinte indagação: “quem sabe o que se passa no seu corpo?” (LACAN, 1976/2007, p. 145). Ter um corpo, e não ser um corpo, coloca para o homem uma série de questões. “O que fazer com as diferentes sensações?”, “O que fazer

quando se perde uma parte dele?”, “E quando o corpo que se vê refletido no espelho, já não reflete mais quem é aquele sujeito?”. Essas são algumas questões que tenho indagado em minha clínica com pacientes em tratamento do câncer hematológico. Uma doença que nem sempre é visível, mas está lá. E Lacan, nesse Seminário, oferece uma possibilidade de apreensão dessa relação do sujeito com seu corpo ao afirmar “ter relação com o próprio corpo como estrangeiro é, certamente, uma possibilidade, expressada pelo fato de usarmos o verbo *ter*. Tem-se seu corpo, não se é ele em hipótese nenhuma” (LACAN, 1976/2007, p. 146).

Em psicanálise, como abordado anteriormente, encontramos na imagem uma importante ancoragem ao se falar de sujeito. O que nos leva a dizer que o corpo é propriamente o imaginário. Miller afirma que “uma imagem pode possuir efeitos formadores absolutamente determinantes para o sujeito” (MILLER, 2012, p.259), nesse sentido é que podemos falar da imagem como operadora das identificações. Mas será que a imagem diz tudo sobre o sujeito? Segundo Marcus André Vieira (2015), o que nos sustenta como Um não é o que o espelho nos devolve. Parece haver uma defasagem, um resto, entre a imagem e o reconhecimento de si. É o que Bassols (2016) afirma ao dizer que “por mais que a imagem especular se proponha a devolver ao sujeito sua completude no campo do visível, sempre resta o invisível como irreduzível”. Então, indago sobre o que está em jogo quando escuto de uma paciente “*as pessoas olham para mim e dizem que estou ótima, que nem parece que tenho câncer, mas essa não sou eu*”; ou ainda “*Eu me olho no espelho e não me reconheço mais*”. A imagem no espelho parece não refletir a imagem que porta as identificações daquele sujeito. Era professora de educação infantil, com planos de realizar mestrado, com um projeto de casamento em curso, e que, de repente, tudo se desfez. Ela já não pode mais dar aula, tampouco seguir seus estudos de mestrado, além de um noivado que se rompe em pleno tratamento. Essa paciente que não se reconhece na imagem que vê refletida no espelho, e no olhar dos outros – na medida em que o especular implica o campo do olhar – perdeu a ilusão de sua existência com a queda dos significantes que de alguma maneira permitiam sustentar uma imagem de corpo – ali onde o sujeito se reconhecia, significantes que davam um contorno ao invisível do corpo. A suposição da imagem do corpo é induzida pelo imaginário. O que nos faz pensar que é também pela via do imaginário que se busca recobrir esse furo operado pelo real, como no caso do câncer.

Todavia, é preciso lembrar que, se por um lado o estádio do espelho, essa dimensão especular com o Outro, tem uma função de unificação de um corpo fragmentado, conferindo um corpo próprio ao sujeito, ao mesmo tempo podemos identificar aí uma certa operação de corte, na medida em que marca, define, os limites entre o eu e o Outro. E nessa separação, nesse corte imaginário, se institui um certo resto, o que fica da separação do outro, corte que Vera



Pollo nomeia de “resto de gozo real”. Essa defasagem, essa perda, é que o sujeito se esforça em tentar recobrir através do simbólico. Portanto, concluímos que não há imagem completa de corpo, o que há é uma ilusão de completude operada pelo imaginário. É com a linguagem, os significantes, que podemos contornar, recobrir, ainda que ilusoriamente, esses vazios do corpo.

Dessa forma, podemos pensar que na fala citada acima, da paciente que olha no espelho e não se reconhece mais, haveria uma desarticulação entre o imaginário e o simbólico, operada pelo real do corpo (câncer). Trata-se de um furo no imaginário pelo real, onde o simbólico fica à espera de um significante que possa dar sentido a essa experiência traumática. Esse trabalho consiste na reconstrução de uma fantasia que faça frente ao real do câncer, pois a fantasia, enquanto efeito de uma perda (castração), é o que articula simbólico e imaginário, na medida em que a palavra (o significante, simbólico) puxa o sentido (signo, imaginário). Portanto, a fantasia é feita de palavras e imagens, na tentativa de dar completude a uma imagem que foi destruída.

Para pensar essa estranheza de uma imagem que não pode refletir exatamente o que o sujeito é, trazemos as contribuições de Freud com o texto *O estranho*, onde ali o que está apontado é que o corpo próprio comporta o impróprio do corpo, ou seja, ele é íntimo (*Heimlich*) e estranho (*Unheimlich*) ao mesmo tempo.

Em 1919, Freud publica *O estranho*, artigo no qual desenvolveu o tema acerca de situações, por vezes cotidianas, porém causadoras de angústia. Ali, Freud questiona o estranho como o simples equivalente ao não familiar, ao contrário, vai propor pensar que o que é assustador tem, para o sujeito, as raízes em sua mais íntima e primitiva história. Assim ele afirma, “esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo de recalçamento” (FREUD, 1919/1996, p. 258). O que se faz interessante nesse ensaio, é pensar a estranheza como associada ao “duplo”, fenômeno no qual o sujeito se vê diante de um outro, “estranhamente familiar”, estranheza e familiaridade que se constituem como ameaças ao eu. É assim que Freud descreve sua experiência própria no vagão de um trem, ao se deparar com a imagem de um “senhor de idade intruso” que entrara em seu compartimento por engano. Senhor este que não passava de sua própria imagem refletida num espelho ao fazer girar a porta do *toilette*. Estranheza marcada “pelo fato de que o sujeito identifica-se com outra pessoa (*self*), ou substitui o seu próprio eu (*self*) por um estranho” (FREUD, 1919/1996, p. 252). Esse duplo converteu-se em objeto de terror, de desconhecimento, e está associada a um estágio mental muito primitivo, escreve Freud. Lacan (1938/2003) faz uma articulação entre a imagem, na qual o sujeito busca uma identificação, e o duplo, ao tratar do complexo de intrusão, complexo que

diz respeito à experiência do sujeito em se reconhecer entre os outros (irmãos). O que Lacan (1938/2003, p. 49) aponta é que a imagem especular comporta a imagem do duplo, e que nessa fase é vivida como uma “intromissão temporária de uma tendência estrangeira”. Se esse reflexo da própria imagem, tal como descreveu Freud, aponta para o estrangeiro, que se traduz em uma experiência de desconhecimento, então será que podemos fazer equivaler esse estágio mais primitivo ao momento anterior ao estágio do espelho, do corpo real, momento de despedaçamento e fragmentação, anterior a uma unidade corporal que constituirá a própria noção de sujeito? Com a experiência do estágio do espelho o sujeito se aloja no Outro, e nos significantes do Outro, que constituirão as insígnias que permitirão ao sujeito uma identificação própria. Portanto a imagem unificada no espelho é o que pode apaziguar da angústia de despedaçamento.

Nessa fissura, quando algo rompe e despedaça uma certa imagem, o que aparece é a angústia, angústia que aponta para o objeto *a*, como aquilo que cai desse desenodamento (entre imaginário e simbólico, pois na experiência traumática não há um significante que possa suturar o buraco). Musachi lembra que quando esse objeto aparece em cena, arremessa-nos na dimensão do *Unheimlich*. Brousse (2008), tomando como exemplo os pacientes em quimioterapia, refere-se à queda de cabelo, como o próprio objeto que cai. Situa esse pequeno *a*, como aquilo que se desprende do corpo, afirmando “há um objeto *a* imaginário, inteiramente ligado ao sentido, que o conduz e está presente na fórmula da fantasia” (BROUSSE, 2008, p. 41).

Em seu último ensino, Lacan nos apresenta o nó borromeano como uma estrutura topológica que permite pensar o sujeito. Numa intrínseca amarração, real, simbólico e imaginário se entrelaçam, e cada um desses registros, ao estar nodulado ao outro a partir de um terceiro, depende da existência do outro. O objeto *a* está situado na interseção dos três registros, e é o que aparece quando algo se desamarra para o sujeito, índice por excelência da angústia, esse pequeno objeto, cuja “única tradução subjetiva” é a angústia (LACAN, 1963, p. 113), é o que fica recoberto pela fantasia. Cabe lembrar que o sentido é o que se situa entre o imaginário e o simbólico, e essas duas dimensões é que estão presentes na fantasia. Situar o sentido entre o imaginário e o simbólico, permite pensar também que algo de uma significação se produz quando o corpo é afetado pela linguagem, daí não ser suficiente que a imagem por si só defina o que é um sujeito. Alain Vanier (2005, p. 100) lembra que o sentido está fora do real, e acrescenta “há alguma coisa no inconsciente que jamais será interpretada”.

Lacan, no Seminário *A angústia* (1964), indica que a angústia, como paradigma do afeto, é corporal, e esse afeto surge, como aponta Quinet (2004), como efeito dos ditos do Outro no

corpo. Esse significante que vem do Outro deixa uma marca corporal, tal como já apontamos, uma marca que portará as identificações do sujeito, uma nomeação, ali onde ele se reconhece e que faz corpo, e nesse sentido é que se pode dizer que o corpo é o suporte do sujeito e, assim, o corpo sustenta a relação do sujeito com o Outro. Ao pensar no câncer, doença que acomete o corpo, temos aí um real que destrói essa imagem fazendo com que o sujeito já não se reconheça mais, pois algo daquele corpo, que sustenta todas as identificações do sujeito, fica perdido.

Para Alberti, “o imaginário é a consistência que está sempre se impondo e da qual temos enorme dificuldade de nos desvencilhar em função do efeito de fascinação que causa” (Alberti, 2004, p. 38). Essa citação nos fala do valor do imaginário na sustentação do que é o sujeito, e nos perguntamos “por que ele é tão dependente dessa imagem?”. A fascinação que o espelho, a imagem, exerce sobre o sujeito talvez possa ser entendida como a busca de um asseguramento de um lugar, lugar que assegure a existência de um eu, pois como Lacan (1938/2003, p.49) lembra “antes que o eu afirme sua identidade, ele se confunde com essa imagem que o forma, mas que o aliena primordialmente”. Para Lamy é no encontro com o Outro – relação especular - que se constrói “uma vestimenta imaginária e simbólica, contorno da imagem e significantes que marcam o corpo, o que também possibilita que se goze dele” (LAMY, 2015, p. 181). Essa relação entre a imagem e o que define o sujeito nos permite pensar que a devastação pelo tratamento de um câncer, faz com que o sujeito tenha uma experiência próxima ao do corpo despedaçado, corpo retalhado (e fragmentado pelo saber médico), que remete ao corpo pulsional em seu despedaçamento, e nessa fragmentação o sujeito não mais pode se reconhecer. Um estranhamento ao ver a sua própria imagem. Há uma perda de sentido. Se o imaginário, conforme nos aponta Jorge (2010) é o lugar do sentido, então a invasão do real nesse imaginário, é vivida como uma experiência do sem sentido, do *non-sense*. Talvez isso explique esse não reconhecimento dos pacientes ao se depararem com o olhar do outro. Lacan afirma, no que diz respeito a buscar na imagem um ponto de ancoragem,

Mesmo na experiência do espelho, pode surgir um momento em que a imagem que acreditamos estar contida nele se modifique. Quando essa imagem que temos diante de nós, que é nossa altura, nosso rosto, nosso par de olhos, deixa surgir a dimensão de nosso próprio olhar, o valor da imagem começa a se modificar – sobretudo quando há um momento em que o olhar que aparece no espelho começa a não mais olhar para nós mesmos. *Initium, aura*, aurora de um sentimento de estranheza que é a porta aberta para a angústia. (LACAN, 1963/2005, p. 100)

A angústia que comparece pela eclosão de uma crise que desorganiza os limites corporais, nos diz Costa (2015, p.89), faz com que o sujeito precise se olhar compulsivamente no espelho, dizendo “numa relação fascinada com o que aparece de excessivo na imagem,

retroalimentando sua angústia”. O corpo despedaçado é uma manifestação do real do corpo, e tal como Lacan apresentou, a angústia é a via de acesso ao real.

Interessada então nessa hiância entre uma imagem refletida e uma imagem que porta as identificações do sujeito, o que constatamos nas falas exemplificadas acima é que a pura imagem não define o sujeito, há algo que a imagem não deixa ver. Segundo Ogilvie (1991) Lacan se interrogava desde 1936: “através das identificações típicas do sujeito, como se constitui o eu, onde ele se reconhece?”, indagação que se transformara no trabalho intitulado *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica* (1949). Portanto o espelho remete a uma indagação do sujeito sobre quem ele é, pois estabelece uma “linha de ficção irreduzível” (LACAN, 1949/1998) à qual o sujeito está submetido para sempre.

Dessa forma, um trabalho possível seria o de articular algo que é da ordem do simbólico e do imaginário (imagos mais primordiais), a partir do furo que a imagem não preenche. Esse trabalho consiste na elaboração de uma fantasia, tal como é apresentada pela fórmula lacaniana, onde um sujeito está em constante junção e disjunção com os seus objetos, objetos que tentam dar conta de uma falta.

Portanto é através do discurso analítico que podemos reinserir o sujeito na cadeia significante, permitindo uma (re)significação da experiência da doença, onde o simbólico é o que vai possibilitar articular o sentido com o não-sentido (JORGE, 2010). Como afirma Rinaldi (R2015, p. 117),

A clínica é lugar por excelência do discurso do analista, que possibilita um trabalho singular com cada sujeito, a partir da escuta da fala do sujeito – tomado como sujeito do inconsciente-, para inventar, com ele, o caminho de seu tratamento.

## 2.4 Narciso, o mito de uma imagem

A imagem que temos de nós mesmos só se sustenta enquanto a miramos de longe.

*Marcus André Vieira*

Pela imagem temos acesso ao eu, e pelo simbólico construímos uma narrativa de quem somos. A imagem é, sem dúvida, um imperativo para o sujeito, mas ela não está desarticulada da

linguagem, do simbólico. É Lacan quem nos lembra, ao citar o estádio do espelho, que no movimento de virada de cabeça entre os olhos da mãe e o que vê no espelho, o que a criança parece pedir é que a mãe, esse Outro, ratifique o valor dessa imagem. Afirma Lacan (1964, p. 41), “a relação especular vem a tomar seu lugar e a depender do fato de que o sujeito se constitui no lugar do Outro, e que sua marca se constitui na relação como significante”.

A imagem então constitui um importante acesso ao eu (*je*), um ponto que fixa o sujeito numa identificação, e portanto ao mesmo tempo que fixa é também uma ficção, um enredo sempre em construção sobre quem se é, e nesse sentido é impossível esvaziar, apagar, os efeitos do imaginário sobre o sujeito. A descoberta freudiana do narcisismo demonstrou isso ao tornar o eu um objeto para onde se dirige a libido. Essa imagem exerce assim uma importante fixação do sujeito, pois é o que confere uma certa consistência ao real do corpo. Lacan (1953-1954/1996, p. 147) afirmou que “há inicialmente, com efeito, um narcisismo que se relaciona à imagem corporal (...) Ela faz a unidade do sujeito, e nós, a vemos se projetar de mil maneiras”. Em torno de uma imagem construímos uma narrativa de quem somos.

Freud se utilizou dos mitos para se aproximar da constituição subjetiva. Podemos tomar o complexo de Édipo, bem como o mito de Narciso como metáforas da constituição subjetiva. Tal como aponta Teresinha Costa, “os mitos se referem à relação do homem com os enigmas de sua existência, quais sejam, as questões sobre a vida, a morte, o nascimento e o sexo” (COSTA, 2010, p. 19).

Então trago o mito de Narciso para ilustrar os efeitos da alienação em uma imagem na constituição do sujeito:

Quando Narciso nasceu, sua mãe, uma ninfa belíssima, consultou o advinho Tirésias para saber se aquele filho de extraordinária beleza viveria até o fim de uma longa velhice. Pareceram sem sentido as suas palavras:

— Sim, se ele não chegar a se conhecer.

Narciso cresceu, sempre formoso. Jovem, muitas moças e ninfas queriam o seu amor, mas o rapaz desprezava a todas (...) Um dia, Narciso caçava na floresta quando a ninfa Eco o viu (...) Quando resolveu manifestar o seu amor, abraçando-o, Narciso a repeliu. Desprezada e envergonhada, Eco se escondeu nos bosques com o rosto coberto de folhagens. O amor não correspondido a foi consumindo pouco a pouco, até que, depois de reduzida à pele e osso, seu corpo se dissipou nos ares. Restou-lhe, apenas, a voz e os ossos, que, segundo dizem, tomaram a forma de pedras. Um dia, uma das muitas jovens desprezadas por Narciso, erguendo as mãos para o céu, disse:

— Que Narciso ame também com a mesma intensidade sem poder possuir a pessoa amada!

Nêmesis, a divindade punidora do crime e das más ações, escutou esse pedido e o satisfez. Havia uma fonte límpida, de águas prateadas e cristalinas, de que jamais homem, animal ou pássaro algum se tinham aproximado. Narciso, cansado pelo esforço da caça, foi descansar por ali. Ao se inclinar para beber da água da fonte, viu, de repente, sua imagem refletida na água e encantou-se com a visão. Fascinado, ficou imóvel como uma estátua, contemplando seus próprios olhos, seus cabelos dignos de Dioniso ou Apolo, suas faces lisas, seu pescoço de marfim, a beleza de seus

lábios e o rubor que cobria de vermelho o rosto de neve. Apaixonou-se por si mesmo, sem saber que aquela imagem era a sua, refletida no espelho das águas. Nada conseguia arrancar Narciso da contemplação, nem fome, nem sede, nem sono. Várias vezes lançou os braços dentro da água para tentar inutilmente reter com um abraço aquele ser encantador. Chegou a derramar lágrimas, que iam turvar a imagem refletida. Desesperado e quase sem forças, foram estas suas últimas palavras:

— Ah! Menino amado por mim inutilmente! Adeus!

O lugar em que estava fez ecoar o que dissera. E quando proferiu “Adeus!”, Eco também disse “Adeus!”. (...) As ninfas, juntamente com Eco, choraram tristemente pela morte de Narciso. Já preparavam para o seu corpo uma pira quando notaram que desaparecera. No seu lugar, havia apenas uma flor amarela, com pétalas brancas no centro. (VASCONCELLOS, 1998, p.17-18)

Com esse mito, extraímos a fonte da qual Freud se inspirou para falar da constituição de uma subjetividade. De início, ele dá ao discurso da mãe uma certa ancoragem do sujeito, a partir de uma imagem, a da beleza, que aponta para o traço unário daquele sujeito, constituindo o seu ideal do eu. É em torno desse traço, que o sujeito vai se reconhecer e construir a fantasia que o permitirá estar na vida, e nas relações com os objetos. Há em torno dessa imagem idealizada a constituição de uma fantasia de “até o fim de uma longa velhice”. A possibilidade de uma narrativa que aponte para um futuro é o que permite o sujeito caminhar por todos os obstáculos que encontra em seu percurso, pois ainda assim há um futuro. O que é insuportável para alguns pacientes em tratamento do câncer, é olhar para a frente e não conseguir ver o futuro, pois a única coisa que encontram é a ideia da morte. Suas fantasias em torno de um futuro se desfazem, foram destruídas. É com isso que nos deparamos no atendimento aos pacientes que se vêem atravessados por uma doença, tal como o câncer, que fura essa “certeza” de um futuro. Ana Costa reforça que o mito tem a sua função de ficção, dizendo “é uma ficção em que o sujeito se apóia para dar conta de sua falta estrutural” (COSTA, 2010, p. 19). Quando algo de devastador acontece, o sujeito volta-se para as marcas que lhe dão ancoragem no Outro, ali onde pode se reconhecer, porém ele não a encontra. A lágrima que cai quando Narciso contempla sua imagem (seu ideal), é o que fura essa imagem, e o que resta é o desamparo de não mais se reconhecer. Objeto que cai do seu corpo, a lágrima. O que Narciso tinha a sua frente, que o encanta, é a sua própria fantasia de amar aquele que supõe ser seu objeto de amor (“menino amado por mim inutilmente”). A possibilidade de amar, já apontada por Freud no texto sobre o Narcisismo como investimento libidinal necessário à vida, é o que permite sexualizar a pulsão, cujo vetor principal está sempre orientado na direção do gozo e da morte (JORGE, 2010). Mas, ao furar a sua imagem, a fantasia se desfaz.

### 3 A MORTE E A VIDA NO CÂNCER

#### 3.1 Morte e Trauma

A morte é, portanto, múltipla e dispersa no tempo...pouco a pouco cada um de nós se rompe em vários lugares até que a vida orgânica cesse, ao menos em suas formas principais; pois muito tempo depois da morte do indivíduo, mortes minúsculas e parciais virão ainda por sua vez dissociar as ilhotas de vida que se obstinam”.

*Michel Foucault*

A morte, a morte natural, a morte dos órgãos, essa que acaba com a vida, dessa nós já sabemos, ou melhor temos notícias pela morte dos outros. Mas o que falar da morte, aquela que se apresenta ao vivo, da morte quando ainda se está vivo? Foucault (1994, p. 177) aponta que a morte é também aquilo contra que, em seu exercício cotidiano, a vida vem se chocar, e acrescenta “não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adoecer”. Portanto, dessa morte que se vive em vida, só saberemos com cada paciente que pode nos dizer através de fantasia no entorno dela.

Freud nos oferece o conceito de pulsão – já estudado em capítulo anterior - para pensarmos o movimento do sujeito na vida. Com esse conceito, temos uma distinção radical entre o corpo orgânico e corpo no seu sentido mais subjetivo, vivido e experimentado pelo sujeito, que é o corpo pulsional. Em 1920, em *Mais além do Princípio do Prazer*, ele afirmou que o “objetivo de toda vida é a morte” (p. 49), onde o organismo tenderia assim a retornar a um estado inanimado. Haveria, explica Freud, um estado inicial da entidade viva, que por razões externas e de desenvolvimento, afastou-se do objetivo de todo organismo vivo que é tender à morte. Mas, como alerta Freud, lidamos não com a substância viva, e sim com as forças que operam nela. É isso que interessa à psicanálise, o que opera e movimenta o sujeito na vida.

Na primeira teoria pulsional, elaborada no momento dos *Três Ensaios*, encontramos as pulsões do eu, voltadas para as funções de auto-conservação, em oposição às pulsões sexuais, estas dirigidas a um objeto, opondo assim, e de uma maneira bem tipificada, “fome e amor”. Com o narcisismo, o eu encontrou a sua posição entre os objetos sexuais, sendo ele o principal

reservatório da libido. Freud tenta explicar esse movimento da vida afirmando “esses tortuosos caminhos para a morte, fielmente seguidos pelas pulsões de auto-conservação, nos apresentariam hoje, portanto, o quadro dos fenômenos da vida” (FREUD, 1920/1996, p.49). Então, se as pulsões de auto-conservação visam apenas a manutenção do vivo, fazendo uma pressão em direção à morte, e se pudéssemos fazer um gráfico que nos desse uma imagem desse movimento, tal movimento poderia ser representado por uma linha reta em direção à morte. Tomando como metáfora os aparelhos de monitoração cardíaca, a pura linha reta indica a morte do paciente. Diante disso indagamos: O que faz então com que o sujeito não se encaminhe diretamente para a morte? Freud aponta, são as pulsões sexuais, essas sim responsáveis pelo prolongamento da vida, e por tornar mais “tortuosos” o caminho em direção à morte. As pulsões sexuais, responsáveis pela vida, poderiam ser então representadas, no modelo do monitor cardíaco, pelas linhas que se prolongam entre altos e baixos. Não seria esse exatamente o movimento da vida, marcado por voltas, desvios, altos e baixos? Podemos dizer que esses altos e baixos, as curvas, e os caminhos tortuosos são aquilo que conferem o ritmo e o compasso da vida, sem o qual a vida se reduziria ao puro silêncio, tal como no estado inanimado, como Freud dissera. Ouvi, de um paciente em tratamento há cerca de um ano, durante uma internação após uma tentativa de suicídio, “*não vejo mais sentido em nada disso depois dessa doença.... Pra quê isso tudo (referindo-se aos aparelhos de hemodiálise e acessos venosos para medicações)?*”. Ao ser perguntado sobre o sentido que tinha sua vida antes da doença, esse paciente me diz “*era o meu dia a dia, minha rotina, acordar e ir trabalhar, voltar e correr na praia...eu tinha um **ritmo** de vida*”. Esse paciente me fala de uma vida marcada por um cotidiano, ritmo, que conferia sentido à sua existência.

Para estar vivo é necessário uma certa ilusão de continuidade, da qual o sujeito se vale para manter-se vivo. Essa ilusão é necessária e, como afirma Marcus André Vieira, “uma vida é imaginada como narrativa encadeada e contínua, o que dá sentido à sua existência” (VIEIRA, 2012, p. 84). Então quando algo se coloca fazendo romper essa continuidade, algo que podemos situar como uma doença, por exemplo, que se apresenta como disruptiva, o sujeito vê a sua ilusão de futuro desmoronar. Podemos situar aí o câncer, como uma doença que interrompe o ritmo de vida do paciente, fazendo romper essa perspectiva de futuro.

Portanto há um *ritmo* vacilante, nos diz Freud (1920), que marca a vida do organismo. Esse movimento é marcado por uma dualidade, um conflito de forças que fazem pressão em direções opostas. Tomando emprestado a teoria de E.Hering (apud FREUD, 1920/1996) sobre a substância viva, segunda a qual existiriam dois processos em constante ação, um operando no sentido construtivo ou assimilatório e o outro destrutivo ou dissimulatório, Freud aplicará à



teoria da libido à relação mútua entre os organismos celulares, dando um passo à frente na teoria para falar do dualismo entre a pulsão de vida e pulsão de morte

(...) podemos supor que os instintos de vida ou instintos sexuais ativos em cada célula tomam as outras células como seu objeto, que parcialmente neutralizam os instintos de morte (isto é, os processos estabelecidos por estes) nessas células, preservando assim a sua vida... (FREUD, 1920, p. 61)

A morte sempre será um enigma para o sujeito, pois no inconsciente não há representação da morte. A única morte da qual temos acesso é a morte dos outros. É nesse sentido que podemos dizer que a morte está dentre os fenômenos que Freud denominou de “estranhos”. Não importa o quanto se tenha avançado em termos de civilização e de avanço tecnológico, ainda assim se conserva a mesma reação emocional diante da morte, ainda que algumas culturas e religiões tentem dar um contorno a isso que é da ordem do desconhecido. Ainda assim, a ideia da morte sempre retorna “em forma de algo estranho” (FREUD, 1918/1996, p. 258).

Freud dedica um capítulo no texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915) para pensar a nossa atitude para com a morte. Era um momento de guerra e de perdas, ameaças, momento profícuo na obra freudiana para se falar na morte e nos efeitos desse significante sobre o sujeito. Logo no início desse capítulo, chama atenção a sua enunciação ao dizer que “cada um deve à natureza uma morte” (FREUD, 1915/1996, p. 299). Mas o que fazemos, ao longo da vida, é tentar deixá-la de lado, silenciá-la. Não acordamos e dormimos diariamente pensando na morte. Ao contrário, traçamos planos, ilusões necessárias de um futuro, pois como Freud (1915/1996, p.299) afirma “no inconsciente, cada um de nós está convencido da sua própria imortalidade”.

Contudo, o sujeito adoece, e a doença, sobretudo uma doença que pode ser fatal, desvela a ideia da morte e, com ela, a antecipação do luto da própria vida. Será então que o que nos permite dizer que o câncer é traumático para o sujeito é a sua relação com a morte, ou melhor a sua antecipação? Essa resposta só pode ser encontrada se a considerarmos no um a um, pois tomar determinado evento, acontecimento em si, como trauma, alerta Laurent (2002), pode nos afastar do fator subjetivo. A violência do evento considerado traumático ofusca, muitas vezes, o sujeito que está em questão. Afirma Marcus André Vieira em seu texto *A violência do trauma e seu sujeito*, que “é preciso contar que, independentemente do que terá ocorrido, algo singular precisará entrar sempre em ação para que se possa definir um trauma, já que nem todos os expostos à mesma situação serão traumatizados” (VIEIRA, 2012, p.75). Portanto, mais do que

tomar o câncer como evento traumático, é preciso fazer dele uma narrativa, onde aí sim pode aparecer o sujeito, e o que deste evento tem a dimensão de trauma.

O câncer é um acontecimento inesperado. É o que escutamos dos pacientes quando nos dizem que “*um buraco se abriu*”. É sobre algo que rompe, abala, desorganiza, descontinua, que esses sujeitos nos falam. Essa imagem assemelha-se à definição mesma de traumático para Freud, tal como descrita

Descrevemos como traumáticas quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente em conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. (FREUD, 1920/1996, p. 40)

Em Freud encontramos uma definição de trauma em diferentes momentos de sua obra. A primeira teoria do trauma aparece com a clínica da histeria (1895-1897), quando Freud associa o sintoma histérico a uma sedução sofrida pela criança por um adulto. A partir da narrativa das histéricas, admitia Freud, que havia na história dessas pacientes uma sedução por um adulto, um “trauma sexual infantil”, admitindo uma teoria da sedução. O relato de suas pacientes traziam reminiscências que apontavam sempre para um evento traumático cujo conteúdo era da ordem de uma excitação sexual, a marca do sexual no corpo. Enquanto criança, esse corpo era apenas marcado com um traço do sexual, uma quantidade de excitação, não sendo capaz de nenhuma simbolização. Somente mais tarde, a partir de novas experiências no corpo, esse traço é reativado e adquire então a dimensão de traumático, sofrendo aí a ação do recalque. É o que acontece com o sintoma histérico, no qual a representação de uma ideia é recalçada, enquanto o afeto se desloca para o corpo. Essa teoria do trauma psíquico passou a ser, então, entendida como a origem da neurose, ou seja, o trauma sexual precoce na sedução da criança por um adulto. Portanto, coloca a estreita relação entre trauma e recalque, como a base da neurose.

Essa teoria da sedução logo perde lugar, pois Freud interrogou se todas as pacientes teriam sido abusadas em idade infantil, o que o levaria a admitir que até mesmo seu pai fora perverso (RUDGE, 2009). Abandonar a teoria da sedução não significou, contudo, abandonar a sexualidade na etiologia da neurose, mas sim que essas primeiras vivências não são passíveis de rememoração. Com efeito, tratava-se de concluir que em verdade não se chega à realidade do vivido, mas sim que se trata de uma ficção, uma fantasia, que tem em si mesma o estatuto de uma realidade. Com isso, aponta Ana Maria Rudge (2009, p. 24), “Freud irá considerar que,

nas cenas construídas ou lembradas na análise, não é possível distinguir o que são memórias de acontecimentos reais e o que é fantasia”. Na conferência XXIII, de 1916, intitulada *Os caminhos da formação dos sintomas*, Freud afirma, então, que não se trata da realidade material e sim de uma *realidade psíquica*.

Concluir que a fantasia era o que se manifestava no relato das pacientes, e que isso tinha o valor de realidade psíquica, significa indicar a dimensão própria do inconsciente e, nesse sentido, a fantasia como expressão de um desejo. Tal como apontado por Jorge (2010, p. 241), esse momento produziu uma reviravolta na elaboração freudiana, “uma vez que Freud pôde se deslocar da concepção do trauma sexual para a do sexo traumático.”.

Mas é em 1926, com o trabalho *Inibição, Sintoma e Angústia*, que Freud faz uma virada em sua teoria do trauma. Ele parte da concepção de Otto Rank sobre o “trauma do nascimento”, para modificá-la e anunciar que o trauma está não no nascimento – visto que a criança ainda não tinha condições de saber da existência desse outro ser que é a mãe - mas sim no sentimento de desamparo de separação da mãe, afirmando: “assim o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo” (FREUD, 1926 [1925], p. 140). A situação de perigo à qual se refere, e contra a qual deseja ser protegido, é a de não satisfação, de uma crescente tensão, e que sem a “ajuda alheia”, tal como Freud já apontara no projeto, não é possível ser obtida. Como aponta Laurent, Freud distingue a angústia sentida no momento do nascimento e a que surge, propriamente falando, do trauma da perda do objeto materno, e “ousa fazer da perda necessária da mãe, o modelo de todos os outros traumas” (LAURENT, 2002, p.4). Portanto, o trauma coloca o sujeito cara a cara com seu desamparo original, com a sua falta primordial.

Então, afirmamos que para Freud o trauma é da ordem do estrutural, do que funda o sujeito, na medida em que o corpo é marcado pelo Outro, marca fundamental da constituição subjetiva, que distinguirá esse sujeito de todos os outros sujeitos. Essa marca se tornará uma insígnia. Esse é propriamente o efeito da linguagem sobre o sujeito, na medida em que entra na linguagem, há uma perda, sendo esta a marca propriamente dita do sujeito barrado (\$). Nesse sentido, o trauma torna-se um evento fundamental, na medida em que contra isso que marca esse corpo, e que ainda não pode ser decifrado, cria-se “medidas defensivas”, medidas que podemos ler como o recalque na estrutura neurótica. O recalque originário como fundamental da estrutura do sujeito, que marca um antes e um depois. E mais, é o que permite dizer que um sujeito é diferente do outro, marcando aí a sua singularidade.

Se Freud aponta o trauma como o cerne da estrutura psíquica, trauma como fundante, isto faz de nós, a cada um, traumatizados. É portanto em torno desse enredo fantasístico que

vamos tecendo nossa história de vida. Mas o que nos permite então falar do câncer como evento traumático? Por acontecimento traumático podemos entender aquilo que escapa ao previsto e confronta-nos assim com uma desarticulação de uma fantasia, que irrompe as barreiras defensivas do sujeito, e que desta forma, o coloca de frente, e cara a cara, com o real. Como bem aponta Ana Maria Rudge (2016, p. 25), o trauma “representa uma experiência de perda, um acontecimento na vida de alguém que o priva das referências que costumava tomar como esteio de sua vida, e das ilusões e fantasias que a tornavam suportável”. Nesse desencadeamento, há um furo na cadeia significativa, que impede de manter a narrativa que sustenta a nossa existência. É assim que Laurent (2002), em *El revés del trauma*, define o trauma, como um furo no interior do simbólico, por isso ele afirma que o sintoma é uma resposta ao traumático do real, pois o sujeito só pode responder ao real sintomatizando-o. O sintoma, o que há de mais singular, é aquilo que porta as escrituras de cada sujeito, é a forma mais singular de cada um responder a esse real.

No Seminário *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan afirma que o real se apresenta na forma do que há de inassimilável, isto é, na forma de trauma. Miller aponta, em seu curso *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, que do lado do paciente o real pode ser experimentado de duas formas, pelo sintoma e pela angústia. Se o sintoma é uma maneira de responder ao real, então podemos dizer que se trata de uma defesa frente ao real. O sintoma neurótico, o sintoma histérico, constitui em si mesmo uma defesa contra o sexual, uma das formas de manifestação do real. Mas há uma experiência do real como angústia, uma maneira de responder à intrusão do real vivido, muitas vezes, de maneira absolutamente devastadora. A angústia é aquele afeto que não engana, pois faz aparecer o que devia estar escondido. É nesse sentido que Lacan (1964/1998) afirma que o lugar do real vai do trauma à fantasia, apontando para uma dimensão de repetição, para o que fica desvelado com a invasão do real, e é isso que confere a dimensão de traumático, e é nesse sentido que a fantasia faz a sua função de tela, de recobrimento e de proteção.

Se a psicanálise trabalha a partir do sintoma, essa é sua posição ética. Marie-Hélène Brousse afirma que a psicanálise escolhe tirar do trauma, do que há de mais particular, um ensinamento, afirmando

Uma imagem indelével, a irrupção de um terror, a exacerbação de uma emoção, uma palavra eternamente inarticulável, são múltiplas as referências às feridas que não se apagam, “perdas imaginárias no ponto mais cruel do objeto”. A expressão é de Lacan, que celebra na perda, a relação do trauma aos objetos, deixando o sujeito desnordeado, em um mundo que perdeu o sentido. (BROUSSE, 2014, p. 11).

Dessa forma, esse encontro com o real, a morte enquanto real, ainda que estando vivo - porque é somente pelo lado da vida que a morte é abordável - é sempre um encontro faltoso, na medida em que não há significante que dê conte, que possa nomeá-lo. Trata-se, retomando um jogo de palavras de Lacan (MAIA, 2014) de um encontro sob a forma de *trou-matisme*, pois é um encontro que faz furo/buraco (*trou*). É diante desse furo que a psicanálise se apresenta, como uma aposta, uma escolha, que pode apontar para novas possibilidades de invenção.

### 3.2 Câncer no sangue – a morte na vida

Se no início está o verbo, e o verbo é amor, não é necessariamente o amor que vem no momento da morte para dar a sua palavra final?

*Marco Antonio Coutinho Jorge*

Ao falar de uma doença como o câncer, somos rapidamente remetidos à ideia de um corpo doente, um corpo atravessado por um tumor que pode ser, em algumas circunstâncias, fatal. A ideia que surge de maneira mais imediata é que esse corpo precisa de uma intervenção médica, cirúrgica ou não, mas uma intervenção que incida sobre o corpo orgânico, esse objeto para a medicina, o corpo em sua dimensão biológica.

As neoplasias hematológicas, conhecidas como “câncer do sangue”, não aparecem entre os tipos mais prevalentes, conforme a estimativa do INCA para o ano de 2016, que aponta para 596.070 novos casos, nos quais as leucemias e linfomas aparecem em 10º e 9º lugar respectivamente. No entanto, trata-se de doenças de fundamental relevância na medida em que incidem sobre as defesas do organismo, doenças que se originam no processo de hematopoiese, isto é, de produção das principais células do sangue (leucócitos, plaquetas e hemácias). Os leucócitos são os glóbulos brancos, responsáveis pela defesa do organismo, e é sobre esse tipo de célula que incidem as leucemias. O INCA define a leucemia como:

Uma doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos), geralmente de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. A medula é o local de formação das células sanguíneas e ocupa a cavidade dos ossos. ([www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br))

Dentre as doenças hematológicas mais comuns, encontramos as leucemias agudas, que podem ser classificadas em leucemia mielóide aguda (LMA) e leucemia linfóide ou linfoblástica aguda (LLA); e as leucemias crônicas, que igualmente se dividem em leucemia mielóide crônica (LMC) e leucemia linfóide crônica (LLC); além dos diferentes tipos de linfomas. Uma leucemia aguda é diagnosticada quando os blastos (células imaturas do sangue) na medula óssea representam 25% ou mais de celularidade. A avaliação morfológica, e do imunofenótipo, são suficientes para o diagnóstico de leucemia. Segundo dados da OMS (2008), cerca de 30% dos casos de LLA (leucemia linfoblástica aguda) ocorrem em adultos. Já a LMA (leucemia mielóide aguda) representa cerca de 80% das leucemias agudas no adulto, e aproximadamente 60-70% dos pacientes obtém resposta completa após a fase inicial do tratamento. No entanto, apenas cerca de 25% podem ser curados com quimioterapia. Adultos que apresentam diagnóstico de leucemia aguda normalmente apresentam sintomas físicos iniciais que podem se confundir com uma gripe forte ou dengue, o que prejudica muitas vezes o diagnóstico precoce. Os sintomas comuns são: dores no corpo, febre, cansaço, manchas na pele... Por serem doenças agudas, necessitam de uma rápida intervenção, correndo-se o risco de morte do paciente.

Já as leucemias crônicas podem se apresentar da mesma maneira, porém mais comumente com menos sinais, e até mesmo muitas vezes identificada apenas pelo exame de sangue, sem sintomas físicos aparentes. Possuem evolução mais indolente e por isso não levam necessariamente o paciente a uma internação e, com o avanço das terapias farmacológicas, esse tipo de leucemia pode ser controlado via quimioterapia oral, pelo resto da vida, como tantas outras doenças crônicas.

Apesar de haver variações entre os diferentes protocolos, os fatores de mau prognóstico mais utilizados na estratificação de risco em adultos com LLA/LL são: idade maior que 60 anos, leucometria maior que 30.000mcl na LLA-B e 100.000 mcl na LLA-T, tempo para remissão completa maior que 4 semanas e doença residual mínima detectável após 3-6 semanas do início do tratamento.

A resposta inicial à poliquimioterapia em adultos é tão boa quanto aquela observada em crianças. No entanto, a maior chance de recaída, e a elevada mortalidade associada ao tratamento, afetam negativamente o prognóstico no primeiro grupo. A biologia da doença muda de acordo com a idade, e alterações genéticas de maior risco ocorrem com mais frequência entre os pacientes adultos.

Historicamente, a sobrevida em longo prazo de adultos com LLA é de 30 a 40%. A utilização de protocolos desenhados para a população pediátrica em pacientes adultos elevou a taxa de sobrevida em longo prazo para até 70%.

Chama a atenção o fato de serem doenças que nem sempre podem ser vistas ao olhar, pois trata-se de uma doença do sangue e da medula óssea. Perguntamo-nos quais os efeitos disso para o sujeito? Podemos afirmar que é uma doença invisível? Tais questões ganham relevância na medida em que tomamos cada sujeito em tratamento, muitas vezes sem uma doença visível ao olhar do outro, mas com uma marca indelével na imagem de si.

Como vimos, é pela imagem que temos acesso ao corpo. Foi isso que Lacan introduziu com o estádio do espelho, como formador de uma *imago*. Imagem que se articula à linguagem, conferindo um sentido particular a cada sujeito. Lacan diz que “todas as relações com o corpo próprio que se estabelecem por intermédio da relação especular, todas as pertinências do corpo, entram em jogo e são transformadas por seu advento no significante” (LACAN, 1957/1995, p.193). Isto é, há um entrelaçamento entre real, imaginário e simbólico que é o que nos permite falar na constituição do sujeito, dando a este sujeito um corpo próprio, ao impróprio do real do corpo. No entanto, como ouvi certa vez de uma paciente, “*o câncer faz isso, abala as estruturas, destrói as nossas verdades verdadeiras*”. Se é através dessa *imago* que o sujeito vai construindo a sua fantasia, vai tecendo planos, enredos nos quais pode se fixar e se reconhecer, o câncer vem abalar essa estrutura, destruindo uma certa homeostase psíquica (JORGE, 2010), que faz com que o sujeito não se reconheça mais nessa imagem, agora desestabilizada pelo câncer.

Através da experiência clínica com pacientes hematológicos, temos acesso a essa doença, o câncer, de diferentes maneiras. Sontag (2007) confirma que essa é uma doença que pode ser representada das mais diferentes formas, sendo a metáfora uma boa maneira de dizê-la. Normalmente, metáforas que giram em torno de um significado bélico, já que a doença é vista como um “invasor bárbaro”, vindo geralmente associada a uma doença punitiva, sendo comum ouvir: “*por que comigo, se sempre cuidei tão bem do meu corpo?*”; ou “*eu não merecia esse castigo*”... Mas o que se pode afirmar é que, diante de uma doença como essa, o sujeito prontamente se põe a buscar um evento, sentimento, vilão, que possa ser o responsável pela situação vivenciada. Como lembra Marco Antonio Coutinho Jorge, ao se defrontar com uma doença como o câncer, o psiquismo é invadido pelo real traumático da morte. Para Lacan (1964/1998), lembra o autor, essa emergência do real no imaginário do sujeito é o que pode ser definido como trauma. Nesse momento do encontro com o traumático (o diagnóstico de uma doença grave, a perda de um ente querido, a ruptura de um relação amorosa...) a fantasia que fazia proteção, véu, ao real, sofre um abalo. É necessário então um trabalho de luto, capaz de

recompor a fantasia que foi dilacerada pelo evento traumático, refazer a tela da fantasia (JORGE, 2001; 2010).

Psicologizar parece abrir caminho para o controle de experiências e fatos (como uma enfermidade grave) sobre os quais as pessoas, na verdade, têm pouco ou nenhum controle. E essa realidade tem de ser explicada. (SONTAG, 2007, p. 51)

Por isso o câncer tende a ser saturado de significações, onde “a doença em si torna-se uma metáfora”, afirma Sontag. O que escutamos de nossos pacientes é que “*a doença caiu como uma bomba*”; ou “*essa doença destruiu a minha vida*”. É comum ouvir na linguagem médica que o “tumor *invadiu* tecidos”, “*destruiu* células”, doença que é preciso “*combater*”. Ter um câncer, é ter um corpo invadido. Morte que invade a vida. E nessa invasão, como se proteger? Nessa batalha, há que se ter defesas para combater esse inimigo que deseja lhe roubar a vida, “*é matar um leão por dia*”, me diz um paciente a cada nova internação. Nesse sentido, aqueles pacientes que conseguem atravessar um tratamento de câncer são considerados “sobreviventes” do câncer, tal como é comum nos referirmos aos sobreviventes de uma guerra.

Se a palavra câncer aparece comumente associada à morte, o significante sangue vem associado à vida, o que pode ser exemplificado em falas como “*tem que se alimentar para ter sangue*”, ou em determinadas situações em que se diz “*dei o meu sangue naquele dia*” (como sinônimo de “dei a minha vida”); ou ainda quando alguém é dito como “*sangue bom*”, e também quando ouvimos “*está no sangue*”, para se referir a uma certa identidade. Então, o que dizer quando esse câncer invade o sangue? Será que podemos pensar que, neste caso, a morte invade a vida? Câncer no sangue, morte em vida. Nessa invasão da vida pela morte, Lacan apresenta a tragédia de Antígona, para pensar a relação entre a vida, o desejo e a morte, tragédia que cabe aqui ser lembrada, pois o trágico “produz uma consciência dilacerada, o sentimento das contradições que dividem o homem contra si mesmo” (VERNANT, 2002, p.2).

Em seu seminário sobre a ética da psicanálise (1958-1959), Lacan toma emprestado de Sófocles a tragédia para pensar o homem nas vias de sua solidão, situando o herói daquela tragédia – Antígona - numa zona em que a morte invade a vida. Antígona, filha de um incesto, filha de Édipo e Jocasta, leva ao extremo seu puro desejo, o desejo de defender o irmão morto em uma luta. Ao não se submeter às leis dos homens, à lei que governa a cidade, que julgara o morto – seu irmão Polinices - como não merecedor de uma sepultura, visto estar lutando para tomar a cidade, Antígona enfrenta toda a ira de Creonte, aquele que governa e encarna a Lei. Mesmo sabendo que era com a sua vida que iria pagar, Antígona não recua de seu desejo. O valor dessa tragédia está no fato de Antígona transpor os limites humanos, trazendo nesse ato a



configuração propriamente do que é o desejo, ir além. Lacan chama a atenção para esse limite, a morte de que se trata aí, a segunda morte, apontando para aquela na qual o sujeito, enquanto significante, pode vir a faltar. Cito Lacan (1960, p. 339)

Para Antígona, a vida só é abordável, só pode ser vivida e refletida a partir desse limite em que ela já perdeu a vida, em que ela está para além dela – mas de lá ela pode vê-la, vivê-la sob a forma do que está perdido

“Certeza da morte” e “enigma da vida”, afirma Ana Costa (2015,p.92), situam no corpo tela necessária de um jogo sempre aberto, considerando que por mais que a cada época a referência ao corpo varie, ainda assim o corpo comporta um enigma nunca desvendado, como uma tela onde os enigmas da morte, vida, sexo, se atualizam. A linguagem é o único acesso ao que se apresenta como enigma, mas ainda assim algo fica fora da linguagem, como resto. Se a metáfora consiste em dar um nome a uma coisa no lugar de outro nome, então cabe ao discurso psicanalítico possibilitar um encontro onde o paciente possa dizer-nos dessa outra coisa. Essa *Coisa*, no sentido freudiano, que aponta para algo perdido e que jamais poderá ser recuperado. De fato, não se pode ser o mesmo depois de ter atravessado a experiência de ter um câncer. Mas, nesse caso, a direção do trabalho analítico deve ser a de relançar a questão, não no sentido de recuperar o que foi perdido - tal como me dizia um paciente que morreu pouco tempo depois de conseguir dizer “*eu queria ter de volta a vida que eu tinha, meu corpo, minha família, minha vida*”- mas sim para abertura de novos enigmas que relancem o sujeito na vida. Lacan (1958-1959/2014, p. 31) afirma:

Se há uma dimensão em que a morte, ou o fato de que ela não existe, pode ser diretamente evocada e ao mesmo tempo velada, mas em todo caso encarnada, um tornar-se imanente a um ato, é a da articulação significante.

Cabe lembrar que o corpo é efeito de um entrelaçamento entre três registros: o real, simbólico e imaginário. Ainda que esse corpo se sustente em uma imagem, aquilo que dá consistência a esse corpo (LACAN, 1958/2007), ele não é pura imagem. Há, afirma Lacan (1958/2007, p. 54), um sentido “que se produz na articulação do campo planejado do círculo do simbólico com o círculo do imaginário”. Portanto, ganha uma significação pela amarração com o simbólico, que injeta significantes nesse corpo. No câncer, vemos o real invadir o imaginário, esburacando, destruindo a imagem do eu, imagem que guarda as significações do sujeito. Nessa invasão, causadora de angústia, a aposta no trabalho analítico é permitir um recobrimento do real (esse corpo esfacelado) pelo imaginário, que vai reconstituir o sentido

daquela experiência, pois há um limite do simbólico para dar conta dessa invasão. Na pura angústia, nem sempre é possível dizer alguma coisa.

A morte é um dos nomes do real porque opera justamente a perda radical de sentido (JORGE, 2010). Esse impossível de nomear, cujo efeito é traumático, coloca o sujeito frente ao desamparo. E diante do desamparo, resta ao sujeito buscar um novo anteparo, refazer a tela da fantasia, através de um novo sentido que deverá ser reinventado. É isso que Jorge, segundo algumas formulações de Lacan, nomeou como despertar, o que é visado, em uma última instância, na experiência analítica. A aposta no dispositivo analítico, ainda que dentro de uma instituição hospitalar, é de “produzir um bem-dizer do sujeito, com uma nova posição ética e desejante” (JORGE, 2010, p. 229).

Certa vez, ouvi de uma residente que trazia um caso para supervisão, sobre um jovem, recém-internado com diagnóstico de leucemia aguda, casado, com filho pequeno, com uma vida em movimento, vendo seus planos serem interrompidos. Não fora possível para ele num momento inicial dizer alguma coisa sobre a doença ou aquele momento - tarefa difícil falar em um momento de pura dor e angústia - o que não deixava de causar também certa angústia na residente que o atendia. Mas após algum tempo, onde uma presença junto a ele pôde ser sustentada, ele resolvera falar. E então falara de sua fé, como evangélico, decidira naquele dia “*caminhar na palavra*”, e percebia que isso lhe dava uma sustentação. Em supervisão, pudemos também nos dar conta de que caminhar na palavra, pela palavra, era propriamente o trabalho subjetivo que lhe permitiria tecer uma história em torno do buraco deixado pela doença.

Assim, o corpo que pode ser objetificado pelo saber médico é, ao mesmo tempo, o corpo carregado e marcado por significantes que podem dar um sentido a essa experiência tão radical que escancara a finitude do sujeito. A imagem é da ordem de uma ficção que pode, a qualquer momento, ser abalada pelo real. E, como lembra Ana Costa (2015, p. 95), “suportar o corpo como uma heterogeneidade diz respeito, de certa forma, a inventá-lo num discurso”. Assim como Elia aponta

A psicanálise não desconsidera que tenhamos um organismo e que este é regido por leis naturais e biológicas (o que seria louco), nem afirma que as vicissitudes desse organismo não afetam o sujeito (o que seria impróprio). Ela evidencia e formaliza que a experiência que temos do nosso organismo, suas exigências, proezas, debilidades ou doenças, nós só a temos através do campo da significação, do sentido, ou seja, pelo fato que, por sermos falantes, somos marcados pela linguagem. (ELIA, 2012, p. 46)

Então, muitas vezes estamos diante do abismo que o paciente desenha com sua angústia e não há palavras que possam tamponar esse abismo. O que os pacientes nos ensinam é que na,

pura angústia, nem sempre é possível falar, o que nos indica que esse real é apenas parcialmente recoberto pelo simbólico (VIVÈS, 2012). Vivès (2012, p. 25) afirma ainda que “o abismo é esse real que a fala é incapaz de inscrever no simbólico e que permanece no próprio cerne da criação – ou do sujeito – como furo real no simbólico”. Ainda que nada possa ser dito, o analista está presente em um laço que é do discurso, um discurso sem fala, afirma Vivès.

A angústia, esse afeto que não engana, é sentida no corpo, concerne ao corpo, fazendo aparecer o que é da ordem do horrível e assustador, o *Unheimlich* por excelência. Cabe aqui citar Lacan (1963/2005, p. 86) sobre a angústia

“Súbito”, “de repente” – vocês sempre encontrarão essas expressões no momento da entrada do fenômeno do *Unheimlich*. Encontrarão sempre em sua dimensão própria a cena que se propõe, e que permite que surja aquilo que, no mundo, não pode ser dito.

Mas, como lembra Freud (1919), o estranho (*Unheimlich*) é o que aponta para o íntimo (*Heimlich*), o que estava lá desde sempre, por isso familiar. É nesse sentido que a angústia vem apontar, é a via de acesso, ao real. Algo que é desvelado quando a ilusão, a fantasia se rompe. Podemos pensar nesse desvelamento operado pelo câncer, fazendo aparecer o corpo na sua face mais real, furando a imagem fantasística do sujeito, aquela onde é possível enganar, lembra Lacan. Essa angústia que faz corte, ruptura, deixa aparecer o corpo na sua fragmentação, na sua face real. Lembro de outra residente que, ao vivenciar a clínica com pacientes oncológicos na pediatria, diante daquelas crianças com câncer, não encontrava outro significativo que pudesse definir a sua experiência naquele momento, que não a palavra “tumulto”. Tumulto, que no dicionário da língua portuguesa indica confusão, alvoroço, desordem e conflito, apontava para o amontoado de questões que lhe foram suscitadas naquele período e, na ausência de uma coerência do que vivenciava naquela clínica, de uma maneira muito singular, ela descrevia o que se passava com o paciente, objeto de inúmeras intervenções: “fura, abre, mexe, tira, remenda, costura, enjoa, vomita, enfraquece, perde o cabelo, emagrece, queima, fura mais um pouco, incha, perde o acesso, e por aí vai...”. Temos aí uma bela imagem do que podemos nomear como real do corpo, e dos efeitos que isso causa no sujeito. Na tentativa de encontrar palavras que descrevessem a vivência de um câncer, o que se apresentou foi a imagem de um “tumulto”, conferindo um sentido à cena.

### 3.3 A morte e o desejo, sobre a ética da psicanálise

Isso é viver, com esse limite que dá sentido à vida, e sem o qual a vida não faz sentido.

*Françoise Dolto*

Lacan, no Seminário *A ética da psicanálise*, indaga se a vida tem algo a ver com a morte. Pensamos que é diante deste significante - morte - que um trabalho é possível, pois é o que vem falar da finitude, do que pode vir a faltar. O sujeito é marcado desde sempre por uma falta e, segundo Lacan (1962-1963/2005, p. 35) “é na condição de ser assim marcada pela finitude que nossa própria falta, sujeito do inconsciente, pode ser desejo, desejo finito”. Diante da morte que o câncer escancara, pela via do imaginário e do simbólico, o sujeito vai reconstruindo um novo corpo, vivo, onde possa se reconhecer. Mas Lacan, ao se referir à morte, chama atenção para essa morte com a qual o sujeito se angustia, referindo-se à segunda morte, a do significante, pois é pela via deste que se pode aceder ao conhecimento da morte. O que o sujeito sente de perto, diz Lacan (1959-1960/1997 p. 354), é “que ele pode faltar à cadeia do que ele é”.

Acometido por um câncer, imediatamente o sujeito vê falhar uma certa ilusão de futuro. No cotidiano de um hospital oncológico, a morte e a finitude são presenças rotineiras. Estar em uma enfermaria rodeado por outros pacientes com câncer, em seus diferentes momentos do tratamento, muitas vezes vê-los morrer, remete o sujeito à sua própria condição de mortal, pois como Freud (1915/ 2006, p. 299) lembra em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, “é impossível imaginar nossa própria morte”, só temos notícia dela pela morte dos outros. Porque não há representação da própria morte no inconsciente, é que buscamos incessantemente uma ilusão que nos permita estar vivos, ilusões necessárias, pois como aponta Freud, temos uma tendência inegável de pôr a morte de lado. Um saber que precisa ser negado para que possamos viver. Então o que o sujeito faz quando está diante de um diagnóstico de uma doença grave, o câncer, que muitas vezes anuncia a morte, quando é afetado pelo real da morte, ele tende a elaborar uma fantasia, uma espécie de ficção, pois é nesse domínio que encontramos uma pluralidade de vidas de que necessitamos, afirma Freud.

Pensamos que é a partir dessa afetação do sujeito pelo real da morte que alguma invenção é possível, a construção de uma fantasia, véu fundamental do real, e nesse sentido apostamos no tratamento pela palavra. Palavra que toca o corpo e se impõe, convocando a um

trabalho psíquico. É nesse sentido que tanto a fantasia como o delírio “constituem esforços simbólicos e imaginários de apaziguamento das invasões bárbaras e inassimiláveis do real” (JORGE, 2010, p. 9). Creio que a psicanálise tem aí o seu lugar, em meio a tantas práticas e saberes que fazem calar muitas vezes o sujeito em sua subjetividade.

Marco Antonio Coutinho Jorge apresenta em seu livro *Fundamentos da Psicanálise*, uma bela análise do filme *Invasões Bárbaras* (2003), onde comenta uma trama que se desenvolve no entorno do câncer de um patriarca, onde a morte que é esperada não fica reduzida ao espaço do hospital, mas é, ao contrário, incluída na vida. Uma morte, diz o autor, “que tem profunda relação com a vida e, paradoxalmente, dá sentido à ela, não é afastada do olhar e da vida cotidiana” (JORGE, 2010, p. 156). O que o autor nos indica é que, entre a vida e a morte, o sujeito constrói um certo olhar para o mundo, e este surge de novo.

Recordo-me de um paciente de 26 anos, com uma leucemia linfoblástica aguda (LLA), que após intenso tratamento, com várias tentativas de remissão da doença, todas em vão, se depara com a notícia de que não havia mais tratamento a ser oferecido, pois sua doença mostrava-se refratária a todos os protocolos de tratamento. Lembro o quanto foi difícil para aquela equipe, igualmente jovem, comunicá-lo isso. Ele já havia perdido a visão de um olho pela toxicidade da quimioterapia, e um pé amputado devido a uma trombose venosa profunda, também em decorrência da toxicidade. Ainda assim, ele dizia-se motivado e esperançoso, pois “*ainda estava vivo*”. J. diante de sua finitude, resolve tecer planos para uma possível alta, planos de fazer uma tatuagem que nunca pudera fazer, de comprar um ar condicionado para seu quarto, e quem sabe comprar uma moto. Fui chamada pelos médicos a intervir, pois estes profissionais se viam angustiados em ver o paciente “negando” a situação, uma vez que já haviam esclarecido sobre o curto tempo de vida que lhe restava. A angústia era ver o paciente falar de vida na proximidade da morte. Pude explicar que não se tratava de uma negação, mas antes, de que ele estava vivo e, o que lhe mantinha vivo, era a possibilidade de desejar. Foi exatamente diante desse fim, que lhe conferia uma urgência de vida, que J. desejava realizar algumas coisas. Não teve tempo, mas ainda assim não recuara de seu desejo. Inspirado por Heidegger ao enunciar sobre o ser-do-ente (*ser doente*), Lacan (1962/2005) falará do ser-para-a-morte, aquele que é empurrado pelo desejo diante da falta. Então, mesmo diante da morte, portando uma doença que pode ser fatal, o desejo pode se manter vivo. Ainda que diante de várias perdas, J. ainda estava vivo, e era nessa condição de vivo que podia desejar. Recorro a Dolto (1985), que afirma

Ver uma parte do corpo se ir é o começo da morte, perder os dentes, o cabelo... e não estamos falando de uma perda irreparável, quando existe o luto por um membro depois

de uma mutilação por acidente. Tudo isso pode ser suportado pelas pessoas. Perderam um membro e estão mais vivas depois.

Isso nos faz pensar que a morte é o que dá sentido à vida, o que faz o sujeito desejar e poder fazer algo com ela, é o que Lacan (1964, p. 32) aponta ao afirmar “o inconsciente se manifesta sempre como o que vacila num corte do sujeito – donde ressurge um achado que Freud assimila ao desejo”. É o desejo que permite que o sujeito possa estar na vida, desejo cujo suporte é a fantasia, e Lacan (1958b, p. 112) acrescenta “nada é mais intolerável que a existência reduzida a si mesma, a existência mais além de tudo o que pode sustentá-la, a existência sustentada na abolição do desejo”.

Afirmamos, o sujeito do qual nos ocupamos é mais do que o indivíduo com seu funcionamento orgânico e biológico. O paciente que citei acima estava vivo até o momento da sua morte, ainda que os médicos não pudessem mais apostar na vida. É a sua condição de ser falante, inscrito na linguagem, constituído na e pela alteridade, que nos permite falar dele enquanto sujeito. Nas palavras de Alemán (2013, p. 151, tradução nossa) “a língua, é isso que faz de cada um, um doente singular, onde se cruzam o sexo, a morte e a palavra, em uma escritura cuja superfície de inscrição é o inconsciente e não o cérebro.”. Considerar isso é apontar para o que fura o discurso da cientificidade, na medida em que o sujeito não equivale ao corpo, ou a superfície que pode ser vista e sobre a qual incidem os procedimentos.

Um ano antes do seminário onde abordará a morte em vida, Lacan propõe uma interessante relação entre morte e desejo, trazendo para a cena a famosa tragédia de Hamlet. Importante obra de Shakespeare, com uma extensa e abundante literatura sobre ela, como aponta Lacan em seu Seminário *O desejo e sua interpretação* (1958-1959), Hamlet “é em síntese o homem que vê todos os elementos do jogo da vida, todas as suas complexidades, todos seus motivos, e que devido a esse conhecimento está detido, paralizado em sua ação” (LACAN, 1959/2014, p. 281). Para Lacan (1959/2014, p. 320), Hamlet é simplesmente o lugar do desejo, “o desejo do neurótico em cada momento de sua incidência”, apontando aí para a divisão subjetiva de cada um, na medida em que o que se expressa nessa tragédia é uma relação particular do sujeito com o seu próprio desejo, na qual a morte encontra um lugar proeminente. (JORGE, 2010).

O personagem shakespeariano aparece como tema edípico em Freud desde a *Interpretação dos Sonhos*. Quinet (2015, p.127) aponta que em Freud o trágico é relativo ao conflito entre desejos inconscientes e a consciência moral; já para Lacan, o trágico diz respeito ao desejo e ao “ato de sua conexão com o gozo”. Assim, o que a tragédia desvela, através do personagem do herói como sujeito trágico, é o próprio sujeito em sua divisão, em sua hiância.

O drama de Hamlet encarna assim, o encontro com a morte, ponto em torno do qual gira essa peça. Hamlet posterga o encontro com a morte, ao postergar a realização de seu desejo, movimento este que remete à clínica do obsessivo. A ação que tanto se demorou em Hamlet, só se concretiza, ganha sentido, quando a possibilidade real da morte se apresenta, quando Hamlet está ferido e sabe que vai morrer. Diante da morte, na condição de ser mortal, o desejo se antecipa.

### 3.4 Sobre o luto antecipado

Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte.

*Sigmund Freud*

Em Lacan, como já mencionado acima, encontramos o tema da morte, e da morte antecipada, através da tragédia de Antígona. Nessa peça, que gira em torno do suplício de uma morte vivida em vida, cujo desfecho é ser encerrada viva numa tumba, Lacan nos fala de uma “vida que vai confundir-se com a morte certa, *morte vivida de maneira antecipada*, morte invadindo o domínio da vida, vida invadindo a morte” (LACAN, 1960, p. 301).

A vivência de um câncer escancara a janela para a morte, onde cada sujeito inventa para si uma saída. Não é pouco comum acompanhar alguns pacientes quando desistem de apostar na vida, o que nos faz interrogar se trata-se aí da morte do desejo ou do desejo de morte. De qualquer maneira, o desejo é sempre o que está no limite (LACAN, 1958-1959/2014). Apresento a seguir um breve acompanhamento de uma paciente que nos faz indagar sobre de que desejo se trata.

J.A, 52 anos, foi internada para tratamento com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin. Doença tratável, com importante perspectiva de cura (mais de 90% de chance de recuperação total). Portadora do vírus HIV, esta não era sua primeira internação. Havia realizado tratamento há cerca de 7 anos antes para câncer de mama, do qual obtivera remissão completa, sendo considerada curada. Conheço a paciente a partir de uma solicitação de sua médica assistente, que alegava que não havia justificativa para o sintoma que a paciente apresentava, de não conseguir se alimentar, e que dessa forma, a mesma não estava cooperando com o tratamento, pois mostrava-se fechada a qualquer intervenção, inclusive da psicologia. Apresento-me a J.A

perguntando como ela estava naquele momento, ao que escuto como resposta “*eu quero ir embora, quero ir para casa*”. Demonstro interesse em escutá-la e continuo perguntando sobre o motivo de estar ali, e se sabia o porquê de não conseguir ir para casa. Essa foi a brecha para que J. me contasse um pouquinho de sua história, do câncer anterior, e de que agora estava ali para “*de novo*” tratar uma doença. Mas queria “*ir embora*”. Ainda não me contara de sua doença de base, o HIV. E eu pude esperar.

No dia seguinte, J.A recebeu alta hospitalar, mas em menos de uma semana retornava ao hospital. Também não conseguia se alimentar em casa, ficava tão fraca que desmaiava e isso era o suficiente para ser reinternada. J.A só me falava de seu desejo de “*ir embora*”. Não tolerava ficar no hospital, não suportava o tratamento e suas invasões no corpo. Não queria comer. Essa atitude foi incomodando a equipe, porque a paciente entrava em franco processo de desnutrição, e sem uma boa condição nutricional não suportaria a quimioterapia. A equipe médica se indignava, pois havia diante deles um tumor curável, por isso ela “*tinha que ser tratada*”. Aos poucos, escutando J.A, esta contara-me sobre o HIV, e fui me dando conta de que ela não queria viver. Via sua vida terminado no momento em que soubera da contaminação do HIV pelo ex-namorado. Notícia que foi transmitida por uma mulher, então namorada de seu ex-namorado (quem havia transmitido). “*Ele acabou com a minha vida*”, me diz J.A, que não conseguia fazer uma virada, a ponto de desejar outra coisa. “*Ele sabia, e mesmo assim fez isso comigo*”. Identificada ao desejo do Outro, a morte era o que desejava.

A paciente continuava ali, “*deprimida*” e sem conseguir comer. Nas discussões em mesa-redonda, a equipe chegou a diagnosticá-la de “*incapaz*” devido ao quadro de depressão, afirmando “*é uma paciente psiquiátrica, então, se é incapaz, vamos tratá-la*”. Eu me apresentava para dizer que ela não era incapaz, que podia dizer e estava dizendo que estava difícil para ela estar ali. Deprimida, recuava em seu desejo de continuar viva. Freud (1914/1996, p. 89), em *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, já afirmara que, diante de uma situação de doença e dor, “*o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio eu*”, e deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo. Essa paciente não conseguia fazer novos investimentos em sua vida, falava-me de uma grande perda. Muitas vezes, em um ambiente hospitalar, o que acompanhamos é a angústia de uma equipe em lidar com a tristeza do paciente, tristeza que é vista como um problema para ser eliminado, e por isso é comum acompanharmos a medicalização frente a dor de existir. Como lembra Maria Rita Kehl (2009, p. 31) “*ao patologizar a tristeza perde-se um importante saber sobre a dor de viver*”. Uma das médicas entendeu, e levantou a possibilidade de considerar como legítima sua posição subjetiva, sendo o cuidado paliativo talvez a melhor conduta, ainda assim entrara com antidepressivo. Porém



todo o restante da equipe médica insistia que ela tinha que tratar. Três dias depois, a paciente fez um choque séptico, e nesse momento os médicos resolveram entubá-la. Esse procedimento denunciava o desejo da equipe médica em investir na vida. Os médicos desejavam a vida por ela. Curiosamente, no momento da realização do procedimento, J.A aperta fortemente a mão da médica e diz, “*doutora, estou com medo de morrer, eu não quero morrer*”. J. foi entubada, mas pouco tempo depois não resistiu e morreu.

Será que podemos dizer nesse caso que se trata de uma morte em vida? Diante da morte, foi o desejo de viver que se ergueu. Tal como em Antígona, que lamentava-se, vendo sua vida ficar para trás, ao ser levada viva para a tumba.

Esse caso traz à luz dois discursos, um que aponta para um significante mestre que pode dizer tudo sobre o outro (ela tem uma doença curável e por isso precisa ser tratada); e outro que aponta para um enigma como verdade do sujeito. O que essa paciente desejava afinal? Não podemos ignorar que havia um desejo em cena, pois havia um sujeito ali. Como operar uma discursividade que leve em consideração o sujeito, quando estamos imersos em uma instituição onde predomina o saber médico que opera sobre o indivíduo, que tem um corpo determinado pelo biológico? Tais questões me fazem indagar cotidianamente “o que pode um analista em uma instituição médica?”

Em *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, Freud insiste sobre o fato de que a morte própria não é representável, mas, nos aponta Miller “não sendo representável, é, no entanto, antecipável” (MILLER, 1999, p. 24). Esta morte como antecipável é outra coisa completamente diferente da morte natural. Talvez seja isso que nos permita falar em um luto antecipado ou antecipatório. Lacan (1958-1959) nos fala de uma certa função da morte na vida, uma morte não relacionada à biologia, mas referente a lógica do significante. No capítulo *Antígona no entre duas mortes*, Lacan (1960, p. 339) afirma:

(...) para Antígona a vida só é abordável, só pode ser vivida e refletida a partir desse limite em que ela já perdeu a vida, em que está para além dela – mas de lá ela pode vê-la, vivê-la sob a forma do que está perdido”.

Jacques-Alain Miller, no texto *Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo*, faz uma distinção, a partir de Lacan, entre a biologia freudiana e a biologia propriamente dita, para afirmar que a biologia freudiana nada tem a ver com a biologia (no sentido do orgânico). É nisso que ele sustenta a ideia apresentada no Seminário 7, afirmando que a vida ultrapassa a vida do corpo individual (que não seria mais do que uma forma transitória). Nas palavras de Miller, “A vida não se reduz ao corpo em sua bela unidade evidente. Há uma evidência de corpo

individual, do corpo enquanto Um, que é uma evidência de ordem imaginária.” (MILLER, 1999, p.8). Esse Um vem do significante, e não do um do corpo. É por isso que faz diferença afirmar que o homem *tem* um corpo, e não *é* um corpo (LACAN, 1976).

Dizer que a biologia freudiana não é a biologia propriamente dita, biologia das moléculas, é o que permite dizer que a morte de que se trata na pulsão de morte **não é** a morte biológica, não é o simples retorno ao inanimado. Ela aponta antes para o desejo de outra Coisa. Miller chama atenção para o fato de que o que Lacan (1976, p.23) diz sobre a morte como significante, é justamente o que permite falar da morte antecipada, “isso traduz o fato, depois de tudo bem conhecido, de que o ser vivo, na espécie humana, antecipa a morte.”. A morte antecipável é outra coisa, distinta da morte natural.

Assim, Lacan nos apresenta duas mortes, aquela que conhecemos como morte natural, das moléculas, e a outra morte, a morte que ele denomina de mais além da vida, a morte que ele define como “morte antecipada”. E é sobre esta, a morte enquanto significante, que nos debruçamos ao ouvir pacientes em tratamento de câncer nos falarem de seus medos, e de suas fantasias, sobre o que pode vir a ser, quando algo do corpo não mais responder ao aparato científico. Esse “mais além da vida” é o que pode ser exemplificado com a sepultura, quando o sujeito passa a ser eternizado por um significante, posto que, tal como indica Miller (2014, p. 312) “somente para a espécie humana o corpo morto conserva seu valor”. Então, se não é com a morte do organismo que estamos preocupados, do que se trata então? Trata-se do que Lacan denomina como segunda morte, a morte antecipada e, trata-se, como aponta Miller, da diferença que há entre vida e corpo, onde o corpo assume apenas uma forma transitória da vida.

Ainda nesse seminário sobre a ética da psicanálise, Lacan aponta para a função da morte na vida, na medida em que pode vir a faltar, e é isso que faz o desejo se erguer. Segundo Miller, isso significa que “a morte não é complementar à vida. Trata-se aqui da morte enquanto a tenhamos em relação com a vida, e não pode ser mais que uma morte significante, o que traduz a invasão da morte na vida” (MILLER, 2014, p. 330). Na tragédia citada por Lacan ao longo desse seminário, mesmo sabendo que era com a sua vida que iria pagar, Antígona não recuava de seu desejo. Porém, em um dos momentos de ápice da tragédia, onde se encaminha para o desfecho, no qual será enterrada viva numa tumba, ela ali lamenta-se da vida que deixaria de ter, dos filhos que não poderia ter, do amor que não poderia viver. Chama atenção esse momento sobre o qual Lacan diz: “sem ainda estar morta, ela já está riscada do mundo dos vivos” (LACAN, 1960, p. 339).

Remeto a uma outra paciente, diante da notícia de um diagnóstico de doença avançada e diante de várias perdas em sua vida, assim como em seu corpo, no qual não havia mais o que

ser feito, apenas cuidados paliativos. Enquanto aguardava a transferência para a unidade de cuidados paliativos, sabendo que isso representava um caminho sem volta, essa paciente lamentava-se por não poder viver esse momento, talvez o mais importante, poder ser avó e cuidar do primeiro neto, do filho único do qual se orgulhava de ter criado sozinha. Diante do luto de não poder viver esse momento, essa paciente, diante da psicóloga que percebe tamanho sofrimento e se dispõe a escutá-la, se utiliza de um salmo como forma de expressar como se sentia naquele momento:

... porque minha alma está cheia de males. E minha vida está à beira do túmulo. Sou visto como quem baixa para a cova, tornei-me homem sem forças, tenho minha cama entre os mortos, como as vítimas que jazem no sepulcro...(Salmo 88)

É assim que essa paciente expressa seu momento diante da impossibilidade de continuar o tratamento, tal como Antígona, sem ainda estar morta, mas já riscada do mundo dos vivos. Morte do significante, a dor de deixar de existir.

Portanto, é enquanto vivo, que se pode pensar na morte. Freud (1915, p.301) escreveu no texto já referido acima, “a guerra faz com que não possamos mais negar a morte, ao contrário, faz com que a vida torne-se mais interessante, recuperando seu pleno conteúdo”. É dessa maneira, então, que podemos entender quando, diante da própria finitude, esses pacientes tecem ainda alguns planos de vida, coisas que desejam realizar antes de morrer. Penso que a paciente J.A só pôde desejar a vida quando a morte se apresentou como real.

Podemos assim pensar na relação entre morte e desejo, na medida em que ambos remetem a uma falta, à experiência da castração por excelência. Há um impossível de se realizar, pois sempre o que está em jogo é o encontro, sempre faltoso, com um objeto que dê conta dessa falta. Nas palavras de Jorge (2010, p. 176) “o exercício do desejo supõe sempre a entronização da morte e sua aceitação, isto é, a experiência de castração”, pois “não há vida sem mortes – esse talvez seja um dos principais ensinamentos que uma análise pode dar ao sujeito. (JORGE, 2001, p. 132). Assim, o sujeito, enquanto condição de perda, marcado por uma falta fundamental, vai em busca do objeto que ocupará o lugar na sua fantasia, enquanto objeto de desejo. A relação com o objeto é sempre a relação com a falta do objeto, por isso a representação na fórmula da fantasia com os símbolos matemáticos de junção e disjunção, que se colocam entre o sujeito (com sua falta) e o objeto -  $\$ \diamond a$ .

No caso de alguns pacientes com câncer, principalmente quando se sabe que a doença é crônica e, que por mais que não seja visível, ela está lá, eles não conseguem tecer novos planos, ficam presos à uma “sentença de morte” que vem atrelada à palavra câncer. Tal como Freud

abordou no pequeno, porém importante texto, publicado em 1916, *Sobre a transitoriedade*, aquilo que é belo (a vida, os planos), e que outrora teria amado e admirado, perde seu valor por estar fadado à finitude, e o que se dá é uma antecipação de luto pela morte do que é belo, pelo efeito de que tudo na vida é transitório. Então, esses pacientes, por anteciparem um fim, demitem-se do seu desejo, recuam diante da vida e do que ainda pode ser belo e vivido. Segundo Freud (1916/1996, p. 319), o valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo, mas ainda assim ele aposta em uma virada, um trabalho que permita uma ressignificação e afirma “reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em terreno mais firme, e de forma mais duradoura do que antes.”.

Vale aqui fazer um breve histórico sobre o conceito de luto antecipado ou antecipatório. Como vimos, Freud se refere à *antecipação de luto*; e Lacan, à *morte antecipada*. Mas o termo luto antecipatório foi utilizado pela primeira vez em 1944, pelo psiquiatra Erich Lindemann (*The Symptomatology and Management of Acute Grief*) para descrever as experiências emocionais que antecedem à morte de uma pessoa com alto valor afetivo para outra. Esse trabalho retratou a reação das esposas de soldados durante a guerra como uma “reação adaptativa face à iminente ideia de perda” (LEÃO, 2004, p. 21). O autor observou que essas esposas experimentavam genuínas reações de luto quando da separação física e da possibilidade de morte de seus maridos soldados. Tais reações incluíam a raiva, depressão, desorganização e reorganização, antecipando o desligamento afetivo. Nota-se que há aí um trabalho legítimo de luto, que como todo processo de luto chega espontaneamente a seu fim, levando o sujeito a reorganizar sua vida.

O luto, tal como Freud o aborda em *Luto e Melancolia* (1917), diz respeito a perda de objetos (e até de ideais), afirmando “O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém” (FREUD, 1917/1996, p. 249). É sobre isso que se perde, que deverá ser feito um trabalho de investir e desinvestir, substituindo o objeto perdido por outros objetos, o que pode permitir a continuidade da vida. Caso contrário, cairemos na melancolia, pois como aponta Freud (1917/1996, p. 251) “no luto é o mundo que se torna pobre, e vazio; na melancolia, é o próprio eu”. Penso que J.A não conseguiu fazer o luto do que perdera com aquele namorado que lhe transmitiu o vírus. Melancolizada, viu-se esmagada sob a sombra do objeto perdido. Diante da perda, demitiu-se de seu desejo.

A *demissão subjetiva* é a hipótese lacaniana sobre a posição do sujeito que se deprime, mas o que está enfatizado aí é que há uma posição subjetiva, o que é diferente de dizer que não há sujeito, ou que esse sujeito é incapaz, tal qual a leitura da medicina. Trata-se de uma posição

do sujeito frente ao objeto (perdido) de seu desejo que “determina seu lugar no fantasma, de onde ele ensaia sua versão inconsciente a respeito do que o Outro quer dele” (KEHL, 2009, p. 58). Essa paciente, J.A, falava de seu sofrimento de uma traição. Traída pelo namorado, traída pela vida que, pela segunda vez, lhe oferecia uma doença, traída pela medicina que lhe curara de um câncer, mas outro aparecia. Lacan (1960/1997, p.384), no seminário *A ética da psicanálise*, refere

O que chamo ceder de seu desejo acompanha-se sempre, no destino do sujeito – observarão isso em cada caso, reparem em sua dimensão – de alguma traição. Ou o sujeito trai sua via, se trai a si mesmo, e é sensível para si mesmo. Ou, mais simplesmente, tolera que alguém com quem ele se dedicou mais ou menos a alguma coisa tenha traído sua expectativa, não tenha feito com respeito a ele o que o pacto comportava, qualquer que seja o pacto (...).

O que podemos afirmar, a partir da clínica com esses pacientes, é que na vivência de um câncer não se trata somente do luto pela perda da vida, mas trata-se de múltiplas perdas que são vividas diariamente. Perdas na autonomia, perdas da funcionalidade de um corpo, perda da perspectiva de um futuro, perda de emprego, de laços sociais, etc. Portanto, há um processo de luto cotidiano, de perdas reais e simbólicas. Por isso, tal como Ana Maria Rudge (2009, p. 64) aponta, “é preciso levar em conta o caráter contingente e único de cada trauma e o efeito devastador com que certas irrupções do real incidem na vida de alguém”.

### 3.5 A psicanálise, uma prática possível no contorno do impossível

A vida, tal como nos coube, é muito difícil para nós, traz demasiadas dores, decepções, tarefas insolúveis. Para suportá-la, não podemos dispensar paliativos.

*Freud, 1930*

Com a técnica da psicanálise, Freud propunha um tratamento que desse conta do mal-estar no corpo, pela palavra. Partindo da singularidade do adoecimento, tomamos a psicanálise como um dispositivo capaz de fazer aparecer a subjetividade, que comparece em cada sofrimento, em cada narrativa no encontro entre analista e paciente.

Helène Bonnaud apresenta, em seu livro *Le corps pris au mot*, um rico percurso sobre o corpo na psicanálise, um corpo que aparece vinculado ao discurso, e não existe sem ele. É nesse sentido que se pode dizer que o corpo é sintomatizado ou “sintraumatizado” (*symptraumatisé*). Há uma incidência da palavra sobre o corpo que faz marca e, nesse sentido, traumatiza. Portanto, esse corpo- efeito do significante é uma resposta, sempre singular, do que é dito, escutado, e que pode ser negado, foracluído, recalcado. (BONNAUD, 2015).

O que é importante pensarmos aqui, e bem destacado pela autora na obra citada, é que o sujeito entra no discurso de sua doença por dois modos distintos: um que é dado pela ciência e outro que é pela experiência da sua própria doença. Ou seja, se o primeiro mergulha o sujeito no desconhecido de uma experiência de real; o segundo lhe permite interpretar sua doença, e partilhar algo de mais íntimo sobre essa experiência. Por isso torna-se importante fazê-lo falar, pois por mais que se possa tratar uma doença em diferentes sujeitos sob o mesmo protocolo, cada um inventará para esta um sentido próprio e particular. É nisso que repousa a ética da psicanálise, na invenção de um “bem dizer” do seu sofrimento, na aposta de uma singularidade que vai construir sua própria narrativa. Ou, em outras palavras, “a psicanálise não diz o que será preciso fazer: ela não pode dar senão referências para ouvir a singularidade do que está em jogo para cada sujeito” (ANSERMET, 2014, p.9).

Freud já alertara, em *O mal-estar na civilização* (1930), que o sofrimento pode nos atingir a partir de três fontes: do mundo externo, das relações entre os seres humanos, e por fim do próprio corpo, que fadado ao declínio e dissolução não pode dispensar a dor e o medo. O corpo é esse íntimo que habitamos, e que nos dá uma referência direta de quem somos. Mas ao mesmo tempo é um estranho, que quando menos se espera dá notícias de que a vida pode escapar. Se temos no imaginário o ponto de partida nessa referência ao corpo, ele não pode ser entendido sem uma intrínseca relação com os dois outros registros - real e simbólico - e o que Lacan nos ensina, com a clínica borromeana, é que se um dos registros se rompe, todos os demais ficam soltos. O que nos faz pensar que não é sem o real do corpo, esse real que afeta o tempo todo, que podemos pensar a nossa existência. Mas é na constante amarração, nessa tessitura dos nós, que consiste o nosso saber fazer com os sintomas singulares.

A questão que nos colocamos então nesse trabalho pode assim se expressar: Como operar a partir de um real que é indizível, inapreensível, mas do qual não escapamos, pois é da própria vida que se trata, permitindo que o sujeito formule um discurso sobre essa experiência tão particular? Dar voz ao paciente é permiti-lo tecer uma narrativa sobre seu próprio sofrimento. Jean-Michel Vivès oferece uma possibilidade de tentar responder a essa indagação apontando para um discurso sem fala, e da relação entre o silêncio e a voz. Sabemos, com

nossos pacientes, que há momentos em que não se pode dizer dessa vivência, não há palavras que preencham o rombo aberto pelo câncer. O imaginário se apresenta então como uma tentativa de dar conta desse indizível. O recurso ao imaginário é a tentativa de dar alguma consistência a isso que escapa ao simbólico, uma tentativa de enquadrar o que é da ordem do real. Com o desejo do psicanalista em cena, podemos sustentar esse impossível de dizer, suportando a espera de um novo dizer. Como refere Andrea Villanova (1997, p. 278),

É somente a partir do momento em que o sofrimento toma a forma falada, que o sintoma se faz, implicando a particularização do sujeito e suas respostas em relação ao real, dimensão que articulando-se com o impossível de dizer constitui para o sujeito um ponto de impasse.

É importante ressaltar que o discurso da psicanálise é o avesso do discurso do mestre, foi isso que Lacan buscou transmitir ao dizer que o discurso do analista é aquele que coloca o sujeito no lugar de quem pode dizer a verdade sobre si mesmo. Não se trata, portanto, de trazer pronto um saber que se encaixará muito bem no sofrimento de determinada pessoa, por estar vendo sua vida se esvaír no tratamento. Isso, chama atenção Miller (2008), estaria no nível das psicoterapias, das quais é importante distinguir a psicanálise. É bem verdade que a psicanálise traz em seu processo analítico importantes efeitos terapêuticos, mas não no sentido de uma normatização ou adaptação (ao que se pensa desejado), e sim no sentido do sujeito tomar como própria e autêntica a sua modalidade de gozo.

A psicanálise então se apresenta, não com uma resposta ao sofrimento do outro, mas como uma possibilidade de relançá-la em direção ao desejo. Situar a psicanálise como resposta ao sofrimento do outro é colocá-la como um Outro não barrado (A), é onde se situam propriamente as terapêuticas, que podem ser representadas no primeiro piso do grafo do desejo  $s(\mathbf{A}) \rightarrow \mathbf{A}$ , significando que de fato tem um Outro que pode dar um significado para o sofrimento do paciente. J-A Miller (2008) chama atenção para o risco de se igualar a psicanálise às terapias. Em uma instituição de referência em determinado tipo de tratamento, como é o lugar onde se dá esta clínica que aqui apresento, é comum que os pacientes recorram ao profissional na busca de uma resposta para seu sofrimento. Ele fica nesse circuito de demandar ao outro (que está lá com sua *expertise*) uma resposta para o seu mal-estar. A questão é o lugar no qual esse outro se coloca, a de responder com seu saber sobre o sofrimento do outro (A), ou de se deixar barrar (A) e deixar que o próprio paciente encontre esse saber, o seu saber fazer com o seu sofrimento. Ainda que o dispositivo analítico tenha efeitos terapêuticos, dizer que a psicanálise é uma terapêutica seria afirmar o seu lugar de mestre, de quem sabe. E o que Lacan apontou foi

justamente para o inverso, o avesso desse discurso, onde o analista ocupa, e deve ocupar, o lugar de objeto causa de desejo de saber do sujeito. Nesse lugar, ele é aquele capaz de furar a totalização de um discurso dominante. Na medida em que ele é objeto (**a**), ele é o que pode causar, com sua presença, o desejo em sua singularidade, fazendo aparecer a subjetividade. Esse é o campo, então, onde operamos enquanto psicanalistas, ou seja, o campo das singularidades, onde a cada novo paciente um novo encontro pode se dar, e com ele uma nova invenção que os inclua enquanto sujeitos.

Já abordamos em capítulos anteriores a importância da reconstrução de uma fantasia, na tentativa de refazer uma tela, proteção necessária frente ao real. A fantasia tem estreita relação com o desejo, na medida em que vai possibilitar a sustentação deste; lembremos que no grafo do desejo há uma linha que fixa o desejo à fórmula da fantasia. O desejo, tal como Lacan nos demonstra através desse grafo, só pode estar para além do nível da demanda. Como afirma Lacan (1958/2014, p. 314) “o sujeito deve passar para mais além da necessidade da demanda na medida em que busca recuperar seu desejo em seu caráter ingênuo”. É somente nesse “mais além da demanda”, que o sujeito pode se perguntar o que é ele como sujeito. Mais além do lugar que o Outro lhe oferece como verdade, resposta à demanda, ele há de encontrar a sua verdade. Para além do discurso do Outro (A), algo que aponte para a pergunta “o que quero?” e que, como Lacan advertiu, questão que se dirige ao sujeito de uma forma invertida como “Que queres?” (*Che vuoi?*).

Com isso, podemos afirmar que o que importa em uma instituição em que convivem diferentes saberes, não é defender a prevalência de um sobre o outro, sobretudo na clínica, pois cada saber será produzido a partir do específico de cada lugar. O que importa, lembra Rinaldi (2015), é que seus impasses trazem à tona os furos desses discursos, ou seja, o seu real, permitindo uma “circulação discursiva em que o saber se mostra em sua impotência. (Rinaldi, 2015, p. 123). Dessa maneira, a psicanálise cumpre a sua função, que segundo Lacan (1958/1999, p. 202) é:

Atar um significante num significante e ver no que vai dar. Nesse caso sempre se produz alguma coisa de novo, a qual, as vezes, é tão inesperada quanto uma reação química, ou seja, o surgimento de uma nova significação.



## POR ENQUANTO, UMA CONCLUSÃO...

It's not the future that I can see, it's just my fantasy

*Who can it be now? Man at work*

Freud (1930) já afirmara que o que se busca na vida é a felicidade e a ausência de dor e desprazer. Em ensaio anterior (1916), o mesmo autor já apontara que cada um de nós nascemos devendo uma morte à vida, e a medicina tenta prolongar esse caminho o máximo que pode. De alguma maneira, é o que fazemos em nossas vidas, criar prolongamentos e desvios que retardem ao máximo esse encontro com o fim. São os altos e baixos, as curvas do caminho, os rodeios, tal como lembra Lacan (1959/1999, p.76) “o princípio do prazer governa a busca do objeto e lhe impõe esses rodeios que conservam sua distância em relação ao seu fim”.

O percurso que tentamos traçar ao longo dessa dissertação foi o de indagar sobre o corpo, corpo revelador de uma subjetividade que não se restringe ao orgânico, corpo físico. Freud nos apresentou através do corpo erógeno e do narcisismo, pelos trilhamentos pulsionais, uma constituição subjetiva absolutamente singular. Lacan, marcando o seu retorno à Freud, nos fala de uma constituição de sujeito, em uma tripla dimensão, cujo real do corpo é capturado por uma imagem que, se não diz tudo daquele sujeito, ao menos lhe dá uma dimensão de quem é, pelos traços que marcam a sua constituição, traços que lhe são conferidos simbolicamente na relação com o Outro. Dessa forma, não é mais possível circular, em psicanálise, a ideia de que o indivíduo possa se adaptar a uma realidade, ainda que a realidade se imponha.

Ainda que a clínica borromeana, isto é, a clínica lacaniana que articula na forma de uma amarração, de nó, os três registros (real, simbólico e imaginário), nos dê a dimensão de um sujeito, haverá sempre um mal-entendido do corpo, que escapa ao recobrimento pleno. Talvez por isso possamos entender que a imagem é sempre vacilante, pois não é capaz de recobrir totalmente o que reflete; assim como o simbólico também não dá conta, na medida em que um significante está sempre em relação a outro significante. Como bem define Caldas (2008, p 87) “ a linguagem mapeia o corpo com os significantes, mas deixa um resto”. Algo permanece como hiância. Dessa hiância, desse resíduo, e retornando a Freud, dessa falta fundamental, não há tecno-ciência que dê conta. Desse furo não nos curamos jamais.

A questão que me moveu nesse percurso, e na verdade a questão com que alguns pacientes se deparam ao longo do tratamento, que é a de “*Eu me olho no espelho e não me*

*reconheço*”, ou “*as pessoas olham para mim e dizem que estou ótima, mas essa não sou eu*”, “*o que o câncer fez comigo?*”, talvez agora possa esboçar uma resposta. Nesse mal-entendido do corpo, haverá sempre um desencontro entre esse lugar de onde eu me vejo - **i (a)** - e o lugar de onde o Outro me vê – **I (A)**. Desencontro que causa angústia e, como bem aponta Lacan, “o sinal de angústia se produz em algum lugar, algum lugar que pode ser ocupado por i(a), o eu enquanto imagem do outro, o eu na medida em que é, basicamente, função de conhecimento” (LACAN, 1961, p. 350).

Concluo pensando na função do analista em uma instituição médica, e mais propriamente, no giro discursivo que o discurso do analista pode operar, na medida em que a clínica é esse lugar por excelência do discurso do analista, discurso que possibilita um trabalho singular com cada sujeito. Evocar o que é enigma para cada um, relançar o que ficou na condição de resto à condição de enigma, de modo que o sujeito possa nos falar do desejo de uma outra *Coisa*, essa me parece ser a função do analista em uma instituição médica. Nenhum diagnóstico médico, por mais preciso que seja, pode dar conta da subjetividade. Então é diante da singularidade que apostamos na função do analista.

O corpo é esse lugar onde está representado a vida e a morte, e o sentimento de ter um corpo o que dá, ao mesmo tempo, o sentimento de existência. A psicanálise comparece então, como *práxis*, e convoca o sujeito a dizer, a tentar explicar e formular o que constitui o seu corpo, como mistério para ele, como real. Nesse sentido, não cabe ao psicanalista fazer o sujeito adaptar-se ao mundo, às situações que lhe causam alguma dor, mas sim acompanhá-lo nas invenções que lhe convém.

“*Doutora, hoje eu vim para cá pensando, será que eu posso falar de outra coisa?*” Sim, falar de outra coisa, é o que me diz de que ali há um sujeito para além da doença. Essa ética que convoca o sujeito à responsabilidade diante de seu desejo, é a ética com a qual tenho podido sustentar esse lugar em uma instituição oncológica. Uma escuta e uma disponibilidade que não recuem diante do impossível de nomear, e do impossível de suportar. Mais do que fazer o paciente adaptar-se a uma realidade cruel e mortífera, é estar diante dele com seus medos, dúvidas e inseguranças, com sua raiva e dor, com seus limites, com seu saber, com o não saber, com o meu suposto saber. Como afirma Lacan (1951, p.215), “numa psicanálise, com efeito, o sujeito propriamente dito constitui-se por um discurso em que a simples presença do psicanalista introduz antes de qualquer intervenção, a dimensão do diálogo”.

Acompanhar, essa tem sido a minha atuação como psicanalista em uma instituição oncológica, acompanhar os movimentos absolutamente singulares nessa travessia de uma doença, cujo final às vezes é a morte. Estar diante da morte, mas apostando na vida.

Estamos convencidos de que nenhuma experiência humana é vazia de conteúdo, de que todas merecem ser analisadas; de que se podem extrair valores fundamentais (ainda que nem sempre positivos) desse mundo particular que estamos descrevendo (...). Frente à pressão da necessidade e do sofrimento físico, muitos hábitos, muitos instintos sociais são reduzidos ao silêncio.

*Primo Levi, É isto um homem?*

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Sônia; RIBEIRO, Maria Anita Carneiro (orgs). Apresentação. In: ALBERTI, S. e RIBEIRO, M. A. C. *Retorno do Exílio, o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 2004. p. 7-12.
- ALBERTI, Sônia. O corpo, uma superfície. In: ALBERTI, S; RIBEIRO, MAC. *O Retorno do Exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.
- ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Apresentação. In: \_\_\_\_\_. (org.) *Psicanálise e Saúde Mental - uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.
- ALTHUSSER, Louis. (1964). Freud e Lacan. In: *Freud e Lacan – Marx e Freud*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- AMIGO, Sílvia. *Clínica de los fracasos del fatasma*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones, 2001.
- ANSERMET, François. *Clínica da Origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.
- \_\_\_\_\_. Medicina e Psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana On line*, ano5, n. 13, mar. 2014.
- BALINT, Michel. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984
- BASSOLS, Miquel. *A psicanálise, a ciência, o real*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2015.
- \_\_\_\_\_. Abertura: Scilicet, o corpo falante da AMP. In: ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Scilicet: O corpo falante: sobre o inconsciente no século XXI*. São Paulo: EBP, 2016. p. 7-12. Textos preparatórios para o X Congresso da Associação Mundial de Psicanálise (AMP), Rio de Janeiro, 2016.
- BERNAT, Ana Beatriz; COSTA, Nina. O tempo de uma escolha forçada: o sujeito infanto-juvenil, seus pais e a equipe assistente diante da indicação de amputação. *Cadernos de Psicologia, Os tempos no hospital oncológico*, n. 3, Rio de Janeiro, MS, 2015.
- BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade, a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BIRMAN, Joel. *A psicanálise e a Filosofia do Sujeito: uma leitura do discurso teórico de Foucault*. Texto elaborado a partir da conferência proferida durante o Seminário Internacional sobre Foucault, Florianópolis, 2004.

BONNAUD, Hélène. *Le corps pris au mot – ce qu'il dit, ce qu'il veut*. Navarin, Le Champ Freudien, 2015.

BROUSSE, Marie-Hélène. Conferências de Marie-Hélène Brousse. *Arquivos da Biblioteca*, EBP-Rio, n. 5, junho de 2008

\_\_\_\_\_. *Cuerpos Lacanianos*. Granada: EUG, 2014.

BROUSSE, Marie-Hélène; ALBERTI, Christiane. Os traumas na cura analítica. Bons e maus encontros com o real. In: JORNADAS CLÍNICAS DA ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE, 23., out. 2014, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Instituto de Clínica Psicanalítica, 2014. p. 11.

CALDAS, Heloísa. Discurso da Histérica. In: ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Scilicet: os objetos a na experiência analítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

\_\_\_\_\_. Um corpo de mulher: da imagem ao gozo. *Latusa*, Rio de Janeiro, n. 20, ago. 2015

COSTA, Ana. *Litorais da Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2015.

COSTA, Teresinha. Édipo. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. (Psicanálise Passo a Passo)

COSTA-MOURA, Fernanda. A psicanálise é um laço social. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p.149-163.

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

DARRIBA, Vinicius. Em que consiste a dita conjunção do capitalismo com a ciência? In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinicius (orgs). *Psicanálise e Saúde, entre o Estado e o Sujeito*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2015.

DAVID-MENARD, Monique. *A histérica entre Freud e Lacan*. São Paulo: Escuta, 2000.

DOLTO, Françoise. *Falar da Morte*. Conferência proferida em 16 de outubro de 1985, na EPCI (École de propédeutique à la connaissance de l'inconscient). Texto redigido pela psicanalista Muriel Djéribi-Valentin, a partir da transcrição de Denise Ackerman.

EDLER, S. *Luto e melancolia: à sombra do espetáculo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

ELIA, Luciano. “Je pense donc j’essuie”: o que retorna do exílio? In: ALBERTI, Sonia; RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. *Retorno do Exílio, o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 2004. p. 29-35.

ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012

ESSLINGER, Ingrid. *De quem é a vida afinal?* São Paulo: Casa do psicólogo, 2004

FERREIRA, Leonardo; KLAJNMAN, Deborah. O narcisismo e a constituição do eu na neurose e na psicose. In: SIMPÓSIO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE DA UERJ, 11., 25 nov. 2015, Rio de Janeiro. *Cem anos de metapsicologia: os conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

\_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. El cuerpo tóxico. In: \_\_\_\_\_. *El cuerpo tóxico. Las heterotopias*. Espanha: Nueva Vision, 2010.

FORTES, Maria Isabel Andrade. Corpo em pedaços: a potência do fragmento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 65, n.1, p. 152-161, 2013.

FREUD, Sigmund. [1890] Tratamento psíquico [ou anímico]. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. [1893]. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. . In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II.

\_\_\_\_\_. [1895]. Projeto para uma psicologia científica. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I.

\_\_\_\_\_. [1905] Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

\_\_\_\_\_. [1914] Sobre o Narcisismo: Uma introdução. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. [1915] As pulsões e suas vicissitudes. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. [1915] Reflexões sobre os tempos de guerra e morte. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. [1916] Sobre a transitoriedade. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. [1917] Luto e melancolia. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

\_\_\_\_\_. [1916-1917] O sentido dos sintomas. Conferência XVII. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.

\_\_\_\_\_. [1916-1917] Os caminhos da formação dos sintomas. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.

\_\_\_\_\_. [1919] O estranho. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII.

\_\_\_\_\_. [1920] Mais Além do Princípio do Prazer. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.

\_\_\_\_\_. [1923] O Ego e o Id. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX.

\_\_\_\_\_. [1926] Inibições, Sintomas e Angústia. In: \_\_\_\_\_. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

\_\_\_\_\_. [1930] *O mal-estar na civilização*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Penguin & Companhia das Letras, 2011.

GRECO, Musso. Os espelhos de Lacan. *Opção lacaniana on line*, ano 2, n. 6, nov. de 2011.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. *A ordem médica. Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983

\_\_\_\_\_. Luto e culpa na análise e na vida cotidiana. In: Peres, Urânia T (Org). *Culpa*. São Paulo: ed. Escuta, 2001

\_\_\_\_\_. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 2002. v. 1.

\_\_\_\_\_. Do instinto à pulsão: Freud e o recalque orgânico. In: ALBERTI, Sônia; RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. *Retorno do Exílio, o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 103-111.

\_\_\_\_\_. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 2010. v.2.

JORGE, Marco Antônio Coutinho; FERREIRA, N. *Lacan: o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

KEHL, M. R.; PERES, U. T.; CARONY, M. *Luto e Melancolia: Sigmund Freud*. São Paulo: COSAC/NAIFY, 2011.

KLAJNMAN, D.; FERREIRA, L.; JORGE, M. A. C. A questão do diagnóstico na psicanálise e na psiquiatria. In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinícius (orgs). *Psicanálise e Saúde, entre o Estado e o Sujeito*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2015.

KLOTZ, Jean-Pierre. Psicose ordinária e sintomas modernos. *Latusa*, Rio de Janeiro, v. I, n.14, p.9-22, 2009.

LACAN, Jacques. [1938] Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: \_\_\_\_\_. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. [1949] O estágio do espelho. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. [1951] *Intervenção sobre a transferência*. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. [1953-1954] *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. [1954-1955] *O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

\_\_\_\_\_. [1957] *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. [1958] *O Seminário, livro 5: formações do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. [1958b-1959] *O Seminário, livro 6: el deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 2014.

\_\_\_\_\_. [1959-1960] *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. [1962-1963]. *O Seminário, livro 10: a Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. [1964]. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. [1965] Ciência e Verdade. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. [1966] O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n. 32, p. 8-14, dez. 2001.

\_\_\_\_\_. [1969-1970]. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.



LACAN, Jacques. [1971-1972] *O Seminário, livro 19:...ou pior*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

\_\_\_\_\_. [1972-1973] *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. [1974]. *O Seminário, livro 22*. RSI. Inédito.

\_\_\_\_\_. [1975-1976] *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LAMY, Maria Inês. O lugar do psicanalista numa instituição de saúde. *Cadernos de Psicanálise. A polimorfia da perversão*: Revista do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, ano 25, n. 16, 2003.

\_\_\_\_\_. A pele que habito. *Latusa*, Rio de Janeiro, n. 20, p.179-183, ago. 2015.

LAURENT, Éric. El reves del trauma. *Virtuália: Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*. ano II, n. 6, jun./jul. 2002. Disponível em:  
<[www.eol.org.ar/virtualia](http://www.eol.org.ar/virtualia)>

\_\_\_\_\_. Falar com seu corpo, falar com seu sintoma. *Correio – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 72, p. 9-25, 2013.

LEÃO, Denise Silveira. Luto antecipatório: abordagem psicológica às famílias de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Psicologia Oncológica) – INCA, Rio de Janeiro, 2004

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LAURENT, Eric. El reves del trauma. *Virtuália: Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, ano II, n. 6, jun./jul. 2002. Disponível em:  
<[www.eol.org.ar/virtualia](http://www.eol.org.ar/virtualia)>

MALENGRAU, Pierre. Para uma clínica de cuidados paliativos. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n.13, p. 87-90, ago. 1995.

MAIA, Ana Martha Wilson. O trauma no Seminário 11 de Jacques Lacan. In: JORNADAS CLÍNICAS DA ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE, 23., put. 2014, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Instituto de Clínica Psicanalítica, 2014. p. 43.

MILLER, Jacques-Alain. Duas dimensões clínicas: sintoma e fantasia. In: \_\_\_\_\_. *Percurso de Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.

\_\_\_\_\_. O Sinthoma, um misto de sintoma e fantasia. *La cause freudienne*, n.39, maio de 1998b. Texto estabelecido por Catherine Bonningue.

MILLER, Jacques-Alain. *Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo*. In: *Opção Lacaniana*, nº 41, São Paulo: Eolia, 1999.

\_\_\_\_\_. *Coisas de fineza: lições I a VI*. (Orientação lacaniana III; v. 11). In: SEMINÁRIOS DE LEITURA DA ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE, 2008. Anais... [S. l.], 2008. Disponível em: <<http://institutopsicanalise-mg.com.br/horizontes/textos/licoes.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. *Los signos del goce*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

\_\_\_\_\_. *La experiência de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós. 2014

\_\_\_\_\_. O inconsciente e o corpo falante. Orientação: apresentação do tema do X Congresso da AMP, no Rio, em 2016: o inconsciente e o corpo falante. In: ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Scilicet: O corpo falante: sobre o inconsciente no século XXI*. São Paulo: EBP, 2016. p. 19-32. Textos preparatórios para o X Congresso da Associação Mundial de Psicanálise (AMP), Rio de Janeiro, 2016.

MUSACHI, Graciela. *Corpo*. In: *Os objetos a na experiência psicanalítica*. Scilicet. AMP. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

OGILVIE, B. *Lacan: A formação do conceito de sujeito (1932-1949)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

PEREIRA, Luzia Rodrigues. *Uma experiência de clínica psicanalítica em hospital oncológico*. Dissertação (Mestrado) – UERJ, 2015.

POLLO, Vera. *O medo que temos do corpo: psicanálise, arte e laço social*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2012.

QUINET, Antônio. Incorporação, extrusão e somação: comentário sobre o texto Radiofonia. In: ALBERTI. S.; RIBEIRO, M.A.C. *Retorno do Exílio, o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 2004. p. 7-12.

\_\_\_\_\_. *A lição de Charcot*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. *Édipo ao pé da letra – Fragmentos de tragédia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. O traço que fere o corpo. In: ALBERTI. S.; RIBEIRO, M. A. C. *Retorno do Exílio, o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria, 2004.

RINALDI, Dóris. *A ética da diferença*. Rio de Janeiro: Ed UERJ; Zahar, 1996.

RINALDI, Dóris. Clínica, ética e política: a prática do psicanalista na instituição de saúde mental. In: BARROS, Rita Maria Manso; DARRIBA, Vinícius (orgs). *Psicanálise e Saúde, entre o Estado e o Sujeito*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2015.

ROUDINESCO, Elizabeth. *A análise e o arquivo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

RUDGE, Ana Maria. *Trauma*. Psicanálise, Passo a Passo. Rio de Janeiro; Zahar, 2009.

\_\_\_\_\_. Trauma: entre o corpo e o psiquismo. In: NOVAES, J. V.; VILHENA, J. (orgs). *Que corpo é este que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico*. Curitiba: Appris, 2016.

SWINERD, Monica Marchese. Corpo e Sujeito no tratamento do câncer hematológico: de que(m) se trata? *Cadernos de Psicologia, Sofrimento Psíquico do paciente oncológico, o que há de específico?* n. 2, ano 2014. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

VANIER, Alain. *Lacan*. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

VASCONCELLOS, Paulo Sérgio. *Mitos Gregos*. São Paulo: Objetivo, 1998.

VERNANT, Jean-Pierre. O movimento histórico da tragédia na Grécia. In: \_\_\_\_\_. *Mito e tragédia na Grécia antiga*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

VIEIRA, Marcus André. A violência do trauma e seu sujeito. In: VIEIRA, M. A.; RÊGO BARROS, R. (orgs). *Ódio, segregação e gozo*. Rio de Janeiro: Subversos, 2012.

\_\_\_\_\_. O corpo falante – sobre o inconsciente no sec. XXI. *Latusa*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 17-20ago. 2015.

VILANOVA, Andrea. A dor na própria carne. In: ALMEIDA, C. P.; Moura, J. M.. (Org.). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997. p.277-284.

VIVÈS, Jean-Michel. *A voz na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: ContraCapa/Corpo Freudiano, 2012.