Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Daniela Barros da Silveira

Incidências do real em um hospital de cardiologia: apontamentos a partir de uma experiência

Rio de Janeiro
2015

Daniela Barros da Silveira

Incidências do real em um hospital de cardiologia: apontamentos a partir de uma experiência

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

Orientadora: Profª. Pós - Doutora Sonia Alberti

Rio de Janeiro

2015

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

S587 Silveira, Daniela Barros da.
Incidências do real em um hospital de cardiologia: apontamentos a partir de uma experiência / Daniela Barros da Silveira. – 2015.
119 f.

Orientadora: Sonia Alberti.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Angústia – Teses. 3. Morte – Teses. 4. Hospital – Teses. I. Alberti, Sonia. 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

Daniela Barros da Silveira

Incidências do real em um hospital de cardiologia:
apontamentos a partir de uma experiência

Dissertação 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 09 de dezembro de 2015.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Pós - Dra. Sonia Alberti (Orientadora)
Instituto de Psicologia da UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Helena Coelho Martinho
Universidade Veiga de Almeida

_____

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge
Instituto de Psicologia da UERJ

Rio de Janeiro
2015

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que anos antes de eu ser convocada para tomar posse no Instituto Nacional de Cardiologia, faleceu vítima de um infarto fulminante... por tudo o que você foi para mim.

AGRADECIMENTOS

À supervisora e orientadora Sonia Alberti, pela presença constante, segura e competente, pelas contribuições tão enriquecedoras, e pelo incentivo.

Aos demais professores do Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, pelo acolhimento, pelos ensinamentos e relevantes debates.

À Maria Helena Martinho e ao Marco Antonio Coutinho Jorge pelas importantes considerações feitas durante o exame de qualificação, que me auxiliaram a avançar na pesquisa.

Aos amigos da turma do Mestrado, pela interlocução sempre produtiva.

À equipe de saúde do Instituto Nacional de Cardiologia, onde trabalho, pelas discussões cotidianas a respeito dos casos clínicos.

À equipe do Serviço de Saúde Mental do Instituto Nacional de Cardiologia, pela amizade, pelas trocas de experiências na construção diária do trabalho e pelo apoio que me deram durante o Mestrado.

Aos pacientes, desde os que atendi no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no início da minha prática em hospital, aos que atendo no INC, pela confiança em dividirem comigo momentos tão difíceis de suas vidas.

Aos familiares e amigos, pelo estímulo que deram durante a produção do presente trabalho. Especialmente à minha mãe e ao Luiz, pela ajuda com o Lucas, e ao meu sogro, professor de filosofia, pelos debates e auxílio com as traduções de textos.

Ao Anselmo, fundamental em todo o meu percurso no Mestrado, por acreditar que seria possível, me incentivar a seguir em frente e por, sempre que foi preciso, ter assumido sozinho os cuidados e os passeios com o nosso filho Lucas, para que eu pudesse estudar.

Ao Lucas, que tinha apenas dois anos quando eu ingressei no Mestrado, por ter tido paciência para lidar com as minhas ausências devido às aulas e supervisões, e com os afastamentos necessários para as leituras e a escrita. Por ter compreendido as minhas saídas, mesmo desejando que eu ficasse.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização desta dissertação.

RESUMO

SILVEIRA, Daniela Barros da. *Incidências do real em um hospital de cardiologia*: apontamentos a partir de uma experiência. 2015. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Esta dissertação destaca as incidências do real em um hospital de cardiologia. Fundamenta-se na psicanálise, nas abordagens teóricas de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, trazendo também contribuições de outros autores. Aponta, inicialmente, os três registros indicados por Lacan – o simbólico, o imaginário e o real – dando ênfase ao real, que se manifesta, frequentemente, no contexto hospitalar. O real é definido como o que escapa ao simbólico, o que não tem sentido e pode chegar a ser traumático. O conceito de trauma é abordado, enquanto um excesso de energia que invade o aparelho psíquico, sem que o sujeito consiga se preparar para poder dar conta dele. Como possíveis proteções contra o real são estudadas a angústia, as fantasias e o humor. Constata-se que as presenças constantes da angústia e da morte no hospital testemunham que o real está ali, insistindo em aparecer. A angústia enquanto afeto que surge quando o sujeito se confronta com o real, e a morte como uma das figuras do real, aquela que aponta para o impossível. Diante de um perigo, por exemplo, o da iminência da morte, muitos pacientes atendidos por mim no Instituto Nacional de Cardiologia – INC – se angustiam. Eles estão, constantemente, frente a acontecimentos da ordem do horror, do insuportável. O presente trabalho também discute o discurso médico, que é o predominante no hospital, e o discurso do analista, enfocando as diferenças no modo como eles lidam com a presença do real no hospital. Ao longo de toda a dissertação, são apresentados fragmentos de casos clínicos, a fim de articular a minha prática com a teoria de Freud e de Lacan.

Palavras-chave: Psicanálise. Real. Angústia. Morte. Hospital.

ABSTRACT

SILVEIRA, DANIELA BARROS DA. *Incidences of the real in a hospital of cardiology*: notes founded upon a experience. 2015. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This dissertation emphasizes the incidences of the real in a hospital of cardiology. It takes its bases on Sigmund Freud's and of Jacques Lacan's theoretical approaches, including the contributions of others authors in psychoanalysis. It points, first of all, to the three registers indicated by Lacan – the symbolic, the imaginary and the real – with emphasis on the real, which appears frequently in the hospital context. The real is defined as what escapes from the symbolic, what is non sense and can become traumatic. The concept of trauma is considered as an excess of energy that invades the psychical apparatus, without the subject's preparation to account for it. Anguish, fantasies and humor are studied as possible protections against the real. We verified that the constant presence of anguish and death in the hospital testify that the the real is there and insists to appear – the anguish as an affection that appears when the subject meets the real, and death as a figure of the real, the one that points to the impossible. In front of a danger, for example, as the eminence of death, many patients attended by me in the INC (National Institute for Cardiology) are taken by anguish. They are constantly facing events of the order of the horror, the inbearable. The present text discusses also the medical discourse, that is predominant in the hospital, and the analyst's discourse, with a focus on the different manners to deal with the presence of the real in the hospital. All the dissertation along we present fragments of clinical cases in order to associate practice with the theory of Freud and Lacan.

Keywords: Psychoanalysis. Real. Anguish. Death. Hospital.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8

1 **A ESPECIFICIDADE DO REAL NO ENSINO DE LACAN** 19

1.1 **O real é o que escapa ao simbólico** 19

1.2 **Caso Cristina: frente ao real, o sofrimento era avassalador** 21

1.3 **O real é insuportável** 22

1.4 **A ruptura da proteção contra estímulos nas experiências traumáticas** 25

1.5 **Caso Helena: as experiências traumáticas insistiam em retornar** 30

1.6 **Caso Leila: elaborar o impossível ou o impossível de elaborar?** 33

1.7 **Caso Cláudia: recalque após passar 40 anos revivendo a experiência traumática?** . 36

2 **DIFERENTES DISCURSOS E PRÁTICAS CLÍNICAS DIANTE DO REAL NO HOSPITAL** 39

2.1 **O discurso médico atual e o discurso do psicanalista** 39

2.2 **A ética tradicional e a ética da psicanálise** 45

2.3 **O "não querer saber" do doente e do médico** 48

2.4 **Caso Sandra: o real e o tempo do sujeito** 53

2.5 **Algumas "condições" para a Psicanálise** 59

2.6 **Caso Vera: óbito da neta no INC** 62

2.7 **Demandas institucionais *versus* oferta do psicanalista** 63

3 **A ANGÚSTIA COMO UMA DEFESA CONTRA O PERIGO** 67

3.1 **As fantasias e o humor como proteções frente ao real** 74

3.2 **A angústia é diferente do pavor e do terror** 79

3.3 **A angústia é o afeto frente ao real** 82

3.4 **Caso Elisa: angústia diante do perigo representado por uma grave doença** 84

4 **O REAL E A MORTE** 90

4.1 **O "impossível" trazido pela morte e pelo sexo** 90

4.2 **A morte é "indizível"** 93

4.3 **Caso Leandro: a morte como horror ou como alívio?** 96

4.4 **A escolha pela morte** 101

CONCLUSÃO 109

REFERÊNCIAS 112

INTRODUÇÃO

> O trabalho no hospital faz com que, a cada dia, nos deparemos com o real, que invade o campo transferencial; com isso que é da ordem do indizível.

Esta dissertação aborda o tema "Incidências do real em um hospital de cardiologia: apontamentos a partir de uma experiência", com fundamentação teórica na Psicanálise de Freud e Lacan. Desde a minha graduação na faculdade de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – senti um grande interesse pela clínica psicanalítica e pelo trabalho do psicanalista no hospital. A partir do estágio que fiz no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA – do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, em 2001, e da residência, em 2003, nesse mesmo hospital, pude perceber que o conceito lacaniano de real fica muito evidente no contexto hospitalar. Lendo livros e textos, verifiquei que alguns autores têm dado importantes contribuições ao assunto que será discutido, que considero atual e de grande relevância para psicanalistas que atuam ou pretendem atuar na área hospitalar.

Em 2010, já como psicóloga concursada do Serviço de Saúde Mental do Instituto Nacional de Cardiologia – INC – localizado na cidade do Rio de Janeiro (onde iniciei meu trabalho em 2008) ingressei na "Especialização em Psicanálise e Saúde Mental da UERJ", tendo realizado a pesquisa "Que trabalho é possível, para um psicanalista, diante do sujeito hospitalizado?", com a orientação da psicanalista Sonia Alberti. Nesta dissertação, direciono minha questão para o real dessa clínica.

No INC, percorro enfermarias e CTIs atendendo pessoas com doenças cardíacas, em geral, graves e, em alguns casos, entrevisto familiares e/ou acompanhantes desses pacientes, seguindo a técnica da Psicanálise. Percebo que estar internado em um Instituto de Cardiologia, sabendo-se portador de um problema no coração, é uma situação naturalmente desencadeadora de angústias, medos e fantasias.

Acompanho no INC pacientes com corpos costurados, com a grande cicatriz da cirurgia cardíaca exposta, imóveis nos CTIs, entubados, com corações que não funcionam como deveriam, pessoas com graves problemas circulatórios que podem ocasionar amputações de mãos e/ou pés, com pressão arterial incontrolável, pacientes que têm no transplante a sua única possibilidade de continuar vivendo. Muitos deles estão diante da

perspectiva da morte, que aponta para a castração. Nesse constante encontro com o real, com o insuportável, o que emerge, comumente, é pura angústia. Minha prática atual justifica a tomada do tema proposto. Diante de casos tão graves e difíceis que acompanho, percebo que ter uma sólida fundamentação teórica articulada à prática é imprescindível.

Um pouco da história do Serviço de Saúde Mental na instituição e a minha entrada no Serviço[1]

O Serviço de Saúde Mental do INC começou a se estruturar em 1986, com a chegada de um psiquiatra concursado. Logo em seguida, em 1987, o hospital recebeu uma psiquiatra concursada, e esses dois profissionais começaram a atuar como "pareceristas e interconsultores"; ou seja, atendiam a adultos e crianças internados, quando acionados por alguém da equipe de saúde através de um pedido de parecer, e discutiam os casos com quem havia solicitado o atendimento. O chefe do Serviço era o psiquiatra, mas ele se exonerou do INC em 2002 e, então, a psiquiatra assumiu a chefia.

A primeira psicóloga chegou alguns anos depois da criação do Serviço. Ela tinha experiência no atendimento a crianças e adolescentes e, como havia muita demanda no Serviço de Cardiologia da Criança e do Adolescente, que ocupa um andar inteiro do INC, a psicóloga foi designada para trabalhar exclusivamente nesse andar, enquanto os dois psiquiatras ficaram responsáveis pelos atendimentos aos adultos.

Segundo a psiquiatra, os membros da equipe de Saúde Mental foram bem recebidos pela equipe de saúde do hospital, "especialmente por enfermeiros e assistentes sociais, que antes eram os profissionais que conversavam com os pacientes que tinham problemas emocionais" e os encaminhavam, se necessário, para atendimento em outro local, após a alta hospitalar. A psiquiatra também afirmou que, em um primeiro momento, surgiram algumas demandas da equipe de saúde que precisaram ser trabalhadas; por exemplo, a de "dar más notícias" sobre o quadro clínico aos pacientes, ou informar sobre o óbito de pacientes para os familiares, tarefa que cabe ao médico cardiologista.

[1] Os dados anteriores ao ano de 2008 foram colhidos, em sua maioria, com a psiquiatra que chefiou o Serviço de Saúde Mental desde 2002 até julho de 2015 e com alguns psicólogos e psiquiatras da equipe, que chegaram ao Serviço antes de mim. Outros dados foram obtidos em pesquisas na internet. Destaco que, algumas vezes, não consegui datas precisas referentes à história do Serviço.

Aproximadamente em 1999, surgiu no INC o Serviço de Transplante Cardíaco, e a psiquiatra começou a avaliar os candidatos ao transplante, dando a cada um deles um parecer favorável ou não à realização do procedimento (trabalho que atualmente é feito por um psiquiatra e um psicólogo).

No ano 2000, a primeira estagiária de Psicologia ingressou no INC, mais precisamente na pediatria, auxiliando a psicóloga que lá estava, por exemplo, nos grupos de pré-operatório que a profissional havia criado. Nesses grupos, as mães recebiam informações sobre a cirurgia a qual os filhos seriam submetidos, e as crianças, que também participavam, podiam manipular bonecos e equipamentos hospitalares.

Em 2001, a psiquiatra e a psicóloga da pediatria montaram dois Cursos de Saúde Mental aplicada à Cardiologia, com duração de seis meses cada, nos quais foram oferecidas aulas teóricas e práticas supervisionadas. Assim, começou a haver alunos de faculdades de Psicologia circulando nas enfermarias do hospital, e entrevistando pacientes, com supervisão.

Em 2002, a psiquiatra assumiu a chefia do Serviço de Saúde Mental e, em 2003, com a chegada de dois clínicos gerais e de um pneumologista, concursados, para serem "pareceristas", a psiquiatra estendeu a sua chefia a esses novos profissionais. O Serviço passou a ser intitulado "Serviço de Saúde Mental e Consultoria Médica", mas, desde 2012, o "Serviço de Saúde Mental" separou-se do de "Consultoria médica", que passou a ser chefiado por um neurologista, embora os dois Serviços continuem ocupando o mesmo espaço físico.

Em 2004, uma psicóloga foi contratada, inicialmente para ajudar no setor de Hemonúcleo do INC. Depois, ela foi trazida para o Serviço de Saúde Mental, onde a chefe via a necessidade de aumentar o número de profissionais, pois planejava que fossem feitos, nas enfermarias de adultos, trabalhos com grupos. Em 2005, mais duas psicólogas foram contratadas: uma foi a estagiária de Psicologia, que permaneceu na pediatria, enquanto a outra ficou no atendimento aos adultos, e hoje não está mais no INC.

A chefe do Serviço criou o "grupo de pré-operatório" nas enfermarias de adultos, e as psicólogas contratadas participavam. Segundo a psiquiatra, o grupo surgiu no oitavo andar do INC, onde na época ficavam todas as pessoas com indicação cirúrgica. Atualmente, os pacientes são distribuídos pelos andares de acordo com as suas patologias e, deste modo, há um andar só de pacientes com doenças coronarianas, outro de pessoas com problemas nas válvulas cardíacas, um de pacientes com miocardiopatias dilatadas e arritmias. A partir dessa nova divisão, passou a haver pacientes cirúrgicos em todos os andares de internação. O hospital se tornou predominantemente cirúrgico e aumentou bastante o número de pacientes em pré-operatório.

Ainda em 2005, com a chegada de outra psiquiatra, ela e a chefe do Serviço ingressaram em um treinamento da Secretaria Municipal de Saúde, intitulado “Abordagem intensiva do fumante para cessação do tabagismo”, com a finalidade de implementar o Programa de Tratamento do Tabagismo no INC.

Os psicólogos concursados foram convocados para trabalhar na instituição gradativamente, entre os anos de 2006 e 2009. Em 2006, chegaram quatro psicólogas, além de um psiquiatra, todos do concurso de 2005. Desses cinco profissionais, quatro ficaram nas enfermarias de adultos, e uma psicóloga foi para a pediatria, possibilitando uma ampliação das frentes de trabalho. Por exemplo, na pediatria houve a criação de um “grupo de mães”, e no setor de adultos, uma psicóloga foi designada para fazer parte do Serviço de Reabilitação Cardíaca do INC, que estava sendo sistematizado por um médico, e era um local para receber pacientes após a alta hospitalar. Essa psicóloga iniciou, junto com a psiquiatra chefe, um “grupo operativo-informativo” na reabilitação, no qual, segundo a psiquiatra, elas “davam informações aos pacientes sobre as doenças clínicas, passavam vídeos e discutiam questões emocionais que surgiam”.

Pouco tempo depois, duas psicólogas, uma que estava na pediatria e uma do setor de adultos, se exoneraram do hospital, pois foram convocadas em outro concurso. Mas em 2007, chegaram dois psicólogos concursados e ambos ficaram no atendimento aos adultos. Além de serem “pareceristas”, um dos psicólogos iniciou um grupo chamado “Oficina de Vídeo” e o outro começou a participar do grupo de tratamento do tabagismo.

Ao ingressar no Serviço de Saúde Mental do INC, em 2008, vi que já havia um trabalho construído pelos psicólogos e psiquiatras na Instituição, mas, ao mesmo tempo, eles atuavam muito conforme o discurso médico. Comecei a me perguntar sobre como sustentar a Psicanálise nesse hospital. Após fazer residência em Psicologia no HUPE e ter pertencido a Serviços como o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, onde a Psicanálise tem um espaço conquistado e um trabalho reconhecido, percebi que no INC não havia o discurso do psicanalista, e eu teria pela frente o desafio de tentar inseri-lo. Cabe destacar que, historicamente, a possibilidade de um psicanalista no contexto hospitalar não é uma unanimidade; ou seja, pode-se encontrar na literatura, algumas opiniões, inclusive de psicanalistas, defendendo que o lugar do psicanalista não é no hospital. A esse respeito, Moura e Souza (2007, p. 128-129) destacam que, frente à decisão de não recuar da práxis psicanalítica em uma instituição hospitalar, pode-se “lutar contra a maré”, visto que o discurso corrente, “a maré”, questiona, já afirmando a impossibilidade de tal práxis. Muitos profissionais acreditam que no hospital “não dá para fazer Psicanálise”, pois “não tem o

divã!", ou porque "o paciente interna em um dia e pode ter alta no outro; então, o que se faz é psicoterapia breve". Há também quem alegue que "o concurso foi para psicólogo e não para psicanalista". Porém, a minha experiência no HUPE me mostrava ser possível a inserção do psicanalista no hospital. Por isso, comecei a falar com os colegas da equipe sobre a minha prática psicanalítica no HUPE.

O Serviço de Saúde Mental era, em 2008, composto por sete psicólogos e três psiquiatras. A chefe defendia que um dos principais trabalhos da equipe era a "educação em saúde"; ela se referia aos grupos informativos realizados pelos membros da equipe.

Logo que cheguei ao Serviço, fui convidada a assistir alguns desses grupos. No "Grupo de Tratamento do Tabagismo" ensinava-se sobre os malefícios causados pelo cigarro e, buscando o "bem" do paciente, tentava-se convencê-lo a parar de fumar. A chefe sugeriu que eu assumisse o grupo, coordenando-o junto ao psicólogo responsável por ele, mas neguei, explicando que por a minha orientação teórica ser a Psicanálise, eu não havia me identificado com esse grupo.

No "Grupo de Pré-Operatório", os profissionais (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) ensinavam aos pacientes sobre a cirurgia pela qual eles passariam, levavam instrumentos utilizados na cirurgia, como o tubo usado para a entubação, explicavam sobre esse tubo, sobre a anestesia etc. Aproveitava-se, ainda, para falar do pós-operatório, por exemplo, sobre a extubação no CTI, a posição em que o paciente deveria dormir após a cirurgia, sobre a volta para casa, em quanto tempo a pessoa poderia subir escadas e voltar a ter relações sexuais. Ou seja, os profissionais se colocavam no lugar de Mestre, do saber, se pautavam no discurso médico (que será abordado com mais detalhes no capítulo 2 da dissertação), e ensinavam os pacientes, que, no lugar do "não-saber", chegavam a se dizer "alunos" dos profissionais. Enquanto as pessoas da equipe davam informações, eu queria fazer com que os pacientes falassem.

Havia também o grupo da "Reabilitação Cardíaca", já mencionado, onde a psicóloga e a psiquiatra discutiam com os pacientes alguns "temas": um dia falavam sobre a "hipertensão arterial", no outro, sobre "diabetes" e, às vezes, levavam textos sobre as doenças para eles lerem juntos.

Tentando afirmar o discurso do psicanalista, desejando propor a Psicanálise, não me inseri em nenhum desses grupos, posição difícil de sustentar. Percebia que os grupos calavam os sujeitos, visto que eram os profissionais que falavam, se colocando no lugar de sujeitos que sabem, e respondendo aos questionamentos dos pacientes. O real da clínica não podia surgir, pois era tamponado pelos discursos prontos levados pela equipe.

Por último, havia a “Oficina de Vídeo”, realizada pelo único psicólogo com interesse em Psicanálise, em que ele mostrava aos pacientes cardíacos, um “vídeo informativo” que ensinava “como prevenir as doenças do coração?”. Ao final, perguntava o que as pessoas tinham achado do vídeo e, com isso, direcionava as falas ao conteúdo exibido. Elas perguntavam o que poderiam ou não comer após a cirurgia cardíaca, sobre os tipos de cirurgia existentes, os tipos de anestesia, e as respostas eram dadas pelo psicólogo, marcando uma posição típica do discurso médico.

Esse mesmo colega me convidou para ir novamente ao grupo. Aceitei e participava, sempre pensando em abrir um espaço para que os sujeitos falassem sobre o que quisessem. No segundo grupo a que assisti, um dos pacientes, ao final, disse ao psicólogo: “obrigado pela aula”. Essa frase fez com que o profissional se questionasse. Ele me disse então que não queria que a oficina de vídeo fosse uma aula. Conversamos e sugeri que os próximos grupos fossem diferentes. Relatei que na residência do HUPE, tive algumas experiências com grupos de escuta de pacientes e que os grupos informativos eram feitos por outros profissionais, em geral, da enfermagem. Disse que acreditava que o vídeo não deveria ser exibido, pois fazia com que os pacientes falassem apenas sobre o que assistiam, além de possivelmente o vídeo os culpar pela não prevenção das doenças que portavam. Sugeri que nos grupos futuros perguntássemos apenas como estava sendo a internação, abrindo, desse modo, um espaço para que os sujeitos emergissem a partir da fala.

No primeiro grupo em que fizemos essa única pergunta, os pacientes começaram a falar livremente, sobre angústias, medos, inseguranças com relação à cirurgia, sobre as suas histórias de vida, filhos, enfim, qualquer assunto podia ser trazido. Ao final, comentários dos pacientes como: “esse grupo deveria ser obrigatório para os pacientes, porque foi muito bom”, “agora que eu falei sobre a cirurgia acho que nem estou mais com tanto medo dela”, nos fizeram perceber uma melhora significativa nos efeitos do grupo para as pessoas. O outro psicanalista teve a ideia de renomear o trabalho para “Conversando sobre a internação”. Após um tempo, decidimos encerrar o grupo, por privilegiarmos as entrevistas individuais.

Cabe ressaltar que a equipe de Saúde Mental faz atendimentos individuais a pacientes internados nas enfermarias e nos CTIs do INC. O acompanhamento ambulatorial sempre foi exceção. Na época em que entrei no hospital, somente o grupo de tratamento do tabagismo com pacientes recém-saídos da internação ocorria em caráter ambulatorial. Atualmente, a Saúde Mental permanece, de maneira geral, não inserida nesse local, já que além do grupo do tratamento do tabagismo, apenas algumas avaliações individuais de pacientes da reabilitação ocorrem no ambulatório (a psicóloga da reabilitação iniciou essas avaliações após encerrar o

grupo de pacientes da reabilitação). O ambulatório, de acordo com a chefia, está lotado, o que inviabiliza conseguir uma sala para fazermos os atendimentos depois da alta hospitalar. Assim, caso alguém necessite de acompanhamento após sair da internação, o encaminhamos para o serviço de Psicologia mais próximo à sua casa. Por isso, os recortes de casos clínicos apresentados nesta dissertação limitam-se às enfermarias e aos CTIs do hospital.

Quando cheguei ao Serviço, cada andar do hospital era de responsabilidade de um psicólogo e um psiquiatra, que respondiam aos pedidos de parecer dos diversos profissionais da saúde. Quando um paciente mudava de andar, passava a ser atendido por outro psicólogo ou psiquiatra, do respectivo andar. Discordei, argumentando que o mesmo psicólogo deveria acompanhar o seu paciente onde ele estivesse, pois essa continuidade é importante, devido à transferência analítica. Inicialmente alguns não concordaram, alegavam: "o paciente não é seu, é da equipe toda", mas continuei fazendo o trabalho em que acredito, atendendo as pessoas em todos os andares do hospital, prática que já é vista como importante por vários membros da equipe.

Também considerei fundamental defender que, além de responder aos pedidos de parecer, poderíamos ir espontaneamente até os pacientes que não tiveram um pedido formal de acompanhamento, para oferecer o atendimento, pois a oferta cria demanda. Tenho percebido que agindo dessa forma, surgem pessoas que, embora não tenham um pedido de parecer, dizem precisar muito de atendimento.

A Saúde Mental tem uma reunião de equipe semanal, que era focada em informes administrativos. Eu e o colega que também é psicanalista fizemos a proposta, aceita pela chefe, de que se abrisse um espaço para discussão clínica. Ao levar à reunião casos de pessoas que acompanho, em atendimentos individuais, ressalto os efeitos que percebo, e a importância de escutar os pacientes, colocando-os como sujeitos.

Em 2009, chegaram à Saúde Mental mais duas psicólogas: uma, psicanalista, ficou nas enfermarias de adultos e a outra foi para a pediatria. No setor de adultos, então, passamos a ser três psicanalistas tentando sustentar a Psicanálise no hospital. Criamos um grupo de estudo aberto aos psicólogos e psiquiatras, uma hora por semana, no mesmo dia da reunião de equipe, quando todos estavam no INC e poderiam, se quisessem, participar. O nosso objetivo era discutir textos diversos, e pensar o nosso trabalho. Como, em geral, eram os psicanalistas que traziam sugestões de leitura, o estudo da Psicanálise predominava. Assim, tentávamos transmitir um pouco da prática psicanalítica aos demais membros da equipe.

Ao longo dos anos, considero que houve grandes avanços na atuação dos profissionais da Saúde Mental. Em 2009, em um Simpósio do INC, uma psicóloga fez uma apresentação

que enfatizava a escuta aos pacientes. O texto foi muito criticado pelo médico que coordenava a mesa, que repetia diante da plateia: “esse trabalho não é científico, cadê os resultados, os dados estatísticos?” e tentava mostrar que, se não era “científico”, não tinha valor. Ele chegou a dizer que a comissão científica relutou em aprovar o resumo que fora enviado. Foi difícil para esse médico ouvir um discurso diferente do discurso médico.

Porém, insistimos em falar sobre o que fazemos, e organizamos uma Jornada do Serviço de Saúde Mental, que ocorreu em 2010, no INC, na qual alguns psicólogos apresentaram trabalhos, e os psiquiatras preferiram participar como ouvintes. Eu e os outros dois psicanalistas montamos a mesa: “Psicanálise e Hospital: Fragmentos da Clínica”, em que apresentei um caso clínico, para demonstrar a existência de uma prática clínica no hospital.

Nesse mesmo ano, um dos psicanalistas do INC participou, pela primeira vez, da organização do Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOCERJ) e se empenhou em trazer a psicanalista Marisa Decat de Moura, do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte, para falar sobre a Psicanálise no hospital. A palestrante foi impedida de colocar o significante “Psicanálise” no título da sua mesa, pois a comissão científica do congresso não permitiu, alegando que a palavra “Psicanálise” iria “espantar o público do evento”. Mesmo assim, a psicanalista compareceu e falou sobre a práxis do psicanalista no hospital, mais um momento importante de inclusão do discurso do psicanalista no ambiente hospitalar.

Ainda em 2010, como apenas eu e os outros dois psicanalistas permanecemos no grupo de estudos que criamos no Serviço, decidimos nomeá-lo como “Grupo de Estudos em Psicanálise”. A entrada do significante “Psicanálise” nos pareceu importante, estávamos sustentando um estudo específico, em Psicanálise. Um tempo depois, mais duas psicólogas do INC entraram no grupo, assim como uma psicóloga do Instituto Nacional de Traumato-Ortopedia – INTO, que foi convidada por mim. Depois que a profissional do INTO comentou na equipe dela sobre os nossos encontros semanais, nos quais além de estudar, discutíamos questões relacionadas à inserção do psicanalista no hospital, a chefe da equipe de Saúde Mental do INTO convidou um representante da equipe de Saúde Mental do INC para falar no “Segundo encontro de saúde mental” do INTO, que aconteceu no ano de 2013. Fui apresentar um caso clínico, representando o INC, e sustentando a possibilidade da clínica no hospital. Nesse mesmo ano, apresentei um outro caso clínico no “XXXIV Simpósio do Instituto Nacional de Cardiologia”.

Também em 2013, após três anos de grupo de estudos, decidimos falar, novamente, sobre a nossa prática. Mas dessa vez queríamos que fosse em um evento de Psicanálise.

Então, organizamos o "I Encontro de Psicanálise do INC", que foi considerado por nós um marco histórico. Contamos com as presenças de Sonia Alberti e de Maria Helena Martinho, que provocaram discussões enriquecedoras, e de uma plateia numerosa e interessada em saber mais sobre o psicanalista no hospital. Se, anos antes, chegamos a ouvir que o significante "Psicanálise" iria "espantar o público" de um congresso, agora ficava evidente que isso não se confirmava.

Após o I Encontro de Psicanálise, resolvemos organizar um livro com os trabalhos que foram apresentados. Então, em agosto de 2014, lançamos em uma livraria próxima ao hospital, o livro *Que lugar? O psicanalista no hospital*, lançamento que foi prestigiado por vários profissionais do INC. E, assim, o trabalho vem avançando a cada dia... E a Psicanálise definitivamente entrou no Instituto de Cardiologia, conquistando um lugar respeitado.

Em 2015, a psiquiatra chefe abriu um processo para a sua aposentadoria e iniciou-se uma reflexão a respeito de quem assumiria a chefia após a saída da profissional. Em julho desse ano, um colega da equipe, que também é psicanalista, assumiu o cargo.

Mais algumas considerações sobre o tema a ser pesquisado

Nesses sete anos atendendo as pessoas internadas no INC, a escuta desses pacientes revelou que, no hospital, o real apresenta-se de modo violento, e não há como fugir dele. Mas, os sujeitos podem contornar o furo que o real provoca na cadeia de significantes, o que verifico através das falas que surgem nos atendimentos que faço, como por exemplo:

> 1. "Tenho um coágulo perto do coração. Tinha a esperança de o coágulo ter diminuído, mas o exame mostrou que isso não ocorreu. Estou preocupada, com medo de que ele 'exploda'".
>
> 2. Internado no CTI, um paciente, que era diabético, necrosou o pé após cortar uma pele. Com uma perna amputada, contou que primeiro os médicos retiraram o pé, mas depois constataram que também teriam de retirar a perna. Desde então, sentia-se "deprimido", pensou em se matar, mas "faltou coragem". Disse que se animou um pouco na época em que começou a fazer fisioterapia para colocar uma prótese. Porém, durante os exercícios, passou mal, teve um infarto, descobrindo o problema cardíaco. Passou a sentir-se "sem esperança" de voltar a andar. Estava "desanimado", e perguntava-se: "por que

sobrevivi ao infarto?". Afirmou: "preferia ter morrido". Não podia nem ir até o banheiro, devido ao cansaço. Antes da amputação, estava "realizando o sonho de ter nível superior"; havia ingressado na faculdade e, depois do adoecimento, nada o alegrava. Concluiu: "gostaria até de ser indicado para a cirurgia cardíaca, para poder, quem sabe, morrer durante o procedimento".

3. Um paciente muito jovem, anteriormente saudável, descobriu dois anos antes da internação uma "miocardite viral", e estava com o quadro clínico grave, no CTI. Afirmou que quando soube da doença decidiu "vencer a luta", mas após uma pausa, concluiu: "só não sabia que teria de lutar tanto". Disse: "eu sei que o meu estado é crítico", e faleceu poucos dias depois.

4. Um paciente de vinte e oito anos tinha uma síndrome rara que provocava um problema no coração. Angustiado, disse: "li na internet que mais de 90% das pessoas com essa síndrome só vivem até os trinta e três anos", o que lhe indicava uma perspectiva de vida de cinco anos.

5. Outra paciente, após um infarto, chegou ao INC em estado grave. No CTI, teria tido uma parada cardíaca de dez minutos. O filho, que assistiu à cena, disse: "mãe, você morreu por dez minutos!". Quando a paciente acordou, ouviu dos médicos que ela "foi para o lado de lá e voltou". Relatou nervoso e insônia desde então.

6. Preocupada com o seu estado clínico, uma paciente disse: "já tive que abrir três vezes o peito, porque a cirurgia cardíaca me causou uma infecção".

Assim como Freud desenvolveu a Psicanálise a partir da sua experiência clínica, nessa pesquisa foi também a prática que me trouxe a questão sobre as incidências do real no hospital. Quando comecei a trabalhar no INC, uma paciente, em especial, causou meu desejo de estudar o tema, por ser uma jovem de vinte e seis anos, que chamarei de Elisa,[2] que desenvolveu uma doença cardíaca grave no pós-parto da sua terceira gestação. A única possibilidade de tratamento para ela era um transplante cardíaco, mas quando comecei a atendê-la, Elisa havia acabado de receber dos médicos a notícia de que o procedimento não seria possível. Certo dia, ela estava muito angustiada, chorava e repetia incessantemente: "me ajuda Daniela", "faz alguma coisa". Acreditei que estava fazendo o possível, mas aquela fala me instigou. Será que, diante do real, havia algo mais a fazer? Descrevo, no terceiro capítulo, fragmentos desse caso clínico.

[2] Todos os pacientes mencionados nesta dissertação tiveram os seus nomes e demais dados que pudessem identificá-los alterados, para resguardar o sigilo.

Os assuntos da dissertação estão divididos em quatro capítulos, da seguinte forma:

No primeiro capítulo, serão abordados os registros do real, do simbólico e do imaginário, e a diferença entre eles. A ênfase maior será dada ao conceito de real, como algo inesperado que acontece ao sujeito, que remete ao horror e que pode chegar a ser traumático. O conceito de trauma será estudado e será pensada, através de alguns casos clínicos, a possibilidade ou não de elaboração das experiências traumáticas.

No segundo capítulo, partirei de dois diferentes discursos e práticas clínicas, os da Medicina e da Psicanálise, para discutir como cada uma delas lida com o real no hospital. Serão trazidos mais alguns aspectos da minha prática no INC, e feitas reflexões sobre possibilidades e impasses no trabalho que desenvolvo, apresentando também recortes de casos clínicos, e algumas questões suscitadas por eles, com o objetivo de articular a prática com a teoria apresentada.

No terceiro capítulo, abordo alguns pontos da teoria da angústia em Freud e em Lacan, e trago fragmentos de casos clínicos objetivando articulá-los com as observações de Freud e Lacan sobre esse afeto, que surge quando se está diante do real.

O quarto capítulo versa sobre a morte no hospital, sendo a morte uma das figuras do real, do indizível. Será levantada a questão da "escolha" pela morte, e apresentados fragmentos de um caso clínico, o de Leandro, para quem a morte parecia ser um alívio.

Em toda a dissertação, recorrer-se-á à literatura psicanalítica relacionada ao tema, principalmente ao ensino de Freud e de Lacan, mas também às contribuições de outros psicanalistas, como Sonia Alberti, Marco Antonio Coutinho Jorge, Maria Helena Martinho, Luciano Elia, Sonia Leite, Ana Cristina Figueiredo, Marisa Decat de Moura. Objetiva-se um ancoramento teórico, que é fundamental para a prática do analista, cuja formação inclui estudo teórico, análise pessoal e supervisão.

1 **A ESPECIFICIDADE DO REAL NO ENSINO DE LACAN**

O dia a dia em um Instituto de Cardiologia traz para pacientes, acompanhantes, e profissionais, um encontro impactante com o real. Na minha pesquisa sobre o real, constatei que vários termos são usados na tentativa de defini-lo: estranho, avassalador, inassimilável, insuportável, imprevisível, inapreensível, irrepresentável, inominável, impensável, intolerável, inabordável, impossível, indizível, sem sentido. Todos esses termos se coadunam com o que os pacientes vivenciam no hospital de cardiologia, lugar onde doença, sofrimento e morte são constantes, evidenciando insistentemente a castração, a falta.

Destaco nesse capítulo que o real pode chegar a ser traumático, quando o aparelho psíquico é invadido por um excesso de energia e o sujeito não consegue se proteger contra essa invasão. Em consequência do encontro com o trauma, com um real não assimilável subjetivamente, o sujeito fica sem recursos: não tem o recurso da angústia – que já implica uma certa preparação – e nem o da fala. Diante do trauma, do horror, o sujeito fica "sem palavras".

1.1 **O real é o que escapa ao simbólico**

O conceito de real foi criado por Lacan, que aponta três registros: o real, o simbólico e o imaginário. Coutinho Jorge afirma que essa tripartição estrutural foi estabelecida por Lacan na conferência pronunciada em julho de 1953, intitulada "O simbólico, o imaginário e o real". Destaca que a ordem de apresentação desses registros foi alterada desde essa conferência, S.I.R., até o *Seminário* de 1974-75, *R.S.I.*. O autor ressalta, ainda, que, na conferência de 53 aparece pela primeira vez a fórmula lacaniana "retorno aos textos freudianos" (COUTINHO JORGE, 2008, p. 93). Conclui: "o retorno a Freud promovido por Lacan acha-se intimamente associado à nomeação dessas três instâncias psíquicas" (COUTINHO JORGE, 2008, p. 94-95).

Coutinho Jorge cita Lacan que, no *Seminário R.S.I.* (1974-75), diz:

> Freud não tinha do imaginário, do simbólico e do real a noção que eu tenho... mas, mesmo assim, tinha uma suspeita deles... aliás, a verdade é que pude extrair meus três [registros] de seu discurso, com tempo e paciência. Comecei pelo imaginário,

> depois tive que mastigar a história do simbólico com essa referência linguística... e acabei por eles perceber esse famoso real (COUTINHO JORGE, 2008, p. 93).

Para Lacan, há três grandes segmentos na obra de Freud que podem ser incluídos nessas três instâncias:

> o simbólico corresponde às relações entre inconsciente e linguagem, demonstradas, principalmente, nos textos sobre os sonhos, os chistes e a psicopatologia da vida cotidiana (...). O imaginário compreende toda a abordagem freudiana sobre o narcisismo, introduzida em 1911, inicialmente no *Caso Schreber*, depois em 'Sobre o narcisismo: uma introdução', e em 'Luto e Melancolia'. O real está ligado àquele segmento voltado às questões da diferença sexual – abordadas desde os 'Três ensaios sobre a teoria da sexualidade', 'As pulsões e suas vicissitudes' e nos textos em que interroga o feminino e o que quer uma mulher – e aos problemas da repetição e da pulsão de morte – introduzidos em 1920, em 'Mais além do princípio do prazer' e retomados em inúmeros artigos, tais como 'O problema econômico do masoquismo' e o 'Mal-estar na cultura' (COUTINHO JORGE, 2009, p. 32).

Coutinho Jorge comenta que a alteração das letras, de S.I.R. (na Conferência de 53) a *R.S.I.* (no Seminário de 1974-75) diz algo sobre os avanços produzidos por Lacan. Em 1953, a primazia dos três registros pertencia ao simbólico. Em 74-75, o foco recaiu claramente sobre o real (COUTINHO JORGE, 2008, p. 98). O autor destaca:

> pode-se observar, ao longo do ensino de Lacan, um deslocamento da ênfase que é posta em cada um dos registros, caminhando de início do imaginário para o simbólico e, finalmente, desembocando no real. Assim, em 'O estádio do espelho', é o registro do imaginário que é elaborado enquanto tal, ao passo que em 'Função e Campo' e 'Instância da letra' trata-se da tematização aprofundada do simbólico. Já o real, pode-se ver o interesse crescente que nele é posto por Lacan a partir da introdução do objeto *a* no seminário sobre *O desejo e sua interpretação*. O que não impede que já se tenha, desde 'O estádio do espelho', elementos embrionários que servirão para a elaboração do simbólico e do real (COUTINHO JORGE, 2008, p. 95).

Coutinho Jorge (2009, p. 35) acrescenta que, no dizer de Lacan, os registros "se definem tendo como referência o simbólico, cuja estrutura é a mesma da linguagem e cujo suporte é o Nome-do-Pai". O imaginário "é tudo o que diz respeito à imagem do corpo sem a mediação da palavra, reduzindo as relações humanas à especularidade, o que faz com que sejam anulados os limites e as diferenças entre o sujeito e o outro como semelhante" (COUTINHO JORGE, 2009, p. 35). O real é definido como o impossível de ser simbolizado; ele é o que está fora do simbólico.

Lacan também dirá que "o real é o que retorna sempre ao mesmo lugar" (COUTINHO JORGE, 2008, p. 96), porque como o real não é da ordem do significante, ele não se associa, ele é sempre a mesma coisa, não se modifica pela associação. Lacan destaca que o real não é a

realidade; o real é precisamente aquilo que escapa à realidade, "o que não se inscreve de modo algum pelo simbólico"; ele remete ao impossível (COUTINHO JORGE, 2008, p. 97).

O real é o que "ex-siste" ao simbólico (o que existe fora), e também "ex-siste" à consistência do imaginário. O simbólico é a ambiguidade, o furo que engendra o duplo sentido, pois o significante, como será visto no capítulo 3, dá margem ao mal-entendido, ao equívoco; o imaginário é a perda da ambiguidade, é o sentido unívoco. Coutinho Jorge (2009, p. 36) cita Lacan, para quem o real "é o sentido em branco, a ausência de sentido, ou até mesmo o 'impensável'". Há uma oposição violenta entre o imaginário e o real; eles são um o avesso do outro, enquanto o simbólico é uma tentativa de articulá-los, é o mediador entre eles. Lacan precisou o lugar do simbólico, situando-o "*entre o real e o imaginário*" (COUTINHO JORGE, 2008, p. 99). O real é o inassimilável, o *não-senso* radical, e "o simbólico é o registro que permite ao falante mediatizar o encontro com o não-senso do real" (COUTINHO JORGE, 2008, p. 46).

1.2 **Caso Cristina: frente ao real, o sofrimento era avassalador**

Recebi de uma psicóloga do "Serviço de cardiologia da criança e do adolescente", do INC, um pedido de atendimento para uma paciente, que chamarei de Cristina, que estava no CTI após ter sido submetida a amputações dos membros superiores e inferiores. No CTI, encontrei Cristina, 61 anos, com os locais das amputações enfaixados, e com traqueostomia,[3] o que dificultou muito a nossa comunicação. Ela queria falar algo, fazia a mímica, mas não emitia nenhum som, e tive dificuldade em compreender o que ela tentava dizer. Ela não podia escrever devido às amputações. Então, eu disse que percebia que ela queria falar, mas eu não estava conseguindo entender, acreditava que devia ser difícil para ela estar ali no CTI, e ressaltei que voltaria lá outras vezes para vê-la e para tentarmos novamente nos comunicar.

As informações do prontuário de Cristina mostravam que a paciente havia sido internada no INC com insuficiência coronariana, tendo sido feita uma cirurgia de revascularização do miocárdio. No pós-operatório ela teve "choque circulatório e sepse", que complicou mais com "isquemia dos membros, necrose dos pés e das mãos". Por isso, as

[3] Traqueostomia é um procedimento cirúrgico no pescoço que estabelece um orifício artificial na traquéia. É um procedimento frequentemente realizado em pacientes necessitando de ventilação mecânica prolongada. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Traqueostomia>. Acesso em abril de 2015.

amputações foram realizadas. Em seu prontuário havia, inclusive, um formulário da Secretaria de Estado de Saúde de "declaração de sepultamento parcial", que falava da realização da “amputação das pernas direita e esquerda, e amputação da mão esquerda e de 1, 2, 3, 4, 5 dedos da mão direita”. Ao ver a declaração, pensei no seu peso simbólico, pois Cristina foi declarada parcialmente morta!

A neta e a filha da paciente sempre estavam no hospital, e também tentavam entender o que Cristina queria dizer. A médica me disse que trocaria a cânula da traqueostomia por uma cânula metálica e que, com isso, o som da voz da paciente ia poder ser ouvido. De fato, com essa troca, Cristina começou a conseguir falar, com a voz saindo muito baixa, mas possibilitando que eu, chegando bem perto, a entendesse, favorecendo assim os atendimentos.

Nesse dia, Cristina repetiu várias vezes: “não aguento mais”, e “estou com muita dor nas pernas”. Nesse momento, uma enfermeira chegou perto e disse: “agora sim você está feliz, né? Já está podendo falar e não fará mais aquele bico que você fazia quando a gente não entendia o que você tentava dizer!”. Me apresentei à profissional e disse que estava atendendo a paciente. A enfermeira saiu e pude continuar o atendimento. Cristina ficou em silêncio. Ela se encontrava diante do real, do que é externo àquilo de que o sujeito pode falar, do que provoca um corte na cadeia de significantes. O real abole o sujeito, pois “só há sujeito através do significante, da passagem para o significante. Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 168).

O caso Cristina fazia pensar no horror trazido pela doença orgânica; ela estava diante de um sofrimento avassalador, do real insuportável. Era preciso colocar a paciente para falar, instaurar uma via para a elaboração. Como diz Alberti, para se ter acesso ao sujeito “é preciso que ele fale, única maneira de conhecê-lo, única maneira dele mesmo se conhecer, a ponto de podermos definir o sujeito enquanto aquele que fala” (ALBERTI, 1994, p. 3). Porém, após essa entrevista, Cristina faleceu. No hospital, alguns atendimentos são encerrados abruptamente, por exemplo, devido à morte do paciente, sendo esse mais um fato que aponta para o real dessa clínica.

1.3 O real é insuportável

Em *A interpretação dos sonhos*, Freud (1900/1996, p. 586) aponta que os sonhos de conteúdo aflitivo podem levar ao desenvolvimento da angústia e ao despertar. Freud traz

como exemplo um sonho de angústia que teve quando criança: a mãe de Freud, no sonho, era carregada para o quarto por pessoas com “bicos de pássaros”. Sigismund acordou angustiado, aos prantos, gritando, e interrompeu o sono de seus pais. Menciona que a expressão do rosto da mãe foi copiada do avô poucos dias antes de sua morte. No sonho, a mãe de Freud estava morrendo. Ele destaca: “despertei com uma angústia que não cessou enquanto não acordei meus pais” (FREUD, 1900/1996, p. 611). E acrescenta: “lembro-me de ter-me acalmado de repente, ao ver o rosto da minha mãe, como se precisasse ser assegurado de que ela não estava morta”. Como será visto no capítulo 3, a angústia é o afeto que surge quando se está frente ao real. Freud acordou para não se deparar com o real, que é o sonho, como aliás trabalhou nesse mesmo livro sobre sonhos, no início do capítulo 7, ao relatar a história do pai que, após a morte do filho, acorda de um sonho em que vê o menino queimando.

Freud (1900/1996, p. 613) cita outro caso clínico: o de um menino de treze anos que tinha o sono interrompido por “ataques de angústia”, acompanhados por alucinações. O Diabo gritava com ele, e ele despertava do sonho aterrorizado. Esse é mais um caso em que o sujeito acorda de um sonho de angústia, de um “sonho de conteúdo aflitivo”, para não ficar diante do real. Ele desperta de um real.

Embora ninguém queira se deparar com o real, no hospital, isso se dá constantemente. O encontro dos pacientes com o real aparece claramente; fica “escancarado”. O adoecimento e a internação hospitalar são, muitas vezes, acontecimentos inesperados, súbitos, que interrompem a forma habitual de vida e causam sofrimento psíquico por estarem ligados, por exemplo, ao afastamento familiar, confinamento, perda da privacidade, mas, sobretudo, porque a doença retira do sujeito suas precárias certezas e as construções significantes que elaborou ao longo da vida, trazendo questões como: “Quem sou eu agora?”, “Por que comigo?”, fazendo-se premente uma elaboração psíquica que possa conferir algum sentido a essa nova condição. No INC, uma paciente que morava com a filha e o genro nos EUA, infartou quando veio ao Brasil para visitar o filho que morava aqui. O médico a proibiu de pegar um avião para voltar para casa, por ser uma viagem muito longa. Assim, ela teve de deixar de morar nos EUA. Disse que toda a sua vida era lá, que os seus objetos pessoais, as roupas etc., ficaram no outro país. Passou a morar no Brasil com uma acompanhante, porque o filho era casado e seu apartamento era pequeno. Sentia falta da sua vida de antes. Outro paciente estava internado no CTI do INC, o que interrompia os seus planos de viajar para a Noruega para visitar a neta de seis anos. A filha havia telefonado para avisar que a passagem dele estava comprada. Ele viajaria em dois meses, e passaria o Natal com a família. Porém, o médico avisou que não existia a menor possibilidade de o paciente fazer essa viagem. Além

disso, o paciente comentou que estava triste porque foi internado com os rins bons e, durante a internação, teve de começar a fazer hemodiálise. O problema cardíaco ocasionou o renal. Esses casos revelam que com a internação, "o paciente se vê abruptamente desalojado da posição de dono do seu destino, passando à posição de objeto, à mercê dele" (CARVALHO, 2000, p. 76). Surge assim uma vivência de falta de garantia, de sem sentido, de puro sofrimento.

Devido à destituição aguda que pode ocorrer nessas situações de internação, diante do real e da "falta de bordejamento significante, o sujeito se vê imerso na angústia" (MOURA, 2000, p. 7). Na angústia, o imaginário (consistência fechada pelo sentido) dá um sinal, um alerta: o real está rondando. Quando há a entrada do real no imaginário, a consistência imaginária se dissolve, isto é, o imaginário se desestabiliza. Ele é esburacado pelo real. Coutinho Jorge (2001, p. 128-129) explica que, no dizer de Lacan, o real produz um rombo no imaginário do sujeito. Para se situar novamente, o sujeito precisa recorrer ao significante.

O real escapa ao simbólico, mas os pacientes podem tentar circunscrever o buraco do real com significantes. Cabassut (2004, p. 23) afirma que o sujeito pode travar uma batalha com o real graças ao significante. O autor (CABASSUT, 2006, p. 11) destaca a importância da palavra diante de um real que não cessa de atingir os pacientes. O horror do adoecimento, da castração, muitas vezes, aparece nas falas que são dirigidas a mim. Por exemplo:

1. Após uma cirurgia cardíaca realizada no INC, alguns anos antes dessa internação, uma paciente começou a fazer hidroginástica, caminhava, trabalhava, mas, aos poucos, "os médicos foram cortando tudo", começaram a proibir cada uma dessas atividades. Ela havia piorado muito nos últimos três meses. Chorando, disse: "hoje não consigo nem lavar um copo", devido ao cansaço. Afirmou: "tudo perdeu o sentido", "não sei por que viver assim, sem conseguir fazer nada". Tinha um neto de sete meses e não podia segurá-lo no colo nem brincar muito, pois "só de brincar um pouco eu já canso". Tentava andar no corredor do INC, mas tinha que parar, pois sentia dor no peito e cansaço. Por isso, só ficava no leito. Um dia, passou mal no banho, após lavar a cabeça. Ficou com bastante falta de ar, saiu devagar do banheiro e teve de sentar para, aos poucos, melhorar. Concluiu: "não posso mais lavar a cabeça; é muito esforço". Afirmou: "não sei o que vai ser de mim" e, quando encerrei a entrevista e disse que voltaria em um outro dia, ela afirmou: "se eu ainda estiver aqui, né?", apontando para o fato de ela estar diante da iminência da morte.

2. Um paciente com doença cardíaca grave disse: "aceito e não aceito as minhas limitações". Demonstrava tristeza e afirmou que às vezes até acordava com esperanças de o dia ser melhor. Mas, ao fazer atividades básicas como, por exemplo, escovar os dentes, tomar

banho e se enxugar, se deparava com as limitações, sentia dor e cansaço e ficava “arrasado”. Ele disse: “fico triste ao ver a que ponto cheguei”. Às vezes, tinha que dormir sentado, devido à falta de ar. Doze anos antes dessa internação, ele havia infartado e, desde então, a sua vida “mudou completamente”. Não podia fazer nada, pois ficava muito cansado. Sentia-se “sem saída”. Depois, disse que acreditava em Deus, em milagres e em poder melhorar. Afirmou que gostaria de estar com saúde. Ele trabalhava, ganhava bem, e teve de se aposentar devido à doença. Concluiu: “Não é fácil perder tudo”.

Coutinho Jorge (2008, p. 83, grifos dos autor) destaca:

> há, apontadas em Freud, várias formas de se nomear o real: o registro do real surge nas vivências cujo teor excede à capacidade de representação psíquica; o real é a **morte**, a **perda**, aquilo que não tem inscrição possível no psiquismo; o real é por excelência o **trauma**, isto é, aquilo que não pode de modo algum ser assimilado pelo sujeito em suas representações simbólico-imaginárias; ele é o **limite** da simbolização. Já o simbólico é o campo da linguagem através do qual o sujeito faz face, por um lado, ao real traumático, e por outro, reconstitui incessantemente seu imaginário que está continuamente submetido à invasão do real.

Coutinho Jorge (2007, p. 38) aponta que, para Lacan, o trauma, assim como a angústia, é definido como sendo a emergência do real no imaginário do sujeito. O trauma é tudo o que acontece ao sujeito, sem ele estar preparado, e que ele não consegue elaborar. Se cabe destacar que não necessariamente todo o real irá afetar o sujeito, todo trauma é da ordem do real.

1.4 **A ruptura da proteção contra estímulos nas experiências traumáticas**

Em “Mais além do princípio do prazer” (1920), Freud retoma sua primeira tópica, segundo a qual no princípio do prazer, o aumento da quantidade de excitação causa desprazer, e o abaixamento da tensão gera prazer (FREUD, 1920/2010, p. 162). Assim, o aparelho psíquico se empenha em conservar a quantidade de excitação nele existente o mais baixa possível, ou ao menos constante. “O princípio da constância foi deduzido dos fatos que nos impuseram a hipótese do princípio do prazer” (FREUD, 1920/2010, p. 164).

Há na psique uma forte tendência ao princípio do prazer, à qual se opõem determinadas forças. Desse modo, como aponta Fechner, citado por Freud, a tendência ao objetivo não significa o alcance do objetivo (FREUD, 1920/2010, p. 165). Existem

circunstâncias que podem “impedir o prevalecimento do princípio do prazer” (FREUD, 1920/2010, p. 165). “Quais?”, pergunta Freud. Quando o princípio da realidade se acrescenta ao princípio do prazer, por exemplo; o primeiro, sem abandonar a intenção de obter o prazer, “exige e consegue o adiamento da satisfação, a renúncia a várias possibilidades dessa, e a temporária aceitação do desprazer, num longo rodeio para chegar ao prazer” (FREUD, 1920/2010, p. 165). Freud destaca que o fato de o princípio da realidade acrescentar-se ao princípio do prazer pode ser responsável por “uma pequena parte, de modo algum a mais intensa, das experiências de desprazer” (FREUD, 1920/2010, p. 166).

Uma outra fonte de desprazer encontra-se nos “conflitos e cisões dentro do aparelho psíquico” (FREUD, 1920/2010, p. 166). O recalque transforma uma possibilidade de prazer em uma fonte de desprazer. Freud enfatiza que “todo desprazer neurótico é desse tipo, é prazer que não pode ser sentido como tal” (FREUD, 1920/2010, p. 167).

Foram mencionadas, então, duas fontes do desprazer, mas elas estão “longe de cobrir a maioria de nossas vivências desprazerosas” (FREUD, 1920/2010, p. 167). A maior parte do desprazer que sentimos é desprazer de percepção, seja percepção da urgência de pulsões insatisfeitas ou percepção externa, que é penosa em si ou que provoca expectativas desprazerosas no aparelho psíquico, sendo por ele reconhecida como “perigo” (no INC, os pacientes frequentemente falam sobre acontecimentos do mundo externo, que geram desprazer). Freud conclui que novas colocações importantes poderão ser trazidas através da investigação da reação psíquica ao perigo externo.

Freud recorre à embriologia e aponta: imaginemos o organismo vivo simplificado, como uma indiferenciada “vesícula de substância excitável” (FREUD, 1920/2010, p. 187). Esse “pequeno pedaço de substância viva flutua num mundo externo carregado de fortes energias, e seria liquidado pela ação dos estímulos que vêm dele se não fosse dotado de uma *proteção contra estímulos*” (FREUD, 1920/2010, p. 188). Há, então, uma proteção, que faz com que as energias do mundo exterior possam entrar com uma fração de sua intensidade nas camadas adjacentes (que estariam por trás da proteção). Destaca que, para o organismo vivo, “a proteção contra estímulos é tarefa quase mais importante do que a recepção de estímulos” (FREUD, 1920/2010, p. 189).

O sistema consciente também recebe excitações vindas de dentro. Contra o exterior existe a proteção, as quantidades de excitação que chegam terão um efeito reduzido; em relação ao interior é impossível a proteção. Para Freud, as mais ricas fontes de tal excitação interior são as pulsões do organismo, as representantes de todas as forças procedentes do interior do corpo e transmitidas ao aparelho psíquico (FREUD, 1920/2010, p. 191). Freud

ensina que a pulsão "não atua jamais como uma *força momentânea de impacto*, mas sempre como uma força *constante*" (FREUD, 1915/2010, p. 54). E, como não vem de fora – como um estímulo do mundo externo – e sim do interior do corpo, nenhuma fuga pode servir contra ela. Freud conclui que as principais características da pulsão são: "a origem em fontes de estímulo no interior do organismo, o aparecimento como força constante e (...) sua irredutibilidade por meios de ação de fuga" (FREUD, 1915/2010, p. 55). Diante das excitações internas que provocam aumento de desprazer, haveria a "tendência de tratá-las como se agissem a partir de fora e não de dentro, para poder usar contra elas os meios defensivos da proteção contra estímulos" (FREUD, 1920/2010, p. 191). É a "projeção".

A defesa contra estímulos, em geral, é eficaz. Freud indica que a preparação da angústia [Angstbereitschaft] representa a última linha de barreira contra estímulos. Enfatiza que pode-se denominar as excitações externas que são fortes o suficiente para romper a proteção, de "traumáticas". Na neurose traumática ordinária, por exemplo, há uma "vasta ruptura da proteção contra estímulos" (FREUD, 1920/2010, p. 194).

No INC há alguns casos em que um evento traumático parece ter gerado uma neurose traumática. Por exemplo, um paciente foi internado direto no CTI, onde passou mais de dez dias, o que, para ele, foi traumático. Ao melhorar e ir para a enfermaria, toda noite acordava e continuava "ouvindo os barulhos das máquinas do CTI". Comentou que no CTI era difícil dormir por causa dos barulhos. Ele revivia a cena vivida naquele local, era uma tentativa do psiquismo de fazer o que faltou no momento do trauma; ou seja, se preparar psiquicamente para a internação inesperada. Porém, era uma tentativa de elaborar que falhava, pois, na realidade, ele não podia voltar no tempo e se proteger contra algo que já havia acontecido.

Na pediatria do INC, a mãe de uma paciente de onze meses disse que a menina estava "traumatizada" com agulhas e que chorava nos exames médicos, "por pensar que a médica irá furá-la". Comentou que teve um dia em que a filha "foi furada nove vezes" por uma profissional, o que teria causado o trauma. A mãe de uma outra criança, de oito meses, disse que ao ser internada, a menina ficou bem e aceitava, por exemplo, a retirada do seu sangue. Mas, certa vez a enfermeira furou-a várias vezes, em diferentes lugares, pois não conseguia pegar a veia. Desde então, a bebê ficou muito assustada, e passou a chorar sempre que via pessoas de branco. Seriam esses mais dois casos de neurose traumática?

Assim como no trauma há algo de terrível, podendo ocasionar uma neurose traumática, é comum também aparecer, em falas de pacientes do INC, associações entre um acontecimento da ordem do trauma e o posterior adoecimento cardíaco. Esses pacientes

acreditam que o fato de eles terem se confrontado com o real traumático, com o insuportável, ocasionou a doença. São falas que aparecem nas entrevistas comigo, como por exemplo:

1. Uma paciente relatou que aos treze anos descobriu, através de um amigo, que era adotada. A mãe adotiva, em um primeiro momento, tentou negar, mas depois confirmou. A paciente quis saber sobre a mãe biológica e a mãe adotiva "falou mal" dela. Afirmou que cada palavra da mãe adotiva denegrindo a imagem da mãe biológica "foi como uma punhalada no coração". Chama a atenção o fato de, logo depois, a doença cardíaca ter começado ("prolapso de válvula"). Por achar que a doença poderia estar associada a fatores emocionais, perguntou ao médico se havia essa relação. Mas o médico respondeu que não...

2. Outra paciente infartou quatro dias após o seu tio ter criado um "boato mentiroso" de que o filho dela, de dezessete anos, estava usando drogas. Afirmou que ficou muito magoada com o tio, e que o filho só estava com rinite. Associava totalmente o infarto com o sofrimento que esse fato inesperado lhe causou.

3. Uma paciente relatou que sua angina começou após o falecimento do filho, aos dezoito anos, em um acidente de carro. Relacionava o adoecimento cardíaco a essa perda, que "foi horrível", pois ele "era um ótimo filho".

4. Uma paciente, cinco dias após o falecimento do marido devido a um câncer, estava arrumando as roupas dele, quando começou a sentir dor no peito, e infartou. Associava o infarto ao sofrimento em mexer nas roupas do marido, pois eles estavam juntos há mais de quarenta anos, e ele era "um bom homem".

5. Um paciente disse que o seu problema no coração havia começado há dois anos, quando teve angina após a morte da mãe e do irmão. O irmão faleceu um mês depois da mãe. O paciente relacionava o início da doença com essas "duas grandes perdas".

6. Uma paciente comentou que treze anos antes do seu adoecimento cardíaco, ela teve "um choque": o filho único, de vinte e cinco anos, desapareceu e, passados vinte dias, o encontraram morto, com três tiros. "O assaltaram, levaram tudo e o mataram". Ela disse: "por isso, fiquei com problema no coração".

7. Um paciente associava a doença cardíaca com duas perdas que teve na vida: a primeira esposa morreu no parto do primeiro filho do casal. Depois, ele teve outros dois filhos, com a segunda esposa. Disse que o filho caçula faleceu aos

doze anos devido a um câncer no estômago. Chorou muito lembrando disso. Associava a doença com essas perdas.

Coutinho Jorge ressalta: “para a Psicanálise, o confronto com a morte, ou seja, com o real, é sempre traumático, porque é inassimilável pelo aparelho psíquico” (COUTINHO JORGE, 2009, p. 67).

As falas dos pacientes associando um trauma psíquico com a posterior doença cardíaca me fizeram recorrer ao texto “Tratamento psíquico (ou anímico)”, em que Freud (1890/1996, p. 272) trabalha a relação entre o corpo e o anímico. Indica que tal relação é recíproca, mas o efeito do anímico sobre o corpo “encontrou pouca aceitação aos olhos dos médicos em épocas anteriores”, o que foi mudando gradualmente, a partir da prática médica, “na última década e meia” (FREUD, 1890/1996, p. 272). No texto, Freud destaca que além de considerarmos que os distúrbios orgânicos influenciam a vida psíquica, temos de pensar também no quanto os problemas psíquicos têm incidência no corpo.

Segundo Freud (1890/1996, p. 273), um paciente pode ser incapaz de trabalhar devido, por exemplo, a dores de cabeça, mas “seus padecimentos o abandonam subitamente ao sobrevir uma modificação em suas condições de vida; numa viagem, pode sentir-se perfeitamente bem”. Comenta que, em vários doentes, é possível observar que “os sinais de padecimento estão muito claramente sob a influência das excitações, comoções, preocupações”; ou seja, provém da influência da vida anímica sobre o corpo, devendo-se, portanto, “buscar no anímico a causa imediata da perturbação” (FREUD, 1890/1996, p. 274). Ressalta: “quase todos os estados anímicos de um homem exteriorizam-se nas tensões e relaxamento de seus músculos faciais, na focalização de seus olhos, no afluxo de sangue para a sua pele” (FREUD, 1890/1996, p. 274). Outras consequências físicas da atividade anímica “são encontradas nas modificações do funcionamento cardíaco, nas alterações da distribuição de sangue no corpo, e coisas similares” (FREUD, 1890/1996, p. 274).

Freud indica que o estado “depressivo”, por exemplo, causa o embranquecimento dos cabelos, alterações patológicas nas paredes dos vasos sanguíneos etc. (FREUD, 1890/1996, p. 275). Inversamente, sob a influência da felicidade, “vê-se o corpo inteiro desabrochar e a pessoa recuperar muitos sinais de juventude” (FREUD, 1890/1996, p. 275).

Segundo Freud (1890/1996, p. 275),

> os afetos – embora quase que exclusivamente os depressivos – muitas vezes bastam por si mesmos para ocasionar doenças, tanto no tocante aos males do sistema nervoso com alterações anatômicas demonstráveis quanto no que concerne às doenças de outros órgãos, situação na qual temos de supor que a pessoa em causa já tinha uma predisposição para tal doença, até ali inoperante.

Em 1905, no famoso “Caso Dora”, Freud usou o termo “complacência somática” para mostrar o consentimento do corpo para o aparecimento dos sintomas. Ele destaca que os sintomas histéricos não podem ocorrer sem a presença da complacência somática (fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado) que “proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal” (Freud, 1905/1996, p. 48-49).

Não pretendo, aqui, me aprofundar em um estudo sobre se um acontecimento traumático poderia ou não estar relacionado ao posterior desencadeamento de uma doença cardíaca, mas o fato de os próprios pacientes fazerem essa associação mostra o quanto o aparecimento do real é, para eles, sentido como violento, exigindo um tempo para que alguma elaboração aconteça.

1.5 **Caso Helena: as experiências traumáticas insistiam em retornar**

Na primeira entrevista com Helena, ela afirmou que tinha depressão há dezesseis anos, desde que a mãe faleceu. Contou que a mãe teve câncer e que cuidou dela durante cinco anos. Devido à “depressão”, chorava com frequência e não queria tomar banho. Por duas vezes, tentou o suicídio: na primeira tentativa, ia se jogar na linha de um trem, mas um homem a segurou. Na segunda tentativa, entraria na frente de um ônibus, mas novamente foi segurada. Chorando, disse que era horrível ter depressão. Afirmou: “parece que o mundo acabou. Sinto que estou novamente entrando no fundo do poço”.

Em outro atendimento, contou da vida sofrida que teve. Disse que foi rejeitada pela mãe “desde a barriga”, pois o seu pai achava que ela não era filha dele e também a rejeitava. A mãe batia nela, e chegou a lhe enfiar um garfo.

Lembrou que durante muito tempo foi “jogada de casa em casa”. Aos treze anos, foi mandada com a irmã para outra cidade, para morar na casa de uma tia. Aos quinze, a tia a obrigou a casar com um homem de trinta e nove anos, com quem a paciente continuava casada. Disse que a tia quis “se livrar da responsabilidade” de criá-la. Odiou o marido, que sempre foi “bruto” com ela. Após a primeira relação sexual, sentiu “nojo” dele e voltou para a casa da tia. Mas a tia a “devolveu” para o marido, dizendo que o amor viria com o tempo. Sofreu a vida toda com o casamento; “nunca o amei”. Paradoxalmente, depois ela disse: “fiz tudo para conquistá-lo, mas não consegui”.

Afirmou que quando estava na cama com depressão, o marido não pegava um copo de água para ela, não compreendia a sua doença. Ele a deixava nervosa, a magoava com a sua brutalidade. Ela disse: “por isso fiquei com problema no coração”. Esse era mais um caso de paciente que relacionava o confronto com o real traumático com o posterior surgimento da doença cardíaca. Helena passava mal com frequência; o seu diagnóstico era de angina, tinha “dor no peito”, sintoma que chama a atenção diante de tudo o que Helena viveu. O seu sofrimento teria gerado um problema nesse órgão tão associado às emoções: o coração.

Quando estava bem, Helena fazia compras com o dinheiro do seu trabalho. Falou que o marido não lhe dava nada e mal colocava comida em casa. Ele comprava alimentos que o médico a orientou a não comer, devido à doença cardíaca, mas o marido dizia que ela tinha que comer o que tivesse em casa.

Antes de ser internada, eles haviam começado a dormir em camas separadas, por intervenção do filho (explicou que sempre quis dormir em uma cama separada dele, e que o filho a “defendeu”). Disse: “meu marido já me pegou muito a força”. Afirmou que não gostava de quando ele chegava ao hospital, porque “ele é um grosso”. Ele dizia, por exemplo, que ela tinha de voltar para casa para lavar roupa. Helena gostaria de se separar dele, mas questões financeiras a impediam.

A história de Helena revelava que, ao longo da vida, ela constantemente se deparou com um real insuportável, com acontecimentos imprevisíveis, dos quais ela não conseguia fugir. Ela foi, por exemplo, submetida à tia, que a obrigou a se casar e a permanecer casada, e ao marido, que a “pegava muito a força”. Ficava como objeto, à mercê do Outro, e não conseguia se proteger disso. Parecia que a rejeição dos pais, a mudança de cidade, o relacionamento ruim com a tia, o fato de ter sido obrigada a casar com um homem de quem não gostava, a morte da mãe foram, para ela, experiências traumáticas, que quebraram a consistência imaginária, fazendo com que tudo perdesse o sentido, e ela tentasse até se matar.

Segundo Freud (1920/2010, p. 192),

> um trauma externo vai gerar uma enorme perturbação no gerenciamento de energia do organismo e pôr em movimento todos os meios de defesa. Mas o princípio do prazer é inicialmente posto fora de ação. Já não se pode evitar que o aparelho psíquico seja inundado por grandes quantidades de estímulo; surge, isto sim, outra tarefa, a de controlar o estímulo, de ligar psicologicamente as quantidades de estímulo que irromperam, para conduzi-las à eliminação.

Freud ensina que é preciso ter a capacidade de pegar esse excesso de energia e fazer com que ele se ligue, se associe aos significantes, pois esses podem se ligar uns aos outros,

através das associações que o sujeito faz. Com isso, a energia não fica solta no psiquismo, já que energia solta é destrutiva. Mas, no caso de Helena, por não ter podido falar sobre isso, por não ter ligado esse a mais de energia a significantes, por não ter elaborado, as cenas terríveis sempre voltavam. Parecia que ela tentava se preparar para as experiências traumáticas, mas não era possível se preparar para situações que já haviam ocorrido.

Tudo o que Helena viveu ainda a deixava muito abalada. O trauma é o que o sujeito experimentou, mas não consegue dialetizar por falta de poder dizer as consequências do evento traumático sofridas subjetivamente. É a falta "de poder articular em cadeias significantes o experimentado, que leva o sujeito à angústia a cada vez que com isso se depara" (ALBERTI, 2008, p. 29). Alberti destaca: "pelo fato de a experiência traumática não ter sido elaborada – o que só se daria se fosse possível dizê-la de alguma forma – , ela sempre retorna", como Freud verificou a partir dos casos de neuroses de guerra (ALBERTI, 2008, p. 29), nos quais, como aponta Alberti, "o horror da cena impede o sujeito de dizê-la, traduzi-la em significantes, e com isso, assenhorar-se dela de um jeito ou de outro" (ALBERTI, 2008, p. 29).

O sofrimento deixou muitas marcas em Helena; ela não conseguia esquecer. Comentou que constantemente entrava em depressão e lembrava de tudo o que aconteceu em sua vida. Ajoelhava-se no chão e perguntava para a tia (que já havia falecido): "está feliz com a minha desgraça?". Acreditava que a tia nunca gostou dela.

Ao destacar-se a dimensão do real como trauma, pode-se pensar em como certos acontecimentos deixam marcas que não desaparecem, como no caso de Helena, e nos dois casos que serão trazidos em seguida: os de Leila e Cláudia.

Soler (2004, p. 71) aponta:

> o trauma é um dos nomes que se pode dar ao horror do mal-estar toda vez que ele vem de fora, de surpresa, sem que se possa imputá-lo ao sujeito, que, horrorizado, sofre suas conseqüências. É por isso que o trauma é referido a um real que assalta o sujeito, um real que não pode ser antecipado ou evitado. Um real que exclui o sujeito e não mantém relação nem com o inconsciente, nem com o desejo próprio de cada um; um real com que nos deparamos e em face do qual o sujeito, como se diz, 'não se agüenta'; um real, enfim, que deixa seqüelas, como tantas marcas que cremos serem inesquecíveis.

Embora as entrevistas comigo tenham sido interrompidas pela alta hospitalar de Helena, durante a internação ela teve um espaço para falar e começar a tentar elaborar algo da sua experiência.

1.6 **Caso Leila: elaborar o impossível ou o impossível de elaborar?**

Leila, internada no CTI do INC, falou, chorando bastante, sobre a sua difícil história de vida, desde a infância. Ela ainda se entristecia muito com as lembranças que trouxe.

Disse que o pai era “muito ruim”. Ele batia na mãe dela, e quando ela ia nascer, ele não deixou a esposa ir ao hospital (pois havia batido nela). Leila, então, nasceu no quintal de casa e, naquele instante, a mãe morreu. A madrinha de Leila (que era uma amiga da mãe) e a avó materna quiseram criá-la, mas o pai não permitiu, e ficou com Leila. Ele casou de novo, e a madrasta “também era ruim”, mentia para o marido, que sempre acreditava na esposa, e nunca na filha. Por exemplo, quando Leila era criança, certa vez, o seu pai perguntou à esposa se Leila havia esquentado a água do banho. A madrasta respondeu que Leila não havia esquentado, e teria dito que não o faria porque ela (a madrasta) não era a sua mãe. Leila afirmou que não havia dito isso e, inclusive, chamava a madrasta de “mãe”, pois o pai exigia.

Lembrou de um episódio na escola e disse: “vou te contar em detalhes, porque não consigo esquecer”. Falou que aos dez anos, ia entregar uma prova e outra aluna passou pela sua mesa, fez um risco, um “X”, na prova, e ainda escreveu um palavrão. Leila não teve tempo de se explicar à professora, que chamou o pai e a madrasta para irem à escola.

Quando o pai chegou, deu um soco na filha, que desmaiou. Depois, ao acordar, Leila contou que foi a colega quem fez aquilo, e não ela, mas ninguém acreditou, o que a deixou com raiva. Um dia, apertou os dedos da garota em uma porta e disse: “não vou passar de ano por sua causa, mas pelo menos quebrei os seus dedos”. Os pais foram novamente chamados à escola, e ela apanhou muito outra vez. O pai a espancava, e a madrasta dizia: “bate logo”, incentivando a violência. Ele batia nela até com cinto e corrente. Leila tinha cicatrizes nas costas e um braço torto, pois ele quebrou.

A avó materna não podia vê-la, pois o pai não permitia, mas ela sabia pelos vizinhos que a neta era espancada. Certa vez, a vizinha levou Leila, escondido, para ver a avó. A avó falou que rezaria por ela e que a mãe, onde estivesse, iria cuidar dela. Leila chorou ao lembrar que na hora pensou: “como ela cuida de mim de onde ela está, se eu sofro tanto?”.

Comentou que viu uma foto da mãe. Perguntei como ela era e, ainda chorando, ela respondeu: “ela era parecida com você. Estou te olhando e lembrando da minha mãe. Ela era branquinha e tinha o cabelo comprido”.

Aos quatorze anos, saiu de casa. Tinha sido, mais uma vez, espancada pela madrasta e pelo pai, e não aguentou. Morou na rua, e ressaltou que nunca se envolveu com nada proibido: nem com drogas, nem com roubo.

Falou sobre o falecimento súbito da avó materna. Em um dia em que o pai a viu na rua e a espancou, um conhecido viu Leila caída no chão, com a cabeça sangrando e concluiu que ela estava morta. Foi, então, contar para a avó de Leila sobre a morte da menina. A avó, ao receber a notícia, passou mal e morreu.

Leila conheceu uma moça na rua, a Irene, que afirmou que conhecia o pai dela, e a havia reconhecido. Leila pediu para Irene não avisar para o pai que a tinha encontrado. Irene concordou, a levou para casa, e lhe deu roupas e sapatos. Leila logo perguntou se poderia chamá-la de mãe, e ela respondeu que sim.

No dia seguinte, pediu para ir à padaria e Irene deixou. Na padaria, encontrou o pai. Correu para a bicicleta para fugir dele, mas ele a alcançou e espancou-a. Ele a levou para casa e, assim, ela não viu mais a Irene. Depois disso, mais uma vez ela fugiu de casa e foi morar na rua, onde conheceu Paula, que a acolheu em casa. Mas, o marido de Paula tentou estuprá-la e quase conseguiu. Disse que era virgem, e que lutou para escapar. Ao revelar o ocorrido para Paula, ela não acreditou, e Leila voltou para a rua, onde presenciou a morte do pai.

Sobre o falecimento do pai, disse que um dia, o viu na rua, e quis pedir dinheiro e um prato de comida. Falou para um homem que estava perto que tinha medo de se aproximar do pai, pois ele a espancava. O homem disse que ela podia ir, que ele não deixaria que o pai batesse nela. Ela confiou e foi. Mas, nesse momento, ouviu tiros e alguém a empurrou para o tiro não atingi-la. Mataram o pai de Leila. Quando o viu caído, morto, não conseguiu sentir tristeza. Ela afirmou: “na verdade, senti uma alegria no peito”.

Ao longo da vida, Leila sofreu com acontecimentos insuportáveis. A mãe morreu, e ela ficou submetida ao pai e a madrasta, ambos violentos. Repetidas vezes Leila se via em situações em que ela ficava como objeto de gozo do Outro; era objeto de gozo do pai e da madrasta, que acreditavam poder fazer qualquer coisa com ela. Eles a espancavam e, mesmo a avó de Leila e os vizinhos sabendo disso, eles não conseguiam ajudá-la. Havia um real em jogo na história de Leila. Ter morado na rua, ter sido quase estuprada, a morte súbita da avó, também eram lembranças da ordem do horror. O que fazer diante disso? Para que a pessoa possa viver um pouco melhor, é preciso elaborar. Mas será que o real é elaborável? Ou é impossível de elaborar?

O trauma, assim como o real, não é elaborável; ou seja, o traumático será sempre traumático. Mas pode haver a amarração do trauma, o recalque. Quando uma pessoa tem uma

experiência traumática, o que é possível depois é que se ofereça um espaço para ela tentar falar alguma coisa sobre isso, de modo que a angústia – que não pode ser resolvida – possa ser amarrada com os significantes, à imagem do que acontece com o recalque originário.

Para abordar a amarração do trauma, faço aqui um breve estudo sobre o que Freud ensina a respeito do recalque originário, a amarração do trauma. Freud destaca que "originalmente, a cena traumática é uma cena sexual" (ALBERTI, 2008, p. 29). Isso porque a criança, ao se deparar com a cena sexual, não sabe dizer o que está acontecendo. Por exemplo, no famoso caso de Freud, o homem dos lobos, ele, quando criança, assistiu à relação sexual dos pais e evacuou. Por não ter condição de falar sobre isso, o acontecimento tornou-se traumático. Não há como a criança articular o que é da ordem do sexual, pois ela não tem recursos simbólicos para dar conta disso. Mas o sujeito não pode passar o resto da vida sofrendo com isso, lembrando dessa cena primária, impossível de dizer, traumática. Tem de haver o recalque, que é a amarração do trauma com significantes, coisa que o homem dos lobos não conseguiu fazer (e nem as pacientes Helena e Leila).

Freud ensina que é necessário recalcar. O recalque é bem sucedido quando está bem amarrado, e faz parte do núcleo do inconsciente. Freud (1900/1996, p. 556), em *A interpretação dos sonhos*, se refere ao núcleo do inconsciente como o "umbigo". Ele define o umbigo do sonho: por mais que se interprete um sonho, esse é um ponto aonde nunca se chegará. Vanier (2005, p. 100) aponta que Lacan também destaca que "há alguma coisa no simbólico – há alguma coisa no inconsciente que jamais será interpretada". Ainda em *A interpretação dos sonhos* (1900/1996), Freud usa outra imagem para pensar o inconsciente. Aponta que, quando interpreta um sonho, é como se estivesse "descascando uma cebola". Existiriam na "cebola" camadas e mais camadas de significantes (termo de Lacan), de traços mnêmicos (termo de Freud), mas há um buraco, que é o umbigo. Para o núcleo do inconsciente não vir à tona, é preciso que muitos traços mnêmicos ou significantes o amarrem bem. O recalque originário, para Freud, é uma forma de amarrar o núcleo do inconsciente, que é efeito do trauma, para que o sujeito viva no dia a dia, o menos possível, o encontro com o real.

Nos casos de Helena e Leila, acredito que elas iniciaram um trabalho de elaboração, mas o trauma ainda incomodava, pois não pôde ser bem amarrado, devido ao curto período de atendimentos. As entrevistas comigo foram interrompidas pelas altas hospitalares. Já no caso de Cláudia, que será apresentado a seguir, parece ter havido uma elaboração, permitindo que a paciente passasse a viver melhor.

1.7 **Caso Cláudia: recalque após passar 40 anos revivendo a experiência traumática?**

No INC, atendi Cláudia, sessenta e nove anos, a pedido de um médico, que disse que a paciente estava "deprimida". Na primeira entrevista, Cláudia queixou-se de ter "dúvida se as coisas que acontecem são reais". Disse que, por exemplo, quando eu saísse, ela teria dúvidas se eu realmente estive com ela ou se nosso encontro foi fruto da sua imaginação.

Cláudia teve três infartos, três derrames e, no INC, esteve no CTI. Lembrou que em uma madrugada arrancou os aparelhos que a monitoravam e andou pelo corredor do hospital. Não sabia se esse fato havia realmente acontecido ou se tinha sonhado. Ficava "confusa", sentia-se "triste", "sem vontade de viver" e afirmou que estaria tudo bem se tivesse que operar e morresse na cirurgia. Cláudia casou, teve quatro filhos, seis netos, e achava que "já poderia ir para o céu". A depressão começou antes da internação, na verdade há quarenta anos. Quando ela tinha vinte e nove anos, um rapaz com quem ela ia se casar a abandonou. Desde então, não se animava com nada, sentia que foi rejeitada, chorava frequentemente e a história de abandono lhe voltava à cabeça. A paciente trazia, portanto, uma experiência traumática e apontava para a impossibilidade de elaboração psíquica do que aconteceu.

Em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan articula o real com o trauma (LACAN, 1964/2008, p. 60). É impossível dizer o real; mas podemos contorná-lo. Era preciso fazer Cláudia falar mais sobre isso, pois falando, ela atribuiria significantes, poderia introduzir significantes no real da experiência e, com isso, alguma elaboração poderia ser feita.

Cláudia contou que ela e esse homem, onze anos mais velho, estavam com apartamento mobiliado e, um mês antes do casamento, ele falou que não iria mais casar porque arrumou outra mulher. Cláudia ficou magoada porque o pai, na época, disse a ela: "você é culpada, eu disse que ele não prestava". A mãe foi descrita como uma mulher submissa, que só falou que era para ela seguir a vida. Cláudia casou com outro homem, com quem permanecia casada. Contou que criou os filhos, teve vários empregos, altos cargos em empresas, mas nunca foi feliz, pois "o vazio sempre existiu; nunca foi preenchido". Nunca contou essa história para o marido e nem para os filhos e não sabia por que, mas acabou falando para mim. Pediu segredo.

O marido de Cláudia ficava o tempo todo no hospital. Ela afirmou: "esse homem morre por mim". Vivia bem com o marido, que era "companheiro", mas disse: "ninguém sabe quem é a verdadeira Cláudia". E acrescentou: "a verdadeira Cláudia é uma mulher vazia".

Em outra entrevista, falou do medo de submeter-se à cirurgia cardíaca, caso os médicos confirmassem que ela precisaria mesmo operar. Disse que não esperava ficar internada, pois veio ao INC só para fazer um exame, e que ficou “agitada” ao ser internada; achou que o INC não era um hospital, que era um lugar “estranho”, talvez um lugar de estudar as pessoas e “tirar órgãos de pessoas doentes”. Demorou a entender que estava em um hospital. Passou os sete primeiros dias de internação sem o marido (em um CTI do hospital, local onde os pacientes não podem ficar com acompanhantes) e acreditava que isso a afetou, pois “ele é a minha segurança”. Assim, começou a ter as sensações de não saber se o que acontecia era real ou imaginação.

De outra vez, Cláudia disse estar bem. Comentou que desde que me contou do rapaz que a abandonou na Igreja, sentiu-se muito melhor. Teria ela “amarrado” essa experiência traumática no núcleo do inconsciente? Teria elaborado? Após separar-se daquele homem, soube por amigos em comum que ele foi preso por roubo. Começou a pensar, então, que poderia ter sofrido muito se tivesse se casado com ele.

Em outra entrevista, comentou que agora estava cada vez mais animada com o seu casamento, que tirou da cabeça “aquela história do passado”. Estava com menos medo da cirurgia, pois os médicos decidiram que ela iria operar a carótida, ou seja, a cirurgia seria no pescoço. Afirmou: “não vou mais precisar abrir o peito”. De fato, simbolicamente, Cláudia já “abriu o peito” comigo, revelando um segredo guardado há quarenta anos. A médica explicou que a recuperação da cirurgia de carótida era rápida, que ela não demoraria a ter alta hospitalar. A paciente queria ir para casa. Poucos dias depois, Cláudia passou pelo procedimento e, após, falou que estava “aliviada” e que teria alta no dia seguinte, o que ocorreu.

Pode-se pensar aqui na afirmação de Freud (1915/1996, p. 192) de que “o inconsciente é atemporal” (fora do tempo): após quarenta anos do abandono do noivo, Cláudia sofria como se o tempo não tivesse passado; portanto, o passado que interessa à análise não é o que passou, e sim o que insiste no presente. Como ensinou Freud, a histérica sofre de reminicências.

Levanto a hipótese de que a paciente, a partir das entrevistas comigo, pôde elaborar algo da experiência traumática, passando a investir no marido e no casamento. Elaborar é ir amarrando o trauma com significantes, o que aproxima a elaboração da amarração do recalque, de forma que ele não mais produza retorno do recalcado. Ou seja, elaborar é poder amarrar o que não é elaborável (o trauma) no núcleo do inconsciente. No caso de Cláudia, parece que ela conseguiu fazer essa amarração, não sendo mais tão afetada pelos

acontecimentos traumáticos do seu passado. Ela elaborou, ou seja, recalcou bem. Pôde dar uma amarrada no real, para o real não ficar invadindo a realidade psíquica dela a todo instante.

2 DIFERENTES DISCURSOS E PRÁTICAS CLÍNICAS DIANTE DO REAL NO HOSPITAL

2.1 O discurso médico atual e o discurso do psicanalista

Alberti (2000, p. 38-39) destaca que o hospital é "um campo de entrecruzamentos discursivos", o que remete à teoria dos quatro discursos desenvolvida por Lacan entre 1969 e 1970 no *Seminário 17*: *O avesso da psicanálise.* Segundo Lacan, há "quatro discursos que regulam o laço social: o do psicanalista, o do mestre, o da histérica e o da universidade" (ALBERTI, 2000, p. 38).

Martinho e Sadala (2014, p. 98) acrescentam que em cada discurso há quatro elementos – *S1*, o significante mestre; *S2*, o saber; *$*, o sujeito; e *a*, o objeto mais-de-gozar – que são distribuídos em quatro lugares: agente, outro, produção, verdade.

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \rightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

Coelho (2006, p. 4) indica que a cada um quarto de giro desses elementos pelas posições (no sentido horário), obtemos cada um dos quatro discursos. Ou seja, quando *S1*, *S2*, *$* e *a* mudam de lugar, promovem a passagem de um discurso a outro. Sonia Leite (2008, p. 88) afirma: "os discursos relacionam-se a posições subjetivas que são mutantes".

Alberti (2010, p. 19) explica que, segundo o ponto de vista de Lacan, em cada discurso "um agente, sustentado em uma verdade, se dirige ao outro, que assim agenciado deixa cair um produto". A autora (2000 a, p. 2) aponta que "a verdade do discurso é velada, mas é ela, no fundo, que sustenta o discurso". Almeida (2010, p. 13) cita o *Seminário 17*, em que Lacan ensina que a verdade é a mola propulsora do discurso, mas não se pode dizer toda a verdade.

O trabalho no hospital me faz constatar que nesse local o discurso médico predomina. Vários profissionais, por exemplo, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, estão nesse discurso, que ora se afina com o discurso do Mestre, ora com o da Universidade, embora se possa transitar no hospital pelos quatro discursos.

O discurso do Mestre é um discurso que traz um modelo de controle e disciplina dos sujeitos. Szpirko (2000, p. 59) explica que o modelo médico estabelece entre os médicos, de

um lado, e os pacientes, de outro, uma relação de poder. Almeida (2010, p. 3) aponta que, no discurso do Mestre, S1, o significante mestre, ocupa o lugar de agente, o que significa que o mestre, o senhor, comanda, está com o poder.

Clavreul (1983, p. 95) destaca que o médico fala com o doente como Mestre, investido de um poder, quase religioso, que ele deve afirmar. Ele aparece como um personagem heróico, por exemplo; quanto mais difícil uma cirurgia realizada, como uma cirurgia cardíaca, mais prestígio terá. No INC, não é incomum os pacientes associarem os médicos com Deus, trazendo frases como "estou nas mãos dos médicos e de Deus", "eu acredito nos médicos e em Deus", "Deus é quem guia as mãos dos médicos durante a cirurgia". Clavreul (1983, p. 89) aponta que "sinais indiscutíveis testemunham a autoridade e a importância do médico", que utiliza a sua autoridade para impor exames, dizer ao paciente o que ele deve fazer, em função de critérios médicos que só ele conhece.

Quando o médico está no discurso universitário, ele sustenta o domínio pelo saber, pois S2 é o agente do discurso. "Ter o saber no comando é considerar a possibilidade de haver um saber poderoso e universal" (ALMEIDA, 2010, p. 4). Quinet (1999, p. 2) aponta que, nesse discurso, o mestre foi substituído pelo saber universal científico, tendo como consequência uma "tirania do saber", que exige, a qualquer custo, a obediência à ordem que se apresenta como a verdade da ciência, e que pode ser assim formulada: "tudo pelo o saber!", "saiba tudo sobre tudo, sem nada deixar escapar". Almeida (2010, p. 4) comenta que, no dizer de Lacan, a ciência tem se estruturado ditando teorias para tudo. O saber está no lugar do senhor, tiranizando o outro, tratando-o como objeto *a*, como resto, como coisa. Para Quinet (1999, p. 3), trata-se de objetalizar para aplicar o saber. Isso "não é segredo nem novidade no âmbito médico". Alberti (2004, p. 58-59) destaca que "o que se produz, o que se joga fora, no discurso da universidade, é o próprio sujeito".

Almeida (2010, p. 7) afirma que o discurso da Universidade é "muito presente em instituições burocratizadas", nas quais criam-se regras, protocolos para que todos sejam tratados de maneira universalizada, não havendo lugar para a singularidade. Instituições assim são os "redutos dos especialistas, dos donos da verdade, que sempre sabem o como e o porquê de tudo" (ALMEIDA, 2010, p. 7). A autora acrescenta: "os especialistas são aqueles que colocam seus saberes debaixo do braço e saem à procura de sujeitos que se façam de objetos para que possam aplicar suas maravilhosas teorias" (ALMEIDA, 2010, p. 7).

Para Spirko (2000, p. 59), aqueles que têm o saber transmitem uma parte dele para os que não o têm; ou seja, os doentes dependem do saber dos médicos, se beneficiam desse, enquanto "se oferecem para serem 'lidos', decifrados, interpretados, pelo saber de um outro".

O doente está na "posição daquele que não sabe diante do médico, representante do saber" (CLAVREUL, 1983, p. 141). Clavreul afirma que a ordem científica forma um número crescente de ignorantes, já que o cientista é o único a ter o saber. Logo, somos "ignorantes diante dos especialistas do saber de determinado domínio particular" (CLAVREUL, 1983, p. 264). No Instituto Nacional de Cardiologia, por exemplo, uma paciente tinha muitas dúvidas sobre a doença cardíaca e as possibilidades de tratamento, mas acabava não pedindo informações para os médicos, e alegou que eles a atendiam brevemente. Lembrou que, certa vez, em uma consulta no ambulatório, ao perguntar para o médico sobre o resultado de um exame, ele disse: "quem tem que saber sou eu!". Então, ela ficava com vergonha de perguntar, embora quisesse saber sobre o seu quadro clínico.

Sonia Leite (2008, p. 86) destaca que com a teoria dos quatro discursos, Lacan fornece um importante instrumento para se considerar a presença do discurso do analista junto aos outros discursos nas instituições. O psicanalista pode afirmar o discurso do analista, e inaugurar, assim, uma outra prática clínica. A autora (LEITE, 2008, p. 85) lembra que o modelo médico esteve presente na trajetória freudiana, tanto em suas origens, pois ele era médico, quanto na diferença, constantemente sustentada por Freud, reafirmando sua criação. Ou seja, a Psicanálise surgiu da Medicina, o que faz com que não sejam campos totalmente independentes, mas propôs uma ruptura com esse saber. Desse modo, ela não é uma especialidade da Medicina; não complementa a prática médica.

Vanier (2005, p. 86) enfatiza: "o que vem na posição de agente no discurso analítico é o objeto *a*". Martinho e Sadala (2014, p. 101) explicam que o analista, como semblante de objeto *a*, se dirige ao sujeito dividido ($). Alberti (2010, p. 19) ressalta: "a particularidade do discurso do psicanalista é o fato de se tratar do único discurso que se dirige ao sujeito", já que nesse discurso é o sujeito que está no lugar do outro. Almeida (2010, p. 5) aponta que "tratar o outro como sujeito é possibilitar que ele se manifeste com sua singularidade". Segundo a autora, o fato de o agente do discurso do analista operar como objeto implica que "o analista não domina o outro nem pelo saber (como no discurso universitário), nem pelo poder (como no discurso do mestre)" (ALMEIDA, 2010, p. 5). Coelho (2006, p. 7) indica que o psicanalista renuncia a todo discurso de domínio.

Diferente da Medicina, a Psicanálise se interessa pelo discurso do sujeito e, assim, não impõe um discurso, colocando em questão esse princípio de uma "ordem" perante a qual o sujeito deve se submeter e se adequar; "ordem" que está relacionada com a posição do "sujeito que sabe" assumida pelo médico. Clavreul lembra que a hipnose e a sugestão estavam em continuidade com o discurso médico, visto que o médico preservava o comando sobre as

ideias que o doente devia ter – no lugar das suas próprias – para que a neurose sumisse. Foi isso que Freud deixou para trás, na pré-história da Psicanálise, quando trocou a técnica hipnótica e a sugestão, pela escuta do sujeito em livre associação. "Livre" também da opressão provocada pelo inquérito médico, que "se configura de modo nítido através da anamnese" (COUTINHO JORGE, 1983, p. 14). Escuta flutuante do analista, que não valoriza *a priori* nenhum dos elementos do discurso do sujeito, não utilizando de seus pré-conceitos para ouvir. Para Coutinho Jorge (1983, p. 15), da sugestão para a transferência, da anamnese para a associação livre, dá-se a passagem "do discurso do Mestre para o discurso do psicanalista", e também a mudança da postura do sujeito que sabe, própria ao médico, à do "sujeito suposto saber", lugar do psicanalista. Assim, "a Psicanálise se diferencia de modo radical da Medicina" (COUTINHO JORGE, 1983, p. 14).

O discurso do analista se opõe ao discurso do médico; inclusive, Lacan se refere ao "discurso do Mestre" como sendo a "Psicanálise ao avesso" (CLAVREUL, 1983, p. 165). Se, então, "a Psicanálise é o avesso da Medicina" (COUTINHO JORGE, 1983, p. 9), a mudança de um discurso para outro comporta uma "subversão" (BATISTA, 1991, p. 131). A Psicanálise modifica a relação com o saber, já que o *expert* ou o sábio não é o psicanalista, mas o analisante, que é o "titular de um saber não sabido que se trata de fazer emergir" (SZPIRKO, 2000, p. 59-60). Ou seja, para o psicanalista, o saber é inseparável de tramas inconscientes, que são diferentes em cada sujeito, apontando para a singularidade (SZPIRKO, 2000, p. 60).

A posição do psicanalista "não é a de saber, nem a de compreender, pois a comunicação é baseada no mal-entendido; é muito mais do que saber, sua posição equivale à 'douta ignorância'" (ALMEIDA, 2005, p. 19). A ignorância está relacionada com um furo no saber. Lacan usa a expressão "douta ignorância" para indicar que o analista, diante do saber, deve admitir que não sabe, ou ainda que seu saber tem limites. Essa posição do analista considera a castração, a falta, e vai contra o que seria um saber absoluto. Almeida (2005, p. 19) destaca que um psicanalista sabe "que não existe um saber absoluto, mas, sim, um saber a ser construído na experiência e balizado pelo desejo do psicanalista". É uma posição que leva em conta o real, o impossível, a impossibilidade de saber tudo. Ou seja, o psicanalista deve marcar que não é o "sabido". Almeida (2005, p. 20) aponta que "o campo do saber está inserido em outro, muito maior, que é o campo do não saber". Já o médico que está afinado com o discurso médico atual, se situa no lugar de saber sobre o paciente, e busca oferecer todas as respostas.

No INC, por exemplo, fui chamada para atender uma paciente, que chamarei de Clarisse, pois os médicos descobriram que ela estava “esquentando o termômetro, escondido, para simular febre”. Havia aproximadamente dois meses que a paciente tinha febre alta, diariamente, chegando a 42 graus. Os médicos investigaram, mas só diagnosticaram uma arritmia cardíaca, que não justificava a febre. Após constatarem o que ela fazia, sentiram-se enganados e irritados. Queriam uma decisão imediata com relação a como proceder, começaram a pensar em dar alta para a paciente. Em conversa com alguns médicos, após atendê-la pela primeira vez, percebi que eles buscavam respostas: questionavam sobre o diagnóstico, perguntaram se era “psicopatia”, se ela os “enganava” conscientemente ou se fazia isso inconscientemente, como agir, se a paciente deveria “ser confrontada” com relação a aquecer o termômetro etc. Esses médicos até admitiam que não sabiam tudo, mas queriam saber. E eu, que havia realizado apenas uma entrevista, não tinha as respostas. Uma psiquiatra da equipe, ao ouvir a conversa, imediatamente disse se tratar da “Síndrome de Munchausen”. Ela explicou que as pessoas que têm essa síndrome produzem sintomas, fingem doenças, para chamar atenção, e que a síndrome é comum em mães, que provocam sintomas nos filhos, e os levam para as emergências. “Às vezes chegam ao hospital com a criança com diarreia, mas não contam aos médicos que deram a ela mamão em excesso”. Relatou, ainda, a diferença entre a síndrome e a psicopatia, como se deveria proceder; porém, sem ter atendido a paciente. Os médicos pareciam encantados em receber todas as respostas, e continuaram perguntando. Em um lugar onde o discurso médico predomina, a psiquiatra, enquanto médica, estava no mesmo discurso que o deles e eu tentava ir justamente na contramão disso. Como a profissional podia achar que sabia “tudo” sobre a paciente sem nunca tê-la visto? Desse lugar de saber, ela trazia um discurso aparentemente sem furo, que escamoteava o real.

Almeida indica que “o trabalho do psicanalista no hospital vai, fundamentalmente, na contramão de um saber previamente estabelecido, que exclui o sujeito” (ALMEIDA, 2005, p. 16). Como destaca a autora, o discurso médico é falho, porque não considera o sujeito (ALMEIDA, 2005, p. 69). O encontro do médico com o doente é “um encontro que, na verdade, ao não levar em consideração o sujeito, não existe” (ALMEIDA, 2005, p. 69). E, nesse caso, o encontro literalmente não existiu, porque a psiquiatra nunca entrevistou Clarisse. O psicanalista tem a função de fazer voltar à cena o sujeito dentro do hospital. A Psicanálise traz como eixo principal de seu discurso o sujeito; opera na inclusão do sujeito do inconsciente, sujeito do desejo. Ela visa resgatar o sujeito que a ciência excluiu, exilou. Nesse sentido, Elia (2000, p. 23) ressalta: “toda pesquisa em Psicanálise é clínica”. Almeida (2005,

p. 20) aponta que, por trabalhar com o inconsciente, a única via de acesso para qualquer pesquisa que se intitule psicanalítica, só pode ser pelo viés da clínica.

Freud adverte que devemos tomar cada caso como se fosse o primeiro, sem recorrer a um saber prévio. Vanier (2005, p. 25) cita Freud, que ensina que o analista deve engajar-se em cada análise "sem levar em conta os conhecimentos constituídos até então". Almeida (2005, p. 20) destaca: "é do lugar de analista instituído no dispositivo analítico, lugar que pressupõe uma escuta e, principalmente, de causa para o sujeito, que um saber vai ser construído, um saber que não vai suturar o sujeito". O psicanalista sabe que se ele se dirigir ao paciente com um saber pronto, ele vai tamponar a possibilidade de o paciente construir o seu próprio saber, saber inconsciente, que é o que realmente importa, pois aponta para o desejo do sujeito. Para que o paciente construa o seu saber, é importante que ele fale. A regra fundamental da psicanálise é a associação livre. Portanto, nos atendimentos realizados à beira do leito, no INC, ofereço um espaço para que o sujeito fale sobre o que quiser.

O caso de Clarisse apontava para um real, que furava o saber médico: por algum motivo desconhecido, ela parecia não querer sair do hospital. Almeida cita Lacan, em "Psicanálise e Medicina" (1966), que destaca que, muitas vezes, "o doente vem demandar uma autenticação do lugar de doente, o que, dentro de uma ótica médica, é inaceitável". Para o médico, o paciente é aquele que está ali para ser tratado; então, insistir em não se curar é inadmissível. Almeida aponta que no dizer de Lacan, há uma falha entre demanda e desejo, ou seja, há uma "diferença entre aquilo que se pede e o que se deseja" (ALMEIDA, 2005, p. 62). Clarisse dizia que queria voltar para casa, pois estava com saudades dos filhos pequenos. Mas, a febre que ela simulava a fazia continuar internada, o que poderia apontar para um desejo de se manter no hospital. Cabe destacar que a Psicanálise trabalha com o sujeito dividido que, pode querer o que não deseja e desejar o que não quer.

A Psicanálise, ao promover a escuta do discurso de cada paciente, abre a possibilidade de o sujeito do inconsciente aparecer. Quando o analista diz "fale" e não responde enquanto Outro, "o que aparece do lado do Outro é o "x" do desejo, o enigma; não se sabe o que é o desejo do Outro e o analista pode permitir ao analisando inventar suas respostas" (GONÇALVES, 1991, p. 189). Ou seja, a pessoa do analista não está em jogo, já que ele "renuncia a usar o poder imaginário que lhe é dado" (GONÇALVES, 1991, p. 191), e isso torna possível que o sujeito se encontre com o seu desejo inconsciente. Às vezes, percebo que os pacientes notam a diferença de posição do psicanalista em relação aos outros profissionais da equipe, e acredito que eles chegam a estranhar. Como uma paciente do INC, por exemplo: eu afirmava que queria escutá-la, ela falava um pouco sobre a sua história de vida, mas

sempre achava que eu tinha alguma informação para dar, e perguntava: “você veio aqui me dizer algo, né?”. Na clínica psicanalítica só existe um sujeito – o do inconsciente e “resta ao analista a condição de objeto, o que define a sua posição ética” (COSTA; PIETRUZA; ARAÚJO, 1991, p. 432). Rinaldi (2000, p. 5) destaca que o analista se subtrai como sujeito, colocando-se, como foi visto, no lugar de objeto *a*, para causar desejo de saber no analisando, permitindo a abertura para o saber inconsciente. Enquanto o médico responde à demanda com a finalidade de extingui-la, o analista sustenta a demanda como motor da cura, sem respondê-la, fazendo com que o sujeito se questione sobre o seu desejo.

2.2 **A ética tradicional e a ética da psicanálise**

Cabe aqui abordar brevemente a ética da psicanálise, que difere da ética tradicional, para que se possa refletir sobre algumas questões, como: diante do real, o que um psicanalista pode oferecer? Uma cura? Um bem a se alcançar? Uma promessa de felicidade e harmonia? E a Medicina, o que oferece?

Conforme foi mencionado anteriormente, o médico usa a sua autoridade para dizer ao paciente como ele deve agir. Ele tenta fazer com que a sua decisão seja aceita, mesmo que para tanto tenha que descrever um terrível quadro do que acontecerá se a sua “ordem” não for seguida, ou seja, “em nome do princípio de que o saber está no médico e a ignorância no doente, ele se acha justificado para decidir enquanto Mestre absoluto, não podendo ninguém duvidar de que ele sabe melhor que qualquer outro qual o bem do seu doente” (CLAVREUL, 1983, p. 185). Por exemplo, no caso de Elisa, que será apresentado no terceiro capítulo, ela desejava morrer em casa, mas, apesar de eu ter falado diversas vezes com os médicos sobre esse desejo da paciente, eles acreditavam que o melhor para ela era permanecer no hospital, pois “não seria bom” que os três filhos de Elisa presenciassem a morte da mãe. Essa postura médica afina-se com a ética tradicional de Aristóteles, que conforme Lacan (1959-1960/ 2008, p. 368) indica, é a ética do serviço dos bens, do Bem supremo, do que deve ser feito para atingir o bem. A moral aristotélica é “uma moral do mestre”, que tem uma posição de superioridade; é a moral do poder, de quem manda. Ela é oposta ao desejo, pois é um tipo de mestre que não permite que as pessoas desejem. O poder dita normas que os sujeitos devem obedecer, esquecendo os seus desejos. Esses não podem estar em questão. Lacan (1959-1960/ 2008, p. 367) destaca que a ética da psicanálise é totalmente diferente, pois é uma ética do

desejo, e não uma ética do "bem comum", como a da filosofia. O desejo do sujeito pode estar contra o bem comum. No caso de Elisa, ela morreu no hospital, não pôde seguir o desejo que expressava em sua fala, pois os médicos, em nome do que seria "bom" para ela e para seus filhos, não a liberaram para ir para casa.

Outra paciente tinha recebido a informação de que os médicos iriam retirar o seu dreno naquele dia e, com isso, ela poderia voltar para casa. Mas, a retirada do dreno foi adiada, o que significava que ela teria de passar mais tempo no INC. Apesar de ter ficado triste, pois desejava ter alta, aceitou a decisão dos médicos. Um paciente estava na expectativa de ter alta hospitalar, quando soube que os médicos haviam decidido que seria melhor lhe dar mais vinte dias de antibiótico, o que iria prolongar a sua internação. Ficou muito chateado, mas não se opôs ao tratamento. Clavreul (1983, p. 36) afirma que "o discurso médico é normativo"; pois, se o sujeito se afasta da norma, há uma prescrição médica a ser seguida, por exemplo: "tome esse medicamento", para que ele volte à norma. É um discurso que normatiza o organismo, com o objetivo de curar o doente. Os pacientes, embora decepcionados, não contestavam a ordem médica, o saber dos médicos que, avaliando o que seria melhor para eles, faziam novas prescrições, objetivando trazê-los de volta à normalidade.

Clavreul (1983, p. 105) indica que a Medicina substitui sua ordem à do desejo, ou seja, "a ordem do desejo é outra que não a ordem médica". O discurso médico instaura a exclusão do desejo, sendo uma "instância recalcadora em relação ao desejo" (CLAVREUL, 1983, p. 110). O autor aponta que "o doente e o futuro doente devem estar preparados para se curvar à ordem médica, isto é, para participar desta ordem" (CLAVREUL, 1983, p. 109). Lacan (1959-1960/ 2008, p. 368) ensina que, frente ao poder estabelecido (discurso do mestre), não se trata de afirmar um anarquismo (fazer o que o desejo manda), mas de reconhecer os limites do poder, os limites do ideal frente ao que desejamos. Ou seja, o Mestre (seja o médico ou o governante) não considera os limites do poder, mas o sujeito pode, com o seu ato, impor um limite, como fica claro na tragédia de Antígona, trabalhada por Lacan no *Seminário da Ética.* Antígona impõe um limite ao poder de Creonte, o governante, e sustenta o seu desejo até o fim, mesmo sabendo que morreria por isso.

Americano (2010, p. 7) aponta que enquanto a proposta da equipe de saúde do hospital, referida ao discurso médico, enfoca o bem do paciente, ou aquilo que a equipe acredita ser o melhor para ele, o psicanalista não sabe *a priori* o que é bom para o sujeito, e oferece tratamento pela via do desejo, ou seja, propõe a possibilidade do sujeito falar do seu desejo, descobrindo-o. Desse modo, sustentando a ética da psicanálise que, como foi destacado, é a ética do desejo, o analista pode intervir nas equipes buscando um para além do

que é considerado “bom” para o sujeito. Por exemplo, certa vez um paciente internado no INC relatou que participou de um “grupo de pré-operatório”, em que alguns profissionais informam sobre a cirurgia cardíaca. Disse ter ficado muito assustado com as informações que recebeu no grupo; conforme ouvia sobre o tubo utilizado para entubar os pacientes e sobre os aparelhos, ficava “apavorado”. Os profissionais levam o tubo e outros equipamentos para mostrá-los ao grupo, e o paciente, então, se deparou com o real insuportável. Afirmou que ao ver os aparelhos, os imaginou em seu corpo, e pensou “eu vou morrer!”. Concluiu: “foi horrível ter participado do grupo”, preferia não ter ido, para não saber os detalhes da cirurgia, mas uma profissional da equipe de saúde insistiu para que o paciente fosse, alegando que seria “bom” para ele. Almeida ressalta que para o psicanalista, “não se trata de saber o que é melhor para o sujeito, aquilo que seria seu bem, mas de garantir um lugar para o paciente enquanto sujeito” (ALMEIDA, 2005, p. 70).

Nem todos os pacientes irão se beneficiar, por exemplo, do grupo de pré-operatório; ou seja, a equipe não pode generalizar e acreditar que participar do grupo será “bom” para todos. Americano (2010, p. 19) destaca: “ao introduzir no hospital um trabalho orientado pela ética da Psicanálise, temos em vista sensibilizar o médico e a equipe de saúde para a questão da singularidade do paciente hospitalizado”, o que implica um corte com o discurso médico. Segundo a autora, a função dos médicos “é salvar vidas e a nossa abrir-lhes os olhos para a singularidade de cada vida que está sendo salva” (AMERICANO, 2010, p. 96). Almeida (2005, p. 10) aponta que o psicanalista irá “pensar o sujeito em sua particularidade, diferentemente do que propõe a ciência”.

Lacan (1959-1960/2008, p. 379) indica que enquanto as ciências humanas estão alinhadas com essa proposta de que há bens para alcançar, o analista, pautado na ética da psicanálise, irá conduzir o tratamento, e não o analisante. Lacan (1959-1960/2008, p. 366) destaca: “a ética da psicanálise não é uma especulação que incide sobre a ordenação, arrumação, do que chamo de serviço de bens”. Ou seja, é uma ética que não diz respeito a um “faça isso para o seu bem”. Não há um bem, uma cura, a atingir. A ética da psicanálise se opõe a ética tradicional. Para Freud, não há um “bem supremo”, como propõe Aristóteles. O bem, dirá Lacan, é muito particular, é de cada um. Lacan (1959-1960/2008, p. 351-355) aponta que o analista recebe uma demanda de felicidade, e que “não somente o que se lhe demanda, o Bem Supremo, é claro que ele [analista] não o tem, como sabe que não existe”. Vanier (2005, p. 111-112) ressalta que a ética da psicanálise não é a ética da filosofia, pois “isso em que constituiria o Soberano Bem é precisamente o que é interdito”. Em “O mal-estar na cultura”, Freud (1930/2010, p. 91) ensina que a felicidade é difícil de atingir, e que cada

um terá que procurar uma maneira de "ser salvo", ou seja, cada pessoa deve buscar uma forma de "se virar". Lacan (1959-1960/ 2008, p. 25) cita Freud, que indica que para encontrar a felicidade, não há "nada preparado, nem no microcosmo e nem no macrocosmo". Lacan (1959-1960/ 2008, p. 355) acrescenta (a respeito do analista): "constituir-se como garante de que o sujeito possa de qualquer maneira encontrar seu bem, mesmo na análise, é uma espécie de trapaça". Então, um dos principais ensinamentos de Lacan em *O Seminário, livro 7, a ética da psicanálise* (1959-1960/ 2008), é o de que o que está no horizonte da ética é o real, o fracasso. Portanto, o analista não pode prometer nada ao analisante.

Clavreul (1983, p. 267) cita Lacan, que diz: "nós [os psicanalistas] não acreditamos no objeto", isto é, não existe um objeto que tampone a falta, proporcionando a completude, embora o sujeito o busque sempre. Lacan (1959-1960/ 2008) ensina que não há objeto para satisfazer o desejo, o que relaciona-se com a ética, pois não tentar tamponar a falta é ético. Deste modo, "para os psicanalistas é enquanto faltoso, ou melhor, objeto *a*, que o objeto funciona, isto é, ele faz funcionar o desejo" (CLAVREUL, 1983, p. 267), pois só há desejo se houver falta. Com Lacan, vemos que não há possibilidade de satisfação completa, de harmonia, pois a realidade é atravessada pelo real. Por isso, em *O Seminário, livro 7, a ética da psicanálise*, Lacan (1959-1960/2008, p. 42) destaca que "a realidade é precária". Como o objeto é impossível de encontrar, o sujeito reencontra sempre a falta. E essa, move o desejo. Já o discurso médico da atualidade, está articulado com o discurso da ciência, e submetido aos laboratórios, que prometem resolver todos os problemas, e o que eles não podem resolver ainda é porque não chegaram lá, mas vão chegar. O cientista quer acreditar no objeto, pois insiste na promessa de encontrá-lo para trazer a completude. O saber científico atual foraclui o real; não quer saber dele. Porém, o trabalho no hospital envolve um real que não se pode evitar, e que faz furo no saber médico.

2.3 **O "não querer saber" do doente e do médico**

Szpirko destaca que o doente, por razões inconscientes, pode não respeitar exatamente as prescrições dos médicos. O médico, então, acreditando saber o que é "bom" para ele, tentará convencê-lo, argumentar, ameaçar, antecipar os riscos, tarefas próprias ao discurso médico, mas não terá êxito se o paciente não se implicar no tratamento. No INC, por exemplo, quando um paciente recebe um coração, em uma cirurgia de transplante, há muitas

recomendações médicas no momento da alta hospitalar. Há um tratamento a ser seguido em casa, com medicações a serem tomadas em horários específicos. Os médicos ficam indignados quando o paciente "não adere" ao tratamento, pois a fila do transplante é grande, há dificuldades em se conseguir o coração, e eles não entendem como pode alguém que conseguiu não aderir. Segundo Szpirko (2000, p. 69), não dá para combater a não adesão com argumentos, pois isso seria desprezar a dimensão inconsciente em relação à qual todo mundo se caracteriza por "nada querer saber sobre isso". Assim, a noção de risco só tomará sentido para o sujeito "através de uma cadeia de associações de idéias imprevisíveis para o médico" (SZPIRKO, 2000, p. 57).

Szpirko (2000, p. 69) destaca que na psicanálise não se trata de uma doutrinação do outro através de argumentos, mas de implicá-lo, convidando-o a falar. O psicanalista sabe que diante da proximidade com o real, o paciente pode "nada querer saber". Um paciente do INC, por exemplo, disse: "prefiro não saber das coisas para não ficar com medo". Acreditava que se soubesse os detalhes dos procedimentos, ficaria ainda mais assustado. Outro paciente, disse que ao descobrir que estava com 80% de entupimento nas artérias do coração, começou a "fugir dos exames, por medo". Uma paciente afirmou: "não procuro saber exatamente o que eu tenho, para não ficar preocupada".

Os médicos também, muitas vezes, têm dificuldades em lidar com o real. Certa vez, na pediatria, fui chamada por uma médica da equipe para uma reunião em que ela daria a notícia da gravidade do quadro clínico de uma criança para a mãe. Após ela dar informações terríveis que deixavam claro que a criança não tinha mais expectativa de vida, a mãe começou a chorar muito. Ao vê-la chorando, a médica começou a "brigar" com ela, dizendo: "o que é isso? Pára de chorar! Você não acredita em Deus? Se acredita em Deus pára de chorar!". E repetia isso de maneira agressiva. Precisei intervir para que ela permitisse que a mãe chorasse, pudesse demonstrar sua tristeza diante da informação avassaladora que ela havia recebido, que apontava para a morte da filha.

Os médicos, assim como os pacientes, demonstram um "não querer saber"; porém, os médicos não querem saber do sujeito, sendo essa uma maneira que eles encontram de se proteger do real. E, então, acontece de, por exemplo, o paciente se queixar de que eles os atendem rápido e "saem depressa", como no caso da paciente Sandra, que será apresentado nesse capítulo, que teve as duas pernas amputadas, ou no caso Elisa, que trarei no capítulo 3, em que ela disse: "eu percebo que os médicos fogem de mim". Almeida aponta que, de maneira geral, o discurso médico "suprime o homem doente enquanto homem, porque do

sofrimento que é por ele experimentado como sujeito e que o remete à sua fantasia, à sua própria história, o médico não quer e não pode nada saber" (ALMEIDA, 2005, p. 7).

Para não criar vínculo com o doente, muitas vezes, o médico o examina, prescreve exames, dispensando o diálogo. Um paciente do INC comentou de uma vez em que dois médicos foram examiná-lo, e colocaram ausculta no pescoço dele. Um médico falava: "estou ouvindo sim; é bem sutil, mas dá para ouvir". E o outro dizia: "eu não estou ouvindo", mas ninguém se dirigiu a ele. O paciente perguntou o que era, e os médicos só responderam "não é nada demais". Ele reclamou dessa falta de explicações, inclusive falou diretamente com os médicos sobre isso. Almeida (2005, p. 33) indica que "evidencia-se aí a posição de objeto em que o doente se encontra". A autora destaca que o paciente "perde a sua condição de sujeito, passando a ser apenas um corpo / carne que precisa ser tratado" (ALMEIDA, 2005, p. 33).

No hospital, o doente não escolhe seu médico, um substitui o outro em função dos seus horários, havendo, então, a presença de vários médicos. No INC, os pacientes são atendidos por muitos médicos residentes, que deixam de acompanhá-los ao mudarem de setor. O profissional não se coloca como o médico de referência de determinados pacientes, sendo esta uma maneira de se defender do real da clínica. Uma paciente, após saber que um outro médico passaria a acompanhá-la, chorou e disse: "eu havia me apegado ao meu médico, que foi embora sem nem se despedir". Outro paciente afirmou não saber quem era o seu médico. Disse que vários iam vê-lo, mas cada um dizia uma coisa, de modo que não sabia nem com quem poderia tirar suas dúvidas. Hospitalizado, o paciente vai para um "Serviço", onde se tratará com um grupo de médicos que misturam suas responsabilidades, um assinando o que o outro prescreveu, em função de um exame feito por um terceiro etc. Cada médico é apenas um dos representantes da ordem médica, e sua função é aplicá-la. Clavreul (1983, p. 92) destaca que o "doente fica desarmado diante do médico, que só presta contas a seus pares", por causa da coesão do corpo médico.

Clavreul (1983, p. 224) ressalta que "assegurar a ordem do organismo é a finalidade da ordem médica", e aceitar a doença, o real, é uma derrota para a Medicina. Por isso, através do tratamento, da prevenção, a Medicina tende a constituir o homem tão "normal" quanto possível. O autor destaca: "a Medicina estabelece a saúde como um dever que se impõe a todo cidadão" (CLAVREUL, 1983, p. 74).

Clavreul (1983, p. 121) ensina que "o saber médico é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui". Para que o discurso médico se estabeleça, é preciso valorizar alguns fatos e afastar o que for contrário a esse discurso, ou seja, o médico só considera o que pode se inscrever em certo

campo de saber; o resto não tem existência para ele. Por exemplo, um médico pode associar uma queixa de "dor na barriga" com úlcera, câncer, mas ele sairia do discurso médico se relacionasse a dor na barriga com uma má conduta da esposa do paciente. Portanto, "por mais interessantes que sejam todos os discursos possíveis sobre o mal e a doença, eles não retêm o médico se não estiverem na ordem médica" (CLAVREUL, 1983, p. 81). Por isso, "a observação no leito é para recolher tudo o que é enunciável nos termos do discurso médico, e também que ele afaste tudo o que não é enunciável nesse discurso" (CLAVREUL, 1983, p. 82).

Clavreul (1983, p. 158) aponta: "do que o doente diz, o médico só retêm o que ressoa no discurso médico" e, assim, não faz diferença para ele se, por exemplo, a dor no peito de um paciente apareceu no dia da morte de um irmão. O autor ressalta que o médico não se interessa pelo que o sujeito tem a dizer a respeito da sua história de vida; ele não deixará que o doente fale demais do que não for integrável ao discurso médico e, assim, o paciente não pode ignorar que é a partir desse discurso que será escutado. Segundo Clavreul (1983, p. 214), "o discurso do doente é desacreditado de antemão, não somente em razão do sofrimento e da angústia que o impedem de raciocinar corretamente, mas porque o único discurso sobre a doença é o discurso médico".

Uma paciente internada no INC, por exemplo, me contou que veio de outro Estado para o Rio de Janeiro aos doze anos, quando os pais se separaram, para morar com uma tia, porque "não queria escolher com qual deles (dos pais) iria ficar". Lembrou que o pai sempre foi muito "fechado", e afirmou: "precisei adoecer para o meu pai se aproximar", frase que, a uma psicanalista, chama a atenção, mas provavelmente não representaria algo importante para o médico. A paciente disse que o pai ligou para o hospital para falar com ela; pela primeira vez, ele disse "eu te amo" e afirmou estar rezando para ela ficar boa. Ressaltou que as palavras do pai foram "muito fortes".

Esses elementos estranhos ao discurso médico, mas singularmente insistentes, uma vez que os doentes os apresentam ao médico frequentemente, são verdadeiramente "não fatos" em relação à Medicina. Os sofrimentos diversos, as modificações de humor, de sono, da vida sexual, a angústia, e tudo o que forma o fundo de um tipo de reivindicação contínua, é acolhido com uma maior ou menor boa vontade por parte do médico, mas, de maneira geral, o médico nada quer saber sobre isso, porque "permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável como para tratá-los" (CLAVREUL, 1983, p. 84).

Szpirko (2000, p. 63) diz que o médico decodifica o sofrimento através de um crivo de saber aplicado à palavra do paciente, permitindo-lhe reconhecer signos a serem especificados

com a ajuda de perguntas e exames complementares cuja função escapa ao saber do paciente. O doente é, assim, “decifrado” a partir de um sistema de referências que ele ignora. Segundo o autor (SZPIRKO, 2000, p. 64), o médico nomeia a doença, se apoiando, por exemplo, em resultados de exames e, desse modo, oferece uma espécie de estatuto de existência à doença, passando o paciente a incorporar esse signo, a doença, à sua identidade.

Coutinho Jorge (1983, p. 18-19) comenta que ao utilizar um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o médico limita o sentido dos vários ditos do sujeito àquilo que pode ser incluído no discurso médico, ou seja, ele se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes da sua fala em signos, em sinais médicos. O autor explica que Lacan diferencia “signo” de “significante”. O signo representa alguma coisa para alguém, que saiba lê-lo; diferente do significante, que representa um sujeito para outro significante (COUTINHO JORGE, 1983, p. 19). Para o médico, o que o paciente diz é signo de um quadro clínico que ele, médico, criva com seu saber; o psicanalista, ao contrário, está interessado nos significantes do próprio sujeito dividido.

Clavreul aponta que só o discurso médico pode interpretar a doença. O doente é convidado a se desligar de qualquer interpretação subjetiva sobre o que lhe acontece. A nomeação da doença, o diagnóstico, vai “assinar sua entrada no discurso médico”, sendo a etapa do diagnóstico, por exemplo, um “ato de Mestria” (CLAVREUL, 1983, p. 98). Por aí, o médico mostra que aquilo de que o doente sofre tem lugar no discurso médico. Essa nomeação, que é um aprisionamento, contém em si o aspecto negativo que toda categorização comporta. Tudo o que o paciente sentia e não conseguia interpretar com o seu próprio saber, é retomado no discurso médico, que afirma que “um sentido pode ser encontrado para o que anteriormente era puro não-senso” (CLAVREUL, 1983, p. 97). Clavreul (1983, p. 267) afirma que a Psicanálise não atendeu, nem por sua metodologia, nem por seus resultados, à expectativa do cientista: enquanto o discurso do analista parte do não-saber, o discurso médico tenta dar sentido a tudo, até ao que não tem sentido e é da ordem do real. Por exemplo, estados mal-definidos são transformados em: “você tem depressão”. Desta forma, a ordem médica se impõe, como um discurso totalitário que exclui o doente, que impede que ele oponha suas razões à razão médica (CLAVREUL, 1983, p. 98). Já para o psicanalista, “a doença, descrita e revisada pelo discurso científico, perde a objetividade que lhe é própria, na medida em que se engancha no que é singular de cada sujeito” (ALMEIDA, 2005, p. 9). A Psicanálise considera as diversas formas através das quais cada sujeito adoecido organicamente vai lidar com seu sofrimento psíquico. O psicanalista oferece a sua presença que implica em uma escuta, e isso provoca que se fale. Ele acredita na importância de se

propor aos pacientes um espaço onde eles possam falar de si mesmos na certeza de que, frente a uma escuta diferenciada, o sujeito tem sempre algo a dizer. Como será visto no caso Sandra, a Psicanálise irá tratar o real pela via do simbólico.

2.4 **Caso Sandra: o real e o tempo do sujeito**

O Serviço de Saúde Mental do INC recebeu de um médico um pedido de atendimento para Sandra, cinquenta anos, pois a paciente, segundo esse profissional, estava "ansiosa" com a possibilidade de ter que se submeter a amputações dos dois pés e dos dedos de uma das mãos.

Fui escutar a paciente e, na primeira entrevista, Sandra falou das partes do seu corpo que estavam necrosadas e que havia ouvido de um médico algumas "bobagens". Ao ser questionada sobre essas "bobagens", disse que o médico falara sobre as prováveis amputações.

Contou sobre a história do seu adoecimento: havia tido um infarto, passou alguns dias internada em outro hospital e teve alta. Afirmou: "vim ao INC apenas para fazer um exame e não quero sair amputada". Após esse exame, Sandra precisou ficar internada para se submeter a um cateterismo e achava que o médico havia "pinçado sua veia" durante o procedimento, o que teria gerado a necrose. Suspeitava, portanto, de erro médico. Segundo informações do prontuário, houve uma intercorrência – "dissecção de tronco" – durante o cateterismo, o que a levou a uma cirurgia de urgência. No pós-operatório, a paciente evoluiu com isquemia[4] de membros e necrose[5] dos mesmos. Sandra disse estar triste por sentir dores e por estar "dependendo dos outros".

O marido e os filhos da paciente manifestavam a esperança de que a cirurgia de amputação não fosse a única alternativa. O marido começou a procurar outros médicos, foi a diversos hospitais, em busca de mais opiniões. Sandra também tinha esperança de haver outra saída para o seu caso, disse que os médicos podiam raspar as áreas necrosadas ao invés de

[4] Isquemia é a falta de suprimento sanguíneo para um tecido orgânico. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Isquemia>. Acesso em abril de 2015.

[5] Necrose é o estado de morte de um tecido ou parte dele em um organismo vivo. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Necrose>. Acesso em abril de 2015.

amputá-las. Mas, segundo os médicos do INC, a amputação era o único tratamento possível e, se não fosse feito com urgência, Sandra poderia falecer por infecção generalizada.

Coloca-se, então, uma urgência médica, havia uma vida em risco, uma pressa da equipe médica para fazer o procedimento, devido ao "real da morte em jogo" (AMERICANO, 2010, p. 82), mas isso não significava que o sujeito do inconsciente não resistia a esse real, ele não acompanhava a pressa que seu corpo impunha ao tratamento médico.

Freud (1915/1996, p. 192) afirma que "os processos do sistema inconsciente são atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo. A referência ao tempo vincula-se (...) ao trabalho do sistema consciente". Silva (2003, p. 11) diz que é a um tempo muito singular que os processos inconscientes estão submetidos. Eles não sofrem a ação do tempo, pois o desejo é indestrutível. "O desejo escapa à ação do tempo cronológico". Só a temporalidade do consciente reconhece o tempo cronológico.

Ou seja, o tempo cronológico, em que o antes e o depois se encadeiam em uma sequência linear, é o considerado para a Medicina, mas ele não coincide com a lógica do sujeito, que não flui de forma a fazer a diferença entre passado, presente e futuro.

Lacan a explica a partir da própria análise da fala. Diz: "quando começo uma frase, vocês só compreenderão o seu sentido quando eu a houver concluído. É absolutamente necessário – essa é a definição de frase – que eu tenha dito a última palavra para que vocês compreendam a situação da primeira" (LACAN, 1957-1958/1999, p. 17). Assim, o sentido de uma frase só pode ser entendido *a posteriori*.

Americano (2010, p. 20) aponta que, enquanto a Medicina traz a dimensão do tempo cronológico, pois há uma vida em risco e não há tempo a perder, a psicanálise traz o tempo do sujeito e assim "a temporalidade levada em conta pelo analista faz corte à referência temporal tomada pelos médicos". Sandra dizia que não estava preparada para as amputações e, assim, surgiu em mim a questão: e o tempo do sujeito? Poderia ser dado mais um tempo para Sandra? Será que eu conseguiria um tempo extra para novas entrevistas, antes da cirurgia de amputação?

Carvalho (2008, p. 31) aponta que o analista não pode prescindir do sujeito, e isso implica em considerar o tempo subjetivo. Portanto, cabe ao analista a tarefa de lidar com os dois tempos – o cronológico e o do sujeito – articulando a pressa exigida pela situação ao tempo do sujeito que precisará advir, ou seja, reconhecendo a importância do tempo cronológico e, concomitantemente, sustentando um atendimento que considere o tempo de elaboração. No hospital entram em cena, de maneira abrupta, situações radicais, como essa da

indicação das amputações em Sandra, mas o analista deve manejar a pressa dos outros discursos, como o médico.

"Cabe à Psicanálise transmitir aos outros saberes questões que dizem respeito à singularidade de cada paciente" (AMERICANO, 2008, p. 8), não sem levar em conta os tratamentos, medicações e procedimentos, com datas e horas a serem seguidas, e a rapidez com que tudo acontece, ou às vezes até mesmo a lentidão.

Ou seja, o tempo cronológico, que envolve o tempo de internação, tempo para se fechar um diagnóstico, tempo de espera para uma cirurgia, é o considerado pela Medicina, mas esse tempo, muitas vezes, "apaga" o sujeito, não o leva em conta, pois não permite que ele se implique nas decisões. Americano (2010, p. 82) diz que, por vezes, o tempo cronológico aparece como um "Outro absolutamente tirânico, um tempo que não dá lugar ao sujeito enquanto sujeito do desejo".

Em outra entrevista, o marido da paciente disse estar muito "abalado". Ele não se conformava com a indicação da amputação e começou a pesquisar diversos procedimentos. Ele incentivava a esposa a não se submeter à cirurgia enquanto a equipe do INC preocupava-se com a demora para a realização do procedimento. Sandra disse: "me sinto pressionada pelos médicos a fazer a amputação", mas, da mesma forma que o marido, desejava ter um tempo para buscar mais opiniões. Dizia: "não é possível que não exista outra alternativa".

O marido de Sandra queria levá-la a outro hospital para mais uma avaliação médica. Conversei com os médicos sobre a paciente e os familiares desejarem ter novas opiniões. Será que havia como esperar sem haver prejuízos para o quadro clínico de Sandra? Os médicos do INC aceitaram que ela, o marido e os filhos fossem a outro hospital e cederam a ambulância que os levou. Porém, a outra equipe médica concordou com os médicos do INC: as amputações deveriam ser realizadas.

Após a família chegar com essa notícia, eu e a assistente social fizemos um atendimento conjunto – com o marido e os filhos. Os filhos choraram, e não quiseram falar muito; o marido, ao contrário, falou bastante. Afirmou que não estava convencido sobre a necessidade da amputação; "por ser evangélico, sou obrigado a acreditar até o fim". Pensava em procurar mais opiniões de médicos. Durante um breve momento, pareceu pensar na possibilidade real da cirurgia: chorou bastante dizendo que sentia-se "fraco" para lidar com isso.

Fui atender Sandra, que estava muito "nervosa" com a confirmação da necessidade da amputação. Perguntei se a cirurgia estava agendada, e ela respondeu que não, pois o cirurgião havia informado que estava esperando "a delimitação das áreas de necrose". Esperar pela

cirurgia poderia possibilitar a Sandra uma ressignificação da mesma? Será que eu teria mais tempo para atendê-la?

No hospital, o sujeito se depara com o inesperado, com situações que presentificam o real. Alguns autores usam o termo "urgência subjetiva", que é "quando o sofrimento se torna insuportável para o sujeito, impossível de ser colocado em palavras e imagens" (AMERICANO, 2010, p. 73). Na urgência subjetiva "perde-se o chão" (MOHALLEM, 2003, p. 27). Carvalho (2008, p. 31) diz que a "urgência subjetiva" caracteriza-se pela ruptura da cadeia de significantes, ruptura no campo simbólico.

Americano (2010, p. 76) mostra que para alguns autores, urgência subjetiva tem a ver com uma suspensão do "tempo de compreender", não permitindo um trabalho de elaboração, diante do real que se apresenta violentamente no corpo. Lacan (1945/1998) conceitua esse "tempo de compreender" quando apresenta o tempo lógico, que dialetiza a noção de tempo cronológico. Identifica três aspectos no tempo lógico: 1 – o instante de ver, 2 – o tempo de compreender e 3 – o momento de concluir. Alberti (2008a, p. 145) explica que esses são três tempos que ocorrem em um tratamento psicanalítico.

O tempo de compreender implica elaboração; é um tempo de pausa que instaura uma via para a elaboração diante do sujeito em sofrimento. A intervenção do analista na urgência diz respeito a introdução desse tempo de pausa. "Significa receber o sujeito no momento de urgência sem oferecer-lhe respostas prontas, mas sim oferecendo um espaço no qual a fala possa ser retomada, favorecendo o advento de significantes que possam relançar o sujeito na dimensão simbólica" (AMERICANO, 2010, p. 80). Ou seja, o analista visa inserir a situação de urgência na cadeia significante, colocando o sujeito a trabalhar para que o "tempo de compreender" se faça diante de um real que se apresenta violentamente, no instante de ver.

Em outra entrevista, o marido de Sandra disse que descobriu em uma clínica um método de "câmara hiperbárica".[6] Sandra me explicou que havia feito uma sessão e que uma ambulância a levaria para fazer a segunda. Disse que entrava em uma câmara de oxigênio e que o tratamento poderia fazer as áreas necrosadas caírem. Porém, de outra vez, Sandra disse que até na clínica os médicos confirmaram que as partes do seu corpo necrosadas deveriam ser amputadas.

[6] "Oxigenoterapia Hiperbárica é uma terapia que proporciona a cicatrização de tecidos e o controle de infecções, proporcionando melhorias em diversas doenças agudas ou crônicas. O tratamento consiste na absorção de oxigênio até vinte vezes mais do que o obtido num ambiente natural. É uma modalidade terapêutica principal ou coadjuvante ao tratamento convencional, no qual o paciente respira oxigênio puro (100%) num nível acima da pressão atmosférica e dentro de uma câmara pressurizada. Pessoas portadoras de enfermidades de natureza isquêmica, infecciosa, traumática ou inflamatória - principalmente quando há o risco de amputações de membros - podem se beneficiar deste tratamento médico". Disponível em: <http://www.iohbnet.com.br/site/noticias_interna.asp?id Noticia=29>. Acesso em março de 2015.

Sandra queixava-se de que os médicos, ao passarem por ela, falavam do seu quadro clínico “com termos difíceis” e “saíam depressa”, e ela não entendia nada. Angústia dos médicos frente à doença de sua paciente? Diante da pressa dos médicos – seja a pressa para diagnosticar, pressa para realizar a cirurgia ou até mesmo a pressa de passar rápido demais por Sandra – a psicanálise poderia introduzir uma “pausa na pressa”, ou seja, um “tempo de compreender”? Sandra reclamava de não entender por que havia a necrose e por que não existia outra alternativa que não a amputação. Conversei com os médicos sobre a necessidade de explicar para Sandra sobre sua doença, pois ela queria saber.

Rodrigues (2003, p. 94) diz que, na práxis da urgência, o tempo de compreender é necessário para alcançar o momento de concluir, pois “só após a compreensão ter sido atingida é que o sujeito pode soltar-se numa ação”. Silva (2003, p. 13) indica que na análise o tempo privilegiado é o tempo de concluir, onde haveria um ato do sujeito. É preciso a “pressa” para que o sujeito seja forçado a se precipitar numa resposta, senão, “sem esse elemento que tem a estrutura do corte, o sujeito não se lança” (RODRIGUES, 2003, p. 95). Portanto, no hospital, os pacientes são jogados no instante de ver (quando há a irrupção do real diante deles) e, depois, precisam se lançar em um momento de concluir para recolherem, com seu ato, os efeitos de compreender.

De outra vez, Sandra, após falar mais uma vez sobre a indicação unânime da equipe médica do INC pela amputação, afirmou que havia decidido se submeter à cirurgia. Assim, houve uma mudança de posição subjetiva, e Sandra apareceu como um sujeito e não um objeto à mercê da equipe médica, ou seja, mostrou-se implicada em seu tratamento. Nesse momento, viu seu médico passar no corredor, o chamou e disse: “decidi operar”. Com esse ato, Sandra demonstrou que chegara o “momento de concluir”. Ao ser sustentada por mim uma “pausa na pressa do discurso médico”, algo do campo da singularidade da paciente pôde advir, e surgiu, então, a enunciação.

É através da oferta de uma escuta que o discurso do sujeito pode se modificar, ou até mesmo surgir, adquirindo um novo sentido e proporcionando mudanças. Os médicos puderam esperar. Apesar da pressa de alguns, ao adotar a conduta de esperar a delimitação das áreas de necrose para só depois fazer a amputação, o cirurgião acabara favorecendo a continuidade das minhas entrevistas com a paciente. A decisão de esperar para fazer a cirurgia possibilitou que a escuta analítica proporcionasse à Sandra a ressignificação da amputação: de uma violência, a cirurgia passou a ser vista como um meio de salvar a sua vida.

Caso não se levasse em conta um tempo que implicasse o sujeito, Sandra poderia vivenciar a amputação como uma violência subjetiva, e até mesmo física, já que ela estaria "fora do seu tempo" (AMERICANO, 2010, p. 20).

Após a cirurgia, na qual a área da amputação foi bem maior do que a imaginada, Sandra queixava-se de "depressão", de estar "inconformada", de chorar sempre que olhava para o seu corpo e de sentir-se "outra pessoa". Havia uma demanda de ser escutada: "preciso muito de ajuda", falava ao me ver. Queixava-se também de se sentir "constrangida" diante do marido e dos filhos. Afirmou: "antes da doença eles me viam como uma pessoa forte, agora me vêem como uma coitadinha".

Sandra estava perdendo peso e dizia que não conseguia comer. Não tinha vontade nem de tomar banho, pois precisava de ajuda. Falou da dificuldade em depender dos outros, pois gostava de fazer tudo em casa e eram os outros que dependiam dela. Sempre foi muito independente e ativa: "agora me sinto uma inútil".

Ressalto que muitas entrevistas foram realizadas com Sandra, o marido e os filhos, juntos, pois Sandra pedia que eles não saíssem e o marido sempre demandava atendimento, dizendo ao me ver: "precisamos muito de terapia de família". Embora o atendimento conjunto não seja a situação ideal, neste caso, teve seus ganhos. Por exemplo, o de o marido falar à esposa que ela puxou ao pai, que era um homem forte, que nunca teve medo de nada. Com isso, abriu para Sandra a possibilidade de se instrumentalizar da identificação com o pai para sair do estado em que se encontrava no qual dizia que lembrava de ter tido medo de dirigir após quase ter batido com o carro, e que, após ter ficado doente, já havia sentido muito medo, como os medos de morrer e o medo das amputações.

É interessante notar que, a partir desse momento, Sandra começou a se interessar por terminar logo seu tratamento. Disse que ainda faltava "enfrentar" a segunda cirurgia, na qual se submeteria a novas amputações, mas queria fazer essa cirurgia, para poder ter alta. Afirmou que estava "nervosa" e "suando frio" por falar nesse assunto e pediu para o marido ficar com ela quando o médico fosse ao leito para explicar sobre o procedimento.

Sandra fez a última cirurgia. Fui atendê-la e ela disse que estava feliz com a proximidade da alta hospitalar, falou em colocar próteses, na sua reabilitação e em voltar à vida normal.

Através da escuta oferecida, ela pôde falar das suas dificuldades, levantar questões, e "os médicos puderam desacelerar o relógio, revendo, em benefício do sujeito, a possibilidade de esperar para realizar o procedimento" (AMERICANO, 2010, p. 21).

Quanto ao tempo cronológico, posso dizer que Sandra ficou dois meses e dois dias internada, teve mais de um mês de atendimentos comigo, e os médicos esperaram por volta de 29 dias entre a indicação da amputação e a realização da primeira cirurgia, tempo em que Sandra pôde ser avaliada em outro hospital, e pôde fazer o tratamento em câmara hiperbárica, conforme seu desejo.

Quanto ao tempo do sujeito que deve ser privilegiado na escuta analítica, esse é imensurável, a elaboração é constatada *a posteriori*, ou seja, é no "só depois" das entrevistas, através do discurso e das ações do sujeito, que é possível afirmar, como no caso de Sandra, que uma elaboração se deu, resultando em uma mudança de posição subjetiva. Cabe ressaltar que, como foi visto no capítulo 1, o que a pessoa elabora não é o real em si; o paciente pode circunscrever o buraco que o real faz na cadeia de significantes e, através da fala, pode elaborar algo de sua experiência, como no caso de Sandra. Do mesmo modo, somente *a posteriori* podemos dizer se uma práxis é analítica. "Só depois" pode-se concluir: "ali esteve um analista", pois é pelo efeito que se pode dizer de uma presença.

2.5 **Algumas "condições" para a Psicanálise**

Como ilustrado com o caso Sandra, o primeiro passo na clínica psicanalítica é passar a palavra ao paciente, aplicando a regra da associação livre, na qual o analisando deve "comunicar tudo que lhe ocorre, sem crítica ou seleção" (GONÇALVES, 1991, p. 186). Desse modo, a sua fala "faz emergir um saber que não se sabe, que, portanto, não lhe é acessível" (SPÍNOLA, 1991, p. 565). Para o analista, em contrapartida, há a regra da atenção flutuante, ou seja, ele não dirige atenção especial para nenhuma parte do que escuta.

Figueiredo (1997, p. 124) destaca que a clínica psicanalítica pode ser reconhecida no hospital a partir de três "condições mínimas". A primeira condição é que o psicanalista trabalhe com a realidade psíquica, cuja fonte primária é o inconsciente, que é a única realidade que se refere ao sujeito, "a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha"; enfim, se coloca no mundo. Ou seja, tudo ocorre a partir da fala do sujeito: "ao tratarmos o sofrimento psíquico só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras e ações prenhes de sentido". Freud (1915/1996, p. 192) afirma que uma das características do inconsciente é a "substituição da realidade externa pela psíquica", ou seja, nele há indiferença perante a realidade externa, só interessando a realidade psíquica. O autor explica que "o

inconsciente é a verdadeira realidade psíquica" (FREUD, 1900/1996, p. 637) e, desse modo, o psicanalista prende-se à fala à qual tem acesso, onde a realidade psíquica do sujeito se manifesta, e não a exames, dados verificáveis, questionários objetivos, que é o foco dos médicos e demais profissionais de saúde do hospital.

A segunda condição para a clínica psicanalítica, aponta Figueiredo, é a transferência, que consiste em um movimento do sujeito através do qual ele mostra ao analista, por meio da fala, algo de sua realidade psíquica. Deste modo, na análise, não basta que o analista e o analisando estejam presentes; a transferência também é essencial. Freud (1912/1996, p. 111) afirma que "a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento analítico". O paciente acreditará, inicialmente, que o analista deve ter o saber / poder de cura; ao colocá-lo no lugar de "sujeito suposto saber" sobre o seu sintoma, a transferência se instala. Vicente (1991, p. 306) destaca: "o paciente, impotente em alcançar o saber sobre seu sintoma, precisa deduzir, supor, que um Outro saiba; assim, o sujeito suposto saber se constitui". Figueiredo aponta: "o amor ao sujeito suposto saber põe o analisando em posição de confiar ao analista sua fala onde, imprevisíveis, aparecem seus segredos, seu padecer, sua esperança em mudar" (FIGUEIREDO, 1997, p. 148).

Algumas falas de pacientes do INC ratificam a ocorrência dessa revelação de segredos na transferência. Por exemplo, uma paciente, logo nas primeiras entrevistas, perguntou: "eu já te falei que tentei me matar tomando veneno de rato?". Outra paciente, afirmou: "vou te dizer algo que nunca contei a ninguém". Então, revelou que, quando a neta era bebê, às vezes tinha vontade de matá-la, jogá-la da janela, por exemplo. Também sonhava que a lançava dentro do vaso sanitário. Disse que não gostou de quando a filha falou que estava grávida, porque sabia que o casamento dela não ia bem. Afirmou, ainda, que sentia "medo de se matar", que não podia se aproximar da janela, e nem olhar para a linha do trem ou do metrô, por ter a impressão de que iria se atirar. Quando o trem estava chegando à estação, ela virava de costas, porque a sensação de que iria pular na linha do trem a deixava "nervosa". Depois, quis me dizer outra coisa que nunca contou a ninguém: fez um aborto em sua segunda gestação. A primeira filha da paciente tinha sete meses quando ela engravidou novamente. A sogra a incentivou a abortar, e o marido falou que era para ela decidir. Resolveu abortar, mas se arrependia; todos os dias se lembrava do ocorrido e pedia perdão a Deus. Viu um programa na TV sobre o início da vida, desde a fecundação e sentiu-se "muito culpada".

Outro paciente, logo no início da primeira entrevista, disse que ia me contar um "segredo": fugiu do hospital, foi à farmácia, comprou bombons e voltou, sem ser visto pela equipe. Logo depois, falou que queria revelar "outro segredo": tinha duas esposas há quinze

anos, uma em uma cidade, com quem tinha uma filha de doze anos, e outra em outra cidade. Dividia-se entre as duas casas e uma não sabia da outra. Após um tempo de silêncio, afirmou: “tenho duas, mas não tenho ninguém” e depois disse que achava que elas sabiam, mas não comentavam porque queriam que ele contasse oficialmente. Concluiu: “não é possível que eu tenha conseguido esconder por quinze anos...”.

Começou, então, a pensar em contar a verdade, porque a situação o deixava angustiado. Durante a internação, falava com as duas esposas por telefone, elas sabiam que ele estava no INC, “mas não sabem em que andar nem em que leito”. Ele disse a elas que preferia não receber visitas e que achava melhor ficar sem acompanhante. Afirmou que era complicado ter duas famílias, pois: “ter uma só já é difícil, imagina ter duas”.

Ao final do atendimento, voltou a falar das duas esposas: “eu penso em contar, mas não sei por que não consigo”. “O que acontece que eu não consigo contar?” Disse que precisava da minha ajuda para descobrir isso. A queixa, então, se transformou em uma questão. Figueiredo (1997, p. 125) aponta que o paciente deve transformar a sua queixa em questão e, assim, a transferência deve “deixar de ser uma expectativa imediata de cura para se transformar na transferência analítica”, cabendo ao sujeito se implicar em sua queixa, buscando saber mais sobre o que lhe incomoda. Para isso, o analista interroga ao analisando qual a sua parte naquilo de que se queixa. Em outra entrevista, ele disse que havia decidido que quando tivesse alta, iria largar as duas esposas, pois não estava feliz assim. Afirmou que queria ser feliz novamente, mas com outra pessoa.

A terceira condição para a Psicanálise, segundo Figueiredo, é uma determinada concepção de tempo. Como apresentado no caso Sandra, as intervenções do analista são verificadas *a posteriori*, ou seja, os efeitos dos seus atos e falas e também dos atos e falas dos sujeitos se dão “só depois”. Por isso, não se pode tentar prever ou prevenir os acontecimentos e, nesse sentido, “Psicanálise e prevenção não combinam” (FIGUEIREDO, 1997, p. 126).

Figueiredo ressalta que o trabalho incessante de elaboração ocorre no “só depois” das sessões, no decorrer dos atendimentos psicanalíticos. Ou seja, “o analista fez a sua parte sem saber com clareza que efeitos provocou” (FIGUEIREDO, 1997, p. 159). Americano (2010, p. 9) indica que, no hospital, “o analista deve operar de outro lugar, que não o dos outros profissionais de saúde. Lugar esse onde se faça valer a transferência, criando condições para que o sujeito possa elaborar algo do sofrimento pelo qual está passando”. Para a autora, a tarefa do analista é favorecer ao sujeito uma elaboração a partir do que se apresenta em sua (do paciente) fala (AMERICANO, 2010, p. 7).

Apresentarei mais um recorte de caso clínico para pensar as possibilidades de trabalho do analista diante do sujeito que está frente ao real.

2.6 **Caso Vera: óbito da neta no INC**

Fui chamada ao "Serviço de cardiologia da criança e do adolescente" para atender Vera, avó de um bebê que havia acabado de falecer (as psicólogas lotadas no Serviço não estavam naquele momento). Quando cheguei, vi a avó em silêncio, chorando, rodeada pelas acompanhantes dos outros bebês e crianças da enfermaria. Elas estavam diante do real, do impossível de dizer. As acompanhantes me olharam como se pedissem ajuda. Me aproximei de Vera e me coloquei à disposição para escutá-la; estava presente como alguém que podia escutar a sua dor, sem lhe pedir para ficar calma ou consolá-la diante do inconsolável. Porém, tomada pela angústia, ela não conseguia falar. Respeitei o seu silêncio, tive a "difícil tarefa de sustentar o silêncio frente à morte" (AMERICANO, 2010, p. 32).

Após um tempo, ela disse que não sabia como ligar para o filho, pai do bebê, e nem como avisar à nora, mãe da criança. Sentei ao lado dela, que decidiu telefonar para o marido para pedir que ele desse a notícia aos dois.

Fui com ela para uma sala de atendimento e Vera começou a falar da neta, me contou como ela era e o quanto foi desejada por toda a família. Acredito que a Psicanálise foi possível nessa única entrevista, pois considero que, mesmo nas situações de desespero, o sujeito pode falar e começar a dar algum sentido ao sofrimento, iniciando um processo de elaboração frente ao real da morte.

Com o meu silêncio, eu marcava que o psicanalista não dá respostas prontas ao sofrimento, pois elas tamponam a possibilidade de o sujeito produzir a sua resposta e com isso se situar ativamente diante do que se passa. Ou seja, o atendimento psicanalítico permite que a pessoa fale do seu modo sobre o seu sofrimento. Americano (2010, p. 81) aponta: "respostas do tipo 'vai passar', 'era a hora dele' ou 'ele está em um lugar melhor' para situações de perdas, pouco ajudam no sentido de permitir ao sujeito construir a sua resposta".

A equipe médica, muitas vezes, acha que o papel da Saúde Mental é o de consolar o paciente, acalmá-lo, mas diferentemente disso a minha aposta como psicanalista, ao atender Vera em um momento tão terrível, era a de fazê-la falar, para que ela pudesse "criar recursos para suportar o insuportável" (AMERICANO, 2010, p. 36). O analista "oferece ao sujeito a

possibilidade de, no lugar de atuar, falar e falhar, liberando significantes que constituem sua história" (AMERICANO, 2010, p. 80). Em um momento de angústia frente ao real, a minha presença para escutá-la mesmo no silêncio, fez com que significantes surgissem. Foi dado um lugar à fala e Vera dirigiu a mim a sua dor. É claro que ainda havia todo um trabalho de luto a ser feito, mas foi possível permitir que ela significasse algo diante da morte da neta.

Coutinho Jorge (2001, p. 124-125) destaca que escutar um paciente falando sobre a morte de um ente querido pode ser muito penoso, pois "nossa própria capacidade de fazer luto é recolocada em ação, temos que, de algum modo retomar as lembranças daqueles que amamos e que hoje estão mortos. Além disso, temos que nos defrontar com nossa própria finitude e fazer o luto de nossa própria vida". Conclui: "temos que operar em nós o mais difícil de todos os trabalhos e que talvez seja a prova mais radical para um psicanalista: ouvir um discurso sobre a morte, aproximar-se da morte a esse ponto. Abordar a esse ponto o não-senso radical da vida" (COUTINHO JORGE, 2001, p. 125).

Apesar de ser um trabalho difícil, esse é o trabalho que acredito ser o do psicanalista no hospital: o de lidar diariamente com o real da clínica psicanalítica, dirigindo-se aos pacientes não com um discurso pronto – como a equipe de saúde demanda ao analista – mas abrindo um espaço para a fala dos sujeitos.

2.7 **Demandas institucionais *versus* oferta do psicanalista**

Figueiredo (1997, p. 170) ressalta que no hospital as pessoas sofrem do corpo e depositam esperanças no saber médico. O psicanalista trabalha sobre o que resta das demandas, das outras modalidades de tratamento, do que ficou sem resposta. Como no INC os profissionais da equipe de Saúde Mental são "pareceristas", recebemos diariamente diversos pedidos de parecer de profissionais da equipe de saúde. Somos acionados sempre que algo escapa à Medicina e aos outros campos do saber.

Percebo que, muitas vezes, as demandas da Instituição são equivocadas. Elas não se coadunam com a Psicanálise e não poderão ser respondidas. É comum recebermos dos médicos do INC, por exemplo, pedidos de atendimentos para pacientes que, segundo eles, estão "atrapalhando" o bom funcionamento da enfermaria. Ou pedidos para "convencer" o paciente a se submeter a um exame. Esses pedidos para "disciplinar", "adaptar", "reeducar" o paciente às regras do hospital, para "manter a ordem" sempre surgem, mas essa não é a

proposta do psicanalista. Demandas para “ensinar”, “informar” o paciente também são muito comuns. Muitos profissionais da equipe de Saúde Mental acabam respondendo a essas demandas, fazendo os “grupos informativos”, que foram apresentados na “Introdução”.

Para a Psicanálise, não se trata de orientações, convencimentos ou sugestões como a equipe de saúde demanda, mas, sim, situar simbolicamente o sujeito naquilo que ele fala, ou seja, indagar a sua implicação diante do que ele apresenta como “realidade inexorável”. Há, portanto, uma diferença entre o que se demanda do analista e o que esse pode oferecer. Se não, o psicanalista deixa de agir como tal para “complementar” a prática médica, ou seja, se há uma identificação do analista com o modelo médico, o psicanalista abdica da Psicanálise. Sonia Leite (2008) destaca a importância de o psicanalista marcar a sua especificidade, distanciando-se do modelo biomédico. Como diz Figueiredo (1997, p. 168), no trabalho na Instituição, o analista “acolhe demandas e encaminhamentos a ele dirigidos, sem ceder de sua especificidade”.

Americano (2010, p. 43), aponta que há também demandas que a equipe atribui ao paciente, mas que relacionam-se mais a angústias do próprio profissional que solicitou o acompanhamento da Saúde Mental. Nestes casos, devemos trabalhar com quem pediu o atendimento, para só depois escutar o que o paciente tem a dizer.

Demandas para “acalmar” um paciente que está “nervoso”, “poliqueixoso”, “muito ansioso”, também são frequentes. E não são raras as vezes em que detecto que o paciente está incomodado em decorrência de algum problema no relacionamento “médico-paciente”. Por exemplo, na pediatria, um médico me pediu para ir junto com ele falar com uma mãe de uma criança internada, que estava “nervosa”, sem me explicar nada sobre o caso. Ele chamou a mãe e se desculpou com ela, e eu apenas assisti à cena. Quando ele saiu, a mãe da criança, de dez anos, falou sobre o ocorrido. Disse que ficou angustiada, pois um médico convidou vários outros médicos para assistir a um exame do seu filho. A mãe relatou que sentiu que os médicos “comemoraram”, “ficaram animados” ao verem que o caso do menino era muito grave. “Eles encontraram um trombo e começaram a tirar fotos com o celular”. Ela disse: “senti que eles ficaram felizes, pois poderiam estudar um caso grave”. Afirmou: “parecia que meu filho era uma celebridade”. Ficou muito chateada com a conduta dos médicos, e disse isso a eles. O menino faleceu dias depois.

Às vezes, os médicos do INC pedem atendimento para um paciente querendo que se aborde uma determinada questão. Por exemplo, já me pediram para entrevistar mais de uma pessoa que eles descobriram ser usuária de drogas, na expectativa de que fossem trabalhados os malefícios que usar drogas traz, especialmente para quem tem uma doença cardíaca.

Porém, não vou até os pacientes objetivando trabalhar questões específicas, e muito menos para convencê-los a algo, como a parar de usar drogas. Além disso, durante a entrevista, não foco em nada específico; ou seja, o paciente falará sobre o que quiser.

Certa vez, uma pessoa se queixou de ter se preparado três vezes para a cirurgia cardíaca. Chegou a ficar em "dieta zero", mas as cirurgias foram adiadas, sem que ela soubesse o porquê. Estava desanimada com essa situação, e pensava em desistir de se submeter ao procedimento. Outra paciente já estava em "dieta zero" para operar, mas os médicos adiaram a cirurgia, e ela ficou chateada em ter de esperar mais para fazê-la. Não sabia por quanto tempo teria de aguardar. Alguns motivos para adiarem uma cirurgia são: falta de sangue, falta de vaga no CTI ou quando surge outro paciente mais grave para ir para o centro cirúrgico primeiro. Mas às vezes esses motivos que levam ao adiamento não são explicados para os pacientes, o que justifica totalmente o descontentamento deles.

De outra vez, fui chamada para atender uma mãe que "não estava aceitando" a notícia recebida sobre o diagnóstico de morte cerebral do filho de vinte e cinco anos. Ao atendê-la, ela estava indignada, pois um médico falou para ela sobre a doação de órgãos. Diante desse pedido de que ela autorizasse a doação dos órgãos do filho, a mãe ficou angustiada. Ela achou um absurdo o médico ter tocado nesse assunto, pois acreditava que o seu filho único iria "sair dessa". "Eu acredito em milagres", afirmou. Lembrou de outra situação, em que a sua mãe, anos antes, havia dado entrada em um hospital, com câncer, e os médicos falaram que ela iria morrer. Mas, eles se enganaram, pois a senhora sobreviveu. "Ela só morreu muitos anos depois, por outro motivo", disse. Acreditava que existia a possibilidade de os médicos agora terem errado novamente.

De imediato, surgiam diversas questões, por exemplo, sobre a morte cerebral: será que algum médico explicou para a mãe o que é morte cerebral? O problema era a mãe ou a maneira como os profissionais se dirigiram a ela? Será que se ouviu essa mãe? Esse médico pediu os órgãos do rapaz porque ele tinha que retirá-los antes da parada cardíaca, pois depois os órgãos não serviriam mais? Provavelmente. Mas será que já havia tempo suficiente de morte cerebral para que, de fato, não houvesse possibilidade de reversão do quadro? A mãe ligou para um médico conhecido, explicou a situação e ouviu que "era muito cedo" para os médicos do INC falarem em morte cerebral. Quanto tempo se espera para fechar um diagnóstico de morte cerebral? Será que para a mãe a pergunta do médico não era: "posso terminar de matar o seu filho?". Muitas questões teriam de ser analisadas; porém, o paciente faleceu, e não houve a doação de órgãos. Não deveria ter sido feito um trabalho em equipe, ao invés de a Saúde Mental só ser acionada depois que a mãe já tinha recebido a notícia e o

pedido dos órgãos? Diante de uma situação tão delicada, os médicos podiam ter decidido sozinhos? Não deu certo trabalhar assim, pois o hospital não conseguiu os órgãos de que precisava, que seriam importantes para outra pessoa.

Muitas vezes, a pressa dos médicos em tomar decisões para encerrar um caso, como visto nessa situação do paciente com morte cerebral, ou a pressa para terminar o atendimento aos pacientes, passando rápido e sem dialogarem muito com eles, como nos casos do adiamento das cirurgias sem explicação, evidenciam a angústia dos médicos frente às situações do hospital. No próximo capítulo, abordarei a questão da angústia.

3 **A ANGÚSTIA COMO UMA DEFESA CONTRA O PERIGO**

Neste capítulo irei trazer alguns pontos da teoria da angústia em Freud e Lacan. E, em seguida, apresentarei fragmentos de casos clínicos para tentar ilustrar com a clínica no hospital as observações de Freud e de Lacan sobre a angústia.

O hospital é o lugar da angústia, pois é o lugar que vai confrontar, necessariamente, o paciente com o real. Isto porque ali o sujeito vai ter de se submeter a um Outro (a equipe de saúde) ao qual ele terá de entregar a sua vida; ele estará nas mãos desse Outro. Em um hospital predominantemente cirúrgico como o Instituto Nacional de Cardiologia, o sujeito muito provavelmente será cortado, terá o peito aberto, e os médicos irão quebrar as costelas para chegar ao coração. É angústia pura aquilo com o que se lida cotidianamente no contexto hospitalar.

E o que é a angústia? A angústia foi extensamente estudada por Freud e Lacan. Em 1894, Freud cria a sua primeira teoria da angústia: a de que o recalque provoca a angústia. Segundo Freud, se uma ideia causa conflito, por ser contrária à instância moral, quando ela é recalcada e o afeto é convertido em um sintoma somático, como uma paralisia na perna, por exemplo – o que ocorre na histeria de conversão – o conflito é resolvido (FREUD, 1894/1996, p. 56). O sintoma é produzido para que não se tenha que se deparar o tempo todo com o perigo interno e, deste modo, quanto melhor o sintoma, menos angústia. O que distingue a qualidade do sintoma é sua capacidade de amarrar o *quantum* de energia que, na ausência dele, ficaria solto. Quando uma representação incompatível é recalcada, mas o sujeito não faz a conversão, o afeto desagradável fica solto no psiquismo, à deriva, e ocorre, então, a angústia. O sujeito tem algo recalcado, e fica angustiado, pois não tem como falar sobre isso, ele não sabe dizer o que é. É a histeria de angústia, aponta Freud (1909/1996, p. 106). Mas, como não dá para viver angustiado, o sujeito poderá ligar esse *quantum* de excitação a algo e, por exemplo, como no "Caso Hans" (FREUD, 1909/1996, p. 107), desenvolver uma fobia a cavalos. Assim, consegue viver um pouco melhor, a não ser ao ficar diante de um cavalo.

Posteriormente, Freud volta ao tema da angústia porque se dá conta de que na realidade essa angústia produzida pelo recalque é típica do recalque secundário (ou recalque propriamente dito), que é o recalque característico das histerias de angústia e de conversão; recalque esse que não aparece na neurose obsessiva. Mas, há também o recalque primário (ou originário), que é o característico da neurose; ou seja, um sujeito é neurótico porque tem um recalque originário (e não porque tem o recalque secundário). O recalque originário de Freud

equivale ao que Lacan ensina sobre a inscrição do significante Nome-do-Pai, que se sobrepõe ao desejo da mãe; é a barra que incide sobre o Outro primordial, castrando esse Outro. Para Freud (1926), o recalque originário barra a angústia de estar completamente submetido ao Outro (não castrado), que pode fazer qualquer coisa com a criança. Portanto, Freud constrói uma segunda teoria da angústia, apontando que por haver a angústia, há a inscrição do Nome-do-Pai, que produz o recalque, se referindo ao recalque originário (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 111). Lacan (1962-1963/2005, p. 23) enfatiza que a angústia é um afeto, e que afeto "não é recalcado". O recalcado são os significantes que o amarram. Lacan (1962-1963/2005, p. 23) ressalta: "isso, Freud o diz como eu". No caso do recalque originário, o recalcado é o desejo da mãe.

Freud começa o seu estudo pela angústia do sujeito frente à própria castração, mas depois avança e aborda a angústia diante da castração do Outro. Muito mais angustiante do que a própria castração é se deparar com a castração do Outro, é o sujeito se dar conta de que o Outro não pode tudo por ele, que não pode, por exemplo, garantir a sua vida. Freud toca essa questão em *A interpretação dos sonhos* (1900/1996, p. 541), quando trabalha o sonho do pai que vê o filho queimando. É um pai que se desespera porque ele não pôde salvar a vida desse filho. Nem a mãe, nem o pai, nem ninguém podem garantir a vida para a criança. Do mesmo modo, no hospital, o paciente está diante do adoecimento, da indicação de uma cirurgia de alto risco, e os médicos não podem garantir que ele sobreviverá. O Outro é faltoso, o que deixa o sujeito em um permanente desamparo.

No texto "O mal-estar na cultura" (1930), Freud destaca a sua teoria de que todos os sujeitos são marcados por um desamparo fundamental, assunto que irei desenvolver melhor no próximo capítulo, a partir do Caso Leandro. Embora todos sejam desamparados, em qualquer situação, a clínica no hospital me faz constatar que frente ao perigo, representado pela doença, pela internação, pela necessidade de uma cirurgia cardíaca, esse desamparo fica ainda mais evidente.

Cabe ressaltar que tanto na situação de angústia do sujeito frente à própria castração quanto na de angústia diante da castração do Outro, Freud (1926[1925]/1996, p. 128), em "Inibições, sintomas e angústia", enfatiza que a angústia é uma "reação a uma situação de perigo", e que o perigo é o de castração. Freud conclui que toda angústia é angústia de castração, ou seja, o sujeito se angustia diante da falta. Freud relaciona a angústia à separação, à perda do objeto, e enumera: perda do pênis, perda do amor da mãe, sentida como objeto etc. (FREUD, 1926[1925]/1996, p. 86). No caso dos pacientes do INC, aparece claramente a

angústia frente à perda; por exemplo, perda da saúde, da vida que se tinha antes, da liberdade, "perda do chão".

Freud (1926[1925]/1996, p. 133) ensina que a função da angústia é a de ser um sinal. A angústia é útil, conveniente, dá o sinal do perigo para que o sujeito se prepare para o real ou tente evitá-lo. O perigo está relacionado com o fato de que algo do real pode atingir o campo dos sujeitos, a qualquer momento. Embora Freud se refira a um perigo que vem, fundamentalmente, de dentro do sujeito, do real traumático que há no núcleo do inconsciente, destaco que há perigos externos, como o de uma cirurgia cardíaca, que confrontam o sujeito com um real insuportável, que reatualizam esse real do próprio sujeito, que não é possível dizer. Cabassut (2004, p. 11), ao relatar o seu trabalho com pessoas gravemente queimadas, adverte sobre o risco de se identificar a ferida cutânea com o real, o que introduziria a possibilidade de cura do real com a da ferida. A ferida em si, assim como a cirurgia cardíaca, não é o real, mas coloca o sujeito diante do real da castração, que pode ser a morte iminente. A cirurgia expõe o paciente a um perigo, ao risco de morte, já que o coração é um órgão vital. E não há como fugir da cirurgia (assim como não se pode fugir de um perigo interno), pois se o paciente não se submeter à cirurgia, ele morre.

Na concepção de Lacan, a angústia relaciona-se com o aparecimento do objeto *a*. Ele destaca que a angústia, em Freud, aparece como sinal, quando o eu "é ameaçado por alguma coisa que não deve aparecer. Esta é o *a*, o resto" (LACAN, 1962-1963/2005, p. 133). Lacan (1962-1963/2005, p. 50) indica que o próprio Freud se refere à angústia como angústia diante de algo, e conclui: "é sempre do objeto *a* de que se trata quando Freud fala de objeto a propósito da angústia". Para Lacan (1962-1963/2005, p. 98), a angústia é "um sinal relacionado com o que se passa em termos da relação do sujeito com o objeto *a*".

Em *O Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan mostra como é quando incide a barra no Outro, e cai do Outro isto que o fazia íntegro, o objeto *a*, que é o efeito da castração do Outro, e é o objeto da angústia propriamente dita. No caso do sujeito psicótico, em que o Outro não é barrado, ele se vê completamente à mercê do Outro, que pode fazer dele o que quiser, o objeto *a* não caiu do Outro. No *Seminário da angústia*, Lacan aborda a angústia ali onde o sujeito a experimenta na sua relação com o Outro, seja esse Outro barrado – e aí ele enquanto resto do Outro – ou não. O objeto *a* gera angústia, quando ele emerge lá onde deveria estar o *menos-phi* (a falta). Após indicar o *menos-phi* como o lugar da falta, Lacan traz a vertente do vazio. Ele diz: o lugar que designamos como sendo o da angústia, e que atualmente é ocupado pelo *menos-phi*, constitui um certo vazio. "Tudo o que pode manifestar-se nesse lugar nos

desorienta, se assim posso dizer, quanto à função estruturante desse vazio" (LACAN, 1962-1963/2005, p. 67).

Um paciente do INC relatou que havia feito vários exames desde que se internou no CTI, e que estava "todo furado". Disse ter "pânico de agulha e de corte", a ponto de desmaiar cortando o cabelo, por "nervoso da maquininha" usada para raspá-lo. No CTI, estava sempre "na expectativa" do que poderia acontecer, o que o deixava angustiado. Contou de uma madrugada em que a enfermeira fez muitas tentativas de lhe colocar um acesso venoso. Afirmou: "fui furado várias vezes; foi horrível". Havia um excesso de estímulos, que contrariava o princípio do prazer, princípio esse que, como foi visto no capítulo 1, visa manter as excitações o mais baixas e homeostáticas possíveis. Freud (1926 [1925]/1996, p. 132) se refere ao fato de que um "a mais" de energia que não é ab-reagido causa desprazer. Coloca a angústia, esse afeto desagradável, como a reprodução de alguma experiência que causou aumento de excitação (FREUD, 1926[1925]/1996, p. 132). A situação desse paciente evidenciava que a falta, o vazio, faltava. Lacan (1962-1963/2005, p. 64) destaca: "a angústia não é sinal de uma falta, mas de algo que devemos conceber num nível duplicado, por ser a falta de apoio dada pela falta". Lacan (1962-1963/2005, p. 67) indica que na angústia "não se trata de perda de objeto, mas da presença disto: de que os objetos não faltam".

Na angústia, o objeto *a* volta à cena; ou seja, algo "destinado a permanecer oculto, torna-se presente" (HARARI, 1997, p. 58). Coutinho Jorge (2010, p. 169) aponta que a angústia é o sinal de alarme de que o objeto *a*, "que deve ser mantido sempre a certa distância, está se aproximando excessivamente". Segundo Zizek (2013, p. 366), o objeto *a* designa o que é subtraído da realidade (enquanto impossível) e assim lhe dá consistência; se for incluído na realidade, se ele se presentifica ali onde ele não tem que estar, ele "causa uma catástrofe". A realidade, para a psicanálise, é um véu, que o sujeito usa para encobrir o real. A pessoa constitui o mundo da realidade, por exemplo, quadro aqui, cadeira ali e, se de repente, emerge um objeto *a*, ela se perde naquela cena, e fica angustiada. Zizek fala em "catástrofe", porque a realidade não está podendo exercer sua função de velar o real.

Pode-se dizer que a angústia de castração, em Freud, e a angústia diante do objeto, em Lacan, são a mesma angústia, pois a presença do objeto *a* é o que aponta um vazio, ou seja, aponta a falta de algo – falta, por exemplo, de se poder nomear as coisas. Objetos *a* não têm nome; não se pode identificá-los em outros objetos. Objeto *a* é indizível, é ex-sistente, ou seja, existe fora do simbólico. Ele não se associa com os significantes, pois é o real propriamente dito.

Lacan, em *O Seminário, livro 13: o objeto da psicanálise* (1966-1967), aponta cinco versões do objeto *a*: olhar, voz, seio, fezes e nada. Com isso, ele pretende ensinar que seio, fezes, olhar e voz mantém um pé naquilo que é inominável: o objeto *a*. No hospital, constato que muitos pacientes se angustiam ao enfrentar o olhar do Outro, o que ratifica a teoria lacaniana. Um paciente, após um cateterismo, ficou com um abscesso e um buraco no braço por onde saía um jato de sangue, se o curativo não ficasse bem apertado. Preocupado, disse: "eu percebo que o meu caso é muito grave. Existem pacientes graves e outros muito graves, com 80, 90% de chances de morrer". Achava que seu caso era o segundo. Embora não tivesse ouvido isso de ninguém, afirmou: "eu percebo pelo olhar das pessoas da equipe que vem trocar o meu curativo". Pelo medo do olhar do outro, o coração do paciente disparava. No INC, não são poucas as vezes em que os pacientes mencionam a angústia em referência a sintomas no corpo, como o de taquicardia, por exemplo. Mas seria esse um sintoma causado pela angústia ou pela doença cardíaca? A situação em si (de estar internado, à mercê do Outro), já é iatrogênica, visto que ela pode provocar ou agravar sintomas. Freud (1926 [1925]) aponta que a angústia é algo que se sente, e que tem um caráter acentuado de desprazer. Porém, destaca que há outros sentimentos, como tensão, dor, luto, que também geram desprazer. Ressalta, então, que a angústia "se faz acompanhar de sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo" (FREUD, 1926 [1925]/1996, p. 131).

Outro paciente do INC falou do "trauma" de descobrir o problema cardíaco, e sobre o olhar do médico ao ver os seus exames, que o deixou "apavorado". O olhar presentifica a angústia, visto que há uma coisa nesse olhar que transcende o olhar. E é isso que transcende o olhar que toca o sujeito, que pode até ter uma sensação física. Isso que toca o sujeito e que não é dizível desse olhar, é que é o objeto *a*. Então, quando se fala no olhar do outro como objeto *a*, é porque há algo nesse olhar que escapa ao simbólico, que é da ordem do real.

O olhar é íntimo e estranho, ao mesmo tempo. Ele é estranho porque vem do médico, do exterior, mas é íntimo, pois remete à constituição psíquica do sujeito. Nem todos os pacientes se angustiam diante de um olhar. Lacan (1962-1963/2005, p. 51) articula a angústia com isso que é íntimo e estranho, e indica a leitura do artigo de Freud sobre a *Unheimlichkeit*.[7] Diz que esse artigo é o "eixo indispensável para abordar a questão da angústia" (LACAN, 1962-1963/2005, p. 51).

[7] Lacan faz referência ao texto de Freud, "O inquietante" (1919). In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, volume 14. Também foi traduzido por "O estranho", na Editora Imago. Em alemão, o termo é "*Unheimlichkeit*" (substantivo) e "*unheimlich*" (adjetivo).

Passemos, então, ao texto de Freud. Em "O inquietante", Freud (1919/2010, p. 333-335) aponta que a palavra alemã *heimlich* é ambígua, pois pertence a dois conjuntos de ideias diferentes: por um lado, significa o que é íntimo, pertencente ao íntimo; por outro, o que está escondido, oculto da vista, de modo que os outros nada saibam a respeito. Então, Freud ressalta: "a palavra *heimlich* ostenta, entre suas várias nuances de significado, também uma na qual coincide com seu oposto, *unheimlich*. *Unheimlich* é, de algum modo, uma espécie de *heimlich*" (FREUD, 1919/2010, p. 340). Assim, o que é *heimlich* vem a ser *unheimlich* (FREUD, 1919/2010, p. 337). O negativo *un* significa misterioso, sobrenatural (FREUD, 1919/2010, p. 337). O inquietante relaciona-se "ao que é terrível, ao que desperta angústia e horror" (FREUD, 1919/2010, p. 329); ou seja, refere-se a um perigo (por exemplo, a um olhar) diante do qual a pessoa se angustia. Segundo Schelling, *unheimlich* é "tudo o que deveria permanecer secreto, oculto, mas apareceu" (FREUD, 1919/2010, p. 338). Lacan aponta que o que aparece onde nada deveria aparecer é o *Unheimliche*, se referindo a esse texto de Freud, de 1919, em que Freud desenvolveu a angústia, por exemplo, diante de uma boneca que de repente começa a se movimentar, a falar; um outro que cria vida, o que é completamente inesperado. A noção de *unheimlich* de Freud está incluída no conceito de objeto *a* de Lacan. Ou seja, o objeto *a* como tal não está formulado em Freud, mas isso não quer dizer que Freud não desenvolveu textos nos quais ele tocava, tangenciava, nisso que Lacan, posteriormente, chamaria de objeto *a*. Por exemplo, quando Freud aborda os fenômenos do *Unheimliche*.

Freud (1919/2010, p. 331) aponta que "o inquietante é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido". O estranho é o que há de mais íntimo em cada um; assim como o inconsciente, que pode parecer estranho (porque vem de um lugar que o sujeito não reconhece como "eu"; ele reconhece como "outro"), mas é íntimo. Logo, isso que é íntimo pode tornar-se estranho – inquietante – e assustador. Assim, *unheimlich*, "inquietante estranheza", relaciona-se com aquilo que é alheio, mas é seu. A angústia causa estranheza porque o sujeito sente que o perigo está no mundo à volta dele. E, ao mesmo tempo, é íntimo porque tem a ver com o núcleo do sujeito. O que é *unheimlich* é do íntimo do sujeito, porque ele é efeito da própria constituição subjetiva, que implica, como diz Lacan em *O Seminário, livro 10: a angústia*, que quando o sujeito é barrado, é por consequência da barra que incide sobre o Outro e da queda do objeto *a*. A topologia da angústia é relativa a um objeto que é de uma intimidade, no entanto, exterior ao sujeito, um afeto próprio da

exterioridade íntima do sujeito. Ela é um sinal de que estamos nesta área de "extimidade",[8] termo que Lacan cria para falar disso que está fora e dentro ao mesmo tempo. O *Unheimliche* e o objeto *a* estão fora, e dentro, pois remetem ao mais íntimo do sujeito e, ao mesmo tempo, ao mais estranho.

Lacan (1962-1963/2005, p. 86) enfatiza: "o horrível, o suspeito, o inquietante, tudo aquilo pelo qual traduzimos para o francês, tal como nos é possível, o magistral *unheimlich* do alemão, apresenta-se através de claraboias.[9] É enquadrado que se situa o campo da angústia". Interessante Lacan fazer essa referência à claraboia: um teto, em princípio, é fechado. E, de repente, o sujeito olha e tem um furo no teto, uma claraboia, o que é algo inesperado. Lacan (1962-1963/2005, p. 86) indica que a inquietante estranheza aparece de repente, de maneira súbita, do mesmo modo que o objeto *a*, que o real. Talvez, Lacan use a metáfora da claraboia, porque se por um lado ela implica em uma descontinuidade com a realidade, fazendo aparecer um buraco, por outro lado, deixa entrar a luz. Ou seja, é a partir daí que o sujeito se depara com uma luz, que é aquilo que diz respeito ao íntimo dele, ao que o constitui. E que, às vezes, é assustador, angustiante.

No INC, a mãe de uma criança internada na pediatria afirmou que ficava em uma "tensão constante", observando o comportamento dos médicos. Via se eles chegavam ao leito do filho dela com a fisionomia boa ou não, e se saíam "conversando e rindo" ou "preocupados". Disse: "observo até os passos deles no corredor". Quando ouvia o barulho de pisadas fortes no chão, ela se apavorava, ficava na expectativa do que iria acontecer. Teria ocorrido alguma situação catastrófica? Seria um médico trazendo uma notícia ruim? Para essa mãe, o barulho presentificava algo que não deveria estar ali; ele era o próprio objeto *a*. Lacan ensina que o objeto *a* o sujeito não vê, não ouve, não sabe onde está, mas sente. O barulho, é claro, a mãe ouvia; porém, o que a angustiava não era o barulho em si, e sim isso que ela via no lugar do barulho; por exemplo, "será que os médicos estão vindo me dar uma má notícia?". O barulho tem a ver com o que há de real, e que o sujeito projeta no barulho, ficando, a partir daí, angustiado. A mãe estava dentro de um Instituto de Cardiologia, assustadíssima porque o filho estava internado. Isso provocava angústia. Mas ela atribuía aos passos dos médicos um sobressalto. O barulho provoca uma inquietante estranheza (que barulho é esse?), um *unheimlich*, que é da própria formação do inconsciente do sujeito, esse Outro que, finalmente, é o inconsciente do sujeito. O barulho não é da ordem do simbólico, e nem do imaginário; a angústia não se relaciona com o que a pessoa imagina que seja o barulho; o barulho é da

[8] Do latim extimus: estranho, estrangeiro, exterior.
[9] Claraboias: abertura no teto ou paredes para permitir a entrada de luz.

ordem do real. E, para tentar dominar de alguma forma essa angústia, o sujeito vai tentar nomear isso: por exemplo, “gravidade do quadro clínico”, “notícia ruim”. O que o sujeito imagina que seja, a nomeação que ele faz, usando a sua realidade psíquica, já é uma tentativa de se proteger do real.

3.1 **As fantasias e o humor como proteções frente ao real**

Freud (1900/1996, p. 637) ressalta que a realidade é de cada um; é a realidade psíquica. Ou seja, cada sujeito constrói a sua realidade que, nesse sentido, é a própria fantasia. A fantasia é a verdade do sujeito, é a maneira como ele enxerga o mundo. E ele o enxerga usando o seu tesouro dos significantes, que ele associa um com o outro fazendo uma “historinha”, uma imagem (e aí entra o imaginário) para encobrir o real. Coutinho Jorge (2010, p. 170) aponta que, em termos lacanianos, a fantasia é a articulação da linguagem, do significante, com o que escapa à linguagem, que é o real. Para Lacan (1962-1963/2005, p. 60-61), a fantasia serve para defender o neurótico da angústia. Coutinho Jorge (2008, p. 97) indica que a fantasia “mediatiza o encontro do sujeito com o que é inabordável enquanto tal – o real”. Acrescenta que o relacionamento do sujeito com seu semelhante, com o mundo externo, será sempre mediatizado pela tela da fantasia, que protege do real traumático.

Lacan traz a metáfora de um quadro que é colocado na moldura de uma janela. Diz: “técnica absurda, sem dúvida, caso se trate de ver melhor o que está no quadro, mas já não é disso que se trata. Seja qual for o encanto do que está pintado na tela, trata-se de não ver o que se vê pela janela” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 85). Rabinovich (2005, p. 104) afirma que “a fantasia, então, é algo que se pinta na tela que oculta a janela, para ocultar a visão que a janela oferece”. A autora destaca que a cena final do conto “O homem de areia”, de Hoffmann, por exemplo, está emoldurada pela janela da torre, que, por carecer de uma tela à frente, permite ao herói ver como o temido Coppelius se aproxima, visão que o faz entrar em um estado de loucura. A angústia, portanto, ocorre quando a fantasia falha, rateia, quebra. É na hora em que ela fraqueja que a angústia comparece. A fantasia é janela e tela; “é uma espécie de óculos de Sol para olhar o Sol. Não dá para encarar sem proteção”.[10]

[10] Professora Heloísa Caldas, comunicação pessoal, 2014.

Lacan (1962-1963/2005, p. 12) ensina que a fantasia tem a mesma estrutura da angústia. Ambas têm um enquadre, como mostra, por exemplo, o sonho do Homem dos Lobos: “é por ser a fantasia pura, desvelada em sua estrutura, que esse sonho adquire importância e Freud o toma como central”. Lacan destaca que nesse sonho vemos o escancarar repentino de uma janela. “A fantasia é vista além de um vidro, e por uma janela que se abre. A fantasia é enquadrada”.

O sonho do Homem dos Lobos é descrito por Freud (1918[1914]/2010, p. 41) da seguinte maneira: o paciente sonha que estava deitado na cama, que ficava em frente a uma janela. De repente, no sonho, a janela se abre sozinha e ele ficou apavorado ao ver que alguns lobos brancos estavam sentados nos galhos da grande nogueira em frente da janela. A partir desse sonho, o que Lacan fala do enquadramento da fantasia é que há uma janela que, em princípio, está fechada. A fantasia é o que está sustentando o sujeito: a janela fechada. Mas, quando a janela se abre, a estrutura da fantasia se desvela: sai de dentro desse quadro e entra no campo psíquico do sujeito essa coisa inesperada, isso que o olha; no caso, os lobos. Há um susto: o homem dos lobos fica muito angustiado ao se deparar com o objeto da sua fantasia, o olhar. A fantasia vela o real quando a janela fica fechada; mas também o revela, ou seja, a presença dela acusa que ali há um furo, pois, se não houvesse furo, não precisaria da fantasia, porque o sujeito teria o significante do Outro, que lhe responderia. Cabe lembrar do matema da fantasia (S barrado punção de *a*): a angústia surge no momento em que o objeto *a*, um dos termos da fantasia, se presentifica para o sujeito.

Gallina (2010, p. 44) indica que a fantasia “tenta dar conta da lacuna significante localizada no Outro”. Oliveira (2013, p. 10), destaca: “a fantasia vela a realidade da castração”. Segundo Gallina (2010, p. 20), a fantasia fundamental é construída “como uma resposta do sujeito à incógnita do desejo do Outro”. O que o Outro quer de mim é a questão fundadora da fantasia. Oliveira (2008, p. 30) ressalta que a criança vive “uma constante tentativa de desvendar qual é o desejo de sua mãe”. A fantasia, então, é um fenômeno “intrinsecamente ligado às primeiras experiências sexuais infantis e à problemática do desejo, faz parte da constituição psíquica de um sujeito, e permeia toda a sua vida mental” (TEIXEIRA, 2001, p. 86).

Gallina (2010, p. 33) aponta que o artigo de Freud “Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais”, de 1919, é o ápice da investigação freudiana acerca da fantasia. Esse texto baseia-se em seis casos (quatro femininos e dois masculinos), mas Freud irá concentrar suas descrições aos casos femininos, por ser a maior

parte do seu material. Apresenta, então, três tempos da fantasia de espancamento nas meninas (FREUD, 1919/1996, p. 200).

Freud destaca que, no primeiro tempo da fantasia, a criança espancada não é a que fantasia; em geral, é um irmão ou irmã. Inicialmente, permanece obscuro quem é a pessoa que bate e, mais tarde, essa pessoa será reconhecida como o pai (da menina). Nesse primeiro tempo, a fantasia é consciente: "o meu pai está batendo na criança *que eu odeio*" – um irmão ou uma irmã (FREUD, 1919/1996, p. 201). A criança que fantasia – e é espectadora da cena – é a preferida: "o meu pai não ama essa criança, *ama apenas a mim*" (FREUD, 1919/1996, p. 202). É este o significado da fantasia de espancamento na primeira fase. Freud ensina que a fantasia, evidentemente, satisfaz o ciúme da criança.

Piza (2010, p. 2) comenta que a primeira fase "corresponde a uma época muito precoce da infância, em que a criança, às voltas com o amor edípico, rivaliza com qualquer outra criança que se mostre capaz de atrair para si a atenção que o pai dedicar-lhe-ia exclusivamente". Por associar o espancamento à "destituição do amor e humilhação", a criança fantasia que seu rival está sendo espancado por seu pai (PIZA, 2010, p. 2-3).

Freud aponta que entre a primeira fase e a seguinte há grandes mudanças. No segundo tempo da fantasia, a pessoa que bate continua sendo o pai, mas a criança espancada é a que fantasia. A fantasia "*estou sendo espancada pelo meu pai*" é inconsciente, e jamais será lembrada (FREUD, 1919/1996, p. 201); ou melhor, só é recordada como uma construção em análise. Martinho (2011, p. 36) explica que a fantasia dessa fase permanece inconsciente devido à intensidade do recalque.

Freud (1919/1996, p. 201) indica que a segunda fase é a mais importante de todas, e destaca o seu caráter masoquista. Ensina (FREUD, 1919/1996, p. 204) que a fantasia de ser espancada pelo pai "é uma expressão direta do sentimento de culpa da menina, ao qual o seu amor pelo pai sucumbiu agora". Ou seja, a fantasia dessa fase evoluiu "de um desejo incestuoso de ser amada pelo pai" (FREUD, 1919/1996, p. 211). Piza (2010, p. 3) destaca que o destino do amor incestuoso é o recalque. Freud (1919/1996, p. 205) indica: "meu pai me ama" tinha um sentido genital; devido ao recalque, se converte em "meu pai bate em mim". Ser espancado é uma convergência da consciência de culpa e do erotismo; é não só o castigo pela relação genital proibida, mas também o substituto regressivo para ela. Gallina (2010, p. 43) aponta: "a fantasia é edípica, e é em torno deste tempo da fantasia, designada como fantasia fundamental, que a vida do sujeito se encontra amarrada". Isto porque esse segundo tempo da fantasia é uma resposta à pergunta "O que o Outro quer de mim?", em que o sujeito se vê como objeto de gozo do Outro. Freud (1919/1996, p. 208) ensina que a fantasia de

espancamento é um resíduo do complexo de Édipo. Martinho (2011, p. 24) comenta que, no dizer de Freud, a fantasia de espancamento e outras fixações perversas análogas são precipitados do complexo de Édipo, cicatrizes deixadas pelo processo que expirou.

Martinho (2011, p. 37) ressalta: "o ato de espancar do pai é um sinal de seu amor expresso na linguagem de gozo. Nessa fase da fantasia, o sujeito ocupa o lugar de objeto causa de desejo do Outro. 'O pai me bate' corresponde para Lacan à fantasia fundamental".

Freud aponta que o terceiro tempo, "Bate-se numa criança", é consciente. Nesse tempo, a criança volta a ocupar a posição de espectadora do espancamento, e a pessoa que bate ou é deixada indeterminada ou se transforma em um substituto do pai, tal como um professor (FREUD, 1919/1996, p. 201). No lugar de uma criança que apanha agora, em geral, há muitas crianças. Com maior frequência, são garotos que apanham, mas eles não são conhecidos individualmente (FREUD, 1919/1996, p. 201). Todas as crianças indefinidas que estão sendo espancadas são, afinal, "substitutos da própria criança" (FREUD, 1919/1996, p. 206). Freud (1919/1996, p. 206) acrescenta que nesta fase, "a situação do espancamento, que originalmente era simples e monótona, pode passar por alterações e elaborações as mais complicadas; castigos e humilhações de outra natureza podem substituir o próprio espancamento". Teixeira (2001, p. 80) afirma que a terceira fase "desperta atividades da imaginação que assumem já a forma de devaneios". A fantasia consciente passa a ser um devaneio, no qual o verdadeiro conteúdo está completamente recalcado.

Teixeira (2001, p. 86) aponta a importância de se diferenciar a fantasia inconsciente do devaneio. O devaneio é um tipo de fantasia consciente, embora nem toda fantasia consciente seja devaneio. Laplanche e Pontalis (1998, p. 171) explicam que embora Freud não o faça explicitamente, "poderiam distinguir-se em sua obra diversos níveis da fantasia", como os níveis inconsciente e consciente.

Sobre o que se entende por devaneio, Laplanche e Pontalis (1998, p. 170) afirmam que Freud designa, em primeiro lugar, "os sonhos diurnos, cenas, episódios, romances, ficções, que o indivíduo forja e conta a si mesmo no estado de vigília". Para Teixeira (2001, p. 81), os devaneios ou divagações diurnas seriam "uma forma de pensamento durante a vida desperta". Freud (1908/1996, p. 136) ensina que o adulto cria devaneios, e que esses seriam um substituto do brincar infantil. Teixeira (2001, p. 81) destaca:

> os devaneios diferem das fantasias inconscientes recalcadas, à medida que os primeiros são fenômenos que têm lugar no consciente ou no pré-consciente, diferentemente das fantasias mencionadas, cujo núcleo central encontra-se no inconsciente. Isto não quer dizer que os devaneios não tenham uma forte ligação

> com o inconsciente. Os conteúdos dos devaneios também têm suas raízes neste arsenal inconsciente.

No INC, podemos notar a constância com que os pacientes em preparação para a cirurgia se referem à angústia diante do procedimento e, ao mesmo tempo, constróem fantasias conscientes – devaneios – como uma defesa contra o real, o que ratifica a teoria lacaniana. Um paciente disse a respeito da cirurgia cardíaca: "eu vou ficar igual a um porco e vão me abrir com um facão". Esse devaneio é uma proteção contra o real, pois a cirurgia é ainda mais terrível, é da ordem do real, já que o paciente não está nem consciente, está completamente submetido ao Outro, o médico. Ao construir esse tipo de fantasia, o paciente está se preparando para a cirurgia. Ele vai ser mesmo um porco aberto com um facão: os médicos vão quebrar as costelas, mexer no coração e, se eles falharem, se houver um erro, o paciente morre. E o índice de morte nas cirurgias cardíacas realizadas no INC, como será visto no próximo capítulo, é grande. Ao mesmo tempo e paradoxalmente, esta é a única chance eventual de sobreviver.

Além das fantasias, o humor também pode ser usado como uma proteção contra o real, conforme ensina Freud no texto "O humor" (1927), e como observo em diversos momentos no INC. Por exemplo, quando eu fazia com alguns pacientes da enfermaria o grupo "Conversando sobre a internação" (mencionado na "Introdução" dessa dissertação), eu percebia que enquanto algumas pessoas falavam sobre o horror que a proximidade da cirurgia cardíaca lhes causava, outras brincavam com a situação, mostrando que diante do real era possível fazer humor. Nos atendimentos individuais, também escuto pacientes comentarem que existem colegas de enfermaria que fazem brincadeiras a respeito da cirurgia cardíaca.

No texto citado, Freud tenta entender o processo que se realiza na pessoa que demonstra a "atitude humorística" e no ouvinte. Destaca que o ouvinte vê o outro em uma situação que leva o ouvinte a esperar que a pessoa demonstre um afeto: que "fique zangado, se queixe, expresse sofrimento, fique assustado ou, talvez, até mesmo desesperado" (FREUD, 1927/1996, p. 165). Mas essa expectativa é desapontada, porque a pessoa, ao invés de expressar algum desses afetos, faz humor. Freud (1927/1996, p. 166) aponta que o humor tem algo de libertador, e também possui qualquer coisa de grandeza e elevação:

> essa grandeza reside claramente no triunfo do narcisismo, na afirmação vitoriosa da invulnerabilidade do eu. O eu se recusa a ser afligido pelas provocações da realidade, a permitir que seja compelido a sofrer. Insiste em que não pode ser afetado pelos traumas do mundo externo; demonstra, na verdade, que esses traumas para ele não passam de ocasiões para obter prazer.

No INC, um paciente em pré-operatório ficou com muito medo da cirurgia cardíaca após um vizinho de enfermaria, que também estava aguardando o procedimento, ter dito durante um grupo, em tom de brincadeira: “a pessoa acorda no meio da cirurgia, com o peito aberto, porque a anestesia geral falha”. Freud (1927/1996, p. 167) destaca que a pessoa que tem a atitude humorística, diante de um momento que poderia ser terrível, faz uma piada, por se recusar a sofrer; é uma atitude que dá ênfase à invencibilidade do eu pelo mundo real, e sustenta o princípio do prazer. Ele acrescenta: “o humor não é resignado, mas rebelde. Significa não apenas o triunfo do eu, mas também o do princípio do prazer”, que pode afirmar-se contra a crueldade das circunstâncias reais (FREUD, 1927/1996,p. 166). Portanto, o humor está entre os métodos que o psiquismo construiu para fugir à compulsão para sofrer (FREUD, 1927/1996,p. 166-167). Freud acrescenta que nem todas as pessoas são capazes de ter atitude humorística, e que esse é um “dom raro e precioso” (FREUD, 1927/1996,p. 169).

Percebo que alguns pacientes do INC se divertem assustando os colegas. Um deles, em pós-operatório, durante um grupo, riu e disse aos demais pacientes: “os médicos, na cirurgia cardíaca, pegam uma marreta e a afiam bem, mas a minha marreta estava mal afiada”. Uma pessoa que ouviu isso achou graça, e disse saber que era mentira, enquanto outra falou que nem dormiu à noite, pois ficou pensando na cena dos médicos com a marreta e chorou de medo. Se para uns a fantasia protege do real, para outros, ela escancara mais o que é da ordem do horror. Não é possível generalizar. Para uns é engraçado, mas para outros é desesperador. Um paciente em pré-operatório ouviu de um vizinho de enfermaria, que havia operado o coração, que durante a cirurgia ele iria acordar e que veria o coração sendo retirado do corpo. Ele disse: “as palavras têm muita força!”. Passou a imaginar tal situação, e afirmou: “estou apavorado”. A fantasia cria essa imagem diante da qual o sujeito se angustia, mas como indica Freud, em 1920, essa angústia é uma forma de se preparar para o encontro com o real. Então, os pacientes ficam repetindo essas cenas terríveis para tentar se acostumar com a ideia de ter de se submeter à cirurgia. E eles acabam indo para o centro cirúrgico preparados.

3.2 **A angústia é diferente do pavor e do terror**

No texto “Mais além do princípio do prazer” (1920/2010, p. 169), Freud diferencia “angústia” (cujo termo alemão, *Angst*, significa angústia e medo), “pavor” (em alemão, *Furcht*) e “terror” (em alemão, *Schreck*). Freud ressalta que esses termos são empregados

impropriamente como sinônimos, mas podem se distinguir de modo claro na sua relação com o perigo.[11]

A angústia relaciona-se com esperar o perigo ou preparar-se para ele, mesmo se esse perigo é desconhecido. Ela é uma defesa contra o perigo; ou seja, por mais que seja incômodo, ruim, ficar angustiado, a angústia é saudável. Na angústia, é como se "tocasse uma campainha", alertando para o real aterrorizante. Por exemplo, uma paciente do INC, que chamarei de "Joana", na primeira entrevista, chorou ao falar que estava com muito medo da cirurgia. Ouviu um vizinho de enfermaria dizer que a cirurgia dela, de aneurisma, era complicada, que a pessoa podia morrer, o que a deixou "assustada". Em outra entrevista, falou que não saía mais do leito, para não conversar com outros pacientes, pois "eles só falam coisas ruins". Ela e um colega de enfermaria fariam a cirurgia de aneurisma e os dois já tinham sido levados ao centro cirúrgico, retornando de lá sem operar. Fantasiou que isso tivesse ocorrido devido a essa cirurgia ser muito complicada ou ao seu caso ser grave demais. A cirurgia demorava a ser realizada, sendo agendada e cancelada algumas vezes, sem que uma explicação fosse dada à Joana. Minha escuta visava uma ancoragem para a angústia em que ela se encontrava na expectativa de ser ou não operada. Incentivei a paciente a perguntar ao médico sobre a cirurgia, se colocando como sujeito diante dele.

Joana perguntou ao médico se alguma vez ele já havia feito uma cirurgia de aneurisma e se havia dado tudo certo. O médico respondeu: "foi um sucesso", mas Joana desconfiou. Temia que ele tivesse dito isso apenas para acalmá-la. Falou do "medo de morrer", e sobre um "pânico" de ouvir barulho de maca no corredor do hospital, pois pensava na possibilidade de ser a maca que iria levá-la para a cirurgia.

Foi submetida à cirurgia do aneurisma e, no CTI, disse que estava "aliviada" por ter operado. Contou que, no dia em que vieram levá-la ao centro cirúrgico, ela estranhou porque, quando a maca chegou, ela sentiu-se "calma". Acreditei que a tranquilidade da paciente ao ir para a cirurgia era efeito das entrevistas, ou seja, a espera pela cirurgia causou angústia, mas Joana pôde falar e se preparar para o procedimento.

Com relação ao pavor, Freud explica que esse exige um determinado objeto, diante do qual o sujeito se apavora (FREUD, 1920/2010, p. 169).

---

[11] Freud, S. (1920/1999). Jenseits des Lustprinzips in Gesammelte Werke. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag. Vol. XIII, p.1-69. "Schreck, Furcht, Angst werden mit Unrecht wie synonyme Ausdrücke gebraucht; sie lassen sich in ihrer Beziehung zur Gefahr gut auseinanderhalten. Angst bezeichnet einen gewissen Zustand wie Erwartung der Gefahr und Vorbereitung auf dieselbe, mag sie auch eine unbekannte sein; Furcht verlangt ein bestimmtes Objekt, vor dem man sich fürchtet; Schreck aber benennt den Zustand, in den man gerät, wenn man in Gefahr kommt, ohne auf sie vorbereitet zu sein, betont das Moment der Überraschung". (FREUD, S., 1920/1999, p. 10).

Sobre o terror, Freud (1920/2010, p. 169) o define como um estado em que alguém fica quando entrou em perigo sem ter tido tempo para se preparar para ele, dando ênfase ao "momento da surpresa". Uma paciente que foi ao INC apenas para uma consulta de ambulatório, acabou sendo internada para um cateterismo. Disse que "foi um choque", que entrou "em pânico", pois não achava que ficaria internada. Ficou nervosa e chorou. Internada, fez o cateterismo (antes já havia "fugido duas vezes desse exame, por medo"), que revelou que ela teria que operar ou colocar um *stant*, mas a paciente não queria nenhum dos procedimentos, pois estava assustada. Outro paciente contou que, em uma madrugada, acordou suando e com forte dor no peito. No caminho para o hospital, a dor e a falta de ar eram tão grandes que ele gritava: "eu vou morrer!". O médico explicou que ele teria de se submeter à cirurgia cardíaca, pois teve quatro lesões graves. O paciente disse: "chorei muito, porque não queria operar, não queria que me cortassem". Nos casos citados, os sujeitos não tinham nenhum escudo protetor, não puderam se proteger. Portanto, a invasão do real foi total, e fez um estrago.

Outro paciente do INC queixou-se da maneira como soube que o seu problema cardíaco era grave. Um médico lhe disse que o risco de morte era grande e, logo depois, uma pessoa da equipe falou que ele deveria "começar a rezar". Essa fala o deixou "apavorado". Após o episódio, passou dias chorando. Revivia a situação traumática, lembrava do que havia escutado; tentava elaborar, mas não conseguia. Seria um caso de "neurose traumática"? O sujeito foi pego de surpresa; portanto, não adiantava reviver, na tentativa de se preparar para o que iria acontecer, pois o fato já havia ocorrido. Na situação de terror não há preparação: a situação avassaladora acontece e não há tempo para elaborar. Em "Mais além do princípio do prazer" (1920), Freud aborda a questão da "neurose traumática", que pode ocorrer após acidentes que envolvem risco de morte. Indica que nas neuroses traumáticas comuns surgem duas características: em primeiro lugar, parecem causadas pelo fator da "surpresa", do "terror". Em segundo lugar, um ferimento ou contusão sofridos simultaneamente operam, "em geral, contra o desenvolvimento da neurose" (FREUD, 1920/2010, p. 168-169). Freud destaca, ainda, que não acredita que a angústia possa produzir uma neurose traumática; nela há algo que "protege do terror e também da neurose de terror" (FREUD, 1920/2010, p. 169).

Freud (1920) quer mostrar que uma coisa é se preparar para as situações assustadoras, outra coisa é não poder se preparar etc. Assim, ele consegue, por exemplo, identificar o mecanismo das neuroses traumáticas. Lacan, em *O Seminário, livro 10: a angústia*, retoma a "polissemia" das diferentes experiências trazidas por Freud para tentar destrinchar o que faz uma pessoa ficar angustiada. Indica que é a presença de algo absolutamente estranho, que o

sujeito não sabe significar, que causa a angústia. Então, embora sejam situações diferentes, Lacan quer destacar que todas essas coisas apavorantes, horripilantes têm em comum a presença do objeto *a*, disso que é inominável, do real. E que frente a esse real aparecem inúmeras manifestações da angústia.

3.3 **A angústia é o afeto frente ao real**

O surgimento da angústia em pacientes, familiares e profissionais do INC testemunha a existência do real no hospital, já que a angústia é o afeto frente ao real. Por exemplo, na pediatria do INC, uma mãe disse que já havia passado por muitos momentos difíceis desde que o filho de seis meses nasceu, com um grave problema cardíaco: a falta de uma artéria do coração. Aos dois meses, o bebê infartou, e a mãe correu com ele para o hospital, onde ouviu de uma médica que o filho "chegou em óbito". Afirmou: "ele morreu por uns minutos, mas os médicos conseguiram trazê-lo de volta". Falou sobre a angústia que sentiu nesse dia e sobre a angústia que ainda sentia, pois estava no INC para o bebê se submeter a um "transplante de artéria", cirurgia de alto risco. Tinha esperanças de que o menino sobrevivesse à cirurgia, pois ele já havia sobrevivido a um cateterismo arriscado. O bebê operou, ficou bem e, dias depois, teve alta.

Lacan (1962-1963/2005, p. 88) destaca que por vir do real, a angústia, quando invade, traz uma "certeza assustadora" para o sujeito, não admitindo uma divisão do sujeito em relação a ela. A angústia não traz ambiguidade, não deixa nenhuma dúvida, porque é um afeto que se sente; portanto, ou o sujeito sente ou não sente (ela está ali). Não há a possibilidade de negar a angústia. Todos os outros afetos (amor, ódio etc.) podem gerar dúvidas. Quando uma pessoa diz "eu te amo", por exemplo, já está pensando "será que é isso mesmo? Teve aquele dia em que não amei coisa nenhuma".

Harari (1997, p. 47) comenta que a angústia fornece certeza, pois "não há possibilidade, por parte do sujeito, de convertê-la em um elemento deslizável, apreensível na, e pela, cadeia significante". Quando se trata de angústia, não temos a cadeia significante como apoio e não há o que decifrar. A angústia não pode ser dita (LACAN, 1962-1963/2005, p. 86), pois ela não é da ordem da linguagem, dos significantes. Não há significante que dê conta da angústia. Na clínica, diante disso que "não pode ser dito", ou seja, da angústia, do real, pode-se chegar a dizer algo, isto é, alguns significantes poderão surgir. Por exemplo, a mãe de uma

criança internada no INC se emocionou ao lembrar da angústia que sentiu ao ver o filho adormecendo em seu colo, após tomar anestesia geral para fazer um cateterismo. Pôde falar sobre o quanto foi difícil entregar o filho "aos cuidados de um desconhecido", mesmo sabendo que era um médico, e sobre o "alívio" que sentiu ao ver o menino retornar do exame.

Lacan (1962-1963/2005, p. 88) aponta que a angústia é "aquilo que não engana". A angústia é o afeto da psicanálise por excelência; é um afeto puro, que perturba o sujeito. Soler (2012, p. 52) destaca: para Lacan, de um lado temos "o objeto, que não é representado, que é, portanto, bem difícil de capturar, que não é visível, que, todavia, não engana". De outro lado, temos "o significante, que engana, que preside a dúvida e a incerteza". Lacan indica que o significante gera o mundo do sujeito falante, cuja característica essencial é que "nele é possível enganar" (LACAN, 1962-1963/2005, p. 87). No INC, um paciente, que chamarei de "Antônio", queixava-se justamente do "engano" produzido pelos significantes. Na primeira entrevista, falou sobre a história do adoecimento da esposa, sobre o falecimento dela e o quanto sentia a sua falta. Mencionou também sua situação de adoecimento, internação, e possível transferência para o INCA.

A esposa teve câncer no rim que passou para a bexiga. Ele gastou muito dinheiro com remédios; e comprou alguns que ela não chegou a tomar. Afirmou: "Os médicos enganaram", "mentiram". Disse que só um médico falou a verdade, que a esposa, com oitenta e seis anos, não podia operar, porque morreria na mesa de cirurgia. Ela não operou e "ainda durou quatro meses". Lembrou que ela "urinava sangue". Nesse momento, a história da esposa pareceu se misturar com a história de Antônio: começou a dizer que operou o estômago, e que os médicos disseram que ele estava com "úlcera". Só depois, um médico revelou que era câncer. Disse "detestar mentira" e concluiu: "os médicos enganam". "Ninguém nunca me desenganou" (o significante "desenganar" um paciente aponta para a morte). Foi ao INCA, e um médico afirmou que ele não aguentaria outra cirurgia e que não seria possível operar. Durante o atendimento, demonstrou agressividade, criticou os médicos, que "enganam", e ressaltou que só um o "desenganou". Após um mês de entrevistas, Antônio faleceu. Ele denunciava a angústia dos médicos diante da certeza da sua morte? Angústia que fazia com que os médicos não falassem claramente sobre o prognóstico dele, fazendo com que Antônio se sentisse enganado por eles?

É muito frequente a angústia da equipe de saúde frente à morte, e percebo que ela fica ainda mais evidente na pediatria. A morte de crianças parece inadmissível. Muitos da equipe também têm filhos e se identificam com aqueles pais que estão perdendo os seus. Acionam rapidamente a equipe de Saúde Mental. Quando nos vêem passando pelo corredor, exclamam:

“Ah! Já chegou!”, aliviados. E logo indicam: “Ali, a mãe está ali!”. Os que estão com a mãe até a nossa chegada, se retiram rapidamente, após dizer mais algumas palavras de consolo, como por exemplo: “você não acredita e Deus? Ou: “pense que você tem outros filhos”, palavras que pelo que eu percebo, pouco ajudam em um momento de tamanho desespero. Já houve mães que correram para a janela, ameaçando se matar, ao saber da morte do filho.

Certa vez, na pediatria, uma mãe pediu que eu a acompanhasse para ver o corpo do filho morto no CTI. Lá, chorando muito, ela se despediu do bebê, o pegou no colo, o abraçou e falou com ele sobre o quanto o amava. Disse, ainda, que um dia eles iriam se reencontrar. Presenciei a angústia da mãe diante da morte do filho. Tal situação é comum na pediatria: a mãe recebe a notícia da morte do bebê e quer que um profissional da equipe de Saúde Mental esteja junto na hora de ela ir ver o corpo. Quando o corpo já foi levado do CTI, é necessário acompanhar a mãe até o “Morgue”, local do INC onde os corpos ficam. No caminho para lá, passa-se por todo o lixo hospitalar. Esse é o lugar da morte no hospital: lugar de resto, de objeto *a*, de angústia.

3.4 **Caso Elisa: angústia diante do perigo representado por uma grave doença**

Serão apresentados a seguir alguns fragmentos do caso clínico de uma paciente atendida por mim no INC. Esse caso mostra que, frente ao perigo representado pela iminência da morte, Elisa se angustia.

Na primeira entrevista com Elisa, a paciente havia acabado de receber dos médicos a notícia de que exames revelaram que o transplante cardíaco, sua única possibilidade de tratamento, não seria possível. Aos vinte e seis anos, após parir o terceiro filho, descobriu ter pouco tempo de vida. Estava, assim, diante de três perdas: da vida, dos filhos e da possibilidade de ser mãe da filha que acabara de nascer. Com grande sofrimento, Elisa falou da incapacidade de ocupar a função de mãe para a bebê que, com oito meses (tempo da doença cardíaca da paciente), não a reconhecia como mãe, atribuindo à avó materna esse papel. Além disso, disse que se sentia abandonando as crianças: “não coloquei três filhos no mundo para abandoná-los”. Diante da perspectiva da morte, planejou, então, chamar os filhos, que estavam na casa da avó materna, ao hospital para uma despedida; iria explicar: “a mamãe vai para o céu”, para que eles não achassem que ela os abandonou. Essas foram suas primeiras

palavras dirigidas a mim, acompanhadas da demanda, “me escute”. Assim, dei continuidade aos atendimentos.

Pesquisei sobre a doença de Elisa, chamada “miocardiopatia periparto”, junto à equipe médica e verifiquei que a doença é um processo inflamatório que ataca o coração e é caracterizada pelo desenvolvimento de insuficiência cardíaca no último trimestre da gravidez ou no pós-parto, em mulheres previamente saudáveis. Os pacientes que apresentam melhora clínica até seis meses após o parto têm prognóstico favorável.[12] Mas a filha de Elisa já havia completado oito meses, o que significava que o prognóstico da paciente era ruim. A doença é adquirida na gestação ou no pós-parto, ou seja, se Elisa não tivesse engravidado do terceiro filho não teria ficado doente. O binômio maternidade-morte era evidente. Até o nome da doença trazia o significante “parto”, o que apontava para a relação: maternidade – doença – morte. Ela foi ter o bebê e não saiu mais do hospital. Da maternidade foi para o INC e já estava há oito meses internada. Na terceira gestação, após duas gestações normais, Elisa começou a sentir falta de ar, que piorou após o parto. Os médicos acharam que era bronquite, e só depois de um tempo descobriram o problema cardíaco.

Na segunda entrevista, Elisa, muito triste, falou das coisas que ainda queria fazer na vida, mas acreditava que não seria mais possível. Queixou-se de que os médicos já não davam mais atenção ao seu problema no coração, importando-se apenas com o inchaço que ela tinha nas pernas devido ao problema circulatório. Para Elisa, isso significava que o seu caso não teria mais solução. Ela insistia que os médicos continuassem pesquisando, na esperança de que houvesse alguma saída possível, que não fosse a morte. A morte aponta para a Castração, para o real. Ela sabia que o tamanho do coração estava maior do que o normal, sentia falta de ar e dor no peito. Ressalto que a paciente, mais do que falar nos atendimentos da dor física, no peito, falava de uma dor psíquica. Elisa comentou: “eu percebo que os médicos fogem de mim”. Para Elisa, do que eles estariam fugindo? Da falta de explicações diante da morte? Da falta de recursos perante a morte?

Freud, em “O mal-estar na cultura” (1930/2010, p. 29), nos fala que há três fontes das quais provém o sofrimento do homem: a primeira, o mundo natural, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição impiedosas, como por exemplo, os vulcões e os terremotos. A segunda fonte de sofrimento vem dos relacionamentos entre os seres humanos. E a terceira fonte de sofrimento vem do próprio corpo, “condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a angústia como sinais de advertência”. Freud fala,

[12] “Doenças cardiovasculares próprias da gestação”. Disponível em: www.portaldocoracao.uol.com.br, 2008. Acesso em abril de 2015.

então, da fragilidade dos nossos corpos: nosso organismo corporal, parte da natureza, será sempre uma estrutura passageira. Ou seja, por mais que a Medicina avance, se padece do corpo: se adoece, envelhece e morre.

No caso de Elisa, ela não chegou nem a envelhecer. Aos vinte e seis anos de idade, descobriu que iria morrer. Ela disse: "o trem está parando", e ficou em silêncio. Sabia que sua vida estava por um fio. A questão da morte se colocava, com toda a sua carga de insuportável: a palavra recuava, os significantes faltavam, e a angústia se impunha. Elisa estava diante do real. Como foi visto no capítulo 1, Lacan (1955-1956/2002, p. 98) define o real como o que escapa à simbolização: "na relação do sujeito com o símbolo, há a possibilidade de (...) que alguma coisa não seja simbolizada, que vai se manifestar no real". Coutinho Jorge (2009, p. 32) cita Lacan, que diz que o real "não pode ser representado nem por palavras nem por imagens: ao real falta uma representação psíquica". Como diz Mohallem e Souza (2000, p. 18), "ninguém está preparado para este encontro com o real, pois o real nos deixa sem palavras e o que emerge, se tornando insuportável, é a angústia em que a pessoa passa a se encontrar".

Elisa pediu para passar o Natal em casa, mas ouviu dos médicos: "vamos esperar". Afirmou que não aguentava mais "esperar". O que ela não aguentava esperar? A resposta sobre o Natal? Uma solução milagrosa para a sua doença terminal? O que Elisa, de fato, não aguentava mais era esperar a morte. Sabia que não havia expectativa de vida, já tinha ouvido de um médico que era uma paciente terminal, mas se sustentava um pouco na esperança de que os médicos encontrassem uma saída para o seu problema cardíaco para poder suportar esse tempo de espera pela morte. Conforme o dito popular: "Enquanto há vida, há esperança".

A paciente disse, ainda, estar diante de uma difícil decisão: estava pensando em dar a guarda provisória da filha mais nova para a irmã. Elisa tentava deixar tudo encaminhado antes de morrer; isso mostrava que ela sabia que ia morrer e preocupava-se com o destino dos filhos. Contou-me, chorando, que os familiares lhe mostraram um vídeo no celular com o bebê falando "mamã" e que esse vídeo lhe "cortou o coração". De fato, Elisa estava com o coração "cortado", pois ele a levaria à morte, e por estar perdendo a possibilidade de cuidar dos filhos. Ela não poderia suspeitar que aquela gravidez lhe ocasionaria uma doença cardíaca.

De outra vez, Elisa estava muito angustiada, chorava e repetia incessantemente: "me ajuda, Daniela", "faz alguma coisa". Dirigiu a mim o pedido: "me salva" que ela fazia aos médicos. Ela queria que eu ficasse perto, estava com falta de ar, dizendo que não aguentava mais. Disse querer ver a mãe e as irmãs, mas justificou que elas quase não iam ao hospital, pois estavam cuidando dos seus três filhos. Apesar das entrevistas que realizei com a mãe e as

irmãs, elas, que antes se revezavam no acompanhamento à paciente, pareciam estar se afastando, talvez por não suportar presenciar a doença de Elisa.

Um médico me procurou para discutir o caso e fomos, juntos, conversar com Elisa, que nos perguntou sobre o Natal. Ele explicou que não podia garantir que ela fosse para casa e, quando saiu, Elisa me disse: “não me deixe sozinha”, “não esqueça de mim”. Ela estava muito angustiada e afirmou: “eu estou perdendo a fé”. De fato, ela perdeu a esperança de que houvesse uma cura para a sua doença, a saúde, a possibilidade de cuidar dos filhos, o lugar de mãe, a família... Elisa estava perdendo a vida.

Em outra entrevista, Elisa disse que a família levou uma TV e crochê, mas ela não conseguiu fazer nada, “por causa do desânimo”. Freud (1914/2010, p. 25 - 26), ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido, destaca que a doença é tida como uma ameaça à integridade do ser humano, e que uma pessoa doente “abandona o interesse pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento”. Acrescenta que uma observação mais precisa mostra que o doente “também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos, que cessa de amar enquanto sofre” (FREUD, 1914/2010, p. 26). Cabe ressaltar que no caso de Elisa, ela demonstrava grande interesse pelos filhos, ou seja, na situação específica da maternidade essa máxima de Freud precisa ser repensada. Elisa pensou em enfiar a agulha do crochê no pulso para se matar, já que diante da angústia da espera pela morte, era melhor que a morte chegasse logo.

Quando fui atendê-la novamente, soube que Elisa foi levada para o CTI após ter tido um “choque”[13] na enfermaria. Lá, a vi em um respirador, perguntei como estava e ela respondeu “estou feliz porque você está aqui”. Que lugar era esse que a analista ocupava para ela? Elisa teve vários médicos, que se revezavam em função dos seus horários e deixavam de acompanhá-la quando mudavam de setor. Mas a analista estava presente em todos os leitos por onde Elisa passou, sendo referência de alguém que poderia escutar a sua dor.

Em outro atendimento no CTI, Elisa disse que chorou muito no Natal, porque queria ter ido para casa. Brigou com as irmãs, pois pediu que elas a levassem embora do hospital, mesmo sem autorização médica, mas elas se recusaram. Recebeu a visita dos filhos, que perguntaram quando ela voltaria para casa. Embora ela já tivesse comunicado às crianças que iria para o céu, elas insistiam com a pergunta a cada visita, o que a deixava mais transtornada, como se a despedida não tivesse tido efeito.

[13] Choque constitui um estado anormal de hipotensão e prostração, no qual o fluxo sanguíneo é inadequado para manter a atividade celular normal, ou seja, é deficiente no suprimento de sangue e oxigênio para o organismo (Site:http://estevamhp.sites.uol.com.br/atua/WINDOWS/Desktop/teste/enfermagem/emergencia/edemapulmonar.htm). Acesso em março de 2015.

Em um outro dia, um residente de Medicina me procurou e disse que Elisa recusara os procedimentos médicos. Fui atendê-la e, já na enfermaria, ela disse: "estou nervosa, não quero falar". Passou a ter medo das pessoas: "estou com medo até de você". Apesar de dizer que não queria mais falar, Elisa revelou que estava tendo pesadelos à noite e acordava chorando alto. Em um desses pesadelos, sonhou com uma máquina que iria matá-la de uma só vez. Sonhar com uma máquina mortífera, da mesma forma que recusar os procedimentos médicos, não querer mais falar, se afastar das pessoas, que passaram a amedrontá-la, e pensar em enfiar a agulha de crochê no pulso, não seriam formas que Elisa encontrou para cortar os laços com a própria vida? Estaria Elisa desejando antecipar a morte para não viver a angústia de esperar por ela? Teria a angústia de esperar pela morte tornado-se pior do que a própria morte?

Em outro atendimento, estranhei o fato de Elisa estar animada. Ela disse que não estava mais ansiosa com a alta e que iria para casa quando Deus quisesse. Contou que fez amizades com pessoas que vinham ao seu leito para fazer orações. Portanto, no momento em que havia decidido antecipar a morte, surgiram religiosos e ela se apegou à promessa, oferecida pela religião, de uma vida feliz após a morte. Como a Medicina, a ciência, não lhe prometeram a cura; tampouco a Psicanálise, Elisa fez a chamada "aposta de Pascal", abordada no *Seminário 16*, de Lacan (1968–1969/2008, p. 105-118). Para o matemático, físico e filósofo Pascal, a crença ou a descrença que se tem em Deus implica uma aposta: se o sujeito aposta que Deus existe, pode abdicar dos prazeres dessa vida em prol de infinitas vidas infinitamente felizes. Mas se apostar que Deus não existe, mais vale não abrir mão dos prazeres desta vida. Alberti trabalha a "aposta de Pascal", em seu texto "A construção para um fragmento de caso clínico na adolescência", e destaca: crer na existência de Deus implica supor a onipotência Dele em dar ao sujeito infinitas vidas infinitamente felizes.[14] Na medida em que Elisa constatou que não havia mais cura para a sua doença, fez a aposta na vida após a morte e, assim, começou a se interessar pela Bíblia, a presentear os profissionais da equipe com salmos, e planejou deixar um salmo colado à parede do seu leito; "assim, quando eu for embora, a pessoa que vier para esse leito vai ler o salmo". Tratava-se do salmo 91, do qual extraio quatro versículos: 9 - "Porque tu, ó Senhor, és o meu refúgio. No Altíssimo fizeste a tua habitação"; 10 - "Nenhum mal te sucederá, nem praga alguma chegará à tua tenda"; 11 - "Porque aos seus anjos dará ordem a teu respeito, para te guardarem em todos os teus caminhos"; 16 - "Fartá-lo-ei com lonjura de dias, e lhe mostrarei a minha salvação". Se, por

[14] ALBERTI, S. "A construção para um fragmento de caso clínico na adolescência". Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._a_construcao_de_um_fragmento_ed_caso_clinico_na_adolescencia.pdf>. Acesso em abril de 2015.

um lado, com a religião Elisa construiu um sentido possível para lidar com esse trauma, mediatizando um pouco o seu encontro com a morte, por outro, Elisa se agarrou à ilusão da religião em uma tentativa de tamponar a Castração, que é a morte.

Contudo, a religião não consegue tamponar e, em outro atendimento, Elisa revela uma nova tentativa de suicídio. Tentou se atirar pela janela e a irmã precisou segurá-la. Elisa falou do desejo de ter "alta à revelia", queria sair do hospital, mesmo tendo sido informada pelos médicos de que poderia morrer na rua. Desejava ir para casa. Ela disse: "pareço um passarinho preso na gaiola". Percebia que os remédios que tomava não faziam mais efeito, e concluiu: "acabou o tratamento. Se não há mais tratamento para mim, porque ficar no hospital?". Elisa preferia morrer em casa do que morrer como um passarinho na gaiola.

Ela passou os seus últimos dias de vida presenteando as pessoas com salmos. Disse que faria um para mim e que seria um presente para eu me lembrar dela quando ela fosse embora. Iria enfeitar o salmo com várias rosas e borboletas (que fazia com dobradura de papel).

Elisa percebeu que morreria antes da próxima entrevista e decidiu deixar com um psicólogo do hospital o salmo com o qual me presentearia. Mesmo com dificuldade para falar devido à falta de ar, solicitou que ele entregasse o salmo a mim. No dia seguinte, Elisa faleceu.

Assim que cheguei ao hospital, recebi a notícia e o salmo. Seria o salmo uma forma de Elisa pagar pelos atendimentos? Seria um presente como gratidão pela escuta que lhe foi oferecida durante os dois meses em que ficou no INC? O que pode um psicanalista diante de um sujeito invadido pelo real, ameaçado pela morte? Segundo Coutinho Jorge (2009, p. 67), "a religião produz tanto sentido que chega inclusive a dar sentido ao que não tem nenhum sentido: a morte". O autor aponta que "toda religião tira de cena a morte para negar ou foracluir a castração" (COUTINHO JORGE, 2009, p. 67). Assim, enquanto a religião promete uma vida feliz após a morte, o que apazigua a angústia, a Psicanálise, frente à morte, não promete nada, mas pode colocar o sujeito para falar, escutando o que emerge a partir do real da castração, do sofrimento e da angústia.

4 **O REAL E A MORTE**

4.1 **O “impossível” trazido pela morte e pelo sexo**

Em “O mecanismo psíquico do esquecimento” (1898), Freud se esforça para verificar o porquê de ter esquecido o nome de um grande pintor, e constata que havia algo inconsciente que o impedia de recordar. Relata (FREUD, 1898/1996, p. 276) que viajava pela Herzegovina e falava com um companheiro de viagem sobre o povo turco que vivia na Bósnia; contava a respeito de uma conversa que teve com um colega médico que trabalhou naquela região. Pouco depois, falavam sobre a Itália, e, então, Freud esquece o nome do artista. Após alguns dias, encontra um italiano que lembra o sobrenome “Signorelli” ao qual Freud pôde associar o primeiro nome: Luca.

Freud (1898/1996, p. 277) lembra mais claramente do que o colega médico falara sobre o povo turco: 1 - em minha prática na região, quando eu tinha que comunicar a um pai de família a morte de um dos seus parentes, a observação dele era: “Senhor, que se há de fazer? Se houvesse uma maneira de salvá-lo, sei que o Senhor o ajudaria”, frase que demonstra uma conformação ao destino. 2 - quando atendia um paciente com a queixa de impotência sexual, ficava evidente o quanto os “bósnios” davam importância aos prazeres do sexo. Por exemplo, um paciente disse: “Sabe, Senhor, se *isso* acabar, a vida não vale mais nada”. As frases trazidas pelo médico indicavam, portanto, como os turcos se posicionavam diante da morte e do sexo.

Antes de falarem sobre a Itália, então, Freud contava para o companheiro de viagem essa conversa. Ao fazê-lo, só contou a primeira frase (“Senhor, que se há de fazer? Se houvesse uma maneira de salvá-lo, sei que o Senhor o ajudaria”) e não quis dizer a segunda frase (“Sabe, Senhor, se *isso* acabar, a vida não vale mais nada”), que dizia respeito diretamente ao tema da sexualidade (FREUD, 1898/1996, p. 277). Mudou de assunto, falou sobre a Itália e, logo em seguida, esqueceu o nome Signorelli.

Freud (1901/1996, p. 21) indica que houve um motivo para o esquecimento: “já não me é possível considerar o esquecimento do nome Signorelli como um evento casual”. Destaca que quis esquecer alguma coisa; havia recalcado algo (FREUD, 1898/1996, p. 278). Lembrou, então, que questões ligadas à morte e ao sexo estiveram no centro de suas preocupações dias antes da viagem, pois havia recebido a notícia de que um paciente seu

havia se suicidado, apesar do tratamento, por causa de uma perturbação sexual incurável. Freud concluiu que aquilo de que não quis lembrar relacionava-se com esse fato; portanto, o que recalcou estava ligado ao tema "morte e sexualidade" (FREUD, 1898/1996, p. 279). Comenta que queria esquecer uma outra coisa, não o nome do artista; "essa outra coisa, contudo, conseguiu situar-se numa conexão associativa com seu nome, tanto que meu ato de vontade errou o alvo e esqueci *uma coisa contra a minha vontade,* quando queria *esquecer intencionalmente a outra*" (FREUD, 1901/1996, p. 21).

Lacan comenta esse episódio do esquecimento. Ele afirma: "esquecer um nome não é simplesmente uma negação, é uma falta, mas (...) uma falta desse nome" (LACAN, 1957-1958/1999, p. 64), falta decorrente da impossibilidade de nomear um X porque finalmente se trata do real impossível de simbolizar. Assim, Lacan identifica o esquecimento a que Freud faz referência ao objeto do esquecimento, a "morte" e o "sexo", que assumem para a psicanálise esse lugar de real. Inclusive, no dizer de Lacan, morte e impotência "ameaçam pessoalmente, a ele, Freud" (LACAN, 1957-1958/1999, p. 61).

Alberti (2008, p. 27) aponta que a obra de Signorelli articula sexo e morte com perfeição: "tal real, imortalizado na obra de Signorelli, (...) é, para o ser falante, o real da castração. Eis onde entra o sexo na psicanálise: ele tem a função de reatualizar, a cada vez, o encontro com o rochedo (FREUD, 1937), com o impossível, com o que intervém no curso do eu que se crê senhor de tudo".[15] No sexo, "não há a completude que a anatomia poderia imaginariamente fazer crer" (VANIER, 2005, p. 88); é impossível a complementariedade e, por isso, "não há relação sexual". Na morte também aparece o impossível, já que não se pode viver para sempre. Zizek se refere à morte como ponto inerente de impossibilidade. Ele afirma: a morte "é a última possibilidade de impossibilidade para o ser humano" (ZIZEK, 2013, p. 364). Portanto, sexo e morte relacionam-se com a castração, com o real, com a impossibilidade.

Alberti (2008, p. 27) indica que Lacan propõe "a equivalência da castração com a expressão Heideggeriana ser-para-a-morte". Sobre essa concepção de Heidegger, Santos, em "O homem na filosofia de Martin Heidegger", aponta: "o sentido autêntico da existência é viver-para-a-morte". Ser-para-a-morte é a nova definição dada por Heidegger ao ser humano, que acentua um dos aspectos mais importantes da realidade humana: a morte, o fim inevitável de todos. Levar em conta essa certeza é, segundo Heidegger, fundamental para que o homem tenha o que ele denomina "existência autêntica", ou seja, uma existência sem

[15] Alberti faz uma referência ao texto de Freud "Análise terminável e interminável" (1937).

tapeação, por considerar esse tremendo destino próprio do ser humano, o único ser finito capaz de ter consciência disso.

Para Alberti (2008, p. 27), o ser-para-a-morte "sempre vela pela impossível imortalidade, introduzindo, portanto, o impossível aí onde o crente procura burlar a morte com a idéia de que irá sobreviver a ela". A filosofia, desde sempre, toma a via de ressaltar que o homem está fadado à morte, que todos morrerão, o que é verdade, mas não acrescenta nada de novo, enquanto que para Lacan (1967/2003, p. 362 - 363), o ser-para-o-sexo – subversão freudiana que designa a castração – é a novidade introduzida pelo discurso do psicanalista, que dialetiza o ser-para-a-morte, que não permite que se vá imediatamente para a morte. O ser-para-o-sexo dialetiza o ser-para-a-morte, porque a relação sexual não existe. Ou seja, se a castração final, do ponto de vista filosófico, como Heidegger lê, é a morte, o que Freud faz é referir a castração também ao sexo e, assim, Eros "atrapalha" essa história de sermos para a morte. Em "Mais além do princípio do prazer" (1920/2010), Freud mostra de que maneira Eros é a sustentação que briga para manter vivo isso a que o ser-para-a-morte, desde sempre, busca retornar.

Alberti (2008, p. 27) fala em "dialetizar o ser-para-a-morte no laço social, no seio familiar, na relação com o parceiro"; o que, no dizer de Lacan, "explica as esperanças depositadas no ser-para-o-sexo" (LACAN, 1967/2003, p. 363). Esperanças no sentido da libido, do que movimenta o sujeito a investir no mundo, nas coisas, na vida, amenizando um pouco a questão do ser-para-a-morte.

Freud faz sobressair o ser-para-o-sexo. Ou seja, há um impossível que é, no fim das contas, a morte. Mas, ficar preso à questão de que "todo mundo é mortal" sem implicar aí o sexo, é algo melancólico. Enquanto que se o sujeito envolver o ser-para-o-sexo, ele consegue realizar alguma coisa, ou seja, pode fazer com que isto que é da ordem da castração abra portas para ele. Ao reconhecer a castração, constrói coisas apesar dela, e sabendo onde ela está, o que não é possível fazer. Então, o sujeito vai tentar agir com os meios que lhe restam. E, assim, a questão da morte não domina a vida da pessoa; ela não fica melancolicamente esperando a morte.

A psicanálise faz o sujeito trabalhar, pois o ser-para-o-sexo implica em ele poder enfrentar as dificuldades da vida, tomar posições, lidar com a falta, com a inexistência da relação sexual, com a castração, com tudo isso que é o impossível, e não com a certeza de que se está caminhando para a morte e, então, não há o que construir. Portanto, Freud relativiza essa ideia de que "todos vão morrer" com o ser-para-o-sexo.

4.2 **A morte é "indizível"**

No item 2 do texto "Considerações atuais sobre a guerra e a morte", intitulado "Nossa atitude perante a morte", Freud aponta que diante da morte, é comum as pessoas dizerem: é o desfecho necessário de toda vida, é natural, inevitável. Mas, na realidade, Freud percebeu que elas agiam como se as coisas fossem diferentes: "manifestávamos a inconfundível tendência de pôr a morte de lado, de eliminá-la da vida: procurávamos reduzi-la ao silêncio" (FREUD, 1915/2010 a, p. 280).

No Instituto Nacional de Cardiologia, a morte também é, muitas vezes, um tabu, algo sobre o que não se quer falar. Procurei saber com alguns cardiologistas qual o índice de mortes dos pacientes nas cirurgias de revascularização do miocárdio, mas, os médicos evitavam esse assunto. Um deles, um *staff* da equipe, por exemplo, respondeu apenas que o índice é alto e, diante dos residentes de Medicina, passou, em tom de brincadeira, uma mensagem bem clara: "é melhor nem falarmos sobre esses números". Após algumas tentativas, consigo informações verbais de um outro médico, de que as taxas variam de hospital para hospital, e a porcentagem de óbito considerada "ideal" é de 4%. Ele, então, me diz que o índice de mortalidade dos pacientes no INC é "muito alta", é de 10, 11%. Um dos cardiologistas afirmou que eu deveria ter cuidado ao incluir esses números no presente trabalho, para não "dar um tiro no pé" (sic). Outro, ressaltou que não conhecia nenhuma pesquisa publicada com esses índices, já que "tem coisas que é melhor não escrever nas pesquisas" (sic). A morte é considerada pelos médicos como um fracasso, ela não faz parte dos "índices de sucesso" e, assim, prefere-se não falar sobre ela, em uma tentativa de tamponar a castração.

Freud (1915/2010 a, p. 230) destaca que "no tocante à morte de outra pessoa, o homem civilizado evita cuidadosamente falar dessa possibilidade quando aquele destinado a morrer pode escutá-lo. Apenas as crianças ignoram tal restrição", podendo dizer para alguém que amam, por exemplo, "quando você morrer, vou fazer isso ou aquilo".

Com relação à própria morte, Freud (1915/2010 a, p. 230) ensina:

> a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores. De modo que na escola psicanalítica pudemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade.

Coutinho Jorge (2001, p. 125) aponta que, no dizer de Lacan, “mesmo que sejamos logicamente capazes de dizer ‘todos os homens são mortais’, não conseguimos nunca imaginar esse ‘todos’”. Zizek (2013, p. 366) enfatiza que “as pessoas se recusam secretamente a acreditar que vão morrer”. Deste modo, “o evento morte, deve pertencer a um momento futuro suficientemente distante para podermos ignorá-lo, para fingirmos que não sabemos nada a seu respeito e, assim, agirmos como se não tivéssemos conhecimento dele”.

Quanto à atitude do homem pré-histórico diante da morte, Freud aponta que o homem primevo comportava-se de modo peculiar frente à morte: considerava a morte do outro, do desconhecido, do inimigo, justa, e não tinha escrúpulo em executá-la (FREUD, 1915/2010a, p. 234). Porém, “sua própria morte era certamente tão irreal e inimaginável quanto ainda hoje é para cada um de nós” (FREUD, 1915/2010a, p. 236). Então, a atitude de nosso inconsciente face ao problema da morte é a mesma daquela do homem primevo: “neste, como em muitos outros aspectos, o homem da pré-história continua a viver inalterado em nosso inconsciente. Portanto, nosso inconsciente não crê na própria morte” (FREUD, 1915/2010a, p. 241).

Porém, Freud (1915/2010a, p. 233) indica que com a guerra, “não é mais possível negar a morte, temos de crer nela”. Do mesmo modo, no hospital a morte pode ficar muito próxima, sendo difícil negá-la, colocando os pacientes e até mesmo os profissionais frente a frente com o real. A morte ronda os hospitais e, frequentemente, nas entrevistas comigo, as pessoas se referem ao medo que têm dela. Esse medo não é uma fantasia, é uma possibilidade real, visto que um problema no coração, a necessidade de uma cirurgia cardíaca e até mesmo de um transplante são situações bastante delicadas. Embora a morte seja da ordem do real e, portanto, do indizível, os sujeitos tentam, nos atendimentos, bordejar esse real com alguns significantes. A seguir são demonstradas, como exemplo, algumas falas dos pacientes dirigidas a mim:

> 1. Uma pessoa teve doença de Chagas, que lhe causou um problema cardíaco. Tinha o “coração grande”, angina, e fazia tratamento com células tronco. Disse que há sete meses não dormia, nem cochilava, mesmo tomando calmantes receitados pelo médico: “passo 24 horas acordada”. Associou a insônia ao medo de morrer; “tenho medo de fechar os olhos e não abrir mais”.
>
> 2. Após dizer que estava com saudades de casa e dos filhos, um paciente lembrou que o filho pequeno ainda não falava quando ele internou, mas pouco tempo depois começou a falar ao telefone com o pai. Sentia-se triste por estar internado, sem poder “acompanhar as conquistas do filho”. Preocupava-se com

a cirurgia cardíaca, devido à possibilidade de morrer. Disse: “eu me sinto em uma roleta russa; sei que alguns pacientes morrerão”.

3. Um paciente que precisava operar pela terceira vez afirmou: “estou preocupado e com medo de morrer; estou sofrendo demais”.

4. Outro paciente, muito angustiado, relatou que o médico disse “coisas assustadoras” sobre o risco na cirurgia cardíaca, a gravidade do quadro clínico, e possibilidade de morte.

5. Por saber que, no seu caso, o risco de morte com a cirurgia cardíaca era grande, uma paciente pensou em não aceitar o procedimento. Soube através de um familiar que a médica teria dito que ela “conseguiu ficar entupida da cabeça aos pés”. Comentou que sentia dor no pescoço, devido ao entupimento das artérias. Afirmou: “está tudo entupido! Por isso, enquanto minha pressão em um braço chega a mais de vinte, a do outro braço é baixíssima, por volta de sete”. Relatou que estava com medo da cirurgia, que às vezes sentia tristeza, principalmente à noite, e tinha insônia.

6. Uma paciente disse ter se afastado de alguns colegas de enfermaria, para não ter de ficar ouvindo “coisas horríveis”. Perguntei sobre o que eles falavam, e ela respondeu: “sobre a possibilidade da morte”.

7. Outro paciente relatou que um médico havia dito que ele estava com “100% de entupimento no coração” (em uma das artérias do coração). Optando ou não pela cirurgia cardíaca, eram grandes as chances de morte. Angustiado, ele não conseguia decidir se aceitaria o procedimento e a família, para quem pediu opinião, tentava pensar em qual seria a melhor decisão, já que a cirurgia era de alto risco.

8. Após relatar que tinha “medo de algo dar errado na cirurgia”, um paciente falou sobre sentir-se “muito nervoso” e sobre o medo de morrer.

9. Uma pessoa com grave doença cardíaca disse que filha adolescente, após sua internação, “assumiu a casa”, aprendeu a fazer tudo: colocar as roupas para lavar, fazer a comida etc. Triste, concluiu: “ela agora já pode viver sem a mãe”.

10. Outro paciente estava muito preocupado com algumas bolhas que se formaram dentro do seu soro. Afirmou que sempre ouviu que “isso não é bom”. Disse: “estou há dois dias com essas bolhas no soro; assim, o meu coração vai explodir”. Concluiu: “isso aqui é uma bomba relógio”. A

> enfermeira havia informado que não havia problema com as bolhas, mas ele não acreditou.

Muitas vezes, é através da morte de um outro que o assunto é trazido. Por exemplo: uma pessoa, muito triste, relatou que havia feito amizade com duas vizinhas de enfermaria, que faleceram. Após essas mortes, ficou com medo de fazer a cirurgia, pensou em desistir, em "assinar o papel" para ir para casa, e ligou para a filha, pedindo que a buscasse. A filha incentivou a mãe a ficar no INC para se submeter ao procedimento. Ela decidiu ficar, mas continuava com medo. Disse querer ir "forte e corajosa" para o centro cirúrgico; porém, tinha "medo de não acordar". Enfatizou que não tinha medo do pós-operatório, nem de sentir dor, só tinha "medo de não acordar da anestesia". Estava preocupada, pensava nas amigas que faleceram. Afirmou que os pacientes evitavam comentar quando alguém morria, para não ficarem ainda mais assustados; mas eles reparavam: "percebemos que uma pessoa subiu para a cirurgia e não desceu depois..." (o centro cirúrgico ficava dois andares acima dessa enfermaria).

Embora muitos sujeitos se assustem com a possibilidade da morte, pode acontecer que alguns a prefiram, para acabar com o sofrimento? É o que será visto no Caso Leandro.

4.3 **Caso Leandro: a morte como horror ou como alívio?**

Leandro, quarenta anos, me foi encaminhado por um psiquiatra do Serviço de Saúde Mental do Instituto Nacional de Cardiologia. Segundo esse profissional, o paciente precisava de "acompanhamento psicológico", por ser "estranho que ele não quisesse sair do CTI e ir para a enfermaria", o que parecia, para o psiquiatra, indicar que o paciente queria morrer.

Os cardiologistas que acompanhavam Leandro também me pediram ajuda, diversas vezes, porque além de o paciente não querer sair do CTI, ele não conseguia ficar sem a dobutamina;[16] não queria a retirada da fralda; bebia água escondido, descumprindo a recomendação médica da restrição hídrica; se recusava a comer.

Leandro tinha "miocardiopatia dilatada", tratava a insuficiência cardíaca provocada pela doença e a equipe médica pensava se ele deveria ou não ser encaminhado para avaliação pela equipe do transplante para a decisão de colocá-lo ou não na fila para o procedimento. O

[16] Medicação para aumentar o volume de ejeção de sangue pelo coração.

fato de Leandro se recusar a comer e beber água escondido era visto pela equipe de saúde como “não adesão ao tratamento”, o que poderia contra indicar o transplante, pois supõe-se que o paciente que não segue as orientações da equipe antes do procedimento, também não demonstrará “adesão” depois da cirurgia.

Fui escutar o paciente. Na primeira entrevista, no CTI, Leandro queixou-se de a equipe querer diminuir a sua dobutamina e de “passar mal” quando a diminuíam. Depois, reclamou muito da pequena quantidade de água que lhe era permitido beber por dia. Disse: “não tem como uma pessoa ficar sem líquido”. Comentou, chorando, que a equipe planejava transferi-lo do CTI para a enfermaria e ele não queria, pois lá caiu três vezes no chão e não havia ninguém para segurá-lo: “preciso de um homem forte para me levantar”. Afirmou que a esposa e a irmã não tinham força para segurá-lo.

Leandro sentia-se fraco, e não queria a retirada da fralda para não precisar ter de andar até o banheiro. Estava dependente das enfermeiras e da família, até mesmo para a sua higiene pessoal.

O seu próximo atendimento foi na enfermaria. Lá, uma médica me procurou, pois ele continuava a se recusar a comer, assim como quando estava no CTI, e pediu que eu fosse atendê-lo. Durante a entrevista, relatou estar há três meses internado, sendo atendido por muitos médicos: alguns lhe indicavam o transplante; outros contra indicavam. Essas diferentes opiniões o deixavam “desanimado” e agora, sua médica dizia precisar “esgotar todas as possibilidades” antes de inseri-lo na fila do transplante. Perguntou: “Quais possibilidades ela ainda quer esgotar se eu só tenho 20% do coração funcionando?”. Disse que desejava fazer a cirurgia, que para ele era “uma luz no fim do túnel”, mas não estava mais acreditando que iria fazê-la. Afirmou: “não quero esperar mais dois, três meses, para depois descobrir que não vou fazer o transplante”. Falou preferir desistir, morrer; por isso parou de se alimentar. Leandro sentia que tinha pouco tempo de vida, não conseguia mais nem se levantar da cama, devido ao grande cansaço. Afirmou: “prefiro morrer logo então, podia ser agora”.

Ao colocá-lo para falar sobre suas questões, Leandro queixou-se da equipe médica, considerava que essa não priorizava o seu caso, pois demorava a decidir se ele seria indicado para o transplante ou não.

Ao ser escutado, Leandro explicitou a sua demanda: me ajude, lute por mim. Diante disso, percebi a importância de lhe dar uma sustentação e disse que falaria com a médica sobre o seu desejo de fazer a cirurgia. Nesse momento, Leandro afirmou que voltaria a comer imediatamente, e me pediu para falar e voltar ao leito dele em seguida.

Fui conversar com a médica, investigar as razões de Leandro não estar na fila de espera do transplante e, surpreendentemente, ela me disse que Leandro já deveria estar na fila. Portanto, falaria com os outros médicos sobre o fato. Se ela achava que ele tinha de estar na fila, porque ainda não estava? Será que Leandro não ia para a fila por não aderir totalmente ao tratamento? E não aderia justamente por não estar na fila, o que o fazia preferir morrer logo?

Depois que fui falar com a médica, a equipe que acompanhava Leandro decidiu encaminhá-lo para ser avaliado pela equipe do transplante. Essa intervenção funcionou como um suporte para Leandro e, a partir desse momento, ele viu uma luz no fim do túnel, e mudou sua posição perante a mudança dos fatos: voltou a comer, deixou o uso da fralda, e começou a dormir a noite toda (antes tinha insônia). Andou pelo quarto, não ficou tonto e nem sentiu falta de ar. Disse estar animado, com esperança de melhorar, o que para ele agora seria "uma questão de tempo".

Em outra entrevista, Leandro contou sua história de vida: quando tinha sete anos, seu pai morreu. A mãe de Leandro separou os irmãos, deixou cada um dos dez filhos em uma casa. Ele, com sete anos, e uma irmã, com dez anos, ficaram na casa de uma tia que os "escravizava", os fazia limpar e lavar. O tio usava drogas, bebia e, quando chegava em casa, batia nele e na irmã. Ao apanhar, Leandro achava que "não podia reagir porque seria pior", apanharia ainda mais.

Leandro revelou que o tio abusava sexualmente da irmã dele e, chorando, disse que ele próprio também era abusado. A tia sabia; contudo, não interferia. Logo comentou: "mas eu não sou homossexual não". Com essa fala, queria reforçar que não gostou de ter tido relação sexual com um homem; tinha ódio desse tio. Disse que não conseguia esquecer o passado, e perguntou: "Se fosse você, esqueceria?".

A tia restringia os alimentos, escondia a comida para ele e a irmã não comerem. Ela só não restringia a água, porque era da torneira. Leandro, com fome, enchia a barriga de água. Não era à toa que ele sempre se queixava da restrição hídrica no INC, chegando a beber água do banho escondido. No hospital lhe tiraram a água, o que lhe remetia a sua história do passado. Se no passado ele não podia comer, mas podia beber água, agora a situação se invertia: ele podia comer, mas não podia beber. Na fantasia do paciente, a equipe médica era tirânica assim como os seus tios, que faziam dele e da irmã o que queriam. Disse que ele e a irmã sofreram muito. A irmã teve câncer de mama e ele adoeceu do coração, doenças, segundo ele, associadas ao sofrimento na infância.

Cabe lembrar que quando estava no CTI, Leandro sempre dizia que achava que o seu médico era homossexual. Para o paciente, a história se repetia: estava submetido a um médico

homossexual assim como quando criança foi submetido ao tio abusador. E, apesar disso, não queria sair do CTI, o que aponta para uma fixação de gozo.

Em uma determinada entrevista, Leandro falou brevemente que era casado e tinha um filho pequeno. Preocupava-se em a esposa ter de se dividir entre cuidar dele e do bebê. Disse que ela tomava calmantes para dormir no INC e, por isso, ele não podia contar com sua ajuda durante a madrugada.

A cada entrevista ia ficando mais claro aquilo de que Leandro se queixava: do desamparo. Esse é inerente a qualquer ser humano; contudo, algumas pessoas têm um amparo mínimo: carinho, amor, casa, comida; outras, nem isso têm. Leandro perdeu o pai, a mãe, os irmãos, a casa, a família. Ele perdeu até mesmo a dignidade humana (pois não tinha direito nem a comida), perdeu a saúde e estava prestes a perder a vida.

Diante do horror do desamparo que eu via na fala e nos atos do meu paciente, fui levada a recorrer a um texto de Freud, "O mal-estar na cultura" (1930), no qual ele nos ensina sobre o desamparo fundamental do ser humano. Nesse texto, o autor comenta: "eu não saberia indicar uma necessidade vinda da infância que seja tão forte quanto a de proteção paterna" (FREUD, 1930/2010, p. 17). A criança tem a ilusão de que o pai e a mãe a protegem contra tudo; porém, conforme cresce, percebe que eles não protegem tanto; por exemplo, não podem evitar um acidente ou uma doença.

A partir do desamparo, o homem procura a religião; anseia por um pai forte, Deus, para o proteger. Freud (1930/2010, p. 81) afirma que dessa maneira "a origem da atitude religiosa pode ser remontada, em linhas muito claras, até o sentimento de desamparo infantil". Mas esse amparo dado pela religião é, para Freud (1930/2010, p. 73), uma ilusão, porque sempre seremos sozinhos e desamparados.

O paciente, ao falar repetidas vezes, quando estava no CTI, sobre precisar de um "homem forte" para segurá-lo mostrava que precisava de proteção, de alguém que o sustentasse. A que homem ele se referia? Ao pai? Ao médico? A Deus? A hospitalização, o fato dele não ir nem para a fila do transplante, reeditava a história de desamparo vivida por Leandro que, se vendo tiranizado por um Outro na transferência, explicitava claramente o seu desejo de morrer.

A falta de sustentação estava evidente em sua história. Quando criança, Leandro não teve a proteção da mãe (que não amparou os filhos quando eles perderam o pai), e nem da tia, que o escravizava com as tarefas domésticas e o deixava entregue nas mãos do tio, marido dela. Este, ao invés de protegê-lo no lugar de pai; ao contrário, abusava sexualmente dele.

No texto mencionado anteriormente, Freud já havia nos ensinado que os relacionamentos humanos são perturbados pela existência de uma inclinação para a agressão. Desse modo, podemos encontrar o homem como objeto de exploração para o outro, seja sexual ou no trabalho; ou seja, o resultado dessa tendência à agressividade é que o próximo passa a ser, para o homem, "alguém sobre quem ele poderá satisfazer a sua agressividade, explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente, sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo" (FREUD, 1930/2010, p. 116).

O autor cita Thomas Hobbes que diz: "O homem é o lobo do homem" e aponta que essa "cruel agressividade" pode manifestar-se espontaneamente, sem haver uma provocação, revelando o homem como "um besta selvagem", a quem a consideração com sua própria espécie é algo estranho (FREUD, 1930/2010, p. 116).

O caso de Leandro vem ilustrar duas grandes fontes de sofrimento humano, descritas por Freud em "O mal-estar na cultura" (1930/2010, p. 29): a que advém dos relacionamentos humanos e a que advém do próprio corpo. A primeira delas já foi bastante explicitada. E quanto ao corpo? O que poderíamos dizer com relação a essa fonte de sofrimento para Leandro?

Em uma determinada entrevista, Leandro revelou que foi modelo e trabalhou em uma emissora de TV. Disse que o seu corpo era bonito, que fazia cenas sem camisa e tinha a "barriga sarada". Exibia fotos do corpo esbelto à equipe de saúde. Leandro se agarrava à lembrança de um corpo saudável, sarado, bonito, ao fato de já ter tido um corpo diferente do de agora, corpo doente, em um leito de hospital. Freud (1914/2010), em "Introdução ao narcisismo" indica que a doença é um ataque narcísico que revela a fragilidade do ser humano e sua possibilidade de destruição. O corpo, antes motivo de orgulho para Leandro, com a doença tornou-se um corpo decadente. Freud (1914/2010, p. 25-26) afirma que uma pessoa atormentada por uma dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelo mundo externo. O homem enfermo, aponta Freud, "retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu" (FREUD, 1914/2010, p. 26).

Leandro começou a demonstrar esse desinteresse pelo mundo externo e concentrava-se em falar do inchaço de seus braços e pernas, devido ao problema circulatório, em seu cansaço, na dificuldade para respirar. A decisão dos médicos sobre o transplante demorava e ele voltou a se recusar a comer, dizia estar com "nojo" da comida.

A equipe de saúde constantemente pedia ao paciente para ele se alimentar, a nutricionista fez várias alterações na dieta de Leandro, na tentativa de que ele passasse a

aceitar os alimentos. Porém, na medida em que o transplante não se efetivava, frente à perspectiva da morte, Leandro preferia morrer logo; parecia fazer uma escolha pela morte. Sabia que seu quadro clínico era muito grave, já havia até registrado um testamento em cartório e, recusando-se a comer, impunha-se como sujeito do desejo, marcava seu desejo de acabar com o sofrimento e morrer dignamente.

Após apenas 1 mês e 21 dias de entrevistas, ao chegar ao hospital, recebi a notícia de que Leandro havia falecido durante a noite. Ele passou mais de três meses internado no INC; durante esse tempo, esperou pelo transplante, mas faleceu no dia seguinte à decisão médica de que ele seria incluído na fila para o procedimento.

4.4 **A escolha pela morte**

No texto "O tema da escolha do cofrinho" (1913), Freud indica várias situações de escolha, em que a escolha sempre recai na terceira. Por exemplo, cita "O Mercador de Veneza" (FREUD, 1913/2010, p. 302), em que a bela Pórcia deve, pela vontade do pai, tomar como marido apenas aquele de seus pretendentes que escolha o cofrinho certo entre três, de ouro, prata e chumbo: o certo é aquele que contém o retrato dela. Bassânio, o terceiro a escolher, decide-se pelo de chumbo; e assim ganha a noiva. Freud conclui que esse é um tema antigo, que requer investigação.

Aponta que nos sonhos, "os cofres são também mulheres" (FREUD, 1913/2010, p. 304), símbolos da mulher. Se pudermos supor que há substituições simbólicas do mesmo tipo também nos mitos, então a referida cena do cofrinho representa uma escolha de um homem entre três mulheres; os três cofrinhos simbolizam três mulheres.

Esse mesmo conteúdo pode ser encontrado em um dos dramas de Shakespeare. O velho rei Lear resolve dividir seu reino entre as três filhas, em proporção à quantidade de amor que cada uma delas demonstrar por ele. As duas mais velhas, Goneril e Regan, desfazem-se em juras de amor; a terceira, Cordélia, recusa-se a fazê-lo. Ele não reconhece o amor mudo da terceira filha, a repudia, e divide o reino entre as duas outras, "para desgraça sua e de todos" (FREUD, 1913/2010, p. 304). Esta é, mais uma vez, a cena de uma escolha entre três mulheres, das quais a mais jovem é a melhor, a excelente.

Freud menciona (1913/2010, p. 304-305) outras cenas nos mitos, contos de fadas e literatura, com a mesma situação. O pastor Páris tem de escolher entre três deusas, das quais

declara ser a terceira a mais bela. Cinderela, a "Gata Borralheira", também é a filha mais nova, preferida pelo príncipe às duas irmãs mais velhas. Psiquê (reverenciada como Afrodite em forma humana), na fábula de Apuleio, é a mais jovem e bela de três irmãs. São, portanto, versões do mesmo tema.

Cordélia, Afrodite, Cinderela, Psiquê: Freud constata que em todas as histórias, as três mulheres, das quais a terceira é a preferida, devem "ser vistas como de algum modo semelhantes, quando são apresentadas como irmãs" (FREUD, 1913/2010, p. 305). Mas quem são estas três irmãs e por que a escolha deve recair na terceira?, questiona.

Freud (1913/2010, p. 306) destaca que a terceira, a favorita, tem certas qualidades particulares, além da beleza: Cordélia torna-se "apagada e sem brilho" como o chumbo, permanece muda, "ama e silencia". Cinderela se esconde de maneira a não ser encontrada. Freud indica: talvez se possa equiparar o esconder-se ao silenciar. Aponta que Bassânio, enquanto está escolhendo o cofrinho, diz sobre o chumbo: "tua palidez (...), tua simplicidade (...). Ouro e prata são 'sonoros'; o chumbo é mudo"; na verdade, como Cordélia.

Freud (1913/2010, p. 307) indica que "se decidirmos concentrar na 'mudez' as peculiaridades dessa terceira mulher, a psicanálise nos dirá que nos sonhos a mudez é uma costumeira representação da morte"; é um símbolo da morte. Do mesmo modo, esconder-se e não ser encontrado, algo com que o príncipe se defronta por três vezes na história de Cinderela, constitui outro símbolo inequívoco de morte nos sonhos; assim como a palidez notável, da qual a "palidez" do chumbo é um lembrete. Ao transpor essas interpretações da linguagem dos sonhos para o mito, Freud conclui: "a mudez deve ser interpretada como signo da morte também em outras produções que não o sonho" (FREUD, 1913/2010, p. 308).

Refere-se, então, a um dos contos dos irmãos Grimm, "Os doze irmãos", em que uma moça quer salvar os irmãos da morte e, como condição para isso, ela deve ficar muda por sete anos. De fato, ela o faz, e Freud (1913/2010, p. 309) ressalta: "ela morre pelos irmãos". No livro *Esse sujeito adolescente*, Alberti (1999, p. 18) relata o "Caso Emília", em que a adolescente de doze anos conclui: "a morte é quando a gente não fala mais". Quem fala, aponta Alberti, é o sujeito que tece cadeias significantes em torno do seu desejo. Sem falar, deixa-se de existir enquanto sujeito. Freud também menciona a história "Os seis cisnes", em que os irmãos são restituídos à vida pela mudez da irmã, que decidiu salvá-los "ainda que lhe custasse a vida" (FREUD, 1913/2010, p. 309).

No texto "O tema da escolha do cofrinho" (1913), Freud enfatiza que a mudez deve ser compreendida como representando a morte; as fábulas fornecem provas disso. Ele conclui que a terceira das irmãs entre as quais a escolha é feita é uma morta. Mas ela pode ser também

algo mais; a saber, a própria morte, a Deusa da morte. São, portanto, situações em que se escolhe a morte.

Freud, então, ressalta que se a terceira das irmãs é a Deusa da Morte, conhecemos as irmãs. São aquelas que personificam o Destino, são as deusas do destino: as "Moiras, Parcas ou Nornas, das quais a terceira se chama Átropo, a inexorável" (FREUD, 1913/2010, p. 310).

Em Roma, as Parcas, equivalentes às Moiras na mitologia grega, são três deusas: Nona (*Cloto*), Décima (*Láquesis*) e Morta (*Átropos*). Determinam o curso da vida humana, decidindo questões como vida e morte, de maneira que nem Júpiter (*Zeus*) pode contestar suas decisões. "Nona tece o fio da vida, Décima cuida de sua extensão e caminho, Morta corta o fio". São também designadas *fates*, daí o termo *fatalidade*. Em Roma, se tinha a estrutura de calendário lunar para os atuais meses: a gravidez humana é de nove luas, não nove meses; portanto, Nona tece o fio da vida no útero materno, até a nona lua; Décima representa o nascimento efetivo, o corte do cordão umbilical, o início da vida terrena, a décima lua. Morta é a outra extremidade, representa o fim da vida terrena, a morte, que pode ocorrer a qualquer momento.[17]

A mais antiga mitologia grega "conhece apenas uma *Moipa*, personificando o Destino inevitável" (FREUD, 1913/2010, p. 310). O desenvolvimento posterior desta Moira única em um conjunto de três divindades provavelmente efetuou-se com base em outras figuras divinas a que se aparentavam as Moiras – as Graças e as Horas [as Estações].

Freud (1913/2010, p. 310) aponta que as "Horas" eram originalmente deusas das águas do céu, e das nuvens das quais a chuva cai; visto as nuvens serem concebidas como algo que fora tecido, aconteceu que essas deusas foram encaradas como "tecedoras", atributo que depois se relacionou às Moiras. Depois, as Horas tornaram-se divindades da vegetação; a elas eram creditados traços encantadores, como a beleza das flores. Tornaram-se as representantes divinas das estações do ano. Havia três delas; provavelmente porque os povos da antiguidade a princípio distinguiam apenas três estações: inverno, primavera e verão. As Horas mantiveram sua relação com o tempo. "As Nornas da mitologia alemã, essencialmente afins às Horas e Moiras, exibem em seus nomes esta significação temporal" (FREUD, 1913/2010, p. 311).

Freud (1913/2010, p. 311) destaca: o mito da natureza transformou-se em um mito humano: "as deusas do Tempo fizeram-se deusas do Destino". As Moiras "zelam sobre a ordem necessária da vida humana de forma tão inexorável como as Horas sobre a

[17] Disponível em: <http://dicionarioportugues.org/pt/parca> Acesso em abril de 2015.

regularidade da natureza" (FREUD, 1913/2010, p. 311). Freud (1913/2010, p. 311) aponta que "o inelutável rigor das leis, a relação com a morte e o declínio, que tinham sido evitadas nas amáveis figuras das Horas, imprimiram-se então nas Moiras".

Retornando ao tema da escolha entre as três irmãs, Freud supõe que a terceira das irmãs é a Deusa da Morte, a morte mesma. Porém, no julgamento de Páris ela é a deusa do amor; em "O Mercador de Veneza", é a mais bela e sábia das mulheres; na história do "Rei Lear", é a única filha fiel, o que aponta para uma contradição. Além disso, se a escolha entre as três mulheres é livre, porque "recai sobre a morte"? (FREUD, 1913/2010, p. 312). Freud aponta que, afinal, ninguém escolhe a morte e é apenas por fatalidade que se tomba vítima dela.

Então, Freud (1913/2010, p. 312-313) destaca que "há, na vida psíquica, temas que provocam a substituição pelo contrário", na chamada formação reativa. Aponta que as Moiras foram criadas como resultado de uma descoberta que advertiu o homem de que ele também faz parte da natureza e, portanto, acha-se sujeito à imutável lei da morte. Contudo, algo no homem estava fadado a se rebelar contra essa sujeição, pois é com extrema má-vontade que ele abandona sua pretensão a uma posição privilegiada. O homem, destaca Freud, faz uso da fantasia para satisfazer os desejos que a realidade não satisfaz. Assim, sua fantasia rebelou-se contra a percepção da verdade corporificada no mito das Moiras e construiu em seu lugar o mito dele derivado, no qual a Deusa da Morte foi substituída pela Deusa do Amor e pelo que lhe era equivalente em forma humana. Por isso, "a terceira das irmãs já não é a morte, é a mais bela, a melhor, a mais desejável e mais digna de amor entre as mulheres" (FREUD, 1913/2010, p. 313). Há, então, a transformação do mito original. A mais bela e melhor das mulheres assumiu o lugar da Deusa da Morte.

Freud questiona: como o elemento de escolha veio a fazer parte do mito das três irmãs? Esclarece que, novamente, houve uma inversão pautada pelo desejo: "a escolha se acha no lugar da necessidade, da fatalidade. Assim o homem supera a morte, que reconheceu com seu intelecto (...). Escolhe-se ali onde, na realidade, obedece-se à coação, e a escolhida não é a horrível, mas a bela e desejável" (FREUD, 1913/2010, p. 314).

A livre escolha entre as três irmãs "não é realmente uma livre escolha, pois precisa cair sobre a terceira" (FREUD, 1913/2010, p. 314), senão todo tipo de malefício pode ocorrer, como no caso do rei Lear. Freud explica que Lear é um velho e, por isso, as três irmãs aparecem como se fossem suas filhas. Freud recorda a cena final da tragédia do rei: Lear carrega o corpo de Cordélia nos braços. Cordélia é a morte, é a Deusa da Morte. Freud indica

que invertendo a situação, tem-se que é a Deusa da Morte que o trará em seus braços. Aponta que o velho deve escolher a morte e reconciliar-se com a necessidade de morrer.

Portanto, em “O tema da escolha do cofrinho” (1913), Freud indica que a pessoa pode escolher a morte, já que ele mostra diversas situações em que a escolha recai na terceira, que é a morte. Todas as figuras mitológicas que Freud listou foram escolhidas pelo sujeito. O texto aborda a história de escolher o próprio destino. Porém, essa “escolha” da morte é uma ilusão, já que todos morrerão. Existem pacientes terminais que “escolhem” morrer, ao interromper o tratamento. Por exemplo, Freud, quando percebeu que não havia mais cura para sua doença, pediu que lhe dessem uma injeção letal de morfina. Mas um paciente terminal não tem a possibilidade de escolher a vida; a morte, na verdade, é a única opção. Há aí, portanto, uma “escolha forçada”, conforme exemplificado por Lacan (1964/2008, p. 207) em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, com a frase: "A bolsa ou a vida!". Lacan supõe que alguém force o sujeito a escolher entre a bolsa e a vida. Ele diz: “se escolho a bolsa, perco as duas. Se escolho a vida, tenho a vida sem a bolsa, isto é, uma vida decepada” (LACAN, 1964/2008, p. 207). Então, há na escolha forçada um elemento que comporta que, “qualquer que seja a escolha que se opere, há por conseqüência um *nem um, nem outro*” (LACAN, 1964/2008, p. 206). Gallina (2010, p. 22) aponta, segundo a concepção de Lacan, que a escolha forçada é “aquela na qual o sujeito não é dotado do livre arbítrio esperado, uma vez que esta se remete a uma força ininterrupta que o atinge, deixando-o sem escapatória”.

Lacan traz mais um exemplo citando Hegel, que se refere à entrada do homem na escravidão. Se lhe dizem: “A liberdade ou a vida!”, Lacan (1964/2008, p. 207-208) comenta que “se ele escolhe a liberdade, pronto, ele perde as duas imediatamente – se ele escolhe a vida, tem a vida amputada da liberdade”. Conclui que há um *fator letal* aí dentro, como se percebe nesse enunciado um pouco particular que faz intervir a própria morte em "A liberdade ou a morte!" (LACAN, 1964/2008, p. 208). Lacan (1964/2008, p. 208) afirma: “aí, porque a morte entra em jogo, produz-se um efeito, de estrutura um pouquinho diferente”, porque qualquer que seja a escolha, têm-se as duas. Aponta que a liberdade (ditada pela Revolução Francesa e, portanto, uma liberdade que não é liberdade) pode ser, por exemplo, a liberdade de morrer de fome. Então, se “vocês escolhem a liberdade, muito bem!, é a liberdade de morrer” (LACAN, 1964/2008, p. 208). E acrescenta: curioso, nas condições em que lhes dizem “A liberdade ou a morte!”, a única prova de liberdade que vocês podem fazer é a de escolher a morte, pois aí, vocês demonstram que têm a liberdade de escolha (LACAN, 1964/2008, p. 208).

A morte é o destino de todos. Então, em "O tema da escolha do cofrinho" (1913), Freud está refletindo sobre escolher ali onde o destino nos leva, que é o retorno ao encontro com aquilo de que fomos separados, em função de sermos seres de linguagem. Ou seja, essa escolha da morte é a escolha do próprio retorno à mãe, visto que no final do texto, Freud indica que o desejo que move o sujeito é o desejo de voltar à união com a mãe, de encontrar novamente aquilo de que fomos separados; a "mãe Terra".

Freud encerra o texto fornecendo uma interpretação para as três figuras femininas. Ele destaca: "são os três laços inevitáveis que o homem tem com a mulher: com a genitora, a companheira e com a destruidora; ou as três formas que assumem a mãe no curso da vida: a própria mãe, a amada, por ele escolhida segundo a imagem daquela e, enfim a mãe Terra, que de novo o acolhe em seu seio" (FREUD, 1913/2010, p. 316). O homem, então, está sempre as voltas com o objeto original.

Essa mãe é o lugar mais íntimo do sujeito, é a mãe com a qual ele fez "Um"; é a mãe Terra (sendo a Terra a metáfora da mãe). Então, há um desejo de retorno a uma fase inicial, de voltar àquela primeira relação com o Outro primordial, anterior ao momento da constituição do sujeito, que só se dá quando há a divisão do Outro. Esse retorno à mãe também aponta para o desejo de retorno à mãe Terra; ou seja, é voltar ao inorgânico, ao que existia antes da vida. O que Freud indica em 1913 relaciona-se com o que ele apontará em 1920 sobre a pulsão de morte, sobre a tendência a voltar ao inorgânico.

Em "Mais além do princípio do prazer" (1920), Freud retoma a ideia de uma ilusão de escolha do sujeito. Nesse texto, a escolha também é uma ilusão, uma falsa escolha, uma "escolha forçada", pois, querendo ou não, todos vão morrer (assim como no texto dos "cofrinhos", Freud menciona que todos retornarão à mãe Terra). Freud aponta que a pulsão de morte, com seu caráter conservador, quer retornar ao inanimado que existia antes do vivente (FREUD, 1920/2010, p. 204). Sustenta a hipótese de que uma característica geral das pulsões (e talvez de toda a vida orgânica) é que a pulsão seria um impulso presente nos organismos vivos, que tende à restauração de um estado anterior, que esse ser vivo teve de abandonar por influência de perturbadoras forças externas. Aponta, assim, uma "natureza conservadora do vivente" (FREUD, 1920/2010, p. 202).

Coutinho Jorge aborda a vinculação estabelecida por Freud entre "repetição" e "pulsão de morte". O autor ressalta que o caráter conservador, restitutivo, da pulsão, "está intimamente relacionado com seu aspecto repetitivo, ou seja, é do caráter conservador que emana a tendência da compulsão à repetição" (COUTINHO JORGE, 2008, p. 62). Coutinho Jorge (2008, p. 61) afirma:

> obrigado a rever seu postulado segundo o qual o aparelho psíquico funciona através do princípio do prazer, com sua tendência a reduzir as tensões, Freud se pergunta como é possível que situações cujo teor é eminentemente desprazeroso para o sujeito possam se repetir de modo continuado. Freud destaca nesses fenômenos a vigência de um elemento novo que, contrariando o princípio do prazer, vai mais-além desse. A este elemento novo, deu o nome de pulsão de morte.

Freud (1920/2010, p. 203) questiona: além das pulsões conservadoras, que obrigam à repetição, haveria outras pulsões, que "impelem à criação de novas formas e ao progresso"? Indica que irá considerar isso; porém, a princípio, acredita que o desenvolvimento orgânico deve ser posto "na conta" de influências externas, "perturbadoras e desviantes" (FREUD, 1920/2010, p. 204). Freud (1920/2010, p. 204) aponta:

> Seria contrário à natureza conservadora das pulsões que o objetivo da vida fosse um estado nunca antes alcançado. Terá de ser, isto sim, um velho estado inicial, que o vivente abandonou certa vez e ao qual ele se esforça por voltar, através de todos os rodeios de seu desenvolvimento. Se é lícito aceitarmos, como experiência que não tem exceção, que todo ser vivo morre por razões internas, retorna ao estado inorgânico, então só podemos dizer que o *objetivo de toda vida é a morte* e, retrospectivamente, que *o inanimado existia antes do vivente*.

Após recorrer aos biólogos e aos estudos sobre a morte natural – chamada na citação acima de morte "por razões internas" – Freud (1920/2010, p. 219) conclui: "nossa expectativa de que a biologia prontamente afastasse o reconhecimento da pulsão de morte não se realizou". Em algum momento, então, "os atributos do vivente foram suscitados na matéria inanimada" (FREUD, 1920/2010, p. 204). A tensão que sobreveio, na substância anteriormente inanimada, procurou anular a si mesma; foi a primeira pulsão, a de retornar ao inanimado. Freud indica que era fácil morrer, para a matéria então vivente; provavelmente percorria um curso de vida bastante breve, cuja direção era determinada pela estrutura química da jovem vida. Freud (1920/2010, p. 205) destaca:

> Assim, por longo tempo a substância viva pode ter sido repetidamente criada, sempre morrendo com facilidade, até que decisivas influências externas mudaram de forma tal que obrigaram a substância ainda sobrevivente a desviar-se cada vez mais do curso da vida original e fazer rodeios cada vez mais complicados até alcançar a meta da morte.

Surge o paradoxo de que "o organismo vivo se rebela fortemente contra influências (perigos) que poderiam ajudá-lo a alcançar sua meta de vida por um caminho curto (...), mas essa conduta caracteriza justamente os esforços apenas pulsionais, em oposição aos inteligentes" (FREUD, 1920/2010, p. 206). Se a meta da vida é a morte, o inteligente seria

não resistir à morte. Mas Freud aponta que as pulsões de vida agem contra a intenção das outras pulsões – que conduzem à morte. Destaca que insinua-se uma oposição entre esses grupos de pulsões (FREUD, 1920/2010, p. 207): “é como um ritmo hesitante na vida dos organismos; um grupo de pulsões precipita-se para a frente, a fim de alcançar a meta final da vida o mais rapidamente possível; atingida uma determinada altura desse caminho, o outro corre para trás, a fim de retomá-lo de certo ponto e assim prolongar a jornada” (FREUD, 1920/2010, p. 208).

Coutinho Jorge (2010, p. 165) sublinha que a “a pulsão de morte é responsável pela tendência ao retorno a um estado anterior de quietude absoluta e de ausência das tensões que constituem um sinônimo mesmo da vida”. E acrescenta: “mas, no interior da vida já constituída, surge igualmente uma tendência – também conservadora – de manter e preservar a vida, isto é, uma tendência de perseverar no ser” (COUTINHO JORGE, 2010, p. 165). O autor indica que as duas tendências conviverão, “e a resultante dessas duas forças atuará a cada momento na vida dos sujeitos, produzindo um empuxo maior numa ou noutra direção, da vida ou da morte” (COUTINHO JORGE, 2010, p. 165).

Freud opõe, então, ao construir a segunda tópica, a pulsão de morte à pulsão de vida. Destaca que o fato de reconhecermos como tendência dominante da vida psíquica o esforço de diminuir, manter constante, abolir a tensão interna dos estímulos (princípio do prazer) “é um dos nossos mais fortes motivos para crer na existência da pulsão de morte” (FREUD, 1920/2010, p. 228). O princípio do prazer é perturbado o tempo todo. Mas o sujeito quer manter as excitações o mais baixas possíveis. Porém, mais baixo ainda é a morte, isto é, “mais além do princípio do prazer” é a morte. Freud enfatiza que se não quisermos abandonar a hipótese da pulsão de morte, será preciso conjugá-la a pulsão de vida desde o começo (FREUD, 1920/2010, p. 230).

Então, durante a vida, a pulsão de morte é vencida pela pulsão de vida. Forças externas perturbam o sujeito, o faz reagir, e ele vive. Mas, haveria uma luta, uma determinação, para que se retorne ao estado original, que é o inanimado, onde não tem animação. O não vivo estava lá, mais cedo do que o vivo. Freud destaca, assim, um universal empenho de todos os viventes: o de retornar à quietude do mundo inorgânico (FREUD, 1920/2010, p. 237), o de conduzir a vida à morte.

CONCLUSÃO

Com essa dissertação, pretendi refletir sobre as incidências do real em um hospital de cardiologia. Para ilustrar, trouxe fragmentos de casos clínicos atendidos por mim e situações do dia a dia no contexto hospitalar, lugar onde o real, avassalador, insiste em se manifestar. Foi visto que, no hospital, o sofrimento constantemente invade a cena, afetando os pacientes, acompanhantes e profissionais da equipe de saúde. Diante do real, o paciente se vê sem saída, sem escapatória, sem palavras.

No capítulo 1, foram estudadas as três instâncias psíquicas nomeadas por Lacan – o real, o simbólico e o imaginário – e foi dada ênfase ao real. Ressaltou-se que o real é impossível de qualquer simbolização; ou seja, é externo àquilo de que o sujeito pode falar.

O real pode chegar a ser traumático, quando o aparelho psíquico é invadido por um excesso de energia e não há como se proteger. Foi abordado o conceito de trauma, e interrogou-se sobre a possibilidade ou não de se elaborar uma experiência traumática. Sublinhou-se que diante da violenta invasão do real, o sujeito pode recorrer ao significante; isto é, pode tratar o real pelo simbólico, introduzindo significantes no real da experiência. Foi visto, com Freud, que é possível amarrar a experiência traumática no núcleo do inconsciente; ou seja, pode-se recalcar, para que o sujeito viva melhor.

Como esta dissertação foi baseada na clínica com o sujeito no hospital, no capítulo 2, considerei importante abordar alguns aspectos dos diferentes discursos e práticas clínicas diante do real. Para isso, foram trazidas algumas considerações a respeito do discurso médico (que aproxima-se dos discursos do Mestre e da Universidade, trabalhados por Lacan), para diferenciá-lo do discurso do psicanalista.

Destacou-se que o discurso médico atual não quer saber do real; ou seja, pretende tamponar a falta, a castração. Já o discurso do psicanalista toma como ponto de partida a falta, a castração, não visando tamponá-las. Enquanto o médico age pautando-se em um poder e em um saber sobre o paciente, o psicanalista parte do não-saber, abrindo espaço para o saber do sujeito do inconsciente. O analista leva em consideração a fala do sujeito, se propõe a escutá-lo, ao contrário do médico que chega ao leito do paciente com um saber a ser comunicado, excluindo o sujeito, tratando-o como objeto. Essa postura do médico o ajuda a responder à demanda de cura que lhe é dirigida e à qual se vê exigido a responder. Somente os médicos que sabem da castração podem orientar-se na clínica de outra maneira. Mas eles não são a maioria a ser encontrada no cotidiano da clínica no hospital.

Foi mencionado que a equipe de saúde pode demandar do analista que ele também se coloque no lugar do "saber", que informe, ensine, eduque o paciente. A equipe também pode solicitar que o analista aplaque a angústia (até por desconhecer que a angústia é uma preparação para o perigo). Para a maioria dos médicos, o psicanalista é aquele que consegue fazer alguma coisa para acabar com o mal-estar. Ressaltou-se que, diante das demandas dos diversos profissionais do hospital, o analista deverá demarcar a sua especificidade, sustentando o seu discurso. Diferentemente da equipe de saúde, que se dirige ao paciente acreditando saber o que é melhor para ele, o analista não sabe o que é "bom" para o sujeito, não dá respostas prontas para o sofrimento, e faz com que o sujeito encontre as suas próprias respostas. Isso relaciona-se com a ética da psicanálise, que difere da ética médica.

Como enfatiza Sonia Leite (2008, p. 91), é importante sustentar as diferenças, ou seja, os psicanalistas podem contribuir com os profissionais da equipe, mas há de se ter cuidado para não se homogeneizar os discursos e as práticas clínicas, pois se o analista se identifica com os ideais do campo da Medicina, se ele resiste à Psicanálise, como resultado haverá práticas pautadas nas demandas sócio-institucionais, com prejuízo da experiência do sujeito.

Alberti (2008 a, p. 158) aponta que a primeira contribuição do psicanalista no trabalho no hospital é a de lembrar à Medicina que os pacientes não são objeto de intervenção clínica, mas sujeitos, que têm uma história singular. O psicanalista sustenta uma clínica que visa o sujeito na sua singularidade, sujeito do inconsciente.

No capítulo 3, apontou-se que no hospital os pacientes são confrontados com o real, visto que estão à mercê do Outro, o médico. E, diante do real, o afeto que surge é a angústia. Destacou-se o real como um perigo diante do qual o sujeito poderá se angustiar, se tiver um tempo para se preparar para ele. Foi visto que a angústia é uma defesa contra o real. Indicou-se, também, como proteções contra o real, as fantasias e o humor.

Foi ressaltado que a angústia é o único afeto que não engana; ela fornece certeza, não deixa nenhuma dúvida, por não ser da ordem dos significantes. O real foi apontado em sua face de *unheimlich*, o estranho que desvela o mais íntimo de cada sujeito. Almeida (2005, p. 82), indica que "o hospital é um palco privilegiado na exposição do real e da tragédia", do que há de mais estranho e também íntimo.

No capítulo 4, foi abordado o real e a morte. A morte, uma das figuras do real, traz consigo um impossível, a impossibilidade de se viver para sempre, o que castra o empenho dos médicos para salvar o paciente, a que tantas vezes o psicanalista assiste na clínica hospitalar. Além disso, ressaltou-se que a morte é indizível, ou seja, não há possibilidade de uma palavra que a signifique.

Foi visto que a morte implica uma finitude diante da qual o homem não cessa de fugir, mas, no hospital, a morte fica muito próxima, angustiando os pacientes. Embora muitos se angustiem diante da iminência da morte, foi abordada a questão da escolha de alguns sujeitos pela morte. Concluiu-se que um paciente terminal que escolhe a morte faz, na verdade, uma escolha forçada, já que ele não tem a opção de escolher a vida. Então, o que há é uma ilusão de escolha, pois, querendo ou não, todos vão morrer.

Enfim, no decorrer de todo o presente trabalho, procurou-se ressaltar que no hospital, os profissionais vão lidar com situações graves, incluindo a morte, o que é muito difícil, pois confronta os sujeitos com a castração, com a falta. Os profissionais do hospital trabalham cercados de doenças e mortes, e têm de lidar constantemente com o real.

Considero que a oferta de trabalho mais importante que o psicanalista pode fazer no hospital é a de atender aos pacientes, fazendo com que eles falem desse momento de adoecimento e internação, que pode ser traumático, introduzindo, assim, um tempo de elaboração. Além disso, o psicanalista pode escutar os familiares e trabalhar junto à equipe.

Apesar de o hospital nos colocar diante de situações dramáticas, algo nos faz insistir nesse trabalho. Sonia Leite (2008, p. 90) indica que a formação permanente do psicanalista será fundamental para a sustentação do desejo do analista (desejo de que a análise se realize) e a presença do discurso do analista nas Instituições. Ou seja, é o estudo teórico que sustenta a prática e nos capacita a intervir naquilo que nos diz respeito.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 1999.

_____. Psicanálise: a última flor da Medicina – a clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e pesquisa em Psicanálise.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. *O Discurso do Capitalista e o mal-estar na cultura*. 2000a. Disponível em: <http://www.berggasse19.psc.br/site/wp-content/uploads/2012/07/19133239-Sonia-Alberti-O-Discurso-Do-Capitalist-A-e-o-Mal-Estar-Na-Cultura-1.pdf>. Acesso em: agosto de 2015.

_____. *Transferência de trabalho e a universidade*. USP, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n1-2/a11v1512.pdf>. Acesso em: agosto de 2015.

_____. O lugar da sexualidade para a psicanálise. In: ALBERTI, S. (Org). *A sexualidade na aurora do século 21*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

_____. O hospital, o sujeito, a Psicanálise: Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ". *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v.11, n.1. junho de 2008a.

_____. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Orgs.) *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV, 2010.

_____. A construção para um fragmento de caso clínico na adolescência. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._a_construcao_de_um_fragmento_ed_caso_clinico_na_adolescência.pdf>. Acesso em: abril de 2015.

ALBERTI, S.; SILVA, S. C.; CRUZ, J. R.; SILVA, H. R.; MEDEIROS, M. A demanda do sujeito no hospital. *Cadernos de Psicologia*. Rio de Janeiro, n. 1, 1994.

ALMEIDA, C. P. O sujeito e o real no hospital geral. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). – UERJ, Rio de Janeiro: 2005.

ALMEIDA, R. C. A. O discurso do analista e a invenção de uma escola em

movimento. *Rev. Mal-Estar Subj.* [online], v. 10, n. 3, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482010000300009>. Acesso em: agosto de 2015.

AMERICANO, B.P. *A realidade psíquica e o atendimento em hospital geral.* Monografia (Especialização em Psicologia Clínico - Institucional – Modalidade Residência Hospitalar). – IP/ HUPE / UERJ, Rio de Janeiro, 2008.

_____. *Um estudo teórico clínico acerca da psicanálise no hospital geral*: os tempos do sujeito do inconsciente. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

BATISTA, J. O a na lista – uma pró-ficção; ou O a menos verdade. In: ENCONTRO BRASILEIRO DO CAMPO FREUDIANO, 3., 1991, Salvador. *O que pode um analista?* Salvador: Ed. Vozes, 1991.

CABASSUT, J. La théorie du réel, clinique(s) de la 'contention'. *Cliniques Méditerranéennes*, n. 69, p. 225 - 249, 2004. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2004-1-page-225.htm>. Acesso em julho de 2015.

_____. Ecrire le reel en psychanalyse? Modalites de manifestation et de traitement clinique de l'effraction dans le champ du trauma, de l'institution et de la deficience mentale. Universite de Nice, 2006.

CARVALHO, S. B. O hospital geral: dos impasses das demandas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista?. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Belo Horizonte, 2008.

CARVALHO, S. C. Na angústia do desmame: o surgimento do sujeito. In: MOURA, M. D (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

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

COELHO, C. M. S. Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. *Mental*, v. 4, n. 6, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272006000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: agosto de 2015.

COSTA, A.; PIETRUZA, A.; ARAÚJO, G. A causa analítica: razão, ética e poder. In: ENCONTRO BRASILEIRO DO CAMPO FREUDIANO, 3., 1991, Salvador. *O que pode um analista?* Salvador: Ed. Vozes, 1991.

COUTINHO JORGE, M.A. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.* São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

_____. Luto e culpa na análise e na vida cotidiana (sobre as resistências do analista ou 'Vamos falar da morte?'). In: Urania T. Peres (org.). *Culpa*. São Paulo: Escuta, 2001.

_____. Angústia e castração. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 29, n. 54, 2007.

_____. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. *Lacan: o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan.* Volume 2: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. *Doenças cardiovasculares próprias da gestação*. 2008. Disponível em: <www.portaldocoracao.uol.com.br>. Acesso em: abril de 2015.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos*: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. [1890]. Tratamento psíquico (ou anímico). In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

_____. [1894]. As neuropsicoses de defesa. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

_____. [1898]. O mecanismo psíquico do esquecimento. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III.

_____. [1900]. A interpretação dos sonhos. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. V.

FREUD, S. [1901]. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VI.

_____. [1905[1901]]. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

_____. [1908[1907]]. Escritores criativos e devaneio. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX.

_____. [1909]. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. X.

_____. [1912]. A dinâmica da transferência. In_____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII.

_____. [1913]. O tema da escolha do cofrinho. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 10.

_____. [1914]. Introdução ao narcisismo. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 12.

_____. [1914 a]. Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In_____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 10.

_____. [1915]. O inconsciente. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV.

_____. [1915]. As pulsões e seus destinos. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 12.

_____. [1915 a] . Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In_____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 14.

_____. [1918[1914]]. História de uma neurose infantil [“O Homem dos Lobos”]. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 14.

FREUD, S. [1919]. Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. XVII.

_____. [1919]. O inquietante. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 14.

_____. [1920]. Mais além do princípio do prazer. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 14.

_____. [1920]. Jenseits des Lustprinzips. In: _____. *Gesammelte Werke*. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1999, vol. XIII, p.1-69.

_____. [1926 [1925]]. Inibições, sintomas e angústia. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

_____. [1927]. O humor. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI.

_____. [1930] . O mal - estar na cultura. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 14.

_____. [1937]. Análise terminável e interminável. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

_____. [1940[1938]]. A divisão do eu no processo de defesa. In: _____. *Obras Completas.* Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

GALLINA, J. T. Ficção e fixação: a amarração da fantasia à repetição. Dissertação (Mestrado). – Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_psicanalise/dissertacao-julie-travassos-em.pdf>. Acesso em: Julho de 2015.

GONÇALVES, N. O desejo do analista, função na cura. *O que pode um analista?* In: ENCONTRO BRASILEIRO DO CAMPO FREUDIANO, 3., 1991, Salvador. *O que pode um analista?* Salvador: Ed. Vozes, 1991.

HARARI, R. *O Seminário "A angústia" de Lacan: uma introdução*. Porto Alegre: Ed. Artes e Ofícios, 1997.

LACAN, J. [1945] O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. [1955-1956]. *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

_____. [1957-1958]. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. [1959-1960]. *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. [1962-1963]. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. [1964]. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. [1967]. Alocução sobre as psicoses da criança. In: _____. [1901-1981] *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. [1966-1967]. *O Seminário, livro 13: o objeto da psicanálise*. Inédito.

_____. [1968-69]. *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LAPLANCHE E PONTALIS. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEITE, S. As resistências do psicanalista (e outras) na saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia.* Rio de Janeiro, ano 8, n.1, p. 83-93, 1° semestre 2008.

MARTINHO, M.H. Perversão: um fazer gozar. Tese (Doutorado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise). Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

MARTINHO, M. H.; SADALA, G. Que lugar para o psicanalista nas instituições de saúde?. In: CARDOSO, A. R.;SILVEIRA, D. B. (Orgs.). *Que lugar? O psicanalista no hospital*. Niterói: Parthenon, 2014.

MILNER, J. C. *Os nomes indistintos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

MOHALLEM, L. N. Psicanálise e Hospital: um espaço de criação. In: MOURA, M. D.; *Psicanálise e Hospital 3 - Tempo e morte: da urgência ao ato analítico.* Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E.M. Nas vias do desejo. In: MOURA, M. D (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOURA, M, D. Psicanálise e Urgência Subjetiva. In: MOURA, M. D (Org.). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOURA, M. D.; SOUZA, M. C. B. Psicanálise e hospital: se ao *a* deve o analista chegar, por onde andava ele?. *Epistemo-somática* [online], v. 4, n. 2, p. 127-138, 2007.

OLIVEIRA, M. P. A fantasia em Melanie Klein e Lacan: diferenças e similaridades. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

OLIVEIRA, F. L. G. Sintoma, fantasia e objeto *a* na expectativa analítica. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 16. 2013. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_16/artigo_03.html>. Acesso em: Julho de 2015.

PARCA. Disponível em: <http://dicionarioportugues.org/pt/parca>. Acesso em abril de 2015.

PIZA, L. F. As encruzilhadas do amor e do sexo no enlace com o pai. 2010. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr58-luciana-francischetti-piza.pdf>. Acesso em: outubro de 2015.

QUINET, A. A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. 1999. Disponível em: <www.estadosgerais.org>. Acesso em: agosto de 2015.

RABINOVICH, D. O duplo real, a fantasia e o desejo do Outro. In: _____. *A angústia e o desejo do Outro*. Rio de Janeiro. Ed. Companhia de Freud, 2005.

RINALDI, D. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em Hospital Universitário. 2000. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br>. Acesso em: abril de 2015.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. *Psicanálise e Saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

RODRIGUES, G.V. A lógica do tempo na Psicanálise. In: MOURA, M. D.; *Psicanálise e Hospital 3 - Tempo e morte: da urgência ao ato analítico.* Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003

SANTOS, L. G. *O homem na filosofia de Martin Heidegger*. Disponível em: <http://filosofiacienciaevida.uol.com.br/ESFI/Edicoes/22/artigo87364-5.asp>

SILVA, D. A apropriação imaginária do tempo na práxis da urgência. In: MOURA, M. D.; *Psicanálise e Hospital 3 - Tempo e morte: da urgência ao ato analítico.* Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

SOLER, C. Discurso e trauma. In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. A. C. (Org.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contracapa Editora, 2004.

_____. *Seminário A angústia, de Jacques Lacan*. São Paulo: Escuta, 2012.

SPÍNOLA, S. "Saber e ética na Psicanálise de criança". In: ENCONTRO BRASILEIRO DO CAMPO FREUDIANO, 3., 1991, Salvador. *O que pode um analista?* Salvador: Ed. Vozes, 1991.

SZPIRKO, J. Ser doente, ter uma doença. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e pesquisa em Psicanálise.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

TEIXEIRA, T. S. Delírio, fantasia e devaneio: sobre a função da vida imaginativa na teoria psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 4, n. 3, p. 67-88, 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018185007>. Acesso em: julho de 2015.

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

VICENTE, S. Interpretação: uma armadilha. In: ENCONTRO BRASILEIRO DO CAMPO FREUDIANO, 3., 1991, Salvador. *O que pode um analista?* Salvador: Ed. Vozes, 1991.

ZIZEK, S. Objetos, objetos por toda parte. In: _____. *Menos que nada: Hegel e a sombra do materialismo dialético*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.