



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

Marcelia Marino Schneider Côgo

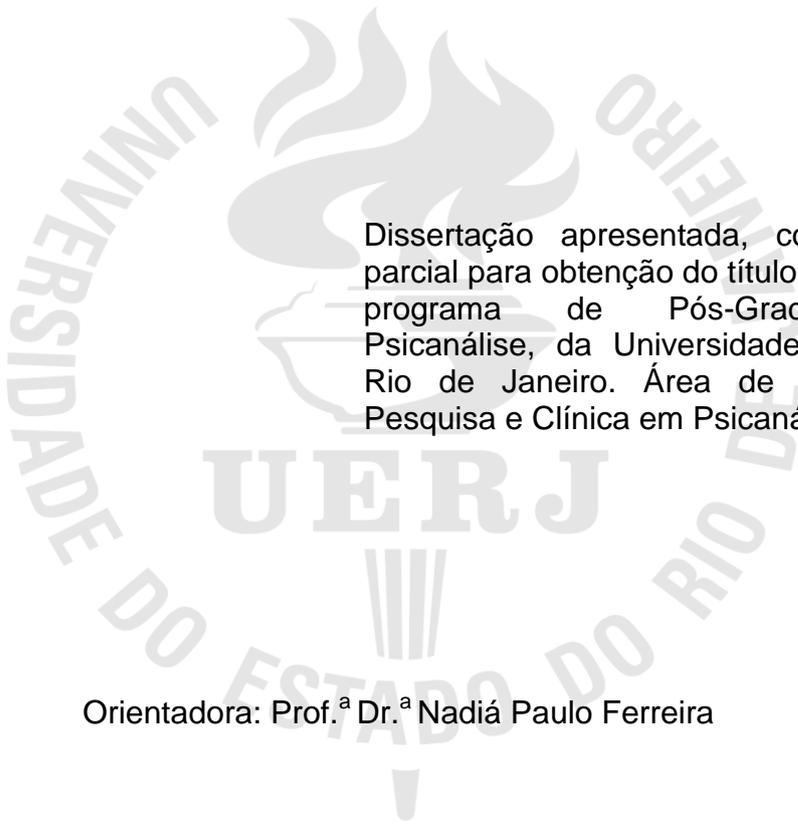
**Alcances e limites da clínica psicanalítica em um hospital geral
junto a crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer**

Rio de Janeiro

2015

Marcelia Marino Schneider Côgo

**Alcances e limites da clínica psicanalítica em um hospital geral
junto a crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nadiá Paulo Ferreira

Rio de Janeiro

2015

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

C676 Côgo, Marcelia Marino Schneider.
Alcances e limites da clínica psicanalítica em um hospital geral junto a
crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer / Marcelia Marino
Schneider Côgo. – 2015.
192 f.

Orientador: Nadiá Paulo Ferreira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Câncer– Teses. 3. Angústia – Teses. 4.
Transferência (Psicologia) – Teses. 5. Crianças – Teses. 6. Adolescentes
– Teses. I. Ferreira, Nadiá Paulo. 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

Marcelia Marino Schneider Côgo

**Alcances e limites da clínica psicanalítica em um hospital geral junto a
crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 16 de setembro de 2015

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Nadiá Paulo Ferreira (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação de Psicanálise (Colaboradora)
Instituto de Letras da UERJ

Prof. Dr Luciano da Fonseca Elia
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof.^a Dr.^a Anna Carolina Lo Bianco
Instituto de Psicologia da UFRJ

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Aos meus pais pela vida, pela presença efetiva e, especialmente minha mãe, pelo carinho, incentivo, exemplo e disponibilidade na leitura dos meus textos.

A meu marido, grande parceiro da minha vida, pelo carinho, força e paciência pelos inúmeros dias em completa dedicação ao estudo e escrita da dissertação.

Aos meus filhos, Hugo e Rafael, pela força e incentivo.

A amiga Tânia Regina Anchite Martins, pela presença, interlocução e firmeza.

A amiga Luzia Rodrigues, pela amizade, disponibilidade e generosidade.

A professora Nadiá Paulo Ferreira, minha orientadora, pelo acolhimento e paciência e importantes contribuições.

Ao professor Marco Antônio Coutinho Jorge pela transmissão entusiasmada da psicanálise.

Ao professor Luciano Elia, pelo carinho, atenção e transmissão da psicanálise.

A professora Anna Carolina Lo Bianco, pela atenção, disponibilidade e preciosas contribuições.

A professora Sonia Alberti pela instigante provocação.

A professora Sonia Altoé pela generosidade e atenção.

Aos meus amigos de Mestrado, com quem muito aprendi.

Aos meus pares da Escola Lacaniana de Psicanálise de Vitória que, diretamente e indiretamente, muito contribuíram para esse meu projeto.

A equipe do Núcleo de Trabalho em Onco-hematologia, pela experiência tecida ao longo desses anos e pelo contínuo aprendizado.

A clínica psicanalítica e a sua constante e renovada provocação.

A tudo o que vivi e perdi. Às minhas escolhas e ao bom proveito que pude fazer delas. Quanto às más escolhas, agradeço pelo que me proporcionaram aprender.

Agradeço a oportunidade de me lançar nessa proposta que me conduziu a muitos deslocamentos, a análise que o diga....

Toda palavra busca alcançar algo que escapa. Incessante decepção,
incessante esperança que faz prosseguir a palavra qualquer que seja sua forma.

François Gantheret

RESUMO

COGO, M. M. S. *Alcances e limites da clínica psicanalítica em um hospital geral junto a crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer*. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Este estudo surge de uma provocação ocasionada, continuamente, pela práxis analítica sustentada em um hospital público, mais especificamente, em um Núcleo de Trabalho em Onco-Hematologia, serviço de referência para o tratamento de câncer em crianças e em adolescentes, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O câncer, a partir do momento em que é diagnosticado, advém como um corte que produz uma ruptura nos sentidos dados até então à vida e ao futuro, os quais, por um tempo, ficam em estado de suspensão, convocando, cada qual, à edificação de um singular posicionamento. Nesse processo, em função da imediata associação do câncer com a morte, cuja opacidade engendra um enigma que horroriza e em face da qual faltam as palavras, um afeto se faz prenante: a angústia. Com o objetivo de elaborar as questões suscitadas, essa pesquisa faz do conceito da angústia o seu fio teórico principal, o qual articulado ao conceito de transferência, permite destacar os fundamentos que subsidiam a clínica psicanalítica exercida, nesse contexto, com esses jovens pacientes, seus familiares e com a equipe, e a reflexão sobre sua incidência, seus alcances e seus limites.

Palavras-chave: Câncer. Psicanálise. Angústia. Transferência. Crianças. Adolescentes. Equipe.

RÉSUMÉ

COGO, M.M.S. *Les réussites et les limites de la clinique psychanalytique dans un hôpital général qui soigne des enfants et des adolescents avec un diagnostic de cancer*. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Cette étude découle d'une provocation, causée à chaque instant, par la praxis analytique soutenue dans un hôpital publique, plus spécifiquement, dans un Centre de Travail en Onco-Hématologie, un service de référence pour le traitement du cancer chez les enfants et les adolescents, par le Système Unique de Santé (SUS). Le cancer, dès qu'il est diagnostiqué, se montre tel une coupure qui produit une rupture aux sens donnés, jusqu'alors, à la vie et à l'avenir, lesquels, pendant un temps, restent dans un état de suspension, en appelant chacun à l'édification d'un positionnement singulier. Dans ce processus, en fonction de l'immédiate association du cancer avec la mort, dont l'opacité engendre une énigme qui fait horreur, et à la face de laquelle les mots s'effacent, une affection se fait prégnante: l'angoisse. Afin de développer les questions soulevées, cette recherche fait du concept de l'angoisse son fil théorique principal, qui, articulé au concept de transfert, permet de mettre en relief les fondements qui soutiennent la Clinique psychanalytique exercée dans ce contexte avec ces jeunes patients, leur famille et l'équipe, et la réflexion sur son incidence, sa portée et ses limites.

Mots-clés: Cancer. Psychanalyse. Angoisse. Transfert. Enfants. Adolescents. Équipe.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Raio na TV.....	36
Figura 2 - Será que foi porque comi muita bala?	37
Figura 3 - A criança no respirador.....	43
Figura 4 - O anjo	44
Figura 5 - Terceiro esquema da divisão.....	59
Figura 6 - O buraco.....	66
Figura 7 - O ataque.....	66
Figura 8 - O vampiro	67
Figura 9 - A menina de cabelos longos e loiros	83
Figura 10 - O "X"	84
Figura 11 - Esquema dos dois espelhos.....	88
Figura 12 - Esquema simplificado.....	90
Figura 13 - Árvore seca	92
Figura 14 - O ET (Extra terrestre)	92
Figura 15 - Quadro da angústia	99
Figura 16 - A procissão.....	109
Figura 17 - Estas são minhas frases.....	113
Figura 18 - O dia em que ela jogou os problemas no lixo.....	121
Figura 19 – O matema da transferência	134
Figura 20 - O Discurso da Histérica	137
Figura 21 - O Discurso do Analista	139
Figura 22 - Um modo próprio de escrever e desenhar	153

LISTA DE SÍMBOLOS

S1	Significante mestre
S2	Saber
a	O objeto pequeno a
$\$$	Sujeito barrado
$\$ \diamond a$	Fórmula da fantasia
S	Sujeito mítico
A	Outro não barrado
A	Outro barrado
$i(a)$	Imagem real
$i'(a)$	Imagem virtual
$-\varphi$	Menos ϕ
φ	Pequeno ϕ (Falo imaginário)
Φ	Grande ϕ (Falo simbólico)
S	Significante da transferência
Sq	Um significante qualquer do analista
s	Significação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 O CÂNCER E O ENCONTRO COM O REAL	18
1.1 O homem diante do enigma da morte.....	21
1.2 A morte como enigma irrepresentável.....	30
2 NEM O SOL NEM A MORTE PODEM SER OLHADOS DE FRENTE	53
2.1 A delimitação de um campo: as duas teorias de Freud sobre angústia	65
2.2 O passo a mais de Jacques Lacan: a angústia não é sem objeto.....	87
2.3 Duas posições diante da angústia	98
3 CLÍNICA & TRANSFERÊNCIA	122
3.1 O manejo da angústia.....	141
3.2 A aposta analítica	159
CONCLUSÃO	177
REFERÊNCIAS	184

INTRODUÇÃO

Ao longo desses vinte anos de exercício clínico em um hospital geral infantil, mais especificamente, em um Núcleo de trabalho em Onco-hematologia Infanto-juvenil, sigo provocada por uma constante reflexão a respeito dessa clínica. O que me move nesse constante questionamento?

Penso que esta provocação se impõe, configurando-se como inerente ao campo psicanalítico, na medida em que, segundo Sigmund Freud nos aponta em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* ([1912a]1980), na psicanálise, pesquisa e tratamento coincidem. Essa especificidade da psicanálise é ressaltada no texto *Sobre a Psicanálise* (1913/1911]1980, p.225), no qual afirma: “posso começar dizendo que a psicanálise não é fruto da especulação, mas, sim, resultado da experiência [...]”

A partir desses indicativos, Luciano Elia (2000), no texto *Psicanálise: clínica e pesquisa*, esclarece que:

A clínica não é lugar de aplicação de saber, mas de produção, o que significa que, havendo produção de saber, há necessariamente condições para a prática clínica, uma vez que o saber produzido, não tendo caráter especulativo, foi gerado a partir de uma experiência em que o sujeito está necessariamente implicado (ELIA, 2000, p.32).

Com esse projeto de mestrado, portanto, busco recolher da tessitura dessa articulação entre a teoria e a prática elementos que favorecerão a construção de uma parcela de saber provocada justamente pela clínica, seus desafios e impasses, assim como seus enigmas.

Traço minhas elaborações pautada em um percurso todo singular, fruto de uma clínica cujo início provocou e, ainda hoje, provoca em mim muitos questionamentos. Qual o lugar de um psicanalista em um Hospital Geral? Como sustentar uma clínica psicanalítica em um local onde impera o discurso médico?

No início, quando fui trabalhar no referido hospital, fui alvo de muitos questionamentos por outros psicanalistas, que perguntavam o que uma psicanalista faria em um hospital se lá não havia um divã? Mas a pergunta em mim insistia, por que não? Por que a psicanálise se restringiria às quatro paredes de um consultório, se o sujeito do inconsciente não fica a elas restrito?

Hoje, essa concepção mudou e muitos psicanalistas estão inseridos em contextos hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Escolas, em instituições judiciárias, projetos sociais, entre outros. Cada psicanalista, ao falar a partir do ponto em que é provocado por essa prática, explicita não só seu modo ou estilo de exercício da psicanálise, mas oferta provas da efetividade do discurso psicanalítico no mundo.

A clínica que sustento ocorre em um núcleo de referência, no estado da região sudeste do Brasil, para diagnóstico e tratamento do câncer infanto-juvenil, inserido dentro de um Hospital Geral Infantil. Sua estrutura física conta com duas enfermarias, que perfazem um total de 19 leitos, e um ambulatório e hospital/dia, onde são realizados consultas, quimioterapias e atendimentos, dentre os quais o psicanalítico, em sua modalidade ambulatorial. Esse serviço recebe crianças e adolescentes de idade entre dias a 17 anos, provenientes do referido Estado, assim como de Estados vizinhos. Após sua entrada, mesmo com 17 anos, por exemplo, permanecem no serviço até sua saída, por alta, transferência ou óbito. Por esse motivo, encontramos pacientes em acompanhamento com idade de 23 a 25 anos.

Esses jovens pacientes ingressam, nesse serviço, oriundos dos diversos municípios do Estado e de Estados próximos. Entram, via internação nas enfermarias de oncologia-hematologia, quando transferidos de outras unidades hospitalares ou de outras enfermarias do hospital em questão, ou são acolhidos, via ambulatório/ hospital dia, quando encaminhados por outros profissionais de saúde de outros serviços, de outras unidades de saúde ou hospitais.

O acompanhamento psicanalítico tem início desde a primeira internação, ou igualmente tem início a partir de sua entrada via ambulatório, e prossegue, para aqueles que o demandam, até a sua saída, como apontado anteriormente, por transferência, alta definitiva, ou óbito.

Assim, tenho a oportunidade de acompanhar esses jovens pacientes e seus pais, tanto durante as internações ou a nível ambulatorial, nas mais diversas fases do tratamento: diagnóstico, quimioterapias, cirurgias, intercorrências, recidivas, e morte. Esse acompanhamento ocorre por um tempo significativo, pois alguns pacientes permanecem ligados ao serviço por 5 a 7 anos, tempo após o qual recebem alta. Outros têm seu caminho interrompido em função de sua morte, seja na primeira internação, seja durante o tratamento, ou quase chegando ao seu término. Desta forma, é possível, não com todos, a constituição de um campo de

elaboração e de trabalho das mais distintas questões provocadas não apenas pelo tratamento, mas por uma sorte de questões que os fazem demandar, atendimento semanal, por exemplo, a nível ambulatorial.

O diagnóstico de câncer e seu tratamento promovem, nos jovens pacientes e seus familiares, vivências extremas, marcadas por toda uma sorte de rupturas. As questões provocadas pela ameaça da morte assumem o lugar central provocando muito medo e apreensão, pois a morte se torna perto e presente sem muitos véus. Agora, esta não mais está presente apenas pelo viés da fantasia, mas como possível, e, muitas vezes, como iminente. A vida se vê invadida por um sem sentido que atordoa, invasão que tem por efeito a angústia, atualizada, de diversas formas, ao longo de todo o tratamento.

Fazendo da angústia o fio principal dessa dissertação, na medida em que é o afeto que não engana - afirmação sustentada por Jacques Lacan no *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005), viso esclarecer o seu lugar, e a sua função nessa clínica, para refletir quanto ao seu manejo. De que manejo se trata? Mas de que lugar opera um psicanalista em um hospital?

Nesse contexto hospitalar, deparamo-nos com sujeitos ultrapassados por acontecimentos que recebem um tratamento pelos operadores do discurso médico, bem distinto do que se propõe a psicanálise. Cada campo, em sua especificidade, tem seu lugar e importância, pois é preciso que os operadores do discurso médico sejam efetivos no que se propõem, ao preço de que, sustentado pelo discurso da ciência, algo seja colocado de fora: a subjetividade.

O paciente, a partir do momento em que entra no discurso médico e lhe dirige sua fala para descrever o que sente, tem suas falas acolhidas para logo serem descartadas (CLAVREUL, 1978). Isso ocorre porque interessa, aos operadores do discurso médico, dar relevo apenas aos elementos que contribuem para confirmar o diagnóstico ao se encaixarem nos sinais sintomáticos pré-estabelecidos e descritos nos manuais e tratados médicos. Qualquer outra fala que não sirva para esse intuito é desprezada e, portanto, silenciada. Entre os operadores do discurso médico, portanto, não há lugar para a subjetividade. O que há “[...] é a exclusão das posições subjetivas do médico e do paciente” (CLAVREUL, 1978, p. 11).

Lacan, no texto *A Ciência e a verdade* ([1965]1998)], lança uma frase paradoxal, aquela que afirma que o sujeito, com o qual a psicanálise opera, é o mesmo que o da ciência. Porém, prossegue esclarecendo que, se há esse ponto em

comum “é aí, no entanto, que se deve fazer uma demarcação, sem o que tudo se mistura [...] (LACAN, [1965]1998, p. 873).

Não podemos desconsiderar que foi em meio a um contexto médico que a história da psicanálise pode surgir pela via de um corte radical com esse campo. Freud, em sua escuta das históricas, viu descortinar diante de si outro campo, o inconsciente, enquanto outra cena, e, de forma concomitante, o fenômeno da transferência, condição para que uma psicanálise se dê.

Assim, se a ciência moderna, em seu advento, a partir de Descartes e o Cogito, incluiu o sujeito, ela imediatamente o excluiu de suas operações; a subversão proposta por Freud, com a psicanálise, leva, ao contrário, à sua inclusão.

Podemos, portanto, após essa introdução bem sucinta, indicar que, nos hospitais, onde prevalece o discurso da ciência, a psicanálise pode justamente encontrar o seu lugar e campo clínico justamente por essa brecha inerente ao discurso médico, provocada pela exclusão do sujeito inconsciente e qualquer indício de subjetividade.

Mas, que parâmetros sustentam, como psicanalítica, a clínica exercida em um hospital?

Para destacar os fundamentos que sustentam a clínica psicanalítica exercida em um meio hospitalar, isto é, em um meio bem distinto que o dos consultórios particulares, nunca é demais ressaltar que, desde Freud, a única regra de ouro foi a associação livre por parte do paciente, com a condição, por parte do psicanalista, do exercício de uma atenção flutuante. Tais referenciais psicanalíticos delimitam, com precisão, o que efetivamente sustenta uma práxis analítica, pois estes, por tratarem-se de referenciais desvinculados de uma concepção puramente normativa, mas referidos a um campo psíquico, articulados, compõem um artifício para que uma análise se dê.

A partir desses referenciais, algumas balizas se destacam como fundamentais para a viabilização da clínica psicanalítica, não sendo diferente quando esta é exercida em hospital: a demanda de análise, a transferência, a análise dos processos inconscientes através da associação livre do paciente; a atenção flutuante e o manejo da transferência por parte do psicanalista.

O que subsidia, no psicanalista, a sustentação de uma escuta diante sujeitos que enfrentam a morte e sofrimentos de magnitudes incomensuráveis, que sofrem

inúmeras perdas, inclusive de partes do corpo, e, portanto, têm que se haver com situações e questões diante das quais muitos recuam, e nada querem saber?

Se a angústia é o afeto principal, a ser recortado nessa dissertação, e a transferência é o que favorece uma psicanálise, como articular o manejo da angústia com o manejo da transferência?

Mas, como é possível a constituição da transferência e o seu manejo nesse meio?

Se a visada psicanalítica não se volta para uma vertente piedosa, desistente, de conformação e adaptação ou educacional, qual a aposta sustentada por um psicanalista?

Como pode um psicanalista operar em meio a tantos outros profissionais? Como pensar essa clínica em um meio hospitalar exercida com crianças, adolescentes e seus pais, na qual também se insere a equipe?

São inúmeras as questões!

Certa vez, ao falar sobre essa clínica que sustento, uma pergunta de alguém ainda não inserido na psicanálise reatualizou em mim esse questionamento que agora, com essa dissertação, retomo. A pergunta em questão foi: a psicanálise pode curar e salvar alguém do câncer? Não se trata de cura nem de salvação, mas essa pergunta relança outra: qual a importância, lugar, incidência, alcance possível para a clínica psicanalítica nesse contexto? Quais os seus limites?

No intuito de justificar e sustentar a proposta por mim elaborada para essa dissertação e objetivando responder aos múltiplos questionamentos suscitados por minhas reflexões, a partir do tema proposto, apresento diversos recortes clínicos, seguindo um apontamento de Freud ([1912a]1980, p.152) presente no texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*: “não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando”. Freud faz essa contraindicação pois isso afetaria a sua condução, além de comprometer a manutenção do campo da surpresa inerente à condução de cada caso, devido ao interesse prévio do pesquisador.

Assim, os recortes clínicos utilizados, nessa dissertação, são de crianças e adolescentes já atendidos, há algum tempo, alguns anos, ou que já saíram do serviço por alta ou por morte.

Outros permanecem em acompanhamento médico, contudo, sem acompanhamento psicanalítico. Os seus nomes foram omitidos, e nomes fictícios

utilizados em seu lugar, no intuito de não serem identificados. Com esse objetivo, para compor um contexto, alguns elementos foram alterados, sem que comprometesse o conteúdo a ser salientado. Aos materiais gráficos, desenhos, fotos e poema, provenientes do meu arquivo, foram dados o mesmo tratamento.

No primeiro capítulo, discutirei algumas questões suscitadas a partir do impacto do diagnóstico, na medida em que o câncer coloca em cena a questão da morte. Veremos que relação do homem com a morte sempre provocou reações mobilizadas pela angústia, e, diante desta, cada estágio da civilização construiu distintas formas de resposta aos dilemas engendrados. Subsidiada pelos textos de Freud tratarei da não representação da morte no inconsciente e da questão da ambivalência nas relações com aqueles que amamos e que morrem. Em jogo nessa ambivalência podemos localizar os efeitos dos desejos de morte.

O câncer, como um acontecimento da ordem do real, arremessa aqueles que o enfrentam em uma confrontação com a ameaça da morte, colocando-os sob a ameaça de uma presença que ninguém quer saber. Lançados em um campo inominável e desconhecido, e por isso angustiante, cada qual é convocado a tomar a sua posição, o que promove distintas modalidades de respostas e rearranjos. Nestas modalidades de respostas, é patente uma alienação a alguns significantes relacionados à doença e aos que são incorporados a partir da entrada no discurso médico, alienação que, na maioria das vezes, os petrificam em uma posição pouco desejante. Mas, se essa alienação é frequente, ela não é definitiva e não regrá!

No capítulo 2, no intuito de avançar na elaboração do alcance e limites da clínica psicanalítica exercida com aqueles que enfrentam um câncer e que vivenciam os efeitos da ameaça de morte que se instala, abordarei a temática da angústia, justamente porque há, nessa clínica, uma urgência provocada pela angústia que invade. Em função da abertura desse campo, provocado pelo enigma engendrado pela presença inexorável de morte que rompe com os sentido e projetos que sustentava cada um em sua vida, distintos arranjos familiares, silêncios, negações, afastamentos e recolhimentos, incremento do sofrimento e a ambivalência de sentimentos, têm seu lugar, evidenciando distintas e singulares respostas, isto é, posicionamentos possíveis, para cada um. Em face desse contexto, qual seria, portanto, a aposta analítica possível?

Para tratar dessa questão, busco, nos textos de Freud, destacar os elementos que possibilitaram a ele descortinar esse campo da angústia, e, detendo-

me nos desenvolvimentos de Lacan a esse respeito, no *Seminário, livro 10: A angústia* (1962-1963[2005]), objetivo ressaltar os elementos que permitiram o seu avanço na elaboração do lugar da angústia, sua função e, por sua vez, alertar para o seu delicado, mas importante manejo.

No capítulo 3, abordarei a prática psicanalítica em uma unidade hospitalar, tendo a transferência, em sua articulação com o manejo da angústia, o fio do seu desenvolvimento. Essa fundamentação permitirá refletir sobre a especificidade da oferta psicanalítica sustentada em um hospital, seja ela voltada para os pacientes, seus familiares ou com a equipe.

A elaboração provocada pela escrita dessa dissertação tornar-se-á um importante meio para a formalização a respeito dessa clínica, continuamente em construção, cuja modalidade de operação e intervenção ocorre no dia a dia dentro das enfermarias, e também a nível ambulatorial, na modalidade de atendimentos ambulatoriais, na maioria das vezes realizados em uma frequência semanal. De que ordem são esses atendimentos? Existem especificidades entre essas duas modalidades de oferta da escuta psicanalítica?

No intuito de elaborar um percurso edificado, ao longo desses anos, prosseguirei, nesse capítulo, argumentando sobre a especificidade do lugar do psicanalista quando inserido em uma equipe. De que lugar opera um psicanalista?

Nesse sentido, proponho-me um pouco mais: a abordar um trabalho realizado com a equipe, numa modalidade de sustentação da circulação da palavra através de encontros específicos com os profissionais nela inseridos; modalidade que permite pensar em outra possibilidade de intervenção construída na singularidade desse meu percurso.

1 O CÂNCER E O ENCONTRO COM O REAL

Ana e Sergio, pais de Fernando, internado na enfermaria de oncologia para investigação diagnóstica, aceitam a oferta de atendimento, tão logo recebem, do médico, a confirmação do diagnóstico de Leucemia do filho. Choram muito, enquanto relatam, mais uma vez, o longo percurso percorrido, de médico em médico, até chegarem ao serviço de referência para tratamento de câncer infanto-juvenil. Ressaltam que Fernando, até naquele momento, aos 8 anos de idade, sempre fora saudável, além de muito estudioso, alegre e bem humorado. Uma criança que conquista muitas amizades pela sua forma brincalhona de ser. “Como essa doença surgiu em nosso filho? Não consigo entender! O médico do posto o examinava e falava que era uma infecção, depois o outro tratou como uma virose, o último suspeitou e tratou achando que era febre reumática! Por que isso acontece com uma criança? Ele vai ficar curado?” São falas entrecortadas por muitos silêncios e choros, onde enfim Ana fala, “não suporto a ideia de poder vir a perder meu filho!”

O diagnóstico de câncer em uma criança e ou adolescente promove, no seio familiar de origem, um grande impacto. Nestes, o surgimento de um câncer quase nunca é associado aos hábitos de vida, como no caso dos adultos (fumo, ingestão de álcool, exposição a agentes químicos entre outras coisas), o que faz com que o seu diagnóstico promova ainda mais consternações.

Por ser uma doença não tão comum em crianças e em adolescentes, o seu diagnóstico, na maioria das vezes, não é fácil, tampouco rápido. Cotidianamente, esses jovens pacientes chegam ao serviço, muitas vezes, após várias consultas em pediatras e outros especialistas, sem que tivessem seu câncer logo detectado. Isso invariavelmente ocorre porque o clínico, raramente, diante sintomas tão comuns como febre persistente, ou dores abdominais ou dores na perna, inclusive, quando esta está aumentada, pensa logo na possibilidade de estar diante de um câncer.

Aqui, cabe uma importante constatação, possível de ser realizada após inúmeros casos escutados. A precariedade da saúde pública nos municípios é um dos grandes fatores que contribuem, e muito, para tal dificuldade no diagnóstico precoce do câncer infantil, pois familiares relatam que a simples marcação de uma consulta requer dias de espera. A esta espera somam-se o agendamento e a

realização de exames específicos, como os de imagem, e o retorno dos resultados para o médico que os solicitou. Tais situações contribuem para o avanço da doença e fazem com que a criança e ou adolescente ingressem em um serviço especializado, já em fase adiantada da doença.

Situações à parte, um artigo de 2013, fruto de uma pesquisa na área de oncologia infantil no Estado da região Sudeste, subsidiada por dados oriundos de uma unidade de referência para este tratamento, contém dados a respeito do câncer em crianças e adolescentes analisados sob vários aspectos: faixa etária, tipos de câncer, taxa de sobrevivência, entre outros dados. Neste artigo, Figueiredo, Zandonade e Amorim (2013) explicitam que, no serviço de referência em questão, chegam todos os anos, em média, 100 casos novos, isto é, 100 crianças e adolescentes que iniciam o tratamento de câncer, muitos deles provenientes, não apenas do Estado, em questão, mas, de Estados vizinhos.

As autoras destacam que, embora múltiplos fatores inter-relacionados inerentes à própria doença afetem as taxas de sobrevivência das crianças e adolescentes (por exemplo, o tipo de tumor e de sua localização), a melhora destas taxas, ao longo das últimas décadas, se deve a alguns fatores: a integração de centros de referência de alta qualidade, a pesquisa clínica e a educação, a abordagem aos cuidados primários com ênfase na detecção precoce e a melhoria das unidades oncológicas pediátricas por profissionais de saúde bem treinados. Contudo, ressaltam que, em 2011, o câncer foi a segunda causa de morte no Brasil, para pessoas com idade entre 1 e 19 anos, superado apenas pelos acidentes.

Uma constatação se impõe. Mesmo que muito se tenha avançado no tratamento do câncer, e as chances de cura sejam bem maiores que nas décadas passadas, o câncer, ao ser diagnosticado, invariavelmente engendra a ameaça da morte. Esta ameaça é reatualizada pelo próprio tratamento, pois, as drogas quimioterápicas e o tratamento radioterápico, únicos recursos existentes para combater o câncer, promovem muitos efeitos colaterais, a curto, médio e longo prazo. Dentre os que mais reatualizam a ameaça da morte são os efeitos imediatos de imunossupressão, que tornam os pacientes facilmente suscetíveis de graves e letais infecções. Morre-se muito mais das infecções decorrentes pela queda da imunidade do que do próprio avanço do câncer.

Por isso, a cada internação por intercorrência motivada por uma infecção, recai um peso, uma sombra com força potencialmente letal cujo poder de ameaça

rapidamente se constitui. Contribuindo para que essa ameaça se instale, existem também os fatores cardiotoxícos e hepatotóxicos, e os de toxicidade para os rins, consequentes ao uso de algumas drogas quimioterápicas que são igualmente graves, além dos riscos inerentes ao tratamento por procedimentos cirúrgicos, que fazem parte do protocolo de tratamento de muitos tumores.

Muitas doenças, ao longo das épocas, serviram de suporte para o mortífero por representarem o incurável, o limite. Susan Sontag, em seu livro *Doença como metáfora AIDS e suas metáforas* (2007), resgata que, até o século XIX, a tuberculose ocupou esse lugar. Contudo, mesmo que estivesse associada ao mortífero, ela alcançou uma conotação romântica, pois quem a portasse emanava fortes poderes de sedução. Sendo assim, ditou moda. Por permanecer indolor, era considerada portadora de uma morte fácil, e, por muitos séculos, permaneceu como forma preferida de dar sentido à morte, através da sua associação com uma morte sofisticada e edificante.

Sontag (2007) destaca que a mais antiga definição do câncer o descreve como um inchaço, um caroço ou uma protuberância. Quanto ao seu nome, tanto o *Karcinos* (do grego), quanto o *cancer* (do latim), têm o sentido de caranguejo, inspirado na semelhança entre as patas deste animal e as veias inchadas de um tumor externo. Sendo assim, essa analogia original em nada se aproxima com a difundida pelo senso comum, que associa o caranguejo com as metástases, pelo deslocamento furtivo para os lados.

O câncer, desde que foi identificado, possui outras referências quando comparado com a tuberculose, esclarece a autora. Trata-se de uma doença que surge na maioria das vezes de forma silenciosa e que se espalha de forma insidiosa. Uma doença agressiva com alto poder degenerativo dos órgãos e tecidos do corpo, e cujo avanço nada tem de sofisticado ou romântico, ao contrário, limita a vida. O seu tratamento, por sua vez, nada tem de glamoroso; além das alterações físicas provisórias ou definitivas, promove muitos outros sofrimentos e incertezas até que a cura (não para todos) seja atingida.

Assim, o câncer, como muitas outras doenças graves, crônicas ou terminais, ao colocar o futuro em questão, presentifica a morte, fazendo com que inevitavelmente a angústia desabroche. É o que também afirmam Maria Lopes Facó e Anna Carolina Lo Bianco (2012) ao destacarem que “[...] o câncer forja, na cultura,

um percurso a se evitar, por evocar a morte, sobre a qual nada queremos saber.” (FACÓ, LO BIANCO, 2012, p.153).

Mas, se a dificuldade do homem em lidar com a morte sempre existiu, ela não se expressou sempre da mesma forma.

1.1 O homem diante do enigma da morte

Morrer nunca foi fácil para o homem. Autores como Georges Bataille (2004), Philippe Ariès (1981,1982, 2012) e Norbert Elias (2001) evidenciam, em suas produções, que a questão da morte sempre provocou reações mobilizadas pela angústia, e, diante desta, cada estágio da civilização construiu distintas formas de resposta aos dilemas engendrados.

Bataille, em seu livro *O erotismo* (2004), trabalha a morte como aquela que tem o sentido de continuidade do ser. Discorre que os seres sexuados são seres descontínuos, que têm sua origem apenas a uma fusão mortal, uma continuidade mortífera relativa à união de um óvulo e um espermatozoide. Esses seres inicialmente distintos desaparecem, morrem enquanto únicos, para dar origem a outro ser.

Somos seres descontínuos, indivíduos que morrem isoladamente em uma aventura ininteligível, mas temos a nostalgia de continuidade perdida. Suportamos mal a situação que nos sujeita à individualidade do acaso, à individualidade perecível que somos. Ao mesmo tempo em que temos o desejo angustiado da duração desse perecível, temos a obsessão por uma continuidade primeira que nos religa geralmente ao ser (BATAILLE, 2004, p.26).

Para o autor, arrancar o ser da descontinuidade é sempre da ordem da violência e da violação, e nesse campo (da violência e da violação) situa tanto o campo do erotismo como o campo da morte. Contudo, destaca que o mais violento para nós é a morte, pois nos arranca

[...] da obstinação que temos de ver durar o ser descontínuo que somos. Ficamos desencorajados diante da ideia de que a individualidade descontínua que está em nós vai repentinamente se aniquilar (BATAILLE, 2004, p.28).

Bataille indica que a questão provocada pelo enigma da morte já estava presente no Homem de *Neanderthal* (aquele que nem havia atingido a postura ereta), pois existem indícios que o mesmo já enterrava frequentemente seus mortos, sendo necessário, para isso, a utilização de ferramentas: sinal de trabalho. Para Bataille (2004, p.69), “o uso da sepultura é a testemunha de uma interdição parecida com a nossa relativa aos mortos e a morte.”

A partir dessas evidências o autor argumenta a existência de uma atitude, neste homem primitivo, para com a morte, e esta reflete o funcionamento de uma organização social para a regulação das condutas humanas, cujas interdições regulavam e limitavam tanto a sexualidade, como as relações e a já citada atitude para com a morte.

O *homo sapiens*, argumenta, deve seus progressos civilizatórios à defesa, às muralhas defensivas que erigiu para fazer oposição à natureza, pelo seu caráter de violência. Porém, são através destes dois pontos, o sexo (sexualidade) e a morte, nomeados como pontos de fraqueza e fragilidade dessas muralhas, que ecoam um pouco dessa violência indomada. Diante de tais fragilidades, todo o esforço e cuidado da sociedade voltam-se para lhes fazer resistência, minimizando-as e moderando-as através das interdições típicas de cada sociedade.

A morte, especificamente, por provocar o horror, tanto pelo perigo de contágio pela violência como pela decomposição dos corpos, causava desordens na organização do trabalho, ao engendrar o *nonsense*. O seu acontecimento horroriza na medida em que se torna o “[...] sinal da violência introduzida em um mundo que ela pode arruinar”, (BATAILLE, 2004, p. 72). Mas, se a visão do cadáver provoca o horror, ela, por sua vez, tem grande poder de fascínio porque lembrava aos vivos o seu destino.

Os tabus e as interdições têm, justamente, por função, despojar a morte da sua brutalidade e de sua incongruência. Através dessas interdições o seu caráter individual torna-se atenuado em proveito da manutenção da sociedade.

As contribuições de Bataille evidenciam quão problemática sempre foi a relação do homem com a morte, pelo horror e fascínio que engendra. Se Bataille faz suas considerações acerca do homem *Neanderthal*, Philippe Ariès parte de uma estrutura social mais organizada.

Philippe Ariès, em seus livros, *O homem diante da morte* (1981,1982) e *A história da morte do Ocidente: da idade média aos nossos dias* (2012), acompanha

e analisa toda uma série de minuciosas transformações pelas quais passou a civilização no tocante à sua relação com a morte. Em seu percurso, utiliza-se dos mais distintos registros feitos pelo homem no campo das artes, nas escrituras em cartório, e nos registros dos cemitérios, através dos quais trabalha os distintos tempos desta relação. Assim, principia com o que nomeou como a morte domada (referindo-se à idade média), e culmina com a morte invertida ou selvagem, cujas nuances tornaram-se mais pregnantes no século XX e persistem até hoje.

No tocante à morte domada, Ariès (1981) reflete que, para o homem da baixa idade média, a morte não faz nem mais nem menos medo do que antes, contudo, o homem, nesse período, encontra, na tradição, uma via de sustentação diante do caráter enigmático que a morte trazia. Advertido da morte, de sua presença na vida, o homem por ela ameaçado toma as rédeas de seu processo de morrer. Morrer não tem o estatuto de um drama pessoal, está ligado a um espetáculo comunitário, acessível, inclusive pelas crianças, no qual o moribundo tem o papel principal. “Antes da morte é o moribundo quem preside e comanda. Após a morte, é ao morto que se visita e honra.” (ARIÈS, 2012, p. 208-9).

Nesse contexto, a morte considerada vergonhosa e feia é a repentina. Ela causa medo, parece estranha e monstruosa, porque priva o homem de sua própria morte. Ela é igualmente desonrosa e considerada clandestina quando não pode ser testemunhada por terceiros, por exemplo, em função de um acidente de alguém solitário. Essa morte solitária marca aqueles que a sofrem com o selo de uma maldição.

Mais ou menos no sec. XII surge um novo modelo, uma primeira mudança que Ariès nomeia de “a morte de si”, (intensificado no sec. XVI), na qual se opera um deslocamento voltado para uma exaltação do indivíduo, de sua história, de seus feitos durante a vida. Desta forma, discretamente, o acento dado à arte de bem morrer desloca-se para a arte de bem viver, sem que, contudo, modifique o modelo vigente da morte domada. Ariès destaca que embora existisse, nos homens de outrora, um nível de angústia diante da morte, essa angústia

[...] era traduzida em palavras apaziguantes e canalizada pelos ritos familiares. O homem de outrora fazia caso da morte, ela era coisa séria que não se devia tratar levemente: um momento forte da vida, grave e temível, mas não temível a ponto de afastá-la, de fugir-lhe, de fazer como se não existisse ou de falsificar-lhe as aparências (ARIÈS, 1982, p.441).

Em meio a todo esse contexto, surgem os primeiros sinais de algo que só se institui no século XX, mas que, de forma muito eficaz, intervém nas relações milenares entre o homem e a morte. Aos poucos, algo se interpõe, incluindo uma ideia de selvageria que provoca medo. Eram os tempos das pestes, muito utilizados pelos homens da igreja para controlar e converter fiéis por meio do medo da morte e dos castigos divinos.

Segundo o autor, no sec. XVIII, os médicos contribuíram para esse fato, pois pautados por orientações de ordem sanitárias, instalaram o medo do contágio, interferindo na proximidade dos homens com os moribundos e com os mortos. Essa influência foi fruto do florescimento da ciência moderna, que ocorreu no final dos séculos XVIII e XIX, assim como do desenvolvimento da medicina, como científica.

Desta forma, os médicos tornam-se os melhores transmissores das crenças difundidas, substituindo os homens da igreja, que desde a idade média e na Renascença tinham sido os únicos a representarem esse papel. (ARIÈS, 1982). Eram os tempos das dissecações dos corpos, um espetáculo cujo lugar na plateia era disputado a tapas.

No final do século XVIII e já no início do XIX, surge uma ideia romântica da morte, que perdura até a guerra de 1914 (ARIÈS, 1982, p. 613), na qual pode ser localizada uma primeira recusa da morte. A afetividade, antes difusa, torna-se intensa, e a separação de um ente querido, por morte, já não é mais suportada. A ruptura, agora, parece impensável e intolerável. A morte deixa de ser apenas triste, e passa a ser também exaltada e bela, pois, por meio dela, no além, os amantes, que não aceitam a separação, poderão, enfim, se reencontrar.

Aos poucos, uma aversão se instala, com grandes conseqüências na relação entre o moribundo e seu ambiente. Se, na morte domada, o moribundo possui todo o poder de comandar sua morte, de garantir suas vontades, aos poucos, algumas decisões são transferidas para a família, que assumem a função de mantê-lo na total ignorância de seu estado, tratando-o como criança. Por meio dessas atitudes, “cada um é cúmplice de uma mentira que acaba levando a morte à clandestinidade [...] Todos representam a comédia do ‘nada mudou’, da ‘vida continua como dantes’, do ‘tudo ainda é possível’.” (ARIÈS, 1982, p. 615, grifos do autor). Agora, o que impera é a lei do silêncio e da dissimulação, da qual o moribundo é também conivente.

A morte, de bela, torna-se feia e inconveniente, e, se é feia, é preciso ser escondida. Os hospitais tornam-se os locais propícios para esconder o que ninguém mais consegue lidar. “Já não suportam os odores, nem os espetáculos que ainda no início do século XIX, faziam parte, com o sofrimento e a doença a rotina diária.” (ARIÈS, 1982, p. 623).

Os avanços cirúrgicos, técnicos e científicos favorecem a transferência do paciente grave para os cuidados em ambiente hospitalar, generalizando, em 1950, um processo iniciado desde os anos 30.

O hospital é, daí por diante, o único local onde a morte pode certamente a escapar de uma publicidade – ou o que dela resta – considerada, portanto, uma inconveniência mórbida (ARIÈS, 1982, p. 623).

Foi nesse campo que, no século XX, um novo modelo encontra campo para florescer, o modelo denominado pelo autor como morte invertida, cujo epicentro localiza-se, principalmente, em algumas zonas industrializadas e avançadas tecnicamente. O que mais chama a atenção, nos salienta, é que estas sociedades já não mais se afetam com a morte de um indivíduo.

No tempo da morte invertida, a morte se afasta do social, “não se está mais presente na cabeceira do leito de morte, [...] o enterro cessou de ser um espetáculo familiar. [...] As crianças não acompanham nem mesmo o enterro dos pais.” (ARIÈS, 1982, p. 629). Segundo Norbert Elias (2001), esta relutância dos adultos em incluir as crianças na vivência dos fatos da morte pode ser considerada uma das grandes características da atitude atual para com a morte.

Além disso, não mais é recomendado grandes expressões sentimentais. A dor e a saudade devem permanecer com o sobrevivente. Não mais se encontram palavras para manifestar sentimentos, expressar condolências. Não estão mais em vigor os códigos e rituais que os antigos utilizavam como recursos que conduziam e suportavam sentimentos frutos de situações difíceis. Sem esses recursos, ou estes se expandem com uma violência insuportável, pois nada mais há para canalizá-los, ou são reprimidos ou interditados.

Tal supressão do luto representa uma recusa da morte. Pois, segundo o autor, resulta de um constrangimento impiedoso da sociedade que se recusa a participar da emoção do enlutado. “Agora, as lágrimas do luto se equiparam às excreções da doença. Umas e outras são repugnantes. A morte é excluída.”

(ARIÈS, 1982, p.633). O luto se torna uma doença e aquele que a demonstra denota fraqueza de caráter.

Assim, a partir de 1945, o que ainda restava para o moribundo e seus familiares: a revisão da vida, a publicidade e a cena de adeus, desapareceu. A tutela do doente, antes dada à família, transfere-se para os médicos, que agora têm, inclusive, o poder de decisão da duração de uma vida (que pode ser prolongada face os recursos científicos).

Saem de cena os médicos de família e entram os médicos que exercem a medicina nos hospitais. Essa análise é de fundamental pertinência, pois a questão dessa dissertação centra-se justamente nos alcances e limites da psicanálise em um serviço de oncologia infanto-juvenil, instalado em uma unidade hospitalar. A partir dessa mudança (que perdura até este momento), no hospital, nos diz Ariès, “o médico é, ao mesmo tempo, um homem de ciência e um homem de poder, poder esse que exerce sozinho.” (ARIÈS, 2012, p.266).

Pertencentes a uma burocracia cujo poder reside na disciplina, na organização e no anonimato, os médicos do hospital, os clínicos gerais, na época o descrito por Ariès, (e agora, problematizado com as diversas especialidades que fragmentam o paciente), se mostram cada vez mais absolutos.

Jean Clavreul, em seu livro *A ordem médica* (1978), avança desvelando o motivo desse anonimato:

Não existe relação médico – doente. Tampouco existe relação médico-doença. Existe apenas instituição médico-doença. O médico não fala e não intervém senão enquanto é representante, o funcionário do discurso médico (CLAVREUL,1978, p.224).

A morte medicalizada, portanto, torna-se a etapa que completa a inversão da relação do homem com a morte. Os nascimentos e as mortes não mais ocorrem em casa, mas no hospital, lugar de referência para esses dois momentos fundamentais de um ser humano. O hospital tornou-se o lugar da morte controlada e orquestrada pelo pessoal médico que, inclusive, pode retardá-la e prolongá-la o máximo possível.

Nosso modelo atual da morte nasceu, pois, e se desenvolveu ali onde se sucediam duas crenças: primeiro, a crença numa natureza, que parecia eliminar a morte, em seguida, a crença, numa técnica que substituiria a natureza e eliminaria a morte com mais segurança (ARIÈS, 1982, p. 649).

A morte deixou de ser admitida como fenômeno natural necessário, ela é um fracasso, um *business lost* [...] Quando a morte chega ela é considerada um acidente, um sinal de impotência ou de imperícia que é preciso esquecer. Ela não deve interromper a rotina hospitalar, mais frágil do que a de qualquer outro meio profissional (ARIÈS, 1982, p. 640).

Naturalmente nunca, na verdade, foi fácil morrer. Se nas sociedades tradicionais tinham o hábito de rodear o moribundo e de receber suas comunicações até o último suspiro, hoje, nos hospitais, não há mais comunicação com o moribundo.

Por não ter mais função, nem valor social, este não tem mais status. O doente é privado de seus direitos, conhecimento e organização de sua morte, e cede convencido que tudo isso será para o seu bem. O curioso é que, com essa inversão, a morte selvagem passa a ser aquela que despoja o moribundo de sua própria morte.

A morte, nesse contexto da morte invertida, já não pertence mais ao moribundo, muito menos à sua família. Ela, agora, torna-se controlada e organizada por uma burocracia, que a trata como coisa sua, mas uma coisa que deve incomodá-la o menos possível.

Assim, hoje, a morte que é considerada boa é aquela que chega sem que se sinta, sem que se tenha consciência, justamente a morte que Ariès aponta corresponder à morte maldita e temida de outrora.

A morte considerada indesejável, indelicada e a que perturba é, segundo Ariès, (1982, p.641), “sempre a morte de um doente que sabe”, justamente aquela que, outrora, era a morte digna e confortante, embora sofrida, pela falta de recursos. Para que não cause constrangimentos, espera-se daquele que sabe que vai morrer, a elegância e coragem de ser discreto, pois nada mais perturbador, para os operadores do discurso médico, do que um paciente que se expressa, que se revolta, questiona, chora e grita. Mas, não basta que seja discreto, é preciso ainda que permaneça aberto e receptivo às mensagens, pois é igualmente embaraçosa para uma equipe, nos diz o autor, a indiferença do paciente e a sua recusa em comunicar-se.

Um exemplo muito temido pela equipe “[...] é aquele (paciente) que aceita a morte, volta-se para a parede e se desinteressa do mundo.” (ARIÈS, 1982, p.641). Essa atitude é rejeitada porque reconhecem nela a imagem detestada da morte,

enquanto fenômeno natural, que foi transformada em acidente passível de ser vencido.

Cabe ressaltar que é nesse campo que a psicanálise encontra seu lugar, não para silenciar o sujeito em prol do bem-estar da equipe, mas, ao contrário, dar-lhe voz, ofertar-lhe espaço de elaboração escutando-o em sua forma, sempre singular, de se posicionar.

Elias (2001) traz uma importante contribuição ao apontar que embora nessa era em que vivemos, de forma sem precedentes na história, a morte e os moribundos tenham sido empurrados para os bastidores da vida social e levados do leito de morte à sepultura por meio de um afastamento iminente asséptico e técnico, ainda assim, são as rotinas hospitalares que dão alguma estruturação social à situação de morrer; mesmo que ao preço de contribuírem para o isolamento daqueles que caminham para a morte.

O autor ratifica o que tanto Ariès como Bataille argumentam a respeito da dificuldade do homem em lidar com a morte. Embora sempre presente no ser falante, ela não foi expressa sempre da mesma forma, pois recebeu diferentes tratamentos, ao longo dos tempos. Se nos tempos anteriores, as fantasias coletivas e os ritos eram os recursos predominantes que dotavam os homens de artifícios para amenizar os efeitos provocados pela noção da morte e da transitoriedade, nas sociedades modernas, em função da perda da função dos ritos sociais, as fantasias individuais e privadas de imortalidade se destacam como importantes recursos.

Esses recursos, interdições, ritos, fantasias são paliativos; não dão conta de proteger o homem daquilo que é irremediável, tal como veremos no próximo capítulo. Os acidentes, as guerras e as doenças graves, crônicas e incuráveis trazem, para bem perto, o que insistentemente o homem leva para os bastidores: a transitoriedade da vida, a morte. Quando é dado um diagnóstico de câncer, por exemplo, a proximidade da morte tem efeitos de despertar. Desperta o homem do sono que tanto o poupa de lidar com o que não quer ver. O Câncer é um veículo propício para isto, visto que

[...] tomou as características hediondas e assustadoras das antigas representações da morte. Hoje o câncer é a morte. Mas é preciso que a doença seja incurável (ou que tenha fama de sê-lo) para que deixe transparecer a morte e lhe dê seu nome. A angústia que libera, então, leva a sociedade, a multiplicar apressadamente as habituais senhas de silêncio,

a fim de reduzir esse caso demasiado dramático à regra banal das 'saídas à francesa' (ARIEËS, 2012, p.222, grifo do autor).

Se recorri inicialmente aos historiadores para tratar da atitude do homem para com a morte, assim o fiz para destacar não a história em si, mas para evidenciar o quanto a morte, para o ser humano, sempre portou um enigma, provocou horror, mobilizou respostas no sentido de minimizar o que de incongruente e irrepresentável ela traz.

A psicanálise não privilegia a diacronia ou qualquer leitura apenas à historicidade. É o que Jean-Claude Milner, em *A obra clara* (1996) ressalta ao afirmar que, para a psicanálise, o historicismo não é necessário. O que interessa à psicanálise é a abertura para o contingente, no qual é levada em conta a função do corte. Os discursos, como laço social, caracterizam-se pela função de corte e pela heterogeneidade e multiplicidade. A teorização dos discursos possibilitou a Lacan formalizar essa heterogeneidade e multiplicidade, as quais não se veiculam às sucessões históricas. São as relações entre os lugares e os termos, as diferenças e a mutabilidade dos termos em relação aos lugares que levam à emergência de um discurso.

Segundo Milner (1996, p. 49), “[...] o corte é, antes de tudo, o apontamento de um impossível literal.” Assim, se a psicanálise lida com as diferenças entre os discursos a partir do impossível estrutural em sua articulação com o contingente, os historiadores, por sua vez, tentam apreender o que resta como efeito de um discurso por um viés cronológico. “Toda história, a esse respeito, parece ser falácia e a primeira adulteração reside justamente na homogeneização mínima que a seriação temporal impõe.” (MILNER, 1996, p.49).

A psicanálise, ao privilegiar o discurso no que ele tem de mais singular, nada comporta de generalizações. Para cada um que oferta ao analista sua demanda de fala, esta é acolhida em sua singularidade. Na medida em que cada qual fala, um campo transferencial, por meio desse endereçamento, se constitui, através do qual os significantes que, aos poucos, se decantam, fornecem indícios de sua posição subjetiva e suas coordenadas de gozo.

O que se evidencia é que o câncer, para cada um que por ele é acometido, surge atrelado aos mais distintos significantes: sofrimento, dor, perdas, recompensas, fragilidades, facilitações, compensações, superação, mudança, novos

valores, etc. É por meio dessas articulações veiculadas pelo discurso que podemos vislumbrar como cada qual passa a se fazer representar.

Mas, há uma associação que inevitavelmente se faz presente. É a associação entre o câncer e a morte. Para os que enfrentam o diagnóstico de um câncer e o seu tratamento, a morte se faz presente, trazendo uma ameaça que mobiliza muitos afetos, mas dentre os quais privilegiarei, nessa dissertação, a angústia; na medida em que é “um afeto que não engana”. (LACAN, 1962-1963[2005], p. 88).

Por que a angústia? Por que a proximidade da morte tem como efeito mobilizar a angústia? Qual a função da angústia? Se as “saídas à francesa” (ARIÈS, 2012, p. 222) são uma das respostas à angústia, haveria outra resposta possível? Qual a oferta possível a ser sustentada por um psicanalista? São questões alvos dessa dissertação, pois suponho constituir o cerne do que pretendo trabalhar: os alcances e os limites da psicanálise nessa escuta ofertada às crianças, aos adolescentes, a seus pais e responsáveis e à equipe da unidade hospitalar onde a questão da morte está posta e onde a angústia tem aí um lugar, suponho, fundamental. Mas operar com e através da angústia, não é sem uma operação a partir da transferência. Estão colocados, portanto, os dois eixos que proponho como fundamentais para o desenvolvimento do presente trabalho: a angústia e a transferência.

1.2 A morte como enigma irrepresentável

Rosana, seis anos, é internada, na enfermaria de oncologia, para o segundo ciclo de quimioterapia. Enquanto aguarda o retorno sua mãe com o seu prontuário de internação, permanece sentada na beirada de seu leito, com os pés pendurados, recusando-se a deitar ou a brincar. Entro na enfermaria e a encontro com os olhos arregalados e ofegante, angustiada. Ela me fala que soube da morte de uma criança que ocupava esse mesmo leito, logo no início da manhã. Convidada a sentar-se em uma mesa que havia dentro da enfermaria, na qual havia papel e lápis, ela desenha.

Enquanto desenha, fala da menina que morreu e da diferença entre sua doença e a dela. Ao terminar o desenho diz: “São estrelas, estrelas caindo na água.

Elas caem quando estão quebradas, quando elas caem elas morrem. Morrer é horrível”!

Através desses elementos, pergunto por que ela acha que morrer é horrível. Ela responde que não sabe nem o que é morrer, nem como é o lugar para onde as pessoas vão quando morrem. Fala, também, da separação das pessoas que gosta e do medo de ficar longe de sua mãe. Terminado o desenho, ela pede para ir para sua cama e diz querer brincar.

Freud, no texto *Reflexões para os tempos de Guerra e morte* ([1915a]1980), afirma o quão a morte é inimaginável e irreal para o homem de hoje, assim como o era para o homem primevo. Em nosso inconsciente, definitivamente, não acreditamos em nossa morte, acreditamos que somos imortais, e, inclusive, quando tentamos imaginá-la, estamos na cena como observadores.

Assim, tal como os homens primevos, convivemos com duas atitudes contraditórias em relação à morte: a que a aceita e a considera como processo natural da vida, sendo inclusive desejada para outros, nossos inimigos e desafetos, e a que a nega, a silencia, a despoja do seu significado de término da vida e que se estabeleceu como a atitude convencional e cultural em relação à morte.

Nossa atitude civilizada para com a morte sofre um abalo quando a guerra eclode. Por sua vez, caímos na desilusão diante da constatação de que, em tempos de guerra, o homem civilizado se despoja das conquistas que lhe permitiram construir a vida em sociedade, ao preço de grandes renúncias pulsionais. Assim, a guerra não apenas expõe o homem bárbaro que existe em cada um de nós, muda a atitude habitual para com a morte: não podemos mais negá-la.

Segundo Freud destaca:

[...] acolhemos as ilusões porque nos poupam sentimentos desagradáveis, permitindo-nos em troca gozar de satisfações. Portanto, não devemos reclamar se, repetidas vezes, essas ilusões entrarem em choque com alguma parcela da realidade e se despedaçarem contra ela (FREUD, [1915a]1980, p.317).

Uma das mais poderosas fontes de ilusões e que mais contribuem para a negação da morte é a religião. A sua origem pode ser remontada ao momento quando, ao lado do corpo morto de seu ente querido, o homem primevo inventou os espíritos e a existência de outras vidas após a morte com uma única finalidade: despojar da morte o seu significado de término.

Ao lado do corpo sem vida do ente amado, passou a existir não só a doutrina da alma, a criança na imortalidade e uma poderosa fonte de sentimento de culpa, mas também os primeiros mandamentos éticos (FREUD, [1915a]1980, p. 334).

Então, se as ilusões são recursos que não podem ser mantidos sem fracassos, a confrontação com a morte por meio da doença (como o câncer), dos acidentes ou da violência, volta e meia bate à porta. Por isso, o destaque em *O futuro de uma ilusão* ([1927]1980), de que apesar desse importante recurso, a morte insiste, denotando que o desamparo humano não tem como ser efetivamente remediado.

No texto *Além do princípio do prazer* ([1920]1980), com a proposta do dualismo pulsional: pulsão de vida e pulsão de morte, Freud avança em suas elaborações sobre as forças que atuam no aparelho psíquico. A concepção da pulsão de morte retira o trauma de sua relação com um acontecimento na realidade, remetendo-o para algo interno à estrutura, para a exigência pulsional, fonte do desamparo original.

Freud conceitualiza a pulsão de morte quando constata, em sua clínica, através da análise das brincadeiras de crianças, mas, principalmente, através da repetição de sonhos traumáticos e da repetição na transferência, o comparecimento de algo que nunca fora marcado com índices de satisfação. Essa pulsação repetitiva de caráter quase demoníaco, nomeada de compulsão à repetição, o leva a supor a existência de uma tendência mais primitiva e independente do princípio do prazer, princípio que rege o aparelho psíquico.

O princípio do prazer, em sua ação, esforça-se para manter as excitações mais baixas possíveis, buscando para isso a vinculação psíquica das quantidades de excitação que irrompem, de modo a mantê-las constantes ou minimizá-las ao máximo. No caso da compulsão à repetição, esse princípio é posto fora de ação, o que afeta a homeostase psíquica

Freud, no citado texto, afirma: “[...] tudo o que é vivo deseja morrer por razões internas, tornar-se mais uma vez inorgânico, [...] o objetivo de toda vida é a morte.” (FREUD, [1920]1980, p. 56). Com esse argumento, literalmente postula a tendência conservadora que há em toda pulsão, na medida em que o objetivo final é o retorno

a um estado anterior das coisas. Mas, uma vez que há vida, surgem forças que trabalham no sentido de mantê-la.

Cabe às pulsões de vida (as pulsões sexuais) a prolongação desse caminho em direção à morte através de caminhos tortuosos, os quais nada mais compõem que o quadro dos fenômenos da vida. Sendo assim, mesmo que prolonguem esse caminho em direção à morte, as pulsões de vida parecem estar a serviço da pulsão de morte. Nesse intuito, afastam os modos de retorno à morte que não sejam imanentes ao próprio organismo e garantem que o organismo siga seu próprio caminho para a morte. “O que nos resta é o fato de que o organismo deseja morrer apenas do seu próprio modo.” (FREUD, [1920]1980, p. 57).

Para execução dessa sua tarefa, a pulsão de vida tem uma modalidade de incidência descrita como ruidosa, pois como “rompedoras da paz” (FREUD, [1920]1980, p.84) constantemente produzem tensões cujo alívio é sentido como prazer. No texto *O Ego e o Id* ([1923]1980, p.56), Freud, nesse sentido, destaca que a pulsão de vida, ao agir combinando “[...] a substância viva que se dispersa, ela complica a vida enquanto visa preservá-la.”

A pulsão de morte, também nomeada como pulsão destrutiva, tem por objetivo único o retorno ao inorgânico, à tensão zero, à morte. Através de seu modo de incidência silencioso e discreto promove dispersões. Ao contrário das pulsões de vida, seus processos são postulados como não vinculados psiquicamente, fazendo-se presentificar por uma contínua pressão no sentido da descarga.

A conceituação da pulsão de morte permite a nomeação de um campo já presente em seus efeitos no psiquismo. Ao fazer do mortífero a força inerente a toda pulsão, torna esse campo, que foge à regulação do princípio do prazer, o campo central, a partir do qual tudo se constitui.

No *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964]1985), a elaboração da repetição, através dos conceitos *automaton* e *tiquê*, permite a Lacan ressaltar ainda mais a função central desse campo na estrutura psíquica.

Enquanto articula a repetição pela via do *automaton* com a ordem simbólica, isto é, com a insistência automática que ocorre por meio da rede de significantes, através da qual o retorno dos signos obedece à regência do princípio do prazer, a repetição, pela via da *tiquê*, é referida ao que está para além desse automatismo do *automaton*, por isso a sua associação com a vetorização da pulsão de morte. Está

em jogo na *tiquê* o encontro sempre faltoso com o real, o traumático por excelência, encontro que está por trás do funcionamento significativo.

Podemos dizer que o que está para além do princípio do prazer e que insiste é o real, o irrepresentável, a morte. Mas, segundo Freud sustenta, mesmo que a morte seja imprevisível e irrepresentável, o importante não é negá-la, mas saber que ela existe, e, sabendo que ela existe, aproveitar tudo o que a vida oferece.

Nesse sentido, dois textos mostram-se fundamentais pelos argumentos que portam. No texto *Sobre a transitoriedade* ([1916/1915]1980), por exemplo, Freud, ao responder ao poeta desiludido com a limitação da fruição da beleza das coisas pela transitoriedade, lança o seguinte argumento: é justamente a escassez do tempo e a limitação da possibilidade da fruição que eleva o valor daquilo que é transitório. Assim, “uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela.” (FREUD, [1916/1915]1980, p.346).

No final do já citado texto *Reflexões para tempos de guerra e morte* ([1915a]1980, p. 339), ao refletir que a vida poderia se tornar mais tolerável se déssemos à morte o lugar na realidade e em nossos pensamentos que lhe é devido, Freud profere: “Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte.”

O surgimento de um câncer, a exemplo do que ocorre com a guerra, rompe com a ilusão de uma vida que segue um plano controlado para o amanhã. A morte, tornada perigosamente presente, força uma mudança de atitude, pois não mais pode ser negada. O diagnóstico câncer torna-se um exemplo, dentre muitos acontecimentos que, de repente, fazem o homem se deparar com aquilo que a ilusão tenta encobrir e que foi apontado no texto *O futuro de uma ilusão* ([1927]1980, p.27) como “[...] o penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será.”

Não sem razão, muitas metáforas utilizadas, no intuito de descrever a vivência do diagnóstico e do tratamento, retiram seus significantes da guerra. Dentre eles destaque: invasão dos tecidos, câncer de comportamento agressivo, colonização, postos avançados (metástases), bombardeamento das células, arsenal quimioterápico, plano 1, plano 2, plano 3.

Por parte dos familiares, pacientes e dos profissionais são recorrentes as seguintes falas: “O diagnóstico foi como uma bomba”, “vivo uma devastação” ou “uma destruição”, “agora entramos numa guerra”, “nessa guerra estamos do mesmo lado contra a doença”, “entramos em uma guerra e lutaremos para vencê-la”,

“vencemos mais uma batalha, mas ainda não a guerra”, “às vezes precisamos sacrificar algo, para avançarmos na luta contra o câncer”.

O uso dos significantes oriundos da guerra, por exemplo, permite pensar que, tanto o discurso vigente em cada núcleo familiar, como as metáforas existentes no mundo servem de suporte para a construção de um contorno, de um sentido, ao rombo do texto da vida provocado pelo sem sentido engendrado pela ameaça da morte.

É muito comum a resistência da pronúncia do nome câncer. Muitos falam “aquela doença”, “essa doença terrível”, “essa doença maligna”, como se a sua pronúncia fosse, efetivamente, presentificar a morte.

Há, igualmente, uma evitação em pronunciar a palavra “morte”. Em seu lugar são comuns os termos: “falecer”, “descansar”, “foi para o céu”, “mais uma estrela no céu”, “foi morar com Deus”. Essa evitação também é observada entre os profissionais de saúde, entre os quais observo o uso de outros termos: FTP (fora de possibilidades terapêuticas) quando a doença não mais responde ao tratamento, MC (para os que estão em morte cerebral), cuidados paliativos, (proposta de tratamento que não visa mais a cura, mas paliar o caminho até a morte). A palavra óbito é preferida à palavra morte.

O diagnóstico de um câncer em uma criança ou adolescente promove nas famílias e nos pacientes uma intensa comoção em meio a qual faltam as palavras. Inicialmente, o que impera é silêncio espantado, acompanhado ou não de choros compulsivos. Algo se presentifica tendo como efeito o surgimento de uma angústia avassaladora.

Passado esse momento inicial, não é raro que falem, desse momento, dizendo que o diagnóstico foi “como se um raio tivesse caído na minha cabeça”, na fala de alguns pais, “que abriu um buraco abaixo dos meus pés”; tanto que “estou me sentindo no meio de um furacão”, pois “tudo está de cabeça para baixo” na fala de outros. Porque falta o sentido, surgem, então, as perguntas: “por que isso aconteceu? ”, “por que com ele (a)?”, pelo lado dos pais e, “por que comigo?”, por parte de alguns pacientes. Perguntas dirigidas ao campo do Outro, na tentativa de obter uma resposta, um sentido para o que não porta sentido algum.

As crianças expressam, pelos seus meios, a devastação que vivenciam. Dentre os inúmeros exemplos cito Rubens, 7 anos. Rubens vem do interior do Estado para internar-se. Fará o segundo ciclo de quimioterapia, porém antes, antes

da internação e ainda no ambulatório, atendo-o. Neste atendimento escolhe pintar com a tinta guache e, enquanto pinta, relaciona as mudanças que ele e sua família passam em função do tratamento. Com a mudança, da roça para a cidade, residem em casa pequena e apertada, em comparação com a sua casa, na roça, que é espaçosa e bonita com o seu quintal e jardim. Sente-se longe dos seus familiares, da escola e dos amigos. Agora tudo é desconhecido e lhe dá medo. Em resposta a minha pergunta sobre o seu desenho ele responde: “Um raio caiu na TV e tudo ficou destruído”.

Figura 1 - Raio na TV

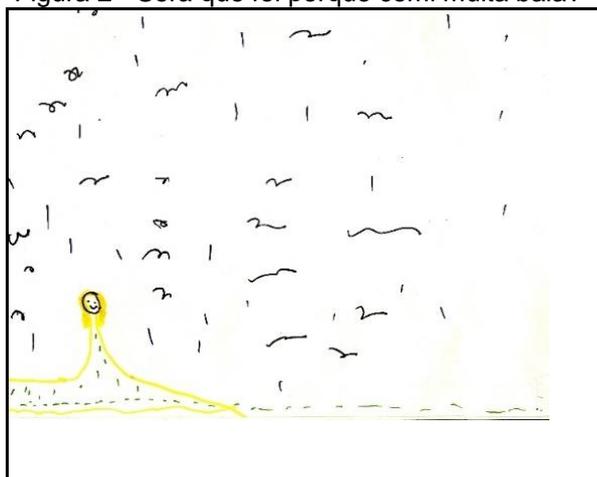


Fonte: R.P.A - 7 anos

Na tentativa de responder à inevitável pergunta - por que isso aconteceu comigo? -, muitas questões se fazem presentes: “Será que foi devido àquela queda?” “Será porque comi demais isto ou aquilo?” “Será que foi porque eu desobedeci a minha mãe?”

Estela, oito anos, internada para o início do tratamento de um linfoma, insistentemente busca uma resposta à pergunta que insiste. “Por que isso aconteceu comigo?” Em um atendimento, ao lado de seu leito, entre vários durante essa sua primeira internação, ela, mais uma vez, aceita a oferta de folhas e canetinhas e desenha. Angustiado, seus desenhos tendem a apresentar um personagem em meio a muitos elementos, muitas nuvens, chuva, e, neste, não foi diferente, muitos pássaros. Enquanto desenha diz: será que estou doente porque comi muita bala?

Figura 2 - Será que foi porque comi muita bala?



Fonte: EFD - 8 anos

A associação do câncer com a morte coloca o homem diante de um enigma sem decifração. O confronto com esse enigma lança cada qual em uma inevitável tentativa de seu recobrimento e contorno por meio das palavras e imagens.

Marco Antônio Coutinho Jorge esclarece a esse respeito quando afirma que “A morte é um dos nomes do real e talvez seja o melhor deles, algo que opera a radical perda do sentido.” (JORGE, 2010, p. 211).

Ao longo de seus seminários, Lacan refere-se ao real de distintas formas.

No *Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* ([1954-1955]1987, p.266), por exemplo, situa a morte a partir da categoria do inominável ao dizer:

Atrás daquilo que é nomeado, o que existe é inominável. É justamente por ser inominável, com todas as ressonâncias que possam dar a este nome, que isto se aparenta ao inominável por excelência, isto é, à morte.

Em *Variantes do tratamento padrão* ([1955]1998, p.351) diz: “para o sujeito, a realidade de sua própria morte não é nenhum objeto imaginável, e o analista, como qualquer outro, nada pode saber dela, senão que ele é um ser prometido à morte.

No *Seminário, livro 5: Formações do inconsciente* ([1957-1958]1999, p.64) a morte é descrita como “[...] muito precisamente o limite de toda fala, e ao mesmo tempo, provavelmente, também a origem de onde ela parte.”

No *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964]1995, p.52), ao falar da morte como um dos nomes do real, o conceitua como “[...] o que retorna sempre no mesmo lugar”.

No *Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* ([1969-1970]1992, p.116), continua nessa sua assertiva que o leva ao conceito de real, como o que escapa à simbolização, a qual a morte se aplica, dizendo “que a morte, para quem quer que seja, é propriamente falando, incognoscível.”

No *Seminário, livro 23: O sinthoma* ([1975-1976]2007, p.121), efetivamente nomeia a morte como fundamento do real.

[...] o real, na medida em que ele só pode ser pensado como impossível.
[...] Abordar esse impossível não poderia constituir uma esperança, posto que é impensável, é a morte – e o fato de a morte não poder ser pensada é o fundamento do real.

No *Seminário, livro 24: L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre* ([1976-1977]1988, aula de 19/04/1977, p.56, tradução nossa) refere-se ao real em sua função de despertar.

Um discurso é sempre adormecedor exceto quando não se o compreende. É quando não o compreendemos que pode ocorrer a experiência do despertar [...] O despertar é o real sob o seu aspecto de impossível, que não se escreve senão à força, ou por força, isto é o que se chama a contra-natureza¹.

O diagnóstico de câncer, como um acontecimento de ordem do real, pode ter a função de despertar. A confrontação com a ameaça da morte e o seu enigma desperta para a presença da morte na vida, presença que normalmente não se quer saber, em face da qual cada um é convocado a tomar a sua posição e a construir as suas respostas, sempre singulares.

Sempre me questiono sobre a particularidade dessa clínica, na qual o real se coloca tão desvelado e a morte tão explicitamente colocada, não mais apenas nas fantasias.

Para as famílias, tudo desmorona em pouco tempo: a vida cotidiana, a vida familiar, a vida conjugal. A vida fica engessada. Não mais fazem planos, o futuro fica em estado de suspensão pela presença constante da ameaça da morte. “A vida da gente ficou como em uma corda bamba. Eu não sou mais a mesma e ninguém vai ser. Eu não sei mais como será meu amanhã”!

¹ O texto em língua estrangeira é: “Un discurso es siempre adormecedor, salvo quando uno no lo comprende – entonces despierta. [...] el despertar, es lo Real bajo su aspecto de lo imposible, que no se escribe sino con fuerza o por la fuerza – esto es lo que se llama contra-naturaleza”.

A família, destituída do seu poder de decisão e despojada da suposição do controle do seu destino, passa a depender da liberação médica para as mínimas decisões: receber visitas, viajar, o que comer etc. Este Outro, o médico, passa a deter o poder de determinar.

A criança, o adolescente e seus familiares chegam ao ambiente hospitalar como são, isto é, com suas modalidades de resposta ao que lhes acontece, e com suas formas de relação com o mundo e com os outros. Contudo, a entrada no universo hospitalar e no discurso médico, a partir do diagnóstico de câncer e seu tratamento, os lançam em uma condição aproximada, afirma Clavreul, em seu livro *A ordem médica* (1978), à entrada no discurso materno, entrada no discurso do Outro.

Antes do nascimento de uma criança há um discurso, discurso do Outro, que a antecede e que estabelece algumas coordenadas do lugar no qual é esperada. São essas coordenadas recebidas desse discurso do Outro que participarão da constituição como sujeito do desejo. Contudo, se ao nascer, há uma criança, ainda não há um sujeito.

O sujeito surge como efeito da operação da linguagem, isto é, surge do campo do Outro enquanto campo do significante. A esse respeito Nadiá Paulo Ferreira (2002, p.124) esclarece ao afirmar que

Quando uma criança nasce, se houver inscrição do simbólico no seu corpo (campo do Outro como lugar dos significantes) produz-se-á o surgimento de um sujeito e de sua dependência (alienação) à ordem do significante inaugurando o desejo do homem como desejo do desejo do Outro.

A entrada no discurso médico, é aproximada por Clavreul (1978) à essa entrada no discurso do Outro, pois há, nesta, uma reedição da alienação a um discurso.

Se uma criança, em sua prematuridade, depende da interpretação por parte de um outro (também portador da dimensão do Outro) para que seus gritos sejam elevados ao estatuto de demandas, uma pessoa, quando doente, se vê lançada em similar dependência, pois, por si só, não pode assegurar a sua cura. Quando doente depende dos representantes do discurso médico para interpretação de suas queixas e a transformação destas em sintomas a serem debelados.

Mas, nem sempre um doente demanda a cura; em muitos casos, a demanda subjacente é de confirmação de sua condição de doente, tal como Lacan ressaltou em *O lugar da Psicanálise na medicina* ([1966]2001).

Desta forma, o doente e seus familiares recebem do discurso médico não apenas o tratamento. Têm acesso a uma série de significantes típicos desse discurso que, somados aos de sua história familiar, favorecem a construção de uma combinatória significativa, através da qual passam a se fazer representar. Câncer = morte; câncer = resignação, câncer = para sempre frágil, câncer = imuno deprimidos, câncer = privações para seu “bem”, Câncer = doente = não pode se aborrecer. Contudo, se tais arranjos permitem que construam uma modalidade de resposta ao irrepresentável que a ameaça da morte engendra, os faz pagar um alto preço: a fixação em uma posição alienada, quando não, mortificada.

Todo esse contexto revela e desvela o lugar dado ao filho no desejo dos pais, os arranjos gozosos, os desejos de morte e os mais distintos arranjos familiares em torno destes.

Não é possível enfrentar um tratamento de câncer sem sofrer. Há uma cota de sofrimento que cabe a cada um, reforçada pela associação: Câncer – morte – desconhecido – medo – perda, que assusta e promove intensas angústias. A impossibilidade de falar, agenciada pelo pacto do silêncio que, frequentemente, se instala entre pais e seus filhos, dificulta o processo de elaboração. O que se evidencia é um imenso desamparo em meio a tanta gente.

Sob a vigência desse pacto, os pais não conversam com seus filhos sobre o que lhes acontecem, e, inclusive, os “enganam”, dizendo que só têm um probleminha no sangue, um carocinho, ou um reumatismo. Assim, são inúmeras as estratégias utilizadas para saírem pela tangente, mesmo quando o filho lhes dirige uma pergunta. Para justificar essas estratégias, lançam mão de alguns argumentos: “faço isso para protegê-lo”, “eu não quero que ela se entristeça”, ou “tenho medo que ele fique deprimido”.

Um longo tempo de trabalho com esses pais e familiares se faz necessário para que, ao falarem de sua própria dor e temores, consigam romper o silêncio tão angustiante e tão mortífero, que causa tanto desamparo e tanta insegurança naqueles que, a princípio, querem proteger.

Tais atitudes nada mais são que tentativas de silenciar a angústia gerada pela ameaça que a morte que adentrou em suas vidas, denunciando, desta forma, que estão em dificuldades para lidar com a própria dor.

Tal preocupação consigo próprio torna-se evidente na fala de alguns pais, quando explicam do porquê fazem todas as vontades das crianças. “Eu não consigo dizer não, pois, se algo acontecer (se a criança morrer), como eu vou ficar lembrando que, quando ele me pediu tal coisa, eu neguei”?

Assim, profundamente afetados em seus narcisismos, no intuito de proteger o filho, no fundo, protegem-se.

No texto *O narcisismo: uma introdução* ([1914a]1980, p. 107) Freud esclarece: “Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que há muito abandonaram.”

E acrescenta:

Eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele[...], além disso, sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi forçado a respeitar, e a renovar em nome dela as reivindicações aos privilégios há muito por eles próprios abandonados. A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão abrogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – Sua Majestade o Bebê, como outrora nós mesmos nos imaginamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram (FREUD, [1914a]1980, p.108).

Segundo Ginette Raimbault, em seu livro *A criança e a morte: crianças falam da morte: problemas da clínica do luto* (1979), o adulto, na tentativa de fazer existir em algum lugar a criança inocente vinda de algum paraíso, sustenta um engodo: que a criança não vive conflitos, não sofre, nem tem que construir, ela própria, as suas respostas para o sexo e para a morte. Seria a sustentação de um sonho de pura felicidade, fruto do esquecimento, por parte do adulto, da criança que ele foi. (RAIMBAULT, 1979).

Observo que as crianças e os adolescentes em tratamento para câncer desenvolvem uma aguda percepção da morte próxima, na medida em que, continuamente, entram em contato com a dor e o sofrimento - a sua e a do outro -, e

acompanham e vivenciam a morte de outros. Em relação às crianças que não entram em contato com essa dura realidade, ou que só lidam com o tema através das fantasias, essas crianças, em tratamento, percebem claramente os sinais, em seu corpo, que algo não está bem. Percebem, quando o seu estado clínico está grave, lêem atentamente, e, com presteza, os sinais de angústia e apreensão nos semblantes dos que as cercam.

Esta clínica evidencia que as crianças e os adolescentes tentam falar sobre o que vivenciam, sentem e pensam. Mas, se não encontram entre seus próprios familiares e entre os profissionais uma acolhida, e se, desde as suas primeiras tentativas recebem respostas evasivas, que demandem que se cale, que denegue, que desmintam, ou recalque suas doenças: “Não pense nisso!”, “Pare de falar nisso!”, “Assim você vai me deixar triste!”, “Não chore, mamãe não quer que você chore, assim vou chorar também!”, “Não se entristeça, fique feliz!” , ela se cala, faz parceria com a lei do silêncio.

No atendimento com um psicanalista (isto é, se houver um analista, enquanto um lugar, em função, pois a simples presença de alguém que se diz analista não o garante), encontram abertura e espaço para que falem de suas questões sem barreiras, sem tentativas de tamponamento com sentidos, sem um cale a boca com promessas de felicidade tipo: “não se preocupe, tudo vai dar certo”, “Não pense assim”, “você certamente não é culpada do que diz”.

Aos poucos, percebem que há um lugar, sustentado por um alguém, bem específico, com quem podem elaborar suas questões que não se restringem ao tratamento, à doença, às injeções, aos remédios. Com o psicanalista, falam de sua dor de existir, curando ou não do câncer.

Marcio, em sua segunda recidiva da doença, está à espera de um transplante de medula. Internado para submeter-se ao seu último bloco de quimioterapia, ele aguarda a visita médica, brincando, em seu leito, com um jogo de montar, no qual constrói uma cidade. A médica, uma das mais atenciosas e sensibilizadas com as questões subjetivas dos pacientes, se aproxima e diz: “Mas que cidade linda! Onde você mora nela”? Ele responde: “Eu moro no cemitério junto com os outros mortos”! Em resposta a sua fala, a médica, desconcertada, diz: “não, um menino lindo como você mora numa mansão como aquela ali do seu brinquedo”! Sua, mãe, por sua vez, retruca: “Não fala assim, menino”!

A médica, em um momento seguinte, angustiada, demanda-me um espaço para falar do quanto foi tocada pela fala de Marcio, dizendo: “Sabe, eu não poderia deixar ele ficar com aquela frase - que ele morava com os outros mortos!”

Para o psicanalista essa frase teria outra acolhida, sob a forma de uma questão sustentada, em aberto, sobre essa morada onde já se colocava. Por que já se via morando entre os mortos? Afinal, de que morte ele falava?

A criança fala através de muitos elementos, tal como Sara, 5 anos, em cuidados paliativos em função de uma leucemia refratária ao tratamento. Ciente de seu estado, Sara, a cada atendimento, atualiza-me das notícias de sua condição. Em um desses atendimentos, dentro da enfermaria, diz que parou a quimioterapia porque o tratamento não está dando certo, pois a sua doença está “alta”. Decepcionada com seu pai, questiona-se porque ele sumiu após um único contato telefônico por anos (seus pais são separados). Arrependida por ter-lhe feito um pedido, um fogão de brinquedo, se pergunta: Será que ele sumiu por que eu pedi o fogão de brinquedo? Neste dia, pega a sua boneca e mais uma vez começa a entubá-la (ventilação mecânica) e diz que não quer ser entubada. Em sua tentativa de falar o que para ela é morrer, diz: “morrer é ficar sem a comida da mamãe”.

Figura 3 - A criança no respirador

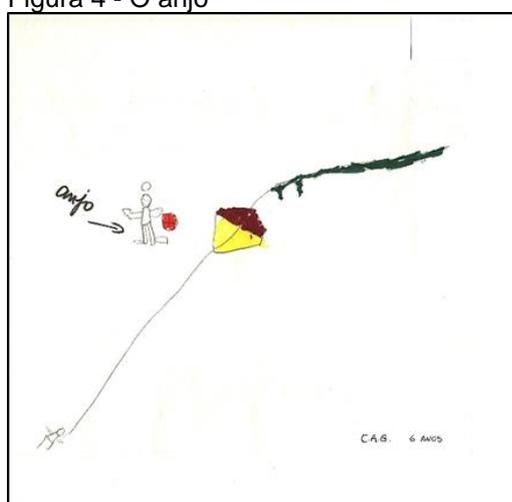


Fonte: S.P.S. - 5 anos

Cláudio, 6 anos, ao longo de seu tratamento, engaja-se no atendimento psicanalítico a ele ofertado, tanto durante as internações quanto, semanalmente, a nível ambulatorial. Nesses atendimentos trabalhava, continuamente, as seguintes questões: o medo das injeções e das internações, e a sua relação com o irmão, (o irmão mais velho implicava e rivalizava com ele, e vice e versa). Em um determinado momento, sua doença torna-se intratável e ele entra em cuidados paliativos. Mesmo assim, vem assiduamente aos atendimentos agendados comigo

no ambulatório, os quais somente tornam-se esparsos no final de sua vida. Nesse período, aproveitando a sua vinda ao ambulatório para a reavaliação do controle da dor, chamo-o para atendimento, o que ele, por estar no momento sem qualquer desconforto físico, aceita prontamente. Cláudio verbaliza claramente a sua percepção de que não mais faz o tratamento como antes. Pega um papel, que disponibilizo em cima da mesa, e começa a fazer um desenho, a respeito do qual, respondendo a minha pergunta sobre o mesmo, diz: “o menino vai soltar a pipa, e agora um anjo vai tomar conta dela”.

Figura 4 - O anjo



Fonte: C.A.G. - 6 anos

Terminado o atendimento, ao sair da sala, digo-lhe: “até mais”! Ele diz: “acho que não venho mais”! No atendimento seguido à mãe, ela, chorando, relata que, no dia anterior, ele lhe falara que ia breve morar com papai do céu, e que não era para ela ficar triste! Segundo relata Maria, neste momento, conversaram e falaram da saudade que sentiriam!

Paulo, 7 anos, está em tratamento para câncer ósseo. Amputado da perna esquerda e em meio ao seu luto é surpreendido pela morte do avô paterno. Essa perda lhe é avassaladora. Seu avô e sua avó o criaram desde que nasceu, pois, seus pais, usuários de drogas, sumiram pelo mundo. Mesmo com o retorno do seu pai para casa, entre pai e filho não há qualquer vínculo. Inclusive é um tio paterno, sempre muito presente em sua vida, que se responsabiliza por acompanhá-lo em seu tratamento. Pouco tempo depois da morte de seu avô, a sua doença recaí com metástases para o pulmão. Toda a sua preocupação volta-se para a avó, agora

sozinha, e à mercê da instabilidade de seu pai, ainda usuário de drogas. “Ele pode ficar bravo com ela”, ele diz.

Várias internações acontecem sem que possa retornar para a Bahia, onde reside. Embora o que mais anseie seja ir para casa, Paulo percebe a rápida piora de seu estado pela progressão de sua doença. Isso o apavora, porque pressente a aproximação da morte, tanto que, nos atendimentos comigo, lembra-se das outras crianças que viu piorar e que morreram. Em um dos atendimentos junto ao seu leito, ele, em uso de máscara de oxigênio em decorrência da dificuldade respiratória, mostra, em seu celular, dois vídeos que transferiu, por *bluetooth*, do celular de um amigo.

Esse caso ensinou que os *gadgets* podem ter, dependendo de seu uso por parte do paciente, uma função de instrumento de fala. Se, até então, eu tendia a não os considerar como um recurso, rechaçando o seu uso em um atendimento, esse caso permitiu, de forma muito contundente, pensar em outras possibilidades...

Paulo, mesmo com grande esforço respiratório ao executar cada movimento, coloca um vídeo do palhaço Tiririca e sua mãe. Na cena, a personagem da mãe fala, de maneira cômica, o estorvo e a desgraça que o palhaço Tiririca é para a sua vida. Em determinado momento do vídeo, fica evidente a angústia que surge diante da cena que, possivelmente, desvela a forma como ele se concebe na relação com o Outro de sua história. Ele interrompe o vídeo procurando, entre outros, um para encadear. Abre, então, um desenho animado, cuja história fala de uma traição, na qual, um cachorrinho, o fiel companheiro do homem em questão, o ajuda a descobrir que ele está sendo traído. O refrão que se repete na música é: “A casa caiu”.

Paulo consegue falar através desses dois vídeos encadeados. Desliga o celular, olha para mim e, com muita dificuldade respiratória, deita-se de lado. Disse o que tinha que dizer, e encontrou seus meios para fazê-lo!

O que sustenta um psicanalista nessa aposta? De que lugar acolhe as demandas de fala que lhes são endereçadas por parte de cada criança, do adolescente, de pais e da equipe? Como veremos ao longo dessa dissertação, se a psicanálise é uma clínica sob transferência, isto é, se é a partir da constituição da transferência e o seu manejo que uma psicanálise se torna possível, algo mais, nesse manejo, é imprescindível.

Segundo Lacan indica, no *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos da Psicanálise* ([1964]1995, p 55): “Nenhuma práxis, mais do que a análise, é orientada para aquilo que, no coração da experiência, é o núcleo do real. ”

Se a práxis analítica volta-se para os efeitos de comparecimento do real, todo o desafio e, também, toda a ética inerente práxis psicanalítica, está em sustentar esse ponto de impossível, sem tamponá-lo. Se não há solução para o impossível, para o real, pode haver, contudo, respostas, sempre singulares, nunca é demais ressaltar.

Trata-se, portanto, de uma posição ética, específica da clínica psicanalítica, que regida pela ética do desejo faz sua oposição discurso do senso comum. Esse discurso opera silenciando o sujeito ao obturar, com sentidos fixos e ilusórias soluções temporariamente apaziguantes, qualquer brecha que evidencie o sujeito em sua divisão e que favoreça o surgimento de questionamentos sem respostas possíveis.

Essa posição ética do analista permite verificar que, se essa articulação câncer - morte é frequente, ela não é regra. Tampouco, para todos, uma vez feita, para sempre permanecerá.

Uma vez que cada sujeito é acolhido em sua forma de se fazer representar a partir dos significantes aos quais se aliena, a aposta a ser sustentada é que haja, da parte desse sujeito, na medida em que esses significantes se evidenciem, um movimento que o leve a alguns deslocamentos, isto é, a algumas separações. Isso pode ocorrer porque

(...) não há nenhuma exterioridade ou condição preestabelecida, dada de antemão, que faça com que toda vez que se fale de câncer se lembre de morte. Trata-se do deslizar de uma cadeia de significantes, na qual um significante câncer se articula com outros significantes para representar um sujeito que teme a morte. O sentimento de morte não resulta de laço inerente ao câncer, mas sim, de uma relação na articulação de determinados significantes tais como: sofrimento, dor, etc. O sujeito aparece, neste contexto, como efeito desses significantes (FACÓ; LO BIANCO, 2012, p. 155).

Joana, 17 anos, ensina que nem sempre um câncer quando surge é só morte e só perda. Filha única, bela e idolatrada pela mãe, desde pequena reconhece sentir-se convocada a ter que corresponder ao ideal que sua mãe lhe imputa. Um câncer ósseo a leva a ter uma perna amputada, o que, para essa jovem, tem uma função libertadora. A perda provisória dos cabelos e a permanente de sua perna

parecem eximi-la de continuar a ser o sustentáculo de beleza, de perfeição para sua mãe, (viúva do pai de Joana desde que esta tinha seis anos). Joana decide não mais usar a prótese para a sua perna, pois, em pouco tempo de uso, conclui que não a deseja. Prefere usar suas sandálias de salto alto, o que não é possível com o uso da prótese. A falta da perna não a impede de vir às consultas com mini saias, suas sandálias altas, e suas muletas ajustadas para o salto.

Liberada da perfeição, ao preço de uma falta no real do corpo e terminada a quimioterapia, Joana recebe de sua própria mãe e familiares a ajuda para montar uma papelaria. Embora dona de seu próprio negócio, continua seus estudos. Perto de receber alta definitiva (cinco anos após o término da quimioterapia) casa-se, e, não demora muito, ela e o seu esposo nos visitam para apresentar o seu filho.

Em psicanálise não cabem generalizações. Somente a oferta de uma escuta sem pré-conceitos e sem saberes antecipados pode, efetivamente, escutar como cada um se faz representar e acolher o seu específico modo de tratar o sofrimento ou o acontecimento que o acomete. Como a escuta analítica não pretende educar e muito menos participar do fortalecimento dos ideais ou promover resignações, visa, por meio de cortes, furar a fixidez de determinados arranjos significantes, viabilizando, com isso, a separação do sujeito dos significantes nos quais se aliena; operação que favorece a promoção de novas articulações significantes.

Trata-se de uma responsabilização, no sentido da implicação do sujeito quanto ao seu desejo, quanto à sua própria vida, suas escolhas, agora menos alienado ao que vem do campo do Outro.

Para retomar a abordagem desse campo irrepresentável evidenciado, continuamente por essa clínica, cabe desenvolver outras considerações.

Em meio às tentativas de respostas ao sem sentido que surge e às tentativas de velamento da angústia que desabrocha a partir do diagnóstico de câncer e seu tratamento, algo se instala nas relações, no rearranjo dos investimentos, quando um filho se torna, por meio de uma doença, marcado com um selo: um traço de morte ou de quase morte.

Não se trata apenas do luto da vida como era ou da perda da rotina familiar como frequentemente alguns adolescentes falam: “sinto falta de minha vida, da vida como ela era”. Além das mais distintas privações e perdas vivenciadas com o tratamento, como a perda do corpo saudável e inteiro (perdas provisórias, como a perda dos cabelos, e as definitivas, como nas amputações e sequelas

neurológicas), há uma perda da criança que era e daquela que poderia ter sido e que não será jamais. Para a criança que quase morreu e a família que quase a perdeu, algo resta, muitas vezes, com efeitos imprevisíveis.

Toda uma reorganização da família começa a se tecer em torno da criança, por meio de alguns arranjos que, na sua grande maioria das vezes, se constituem de forma a tamponar qualquer abertura que favoreça um questionamento. Sendo assim, como já foi abordado, tendem a silenciar o sujeito que ali pode advir.

Nesse momento, o texto “Nota sobre a criança” ([1969]2003, p.369), se mostra muito pertinente para elaborar o que subsidia esses arranjos, pois nele Lacan situa o sintoma da criança da seguinte forma: “[...] o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar.”

Assim, em suas distintas incidências e nuances, o sintoma da criança pode representar a verdade do casal familiar, ou decorrer da subjetividade da mãe. E isto ocorre porque

A criança realiza a presença de que Jacques Lacan designa como objeto a na fantasia.
Ela satura, substituindo-se a esse objeto, a modalidade de falta em que se especifica o desejo (da mãe), seja qual for sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica.
Ela aliena em si qualquer acesso possível da mãe a sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e até a exigência de ser protegida (LACAN, [1969]2003, p. 370).

Quanto às crianças portadoras de um sintoma somático, ressalta com precisão:

O sintoma somático oferece o máximo de garantia a esse desconhecimento [pela mãe de sua própria verdade], é o recurso inesgotável, conforme o caso, a atestar a culpa, servir de fetiche, ou encarnar uma recusa primordial (LACAN, [1969]2003, p. 370).

Esta clínica, alvo dessa dissertação, tem como pacientes crianças e adolescentes que contam com seus Outros parentais efetivamente presentes. A escuta destes descortina toda uma modalidade de relação que desvela, sem véus, o que Lacan afirma na nota acima. Muitos casos denunciam, claramente, que a criança não está apenas como uma vítima dessa relação, mas participa de forma conivente ao aceitar permanecer no lugar para o qual é convocada.

O seu assentimento parte de uma interpretação do que supõe ser o seu lugar no desejo do Outro. Para garantir essa resposta, (do seu lugar no desejo do Outro) muitos cumprem sua função de manter seu destino sofredor ou abdicado. Nessa posição, dão razão à vida do Outro parental, dão sentido, de diversas maneiras, ao vazio de suas vidas, inclusive, o vazio de suas realizações. Permanecer nessa posição não é fácil e não é sem um alto preço: a sua destituição como sujeito desejante.

De certa forma é o que Danièle Brun aborda em seu livro *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura* (1996).

Supondo, de fato, que criança em perigo reúna em sua pessoa uma multidão de fantasias, irreconhecíveis como tais por seus autores, [e por si própria, acrescento] convêm não esquecer a economia psíquica que realizam e, ao mesmo tempo, não desprezar o preço com que são pagos (BRUN, 1996, p.280).

A clínica com crianças e adolescentes adoecidos nos dá abertura para muitas descobertas e constatações, pois, desvela, de forma contundente, algo que surge como irreconhecível e que encontra na ambivalência afetiva e nas condutas discordantes o indicativo de sua incidência: trata-se do desejo de morte.

Se pensássemos no impacto traumático do câncer e da reação dele decorrente, diremos que a ameaça de morte de que é portador, é suscetível de dar corpo a desejos infanticidas provenientes da tenra infância, de reavivá-los, talvez mesmo se oferecer a eles para abrigá-los (BRUN, 1996, p.251).

Segundo a autora, os desejos de morte originários na infância “[...] retomam força, vigor e disfarce por ocasião de acontecimentos dolorosos da existência, cujo mais importante exemplo é a morte real ou potencial de uma criança”. (BRUN, 1996, p.281). Assim, o câncer põe em circuito esses desejos de morte “[...] que a vigilância, delegada ou não, tem por função manter e ocultar.” (BRUN, 1996, p.139).

Quando esses desejos de morte são claros e explícitos, pode-se constatar, por exemplo, quão equivocadas são as premissas: da existência incondicional do amor materno e a de que toda a criança é amada e tem um lugar no desejo dos pais.

Em muitos casos, é evidente a falta de lugar da criança no desejo de seus pais, falta de lugar, que, raramente, é reconhecida e assumida pelos pais. São

casos nos quais um excesso comparece sobre a forma de um índice específico e a precariedade se denuncia por um quase nada.

Quando escutamos alguns desses pais, não raro, em meio as justificativas que tecem do porquê não investem no próprio filho, não há angústia. O que se desvela é o quão pouco, ou quase nada de investimento é dirigido à criança. Nestes casos, o cuidar da criança e acompanhá-la em seu tratamento torna-se um estorvo.

Além da impaciência e falta de interesse, é frequente a recorrência de atrasos ou postergações nas vindas para o tratamento, atrasos que implicam em sérios riscos ao tratamento e riscos de morte imediatos, principalmente se a criança já está com sintomas de infecções. Nesses casos, tão desvelados, há, inclusive, o predomínio de falas agressivas, ou prenhes de um desejo de morte.

Falas como a de Sila, mãe de Gabriel. Grávida de seis meses de um menino, ela acompanha o filho na internação com relutância, perguntando se ele poderia ficar sozinho. Muito a contragosto fica ao seu lado, mas, a todo o momento, ameaça de ir embora. Ela, então, diz para o filho: “Se papai do céu te chamar, pode ir meu filho”!

O menino desesperado diz que não quer ir com papai do céu, e, enquanto chora, tenta segurar a mão de sua mãe. Sila logo arrumou uma forma de ir embora e nunca mais voltou, mesmo quando Gabriel morre. Foi o pai de Gabriel, Adão que, desde que sua mulher foi embora, acompanha o filho, igualmente a contragosto.

Um dia, em um atendimento, Adão, falando-me sobre a gravidez de sua esposa (de um menino, sendo que já tinham Gabriel e uma menina mais nova), diz: “Estou muito feliz, eu sempre quis ter um casal de filhos”!

Em outro caso, Sonia, a mãe de Sandra, de 4 anos de idade, internada em estado grave no CTI, justifica-se, em um atendimento, do porquê não acompanha a filha ou vem vê-la. Ela tem que tomar conta de uma senhora idosa e não pode se ausentar. No lugar de dizer que intencionava tornar-se mais presente, caso a filha conseguisse sair viva do CTI, disse: “Agora eu serei mais ausente”.

Nos atendimentos desses pais, muitas vezes, podemos escutar os seus próprios desamparos e a precariedade em que se encontram em suas funções de pais e mães. Muitos, permanecendo subjetivamente como filhos e filhas, desvelam o quanto nada têm a ofertar, inclusive suas próprias palavras.

São contextos difíceis nos quais a criança conta, até certo ponto, com ela própria, com a sua vontade de viver. Uma força que tem seu limite. Diante da falta

de lugar no desejo do Outro, e não havendo outra pessoa que a acolha, uma tia, avós, ou padrinhos, a criança, rapidamente, caminha para a morte.

A respeito dessa resposta, Ferenczi (2011) destaca:

Crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente ou, se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida (FERENCZI, 2011, p. 58).

Lacan, no *Seminário, livro 5: As formações do inconsciente* ([1957-1958]1999, p.254), a respeito de filhos não desejados, indica:

À medida mesmo que se articula melhor para eles aquilo que deve fazer com que se aproximem de sua história de sujeitos, eles se recusam cada vez mais a entrar no jogo. Querem sair dele, literalmente. Não aceitam ser aquilo que são, não querem essa cadeia significante na qual só foram aceitos com o pesar por sua mãe.

Contudo, se estes casos evidenciam a presença desse desejo de morte sob uma forma desvelada, este desejo se faz presente sob muitos véus e modalidades.

No texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte* ([1915a]1980, p. 337-8), Freud destaca o quanto a morte ou o risco de morte de alguém que amamos mobilizam sentimentos ambivalentes. “Esses seres amados constituem, por um lado, uma posse interna, componentes do nosso próprio ego; por outro lado, contudo são parcialmente estranhos, até mesmo inimigos.”

Neste momento do texto destaca, inclusive, que não é raro observarmos, em alguns, uma exagerada preocupação com o bem-estar de alguns parentes, assim como é comum, em outros, a existência de auto-recriminações infundadas após a morte de um ente querido, apontando serem esses exemplos da participação dos desejos inconscientes de morte.

É impressionante escutar alguns pais dizerem que sempre temeram que o filho tivesse câncer. Alguns relatam que, durante a gravidez, já pensavam que o filho pudesse ter algo no cérebro. Outros confessam que, desde que seu filho nasceu, insistem em fazer exames, pois pressentiam e ao mesmo tempo temiam, que poderiam ter algo sério. Não são raros os casos em que um familiar (na grande maioria a figura materna), de forma recorrente, insiste em repetir consultas e exames com diferentes profissionais para se certificar de que não há nada escapando.

No cotidiano hospitalar, a ambivalência pode ser observada regendo situações, nas quais, as palavras de amor e de preocupação destoam em relação aos atos, ou nas quais o excesso de cuidado chega a sufocar e escravizar aquele que é alvo dos cuidados, cerceando a sua vontade de viver. O cuidado delegado ao filho doente mais velho, muitas vezes, faz com que os irmãos mais novos, relegados ao segundo plano, assumam a posição de cuidadores do mais velho. Em diversas situações observo explícitas expressões de ódio e de rivalidade em meio a momentos de excessivo carinho e gratificações desmedidas das vontades.

Quando esse desejo consegue, por um ato falho ou por uma ação desconcertante, tornar-se visível ou escutado por aquele que o porta, a sideração, o horror e o estranhamento que sentem, fazem com que tentem fugir do assunto.

Essa tentativa de fuga e de tamponamento disso que estranhamente surgiu, denota a abertura de um campo de enigma, que está relacionado com as elaborações desenvolvidas por Freud, no texto *O estranho* ([1919]1980), e com o que Lacan avança a respeito da temática da angústia, no *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005).

2 NEM O SOL NEM A MORTE PODEM SER OLHADOS DE FRENTE

Cada um lida com a vida e responde às suas adversidades com os recursos que tem, o que não é sem referência à sua posição fantasmática. O diagnóstico de um câncer e o enfrentamento de seu tratamento não são diferentes, pois, irremediavelmente, convocam a cada qual que o enfrenta a se posicionar. Por isso os sentidos construídos, as respostas culposas, desistentes, desvitalizadas, sofridas, de superação e de invenção não podem ser consideradas apenas como frutos de influências culturais e sociais. Há, evidentemente, um sujeito que aborda e recorta o mundo a partir de sua posição subjetiva, fruto de sua constituição a partir do campo do Outro.

Um campo simbólico preexiste ao advento do sujeito que, mesmo antes de nascer, é falado, esperado e marcado por um pólo de atributos, os quais comporão uma trama na qual ele se enredará. O Outro, nas palavras de Lacan, no *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964]1985, p.193) “[...] é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito.”

Há, portanto, um discurso que pré-existe ao nascimento de um sujeito, discurso que demarca um lugar, no qual é esperado no desejo do Outro. O banho da linguagem produz inscrições significantes, as quais, como que a ferro e a fogo, marcam a singularidade de cada sujeito e que têm, por efeito, a sua inscrição no campo do Outro, isto é, na ordem significante.

O sujeito, portanto, é efeito de sujeito produzido pela operação da linguagem, isto é, pela alienação à ordem significante. Sendo assim, pontua Ferreira (2002, p. 124), “é a inscrição na ordem significante (campo do Outro) que permite a um sujeito operar as leis da linguagem e a produzir significações que escapam à intenção de dizer.”

Essas primeiras marcações significantes, (S1), da ordem de um enxame de significantes, embora marquem o sujeito em sua singularidade, não lhes são acessíveis, por isso, apenas resta ao sujeito ser representado de um significante (S1) a outro significante (S2), este último relativo ao conjunto faltoso dos significantes.

O sujeito deve ser compreendido como o lugar que se produz no intervalo entre o significante UM (S1), que é aquele que marca um sujeito, constituindo sua singularidade, e outros significantes (S2), que têm como função representá-lo para outros significantes (FERREIRA, 2002, p. 124).

A entrada na linguagem, portanto, tem como custo a alienação ao campo do Outro, no qual o sujeito, enquanto sujeito dividido, nasce determinado pelos significantes e pelos significados que dele provém.

Para a psicanálise, a constituição de um sujeito não é simultânea ao nascimento de uma criança, assim como o seu nascimento não lhe confere um corpo unificado. Para a constituição de um sujeito estão em jogo processos que não são quaisquer, processos estes que são efeitos da conjugação de duas operações: alienação e separação, chamadas por Lacan, no texto *A posição do inconsciente* (1960/1964), de operações de causação do sujeito. Tratam-se de operações fundantes do sujeito no campo do Outro, que permanecem em contínua operatividade no ser falante.

A Alienação, tal como abordada no seminário 11 *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964]1985, p.223), está “[...] ligada de maneira essencial à função da dupla significante”, e ocorre por um movimento de *fading* do sujeito, isto é, o desaparecimento do sujeito -, cuja partida se localiza no primeiro par significante S1 – S2.

O sujeito, no momento em que se identifica com o S1 oriundo do campo do Outro, o enxame de significantes, recebe um selo que o transforma em nada, pura petrificação. Resta-lhe, agora, uma sustentação que só se torna possível por um apelo a um segundo significante no Outro. Esse segundo significante, S2, lhe outorga um sentido, e, ao fazer isso, apaga o ser. Aí está a afânise do sujeito. (RABINOVICH, 2000)

Por meio dessa petrificação, esclarece Colette Soler (1997), o sujeito passa a ser definido como se estivesse morto, pois a parte viva do seu ser, seu gozo, lhe falta. Nessa condição, petrificado e totalmente alienado a um significante, o sujeito não faz perguntas e segue sem questionar-se sobre si mesmo.

Lacan, ao relacionar a alienação com o véu da união, destaca que, no tocante a essa operação, haverá sempre uma perda implicada.

Escolhemos o ser, o sujeito desaparece, ele nos escapa, [...] escolhemos o sentido, e o sentido só subsiste decepada [...], eclipsado pelo

desaparecimento do ser induzido pela função mesma do significante (LACAN,[1964]1985, p.200).

Segundo Eric Laurent (1997) há, por sua vez, uma falta em jogo nesse tempo da alienação. Como o sujeito não pode ser inteiramente representado por um significante para outro significante, há um resto, um impossível de ser todo abordado pelo significante; um resto apenso ao ser de gozo perdido, suposto haver existido, e jamais apreendido pelo simbólico.

A alienação, portanto, é o destino, nos certifica Soler (1997, p.62), na medida em que “[...] nenhum sujeito pode evitá-la.” Mas, para a estruturação de um sujeito, se a alienação é inevitável, ela não é suficiente. Outra operação, quase que simultânea, é fundamental, a separação, que se caracteriza por realizar uma torção essencial.

A separação se funda numa subestrutura chamada de interseção ou produto, constituída pelos elementos comuns aos dois conjuntos (LACAN, [1964]1985). Localiza-se, nessa interseção, o fruto do recobrimento das duas faltas: a primeira, referida à operação de alienação, pelo fato de que o sujeito não pode ser todo representado de um significante ao outro; a segunda, relativa à separação, falta encontrada entre S1 e S2, quer dizer, uma falta destacada nos intervalos do discurso do Outro, evidenciada por aquilo que não cola. Nessa brecha surgem indícios do desejo enigmático do Outro, que, conseqüentemente, causa, do lado do sujeito, a pergunta: “ele me diz isso, mas o que ele quer?” (LACAN, [1964]1985, p. 203).

Esse desejo não é o que o Outro sabe, tampouco não se reduz ao que o Outro quer ou pede, tanto que é dito sem dizer. Esse desejo do Outro, não apenas não sabe o que fazer com o sujeito como objeto, como pouco sabe o que deseja. (RABINOVICH, 1993)

Assim, o Outro implicado na separação não é o mesmo implicado na alienação, este último, cheio de significantes. Trata-se de um Outro no qual falta alguma coisa, um Outro barrado que, por isso deseja, e cujo desejo é um enigma. (SOLER,1997). Para responder a esse enigma, o sujeito joga com a sua própria falta. O sujeito equivalendo-se ao objeto *a*, coloca em jogo a sua perda para situar seu lugar de objeto causa do desejo do Outro.

O sujeito traz a resposta da falta antecedente de seu próprio desaparecimento, que ele vem aqui situar no ponto da falta percebida no Outro. O primeiro objeto que ele propõe a esse desejo parental cujo objeto é desconhecido, é sua própria perda – Pode ele me perder? A fantasia de sua morte, de seu desaparecimento, é o primeiro objeto que o sujeito tem a pôr em jogo nessa dialética, [...]a fantasia de sua morte é brandida comumente pela criança em sua relação de amor com seus pais (LACAN, [1964a] 1985, p. 203).

Assim, na separação, por uma torção, o sujeito retorna ao ponto de sua falta originária, colocando-a, agora, em jogo sob a forma da falta produzida no Outro por seu próprio desaparecimento. Em sua estratégia, por meio dessa torção, o sujeito visa ter alguns sentimentos de ser por meio de ser amado e desejado. Para ter a sensação de ser, procura indícios que existe alguém que não pode viver sem ele, do qual se torna a causa de seu desejo.

Por meio dessa tentativa, que é da ordem de uma precipitação, o sujeito objetiva restituir o *a*, o gozo, no lugar do Outro, e, com isso, tornar o Outro consistente. Mas, o que ele preenche com essa resposta não é a falha no Outro, mas a falha relativa à perda constitutiva de seu ser, esclarece Lacan, no texto *A posição do inconsciente* ([1960/1964]1998, p. 858).

Sem dúvida o ‘ele pode me perder’ é o recurso contra a opacidade do que ele encontra no lugar do Outro como desejo, mas restitui o sujeito à opacidade do ser que lhe coube por seu advento de sujeito, tal como ele se produziu inicialmente pela intimação do Outro.

Mas, segundo Lacan ressalta, no *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005, p. 193), é justamente por deparar-se com o enigma do desejo do Outro e, com a falta no Outro, que o sujeito “antecipa-se como desejante.”

Há uma importante associação entre essa operação de separação com o instante da constituição da fantasia, nos esclarece Lacan, no texto *Posição do Inconsciente* ([1960/1964]1998). Associação também abordada por Laurent (1997) quando explica que, o sujeito com essa antecipação “[...] tenta inscrever uma representação do gozo no interior do Outro, no texto de sua fantasia, e tenta definir a si mesmo através da fantasia ($\$ \diamond a$).” (LAURENT, 1997, p.38). Fantasia cuja função é a de sustentar o desejo do sujeito.

A operação de separação, portanto, demarca uma importante passagem: da alienação entre o ser e o sentido para a estrutura do desejo, como o desejo do Outro (RABINOVICH, 2000), pois, como Lacan insistentemente pontua, no

seminário *A angústia* ([1962-1963]2005), para que um sujeito de aceda ao desejo, não há outro caminho que pela relação ao campo do Outro.

Contudo, há uma questão paradoxal em torno dessa composição do desejo como desejo do Outro. Trata-se de um desejo de causar o desejo do Outro ao propor-se no lugar do objeto que o causaria. O que se deseja é persistir no lugar da causa desse desejante, que é o Outro, (cujo desejo é um enigma), e que me determinou nessa posição. (RABINOVICH, 1993)

A separação recebe, por parte de Lacan, um destaque importante, embora seja tão essencial quanto a primeira para a causação de um sujeito. O destaque justifica-se na medida em que nela se desvela a relação de desejo a desejo, na qual “[...] vamos ver despontar o campo da transferência.” (LACAN, [1964]1985, p. 202). Se a transferência tem como ponto nodal o desejo, (como desejo de desejo), o desejo do analista tem aí uma função fundamental: a sustentação de um puro vazio, para que surja o desejo do sujeito enquanto desejo do Outro de sua história.

Mas, se alienação é o destino, Soler (1997), de forma precisa, afirma que separação, por sua vez, é uma operação contingente e que, portanto, pode ou não ocorrer. Para que ocorra é preciso, por parte do sujeito, uma vontade de saber o que está para além daquilo que o Outro possa dizer, ou além do que está inscrito no Outro. Trata-se, portanto, de uma operação que requer que o sujeito “queira” se separar da cadeia significante, e, a esse respeito, Lacan observa, no *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964).

[...] O sujeito provém de seu assujeitamento ao campo do Outro. É por isso que ele precisa sair disso, tirar-se disso, no fim ele saberá que o Outro real tem, tanto quanto ele, que se tirar disso, que se safar disso (LACAN, [1964]1985, p.178).

O de que o sujeito tem que se libertar é do efeito afanísico do significante binário e, se olharmos de perto, veremos que efetivamente, não é de outra coisa que se trata na função da liberdade (LACAN, [1964]1985, p.208).

Assim, separar-se é um passo que pode ser dado ou não. Esse destaque é fundamental para toda a aposta a ser sustentada pela oferta analítica. Além do mais, esse processo, relativo à operação de separação, cujo resultado é um sujeito desejante, não é sem a passagem pela angústia, temática fundamental que, gradativamente, será abordada a partir desse momento.

Se pela operação da linguagem um sujeito, enquanto sujeito dividido, se constitui, é por meio dessa mesma operação que um campo, para sempre perdido,

supostamente ter existido, e fora de qualquer possibilidade de representação se instaura – *das Ding*, a Coisa.

A constituição desse campo excluído pode ser remontado ao complexo do próximo, trabalhado por Freud no texto *Projeto para uma Psicologia Científica* ([1950(1895)]1980). É por meio desse complexo, o *Nebenmensch*, que o bebê, em sua prematuridade e dependência, tem sua acolhida, mas, também, torna-se marcado de forma irremediável por uma impossibilidade, a de satisfação total.

Esse tempo primitivo torna-se, por sua vez, referência para o desamparo original do ser humano *Hilflosigkeit*, o derradeiro trauma, uma vez que a vivência de um excesso econômico é decorrente de sua prematuração e completa dependência de ações específicas por parte de quem o acolhe, para que seja possível alguma descarga pulsional e, com ela, algumas satisfações, sempre parciais.

Cabe ressaltar que esse desamparo original do ser humano – *Hilflosigkeit*, possibilita a postulação, por parte de Freud, de uma modalidade de angústia: angústia primária, ou automática, relacionada com essa invasão do psiquismo por um excesso de tensão e de estímulos (*Reize*) sem que encontrem meios de descarga. (HANNIS, 1996). Assunto que retornaremos posteriormente.

Será em meio a essas primeiras marcações de tensões, satisfações e insatisfações possibilitadas pela presença e ausência do semelhante, que um campo simbólico é veiculado promovendo algumas inscrições, e que, por sua vez, um campo torna-se irremediavelmente perdido, o campo relativo à *das Ding*, a Coisa. Por isso, destaca Lacan, no *Seminário, livro 7: A ética da Psicanálise* ([1959-1960]1997, p.68),

Das Ding é o elemento que é originalmente isolado pelo sujeito em sua experiência do *Nebenmensch* como sendo, por sua natureza, estranho, *Fremde*.

Contudo, é justamente em torno desse elemento originalmente isolado, *das Ding*, o furo, tornado núcleo central, que se edificará a estrutura psíquica. Porém, desse núcleo, mantemo-nos a uma distância íntima, nos alerta Lacan no *Seminário, livro 7: A ética da psicanálise* ([1959-1960]1997), sob a pena de sermos abolidos como sujeitos, pois, se fosse possível o reencontro, encontraríamos o nível zero de tensão, a morte, objetivo do vetor da pulsão de morte.

É, então, em torno desse campo para sempre perdido, a partir da operação da linguagem e sob um pano de fundo de um desamparo original que o sujeito se constitui.

No *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005), Lacan faz importantes contribuições para elaboração da constituição do sujeito no campo do Outro. Nesse seu percurso oferece esquemas, dentre eles o da conta de divisão, que permitem não apenas localizar o lugar da angústia, mas elaborar a sua função.

Cabe destacar que esse seminário se tornou um marco, pois, a partir dele, a noção de incompletude associada à castração sofre uma importante retificação, tornada possível, na medida em que o conceito de objeto também sofre uma reformulação.

Se, até então, o objeto era concebido a partir da falta fálica, estava fundado pela lei edípica e mobilizava o desejo, justamente porque era interdito, a partir do referido seminário a constituição do objeto torna-se apenso a um corte, isto é, a uma perda. O objeto se constitui como tal, justamente porque foi perdido.

Essa reformulação faz desse seminário um marco, pois

[...] a partir de então, Lacan fará do Édipo um mito da perda do gozo e o pai não será mais o agente da castração. A partir desse seminário a castração é concebida como uma operação real introduzida pela linguagem sobre o corpo (DRUMOND, 2012, p. 15).

Em seu caminho para a conceituação do objeto *a*, Lacan encontra na elaboração da temática da angústia uma promissora via. Por isso, esse seminário é central nessa dissertação, através do qual busco a elaboração das questões que a motivaram.

O referido esquema da divisão é composto por 3 pisos.

Figura 5 - Terceiro esquema da divisão

A	S	Gozo
a	\bar{A}	Angústia
\$		Desejo

Fonte: LACAN, [1962-1963]2005, p. 178

Em seu primeiro piso, Lacan localiza o gozo, fazendo referência a um tempo mítico, no qual o sujeito ainda não existe, por isso escreve o A (o Outro) e o S, ambos sem barras. No segundo piso da conta, o objeto **a** é o que resta do processo de advento do sujeito no lugar do Outro, isto é, resta da operação da linguagem. Como resto irreduzível, o objeto **a** é o que resiste a qualquer assimilação à função significante, porém, justamente por essa função de dejetivo “[...] vem se mostrar constitutivo do fundamento como tal do sujeito desejante.” (LACAN, [1962-1963]2005, p.193). É com relação a esse resto que lidamos “[...] por um lado, no desejo, por outro, na angústia.” (LACAN, [1962-1963]2005, p.179).

No seminário seguinte, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964a]1985, p.170), Lacan esclarece que o objeto **a** “[...] é apenas a presença de um cavo, de um vazio, ocupável, nos diz Freud, por não importa que objeto, e cuja instância só conhecemos na forma de um objeto perdido, a minúsculo.” Jorge (2010), a esse respeito, faz importantes esclarecimentos, ao apontar que os quatro objetos primordiais, por excelência, objetos a: seio, fezes, olhar e voz, têm em comum, o nada, o que, portanto, os remetem em uma íntima referência ao objeto perdido desde sempre, *das Ding*.

Nesse sentido, o autor refere-se a uma indicação de Lacan em *A posição do Inconsciente no congresso de Bonneval* ([1960/1964] 1998, p. 863) no qual aponta que “é, em revolver esses objetos para neles resgatar, para em si sua perda original, que se empenha a atividade que denominamos de pulsão (*Trieb*)”.

Estabelecendo uma precisa diferenciação entre o objeto **a** e *das Ding*, o autor ressalta que, enquanto o objeto **a** participa ao mesmo tempo do registro do real, do simbólico e do imaginário, por isso, a sua localização na interseção dos três registros, no nó borromeano, *das Ding*, enquanto alvo da pulsão de morte, é o nome da face real do objeto **a**, para a qual faltam as palavras.

Como o acesso ao objeto **a**, enquanto pura falta, é impossível, alguma aproximação torna-se franqueada por meio da palavra (simbólico) e da imagem (imaginário). “As faces simbólica e imaginária do objeto **a** são as faces constituídas pela articulação de palavras e imagens pelo sujeito em sua fantasia inconsciente.” (JORGE, 2010, p. 142).

Desta forma, retornando as considerações no tocante à conta de divisão, o objeto **a**, como resto da operação da linguagem, ao surgir localizado no seu segundo piso, tem, segundo Soler (2012), função de metáfora do sujeito do gozo, o

S do primeiro piso da conta. Por isso, a autora refere-se ao objeto **a** como a primeira forma assumida, pelo sujeito, em seu caminho de constituição a partir do campo do Outro, o primeiro ser do sujeito, ao qual ascende por uma extração de gozo.

Por isso e em referência à essa extração de gozo, Lacan ([1962-1963]2005) localiza, no segundo piso da conta de divisão, a angústia. Neste piso, o Outro está barrado, barrado ao gozo e, portanto, irremediavelmente marcado por uma falta. Essa barra indica que a queda do objeto, como resto desta operação, afeta tanto o Outro, tornando-o agora barrado, como o sujeito que, concomitantemente, advém como sujeito barrado (\$), no terceiro piso.

O sujeito barrado (\$), término dessa operação, surge como efeito da articulação significativa. Por não ter corpo ou localização e, por ser indeterminado, o sujeito só pode ser representado (não totalmente, pois há aí um impossível estrutural), por um significante a outro significante.

Contudo, se, em seu estatuto, o sujeito não é localizável, um arranjo fantasmático o situa. “O sujeito se situa a si mesmo como determinado pela fantasia” (LACAN, [1964]1985, p.175). Pode-se observar que a inscrição da fantasia (\$ \diamond a) está presente do lado esquerdo da conta de divisão.

A esse respeito e referindo-se a \$ e **a**, Lacan afirma:

Todos os dois estão do lado do Outro, porque a fantasia, esteio do meu desejo, está inteiramente do lado do Outro. O que está agora do meu lado (lado do sujeito) é aquilo que me constitui como inconsciente, ou seja, A barrado, o Outro como aquele que não atinjo (LACAN, [1962-1963]2005, p. 36).

Segundo Sonia Alberti (1996), Lacan propõe o matema da fantasia (\$ \diamond a) para falar das relações do sujeito com o objeto **a**. A fantasia torna possível a constituição de algumas coordenadas, através das quais se articulam os seguintes campos: o sujeito barrado, o campo do Outro e o objeto, em um enquadramento que descortina e sustenta o desejo do sujeito, enquanto desejo de desejo do Outro.

Como uma cena pintada em uma tela colocada em frente a uma janela aberta, a fantasia tanto oculta a visão oferecida pela janela, isto é, vela e encobre o enigmático desejo do Outro e a sua inconsistência, como oferta uma tradução possível para esse desejo enigmático, do qual não se tem como ter a mínima ideia.

O Outro existe como inconsistência constituída como tal. O Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe, é no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado da maneira mais pregnante, porque, para mim, não há outro desvio para descobrir o que me falta como objeto de meu desejo, como sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isso, o \$, que expressa a dependência necessário em relação ao Outro como tal (LACAN, [1962-1963]2005, p. 33).

A fantasia, portanto, se constitui como resposta ao enigma que o sujeito encontra no campo do Outro, o desejo do Outro, e se constitui como resposta à pergunta “Que queres?” _ dirigida a esse campo. É em relação à abertura desse campo enigmático do desejo do Outro e à opacidade advinda dessa abertura que a angústia é sinal.

Desta forma, como um recurso, a fantasia confere à criança (e a todo sujeito) um lugar, confere um gozo que demarca a sua singularidade como sujeito, participa da formação dos seus sintomas, das suas escolhas e dos seus impasses.

O neurótico denuncia, diz Lacan, que ele se serve de sua fantasia para fins particulares. “Essa fantasia que o neurótico se serve, que ele organiza no momento em que esse serve dela, o impressionante é que ela é justamente o que melhor lhe serve para se defender da angústia, para encobri-la.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 60). O objeto *a*, em sua fantasia, serve-lhe tanto de defesa contra a angústia, como, também, de isca, com a qual ele fiska o Outro. Segundo ressalta, o que o neurótico quer é que lhe demandem algo para que, com isso, a dimensão enigmática do desejo seja tamponada.

Podemos dizer que, se a castração é incompletude, o neurótico lida com a incompletude pelo viés da impotência. Por essa via, não só recusa a sua própria castração, mas, principalmente, a do Outro. Através de sua leitura sintomática, sustenta não só que o Outro é consistente e sem falta, mas que, um dia, esse Outro poderá restituí-lo no que lhe falta.

Assim, os sintomas edificados em articulação com a fantasia servem de proteção à falta de parceira com esse Outro, à falta de garantias. “Cada sujeito inventa ou pelo menos adota ‘um em lugar de’ alguma coisa que vem no lugar da relação vazia, no lugar onde o parceiro falta.” (SOLER, 1991, p.13).

Freud, no texto *Inibição, sintoma e angústia* (1926/1925]1980, p.152), quando aborda as fobias, destaca a função dos sintomas: “Pode-se dizer que se criam sintomas de modo a evitar a geração de angústia.” Como formações de

compromisso, os sintomas são ou uma satisfação de algum desejo sexual ou medidas para impedir tal satisfação e, via de regra, têm a natureza de conciliação, de formação de compromisso entre as duas forças que entraram em luta no conflito: a libido insatisfeita, que representa o recalçado, e a força que promove o recalque e o mantém. O caráter tão resistente do sintoma é fruto desse acordo, dessa formação de compromisso.

Cabe destacar a distância que há, entre a psicanálise e a medicina, no que tange à concepção de sintoma. Enquanto a medicina o concebe como índice de uma patologia, alvo de tratamentos de cunhos generalizantes, cujos objetivos visam a sua eliminação por completo, para a psicanálise o sintoma é o que há de mais singular. O Ser falante se estrutura e erige seus sintomas como resposta ao sem sentido, ao real da estrutura. O sintoma, portanto, é uma resposta ao real, ao inabordável desse encontro e a essa impossibilidade de parceria, nomeada, no *Seminário 21: Le non-dupes errent* ([1973-1974]1976, aula de 19/20/1074) como “não há relação sexual.”

Segundo Lacan pontua, no citado seminário *A angústia* ([1962-1963]2005), o sintoma, por sua natureza, é gozo encoberto. Por si só ele não faz apelo ao Outro. Somente quando o sujeito se questiona quanto ao que o sintoma quer dizer, é que, porque intermédio da transferência, o sintoma, tornando-se analítico, abre-se para a intervenção analítica.

Através do sintoma, temos acesso ao inconsciente como modo de gozar, pois, se por um lado, tem sua face de gozo, por outro, denota os singulares modos de leitura e abordagem do mundo e da vida.

Sendo assim, a fantasia articulada ao sintoma é uma das respostas ao trauma, ao real da estrutura. Em seu funcionamento atua como um anteparo, como uma tela de proteção ao desamparo traumático e contra a angústia. Não se pode ficar diante do real sem anteparos, por isso a pertinência da frase de Lacan, no *Seminário 3: As Psicoses* ([1955-1956]1985, p. 361) “Se bem que nem o sol nem a morte, possam ser olhados de frente.”

O diagnóstico de um câncer inevitavelmente coloca aquele que o enfrenta em uma confrontação com a morte, lançando cada um em um tempo de suspensão, no qual nada mais faz sentido. Essa confrontação torna-se passível de ser reatualizada a cada momento em que surja uma ameaça de morte.

O acompanhamento psicanalítico desses sujeitos que enfrentam o horror da proximidade da morte e que vivenciam intensos sofrimentos físicos, assim como alterações, provisórias ou definitivas, em seus corpos, evidencia, como ressaltado anteriormente, a presença de um afeto preponderante, a angústia, afeto privilegiado nessa dissertação.

E o afeto, ressalta Lacan,

[...] ele não é recalado. Isso Freud o diz, como eu. Ele se desprende, fica à deriva. Podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalado. O que é recalado, são os significantes que o amarram (LACAN, [1962-1963]2005, p. 23).

Por isso a angústia tem uma importante função na clínica psicanalítica. É um afeto que sinaliza que algo da ordem do real foi tocado. (FACÓ; LO BIANCO, 2012).

Se algo do real foi tocado, o que surgiu dessa abertura fugaz faz vacilar o arranjo fantasmático e sintomático que serviam de coordenadas de localização do sujeito. Essa vacilação encontra em uma pontuação de Lacan a sua explicação quando diz que “[...] a propósito da angústia não existe rede.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 18). Quer dizer, o que está implicado, com a angústia é a ruptura da cadeia significativa. (SOLER, 2012).

Com essa ruptura, o que tem lugar é um vazio de significações, por meio do qual algo se presentifica como uma inquietante estranheza. O que se desvela surge como um campo enigmático, o enigma do desejo do Outro, reativando a questão inicial da estruturação: O que queres?

Ninguém suporta ficar diante da angústia sem fazer algum recobrimento. Por isso, torno a ressaltar a pertinência da frase de Freud, citada anteriormente. Assim, na tentativa de fazer anteparo para a angústia que surge, cada um lança mão das mais distintas modalidades de respostas e os mais distintos rearranjos tais como os abordados no capítulo 1.

Como sustentar uma escuta psicanalítica como sujeitos imersos nesse tempo?

Como operar a partir, com e através da angústia?

O que distingue a angústia dos outros afetos, e o que permite considerá-la um operador clínico?

A respeito da diferença da angústia em relação aos demais afetos, Soler (2012) é muito precisa ao esclarecer que os outros afetos e sentimentos, “[...] se deslocam (sob significantes múltiplos), e é por isso que enganam – eles se deslocam de significante em significante, e, além disso, não estão amarrados ao objeto *a*.” (SOLER, 2012, p. 70).

A angústia, por estar sempre referida ao mesmo objeto, ao objeto *a*, ela está amarrada e, por isso, a angústia é “o que não engana.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 81). Ela é sinal do real, “do real, portanto, de uma forma irreduzível sob a qual esse real se apresenta na experiência [...]” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 178).

Somente essa ideia de real, nos diz Lacan, fundamentada na função opaca que se opõe ao significante, é o que permite que nos orientemos. Por isso o destaque da angústia como um operador clínico, nesta dissertação, pois como Lacan adverte logo no início do referido seminário *A angústia* (1962-1963), é mais do que fundamental “sentir o que o sujeito pode suportar de angústia [...]” (LACAN, [1962-1963] 2005, p. 13).

No intuito de construir os argumentos sobre a sua função de operador clínico, seguem, nos próximos subcapítulos, as elaborações de Freud e de Lacan sobre a angústia, os quais permitirão tanto a delimitação deste campo quanto o destaque dos elementos que subsidiarão o alcance desse objetivo.

2.1 A delimitação de um campo: as duas teorias de Freud sobre angústia

Bernardo, 8 anos, internado na enfermaria para início do tratamento de um câncer, um linfoma, não consegue romper o silêncio dos seus pais que, à beira do seu leito, respondem às suas perguntas com evasivas. Em seu primeiro que lhe oferto, realizado em uma sala no ambulatório, Bernardo, assustado, faz o seguinte desenho, no qual perfura o papel de tanto riscá-lo com lápis preto, exemplificando, de forma contundente, estar tomado por uma intensa angústia. Assolado e arremessado em um campo de sem-sentido, terminado o desenho, lança-se, literalmente, em fuga, saindo da sala correndo.

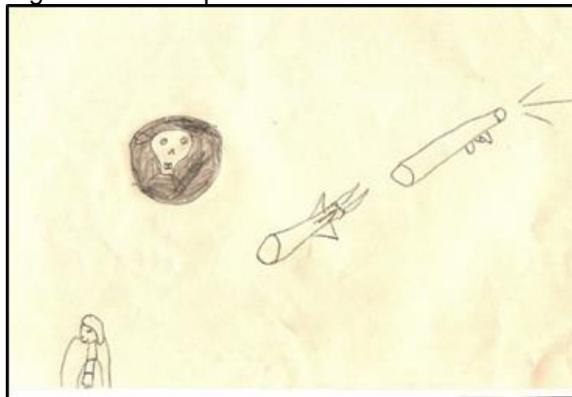
Figura 6 - O buraco



Fonte: B.C.S. - 8 anos

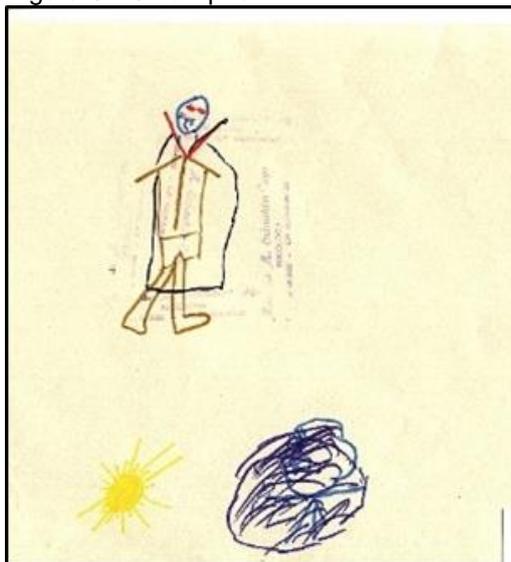
Aos poucos, nos atendimentos subsequentes, explicita um processo de elaboração em curso, ao colocar palavras e sentidos à ameaça de morte através da temática da guerra. Nesse período, reage as internações ou a qualquer procedimento com muito medo, sentindo intensas náuseas, antes mesmo de chegar ao hospital para sessões de quimioterapia.

Figura 7 - O ataque



Fonte: B.C.S. - 8 anos

Figura 8 - O vampiro



Fonte: B.C.S – 8 anos

Um tempo depois, quando exposto, por sua família, nos meios de comunicação e mídia, por meio de campanhas para angariar fundos para custear seu tratamento, (desnecessários, diga-se de passagem, pois o tratamento pelo SUS é gratuito), Bernardo, em um atendimento, desenha um vampiro cercado com o meu carimbo. Com isso, não somente faz um apelo para uma intervenção, mas explícita, principalmente, uma elaboração do seu lugar na relação com seus outros parentais.

O que deflagra a sua fuga? Qual a sua relação com a angústia?

O que é angústia para Freud?

No texto *Inibição, Sintoma e Angústia* ([1926/1925]1980), de forma resumida, Freud fornece alguns indicativos a respeito da angústia. Como um afeto, é algo que, antes de qualquer coisa, se sente, e que, por sua vez, tem um caráter de acentuado desprazer. Contudo, o caráter de desprazer, por si só, não a caracteriza. Há uma especificidade desse desprazer, ressaltada pela sua associação com sensações físicas em sua referência a órgãos específicos do corpo, que levam a processos de descarga por trilhamentos específicos e que inclui a percepção dessas descargas.

Para Freud, um estado de angústia é reprodução de uma experiência que encerrava as condições necessárias para tal aumento de excitação, a mesma condição de aumento de excitação e uma descarga por trilhas específicas. Mas, de que experiência fala Freud?

A angústia é um tema recorrente e presente na elaboração freudiana desde as suas primeiras publicações, quando, movido pelos enigmas provocados pela clínica das neuroses, Freud se dedica ao estudo das neuroses de angústia.

Os elementos que se destacam em meio a essas primeiras elaborações, fundamentais, diga-se de passagem, para o mapeamento do campo da angústia, levaram-no a propor a sua primeira teoria da angústia: a angústia é uma libido transformada por uma não tradução psíquica, nos primeiros textos, e, finalmente, libido transformada por consequência do recalque.

Pautado, esse período, por uma nosografia composta por dois grandes grupos clínicos, as neuroses atuais e as psiconeuroses, (LEITE, 2011), Freud inclui as neuroses de angústia como um expoente das primeiras, uma neurose atual, junto com as neurastenias.

As neuroses atuais possuem uma etiologia sexual, pois surgem em consequência de uma insatisfação sexual gerada por uma prática que não favorece a consumação do ato sexual (masturbação, coito interrompido, abstinência forçada, etc.). Sendo assim, no tocante à neurose de angústia, a descarga da excitação somática, por não encontrar via de descarga, permanece retida no corpo resultando em um sintoma somático sem qualquer ligação com uma origem psíquica.

As psiconeuroses (histeria, neurose obsessiva e a paranóia) possuem, igualmente, uma origem sexual, porém, o seu fator desencadeante tem íntima relação com um conflito psíquico, fruto das experiências sexuais infantis.

Cabe ressaltar que, neste período, o campo das psiconeuroses não abarca somente as neuroses, tal como concebemos hoje. Freud inclui nessas as neuroses narcísicas, as que, posteriormente, comporão o campo das psicoses.

Vários textos preliminares produzidos entre 1893 e 1896 fornecem importantes elementos para o mapeamento do campo da angústia. *O Rascunho E* ([1894a]1980): *Como se origina a angústia* é um desses textos iniciais fundamentais. Nesse texto, Freud tanto reafirma o seu postulado de que a origem da angústia, nos pacientes neuróticos, está relacionada com a sexualidade, como desenvolve seu argumento a respeito da angústia na neurose de angústia: a angústia corresponde a uma excitação acumulada, de origem somática, e, portanto, tensão sexual, que não encontra tradução psíquica. Sem uma tradução psíquica permanecem no trajeto físico, porém, em uma modalidade de incidência distinta ao que ocorre à histeria, uma psiconeurose.

Na histeria é a excitação psíquica que toma um caminho errado, exclusivamente em direção à área somática, ao passo que (na neurose de angústia) é uma tensão física, que não consegue penetrar no âmbito psíquico, e, portanto, permanece no trajeto físico (FREUD, [1894a]1980, p. 217).

Firme em seu intuito de desvendar inúmeras lacunas a respeito das neuroses, na *Carta 18* ([1984b]1980), escrita no mesmo período do citado *Rascunho E*, porém, um mês antes, propõe diferentes mecanismos para explicar o que ocorre com os afetos sexuais (excitação), quando não encontram uma via livre para descarga. O afeto é transformado (no caso da histeria de conversão), deslocado (no caso das obsessões), ou pode acontecer uma troca de afeto (nas neuroses de angústia e melancolia).

Segundo Freud destaca, essa não descarga pode ocorrer em função de alguns motivos: a degeneração, a senilidade, o conflito (cujo agente rechaçado e deflagrador é sempre a sexualidade) ou conflagração (por doenças ou catástrofes, onde há uma perturbação dos afetos sexuais sem causas desencadeantes sexuais).

Esses mecanismos, acima citados, são retomados no texto *As neuropsicoses de defesa* ([1984c]1980), subsidiando a sua proposta de que as psiconeuroses surgem como efeito de um processo de defesa ante uma representação incompatível, cujo rechaço implica em sua separação de seu afeto correspondente.

Na histeria a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em algo somático pelo mecanismo de conversão.

Na neurose obsessiva (e na fobia, pois nesse texto Freud os aproxima) a separação da ideia incompatível do seu afeto favorece com que este, livre, ligue-se com outras representações não incompatíveis. Sua tese, neste momento, mesmo quando ainda não dispunha de sua efetiva elaboração do inconsciente e da estratificação do aparelho psíquico da primeira tópica, assim como do mecanismo do recalque, é que essa separação entre o representante incompatível e seu afeto, e a sua ligação com outro representante não incompatível, é feito fora da consciência.

Freud ainda propõe outra defesa, considerada mais radical. Trata-se daquela efetivada pelo eu através da rejeição simultânea da representação incompatível e do afeto associado, que o leva a comportar-se como se a representação jamais tivesse ocorrido. Essa defesa radical leva à psicose.

No texto *Obsessões e fobias* ([1895/1894a]1980) inicia toda uma argumentação no sentido de separar as obsessões e as fobias das neurastenias. Nesse percurso, tanto as estabelece como neuroses distintas, como faz da fobia, efetivamente, o paradigma da neurose de angústia.

Enquanto que nas obsessões uma representação pode ser substituída por outra representação substituta, ou por atos ou impulsos como medidas de alívio ou protetores, e, associar-se a distintos estados emocionais como a dúvida, a raiva e até a angústia, no caso das fobias o estado emocional é apenas um: a angústia.

Nelas, não ocorre substituição de uma representação incompatível por uma compatível; o estado de angústia apenas lança mão das representações mais disponíveis e mais adequadas para tornarem-se alvo da fobia.

A neurose de angústia acede a uma independência clínica no texto *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”* ([1895/1894b]1980, p.92), na medida em que “[...] todos os seus componentes podem ser agrupados em torno do sintoma principal da angústia.”

Nesse texto, embora reconheça que a expectativa ansiosa seja um sintoma nuclear das neuroses em geral, considera que esta é evidente nas neuroses de angústia, pois nela há “[...] um quantum de angústia em estado livre flutuante, o qual, quando há uma expectativa, controla a escolha das representações, e está pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado.” (FREUD, [1895/1894b]1980, p.94). A expectativa está sempre à espreita pronta para vir à consciência sem qualquer associação a qualquer representação, mas encontra seus meios, ora combinando-se com um sentimento de angústia, ora com as já citadas funções corporais.

Nesse ínterim, retoma os indicativos já presentes desde 1893, no *Rascunho B: Etiologia das Neuroses*, que tratam da existência de dois modos de aparecimento da angústia na neurose de angústia: forma crônica ou sob a forma de ataques de angústia. Agora, desenvolve mais o tema, ressaltando que a forma crônica é caracterizada pela própria expectativa ansiosa, encontrada, particularmente, na inclinação para a angústia moral, para o escrúpulo e o pedantismo.

Quanto ao ataque de angústia, nele, a angústia pode surgir de forma súbita sem que seja despertada por uma representação associada, ou pode ser acompanhada da interpretação mais à mão: representações de risco de morte

(extinção da vida), ou risco de um acesso, de uma ameaça de loucura, ou de algum tipo de parestesia similar à aura histérica. Pode, também, surgir em associação com algum distúrbio de uma ou mais funções corporais tais como: a da respiração, a da atividade cardíaca, a da inervação vasomotora, a da atividade glandular, das funções gastrointestinais. Através dessas associações alguns sintomas se destacam: dificuldade para respirar, a fome devoradora, suores, arritmia cardíaca, taquicardia e a vertigem.

Embora reconheça que a angústia surja, tanto isolada como combinada com outras neuroses, (observação que antecipa, de forma incipiente, os argumentos que, mais tarde, o levarão a abandonar a concepção da neurose de angústia como quadro etiológico puro), prossegue em seu intuito de fazer diferenciações objetivando sustentar o destacamento da neurose de angústia das neurastenias.

Nesse texto aventa a possibilidade do surgimento de uma neurose de angústia como consequência de uma sobrecarga de trabalho, de um esforço exaustivo ou de enfermidades graves, o que parece contrariar a postulação de sua origem como consequência da satisfação sexual não consumada. Contudo, argumenta que, nesses casos, essas pessoas passaram por experiências anteriores desta natureza que, se na época não deflagraram a neurose, o predisuseram a desenvolvê-la tão logo uma perturbação atual banal se adicione ao que está latente.

Sustentado em sua tese do surgimento da angústia, nas neuroses de angústia, como consequência de uma falha na tradução psíquica para a tensão sexual, Freud ([1895/1894b]1980, p. 109) propõe a seguinte distinção:

A psique se sente invadida pelo afeto de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com um perigo vindo de fora, e fica presa na neurose de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação sexual vinda de dentro – em outras palavras, ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora.

É importante considerar que o aparecimento da expressão “como se” aponta para uma contemporização dessa diferenciação de fora e de dentro, cuja pertinência somente mais tarde será questionada.

Em meio a essa sua primeira teoria da angústia, um texto se destaca pelas suas contribuições para o mapeamento do campo da angústia, a *Carta 52* ([1896]1980). Essa carta porta um esquema estratificado do aparelho psíquico precursor do esquema proposto no capítulo VII do texto *A interpretação dos sonhos*

([1900-1901]1980), no qual, efetivamente, propõe as seguintes instâncias: inconsciente, pré-consciente e consciente.

O caráter precursor desta carta se evidencia pela proposta de um funcionamento estratificado do aparelho psíquico no qual ocorrem transcrições e retranscrições do material psíquico ao longo de épocas sucessivas da vida. Nessa estratificação, (W) seriam os neurônios que levariam às percepções, mas que nada conservam de memória dos traços. O primeiro registro das percepções seria realizado por (Wz), indicação da percepção, cujos elementos são incapazes de assomar à consciência, seguido do registro Ub (a inconsciência), constituído de lembranças conceituais sem acesso à consciência. A terceira transcrição seria realizada no registro Vb (pré-consciência). Nele, o material em estado de representação verbal só se acessaria à consciência (*Bews*) de acordo com determinadas regras.

Para Freud, a peculiaridade das psiconeuroses liga-se à ocorrência de uma falha na tradução de um registro para outro de uma determinada parte do material, sendo que essa falha é conhecida clinicamente como recalçamento. O seu motivo está associado a uma produção de desprazer, ligado ao excesso de excitação de um registro anterior, excesso não inibido pela transcrição subsequente. A falha na tradução geraria um desprazer, que, por sua vez, provocaria um distúrbio do pensamento que não permitiria o trabalho de tradução.

Quer dizer, há uma quota de afeto que permanece no psiquismo, gerada em consequência de uma falha no recalçamento, isto é, sua não tradução psíquica. Há, contudo, uma liberação de desprazer (angústia) que promove o recalçamento.

Neste texto, verifica-se a sustentação de duas concepções da origem da angústia, pois, já se esboça, de forma insipiente, o que somente anos mais tarde será fundamentado: a tese de que a angústia promove o recalque, tese que comporá a sua segunda teoria da angústia.

A referida *Carta 52* ([1896]1980) favorece o destaque de um indicativo muito importante no que tange a esse campo da angústia. Trata-se do indicativo de um campo que permanece sem transcrição, isto é, sem qualquer possibilidade de simbolização, campo intimamente relacionado com o que está em jogo no surgimento da angústia.

Sendo assim, dos textos consultados, até o momento, alguns elementos, considerados fundamentais para a delimitação desse campo da angústia, se

destacam: a falha da transcrição, a invasão do psiquismo por um excedente de energia, a reação à essa invasão, e a distinção entre o perigo que vem de fora e o que vem de dentro, distinção que gradativamente desaparece, como será abordado posteriormente.

Os avanços teóricos trilhados por Freud, o estudo do narcisismo, a fundamentação da primeira tópica do aparelho psíquico, e as importantes elaborações provocadas pelo fenômeno da transferência, entre outros, proporcionaram uma retificação de sua distinção entre as neuroses.

Se, até então, trabalhava com dois grandes grupos, as neuroses atuais e as psiconeuroses, agora, dois grupos se destacam: as neuroses de transferência e as neuroses narcísicas. Enquanto as neuroses de transferência (histeria de conversão, histeria de angústia (a fobia) e a neurose obsessiva) são consideradas expressões simbólicas de conflitos infantis relativas à situação edípica, as neuroses narcísicas, referidas a uma situação pré-edípica, compõem o quadro das psicoses. Enquanto as primeiras se destacam pela capacidade de transferência, as segundas se caracterizam pela sua impossibilidade.

Nesse percurso que o conduziu a essas alterações, dois textos, que fazem parte das *Conferências introdutórias sobre a psicanálise* se destacam. Na *Conferência XXIV – O estado neurótico comum* ([1915-1917a]1980), Freud tanto destitui a neurose de angústia como um quadro puro, como aponta não ser mais possível a manutenção da distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses. Nesse momento, reconhece a íntima conexão clínica entre as duas, chegando a afirmar, inclusive, que uma neurose atual é, frequentemente, o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico.

A *Conferência XXV- A angústia* ([1915-1917b]1980), também merece seu destaque pelo trabalho específico sobre a temática. É um texto interessante, pois, ao tratar das diferenças entre a angústia (*angst*), que afirma não ter objeto, o medo (*furcht*), onde há prevalência de um objeto e susto (*schreck*), onde a ênfase está na falta de preparação para um acontecimento, Freud destaca a função de proteção, isto é, a função de sinal de preparação para o susto que a angústia tem. “A geração da angústia é a reação do ego ao perigo e sinal para empreender fuga” (FREUD, [1915-1917b]1980, p. 472).

Neste momento, a abordagem da angústia centra-se na distinção entre a angústia realística e a angústia neurótica. Enquanto a angústia realística é descrita

como uma reação à percepção do ego a um perigo externo, onde a tônica fundamental a ser destacada é a resposta de fuga em sua correlação com a angústia, a angústia neurótica é, por sua vez, descrita como uma reação de fuga por parte do ego, quando ameaçado por uma exigência libidinal sentida como incompatível.

Isso ocorre porque o ego trata o perigo interno como se fosse um perigo externo e tem na formação de sintomas sua defesa contra a angústia. Por isso, sustenta que os sintomas são formados para fugir a uma geração de angústia, de outro modo inevitável.

Segundo Freud, a angústia neurótica se manifesta nos neuróticos sob três modalidades: em primeiro lugar, a angústia livre flutuante, em sua forma de apreensão generalizada; em segundo lugar, a angústia ligada e vinculada (associada às fobias, ainda nesse texto consideradas histerias de angústia), e, em terceiro lugar, a angústia fracionada (comum nas histerias), nas quais não há uma percepção de qualquer conexão entre a angústia e o perigo ameaçador e cujos ataques de angústia podem surgir acompanhados de sintomas histéricos, ou em alguma situação fortuita de excitação desacompanhada de angústia, ou na forma de um acesso de angústia isolado.

Em suma, toda a elaboração sustentada, neste texto, leva-o a reafirmar que a angústia está no centro dos seus interesses provocados pelos problemas da neurose. Efetivamente, a angústia, nesse momento, “[...] é o destino imediato da libido quando sujeita ao recalque.” (FREUD, [1915-1917b]1980, p.477). Pois, “o recalque corresponde a uma tentativa, feita pelo ego, de fugir da libido sentida como um perigo.” (FREUD, [1915-1917b]1980, p. 477-8).

Esse mecanismo é elaborado de forma mais específica no texto *O recalque* ([1915b]1980), no qual esclarece que o recalçamento, por incidir apenas nos representantes-representação (*Vorstellung-repräsentanz*), não atinge o seu fator quantitativo, os afetos. Esses, livres, ligam-se a outros representantes ou é transformado em uma quota diferente, como a angústia. Assim, como modo de defesa frente à moção pulsional, o recalque tem como objetivo impedir ou minimizar o desenvolvimento da angústia.

Na referida *Conferência XXV- A angústia* ([1915-1917b]1980), Freud propõe o ato do nascimento como o protótipo da angústia, pelo fato de que, nele, a ocorrência de uma combinação de sensações desprazerosas, impulsos de descarga

e sensações corporais, torna-se o protótipo do encontro com um perigo mortal, combinação que, a partir de então, é repelida por nós como o estado de angústia.

O início da respiração interna relativa ao momento do nascimento, isto é, da separação da mãe, e da interrupção da renovação do sangue, é considerado, por Freud, como a causa da primeira experiência da angústia. “O substantivo *Angst* – *angustiae*, *Enge* – acentua a característica de limitação da respiração que então estava presente em consequência da situação real, e é agora, quase invariavelmente recriada no afeto.” (FREUD, [1915-1917b]1980, p. 462).

Entre tantas considerações no tocante à angústia realística e a angústia neurótica, no final do referido texto, faz sua constatação do quanto está impressionado com a forma como a geração da angústia se vincula às vicissitudes da libido e ao sistema do inconsciente.

Em meio à vigência dessa primeira concepção da angústia, a angústia é o destino da libido transformada pelo recalque, o texto *O estranho* ([1919]1980) se destaca pelas importantes colaborações a respeito da angústia, texto que, por isso, será citado em outros momentos dessa dissertação.

A emergência do fenômeno do estranho desperta o sentimento de estranheza e incerteza inevitavelmente associados com o que é assustador e enigmático e, por isso, a sua articulação com o desamparo.

Para o trabalho desse fenômeno, Freud, fazendo uso do duplo sentido no uso da palavra *heimlich*, exemplifica que o inconsciente não está nas profundezas, mas presentifica-se em meio ao discurso corrente. A partir do uso da língua e o duplo sentido que ela porta, recomenda a ultrapassagem do jogo básico de significações entre a palavra *heimlich*, que significa doméstico e nativo, em contraposição à *unheimlich*, que deveria ser seu oposto e significar o não familiar.

Essas significações rígidas não procedem, pois, entre as próprias significações da palavra *heimlich*, tais como: pertencente à casa, não estranho, familiar, íntimo, amistoso, existem outras, de significado oposto às primeiras: aquilo que está oculto à vista, o que é sonegado aos outros, algo escondido, secreto. Quer dizer, em seus próprios matizes e usos, os significados da palavra *heimlich* seriam idênticos ao seu oposto, *unheimlich*.

Com isso demarca que “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito tempo familiar” (FREUD,

[1919]1980, p. 277), rompendo, efetivamente, com a equação fixa estranho – não familiar.

Referindo-se a um novo esclarecimento desse conceito destaca que “[...] *unheimlich* é tudo que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio à luz”. (FREUD, [1919]1980, p. 282).

Para tratar desse campo, utiliza-se de contos de Hoffmann, *O homem da areia*, e *O elixir do diabo*, através dos quais esse fenômeno comparece exemplificado por situações de incerteza se um ser está vivo ou não, ou por contextos nos quais seres inanimados ganham vida. São fenômenos associados à onipotência dos pensamentos e aos efeitos do pensamento anímico, há muito tempo abandonados pelo homem, que, ao retornarem, provocam o fenômeno do estranho.

A compulsão à repetição, exemplificada como retorno do recaiado, é considerada outro exemplo de emergência desse fenômeno, por tratar-se de um material oriundo dos complexos infantis, e, portanto, irreconhecível pelo sujeito em seu retorno. Somente em 1920, no texto *Além do princípio do prazer*, a compulsão à repetição será efetivamente associada aos efeitos da pulsão de morte, campo que escapa a qualquer possibilidade de simbolização, e que está intrinsecamente relacionado com a angústia.

A morte e a ideia da mortalidade, por sua vez, são outros grandes promotores do referido fenômeno, pois “[...] o primitivo medo da morte é ainda tão intenso dentro de nós e está sempre pronto a vir à superfície por qualquer provocação.” (FREUD, [1919]1980, p.302).

E assim conclui:

[...] O animismo, a magia e a bruxaria, a onipotência dos pensamentos, a atitude do homem para com a morte, a repetição involuntária e o complexo de castração compreendem praticamente todos os fatores que transformam algo assustador em algo estranho (FREUD,[1919]1980, p.303).

Um dos fenômenos destacados por Freud a respeito do estranho que merece destaque é o fenômeno do duplo, cuja origem localiza-se em uma fase primitiva, uma fase em que o duplo era a proteção contra a destruição do ego. “Provavelmente, a alma imortal foi o primeiro duplo do corpo”. (FREUD, [1919]1980, p.293).

Trata-se de uma criação que data de um estágio primitivo, onde o duplo tinha um aspecto amistoso, familiar, e que depois se converteu em “[...] um objeto de terror, tal como, após o colapso da religião, os deuses se transformaram em demônios”. (FREUD, [1919]1980, p. 295).

É por essa via, daquilo que de amistoso se tornou hostil, (em sua relação com *das Ding*, o campo para sempre excluído) que provém a qualidade de estranheza, pois implica em um retorno

[...] a determinadas fases na evolução do sentimento de autoconsideração, uma regressão a um período em que o ego não se distinguia ainda nitidamente do mundo externo e outras pessoas. Acredito que esses fatores são em parte responsáveis pela impressão de estranheza, embora não seja fácil isolar e determinar exatamente a sua participação nisso (FREUD,[1919]1980, p.295).

Tais apontamentos lançam esclarecimentos para o que Lacan observou no texto *Observações sobre o relatório de Daniel Lagache* ([1960]1998, p. 661), quando ressalta que “o drama do sujeito no verbo é que ele experimenta ali sua falta-a-ser [...]”.

Para nós, o sujeito tem que surgir do dado dos significantes que o abarcam num Outro que é o lugar transcendental destes, através do que ele se constitui numa existência em que é possível o vetor manifestamente constitutivo do campo freudiano da experiência: ou seja, aquilo a que se chama desejo. [...] O sujeito do desejo, tanto no esclarecimento da fantasia quanto em seu refúgio fora do discernimento, não é nada além da Coisa, que é dele o que há de mais próximo, embora mais lhe escape (LACAN, [1960]1998, p. 662).

Esse estranho familiar surge quando a distância íntima (LACAN, [1959-1960]1997), que deveria ser preservada, encurta-se de forma perigosa. O duplo, esse estranho, que surge quando deveria permanecer escondido, porta os índices do ser de gozo perdido e não mais acessível ao sujeito a partir da operação da linguagem. O afeto que sinaliza a aproximação desse estranho-familiar é a angústia, aproximação que coloca em risco a sua posição de sujeito, pois traz índices desse ser de gozo.

Na clínica com pacientes com câncer deparamo-nos constantemente com vivências nomeadas como da ordem do estranho, em sua associação com a angústia, e que encontram nas vivências corporais e nas mudanças na imagem sua ancoragem e suporte. A perda dos cabelos, da vitalidade, dos atributos tem efeitos

não apenas de desarrumação; escancaram a fragmentação originária. Esse corpo, a partir do diagnóstico e do tratamento, torna-se efetivamente desconhecido, inclusive quanto às suas funções, nos diz Daniel Oppenheim, (2011). O corpo, afirma o autor, antes dotado de atributos com os quais um sujeito se reconhece, pode tornar-se carne informe, ou ser tomado por um processo de liquefação e de solidificação, perdendo, assim, o estatuto de corpo humanizado. Seus orifícios podem obstruir toda a matéria ou se tornarem escancarados, deixando vazar a diarreia de forma incontrolável, um vômito perturbador, ou o ameaçador sangramento por todos os orifícios possíveis, denunciando, com isso, a total falta de controle. De conhecido e supostamente controlado em suas funções, o corpo torna-se hostil, incompreensível e imprevisível.

Nessa clínica, esse corpo que se desmancha e o sofrimento que se instala produzem imagens e emoções que podem congelar o olhar e ensurdecer o analista. Todo um distanciamento do analista, que não é da ordem de uma defesa fóbica, se faz necessário, para que, ao não se deixar seduzir e capturar por esse horror, possa sustentar a escuta do sujeito que lhe fala, a despeito desse corpo que se esvai. (ANSERMET, 2003)

Então, Freud, provocado pelas questões suscitadas desde os casos clínicos do *Pequeno Hans* e do *Homem dos Lobos* e subsidiado pelas elaborações de textos como *Sobre o narcisismo, uma introdução* ([1914a]1980), *Além do princípio do prazer* ([1920]1980) e *O ego e o Id* ([1923]1980), no qual propõe a segunda tópica para o aparelho psíquico: Id, Ego e Superego, e conceitua o ego como “a sede real da angústia” (FREUD, [1923]1980, p. 74), chega à conclusão de que a sua teoria inicial para a angústia, aquela que a concebe como a libido transformada pelo recalque, não mais pode se sustentar. Por isso, no texto *Inibição sintoma e Angústia* ([1926/1925]1980) propõe a sua retificação, dando origem à sua segunda teoria da angústia, ao concluir que o sintoma, exemplificado através da fobia, constitui-se em uma temporalidade posterior ao recalque da moção pulsional. Mas, o que causa o recalque é a angústia, a angústia de castração.

É a angústia que provoca o recalque, o que, por sua vez, leva à formação dos sintomas como via para satisfação das moções pulsionais, através de substitutos, não mais reconhecíveis como satisfação.

Se uma pessoa se protege de um perigo externo fugindo dele ou evitando-o por meio de medidas protetoras, contra os perigos internos, remontáveis ao perigo

da castração, o ego busca uma primeira remediação: o recalque da ideia ou do desejo ameaçador, o que tem por consequência a criação de sintomas “[...] de modo a evitar a geração da angústia.” (FREUD, [1926/1925]1980, p.152)

Segundo Sonia Leite (2011), a concepção dessa nova teoria sobre a angústia e o estabelecimento de sua primazia “[...] no campo da clínica das neuroses permite supor que também é a angústia que produz a forclusão, no caso das psicoses, assim como a denegação, no campo das perversões.” (LEITE, 2011, p. 48).

Nesse texto, Freud se dedica à distinção entre a angústia automática e a angústia como sinal, pois as considera mais pertinentes para desvendar a questão da ansiedade.

A angústia automática é relacionada à uma situação traumática, cujo paradigma é a experiência do desamparo vivenciado por parte do ego quando é invadido por um quantum de excitação de origem interna ou externa que não pode lidar.

A angústia como sinal, por sua vez, é a resposta do ego quando presente a aproximação de um perigo que se aproxima - a possibilidade da repetição do desamparo originário. Por isso a sequência sugerida por Freud: angústia-perigo-desamparo (trauma).

Uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada de desamparo. A angústia é a reação ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como sinal em busca de ajuda. O ego, que experimentou a trauma passivamente, agora repete ativamente, em versão enfraquecida, na esperança de ser ele próprio capaz de dirigir seu curso (FREUD, [1926/1925]1980, p.191-2).

Há na angústia como sinal, portanto, uma possibilidade de antecipação, de defesa contra o derradeiro desamparo, que também é ressaltada por Lacan, no *Seminário, livro 7: A ética da psicanálise* ([1959-1960]1997, p.364), quando destaca que a angústia já é uma proteção, porque delinea um perigo, “enquanto que não há perigo no nível da experiência do *Hilflosigkeit*”, neste caso, há uma irrupção desmedida.

Segundo Sônia Leite (2011), a angústia automática, gerada pela impossibilidade do eu de representar o excesso de estimulação, é da ordem do encontro com o próprio traumático, com o irrepresentável, sendo, portanto, a expressão da pulsão de morte. A angústia como sinal, por sua vez, impede a

inundação de uma angústia desmedida, pois, como sinal, prepara o eu antecipando e reproduzindo o traumático em um nível que possibilita a representação mental. Nessa vertente, a angústia está a serviço do princípio do prazer, isto é, da pulsão de vida, e, nessa função, protege o psiquismo da tendência que segue em direção ao irrepresentável.

O relato clínico, no início desse capítulo, exemplifica dois momentos de aparecimento da angústia. No primeiro, a reação de fuga literal ocorre associada a uma invasão face a qual o menino não tem como nomear. No desenho, resta o buraco feito com os fortes riscos com o lápis. Em momento posterior, a vivência de angústia, exemplificada através de sintomas no corpo, encontra, nas palavras e nos desenhos, vias de expressão. Em seu desenho, a ameaça de morte está presente representada pelo ataque dirigido ao personagem, que, também, no desenho, se coloca em fuga, tendo como pano de fundo a figura da caveira, a morte.

Freud destaca, no texto em questão - *Inibição, Sintoma e Angústia* ([1926/1925]1980), que tanto as ameaças reais como as ameaças provocadas pelas exigências pulsionais convergem levando ao desamparo. Esse indicativo é precioso, principalmente porque, nesse momento, aborda a temática da dor em sua relação com o desamparo. Um apontamento muito pertinente em se tratando dessa clínica com pacientes com câncer.

Quer o ego esteja sofrendo de uma dor que não para ou experimentando um acúmulo de necessidades instintuais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o desamparo motor do ego encontra expressão no desamparo psíquico (FREUD, [1926/1925]1980, p. 193).

Sendo assim, caminhando no sentido de afrouxar a delimitação entre o que é externo e interno, Freud, segue o mesmo trilhamento que concorreu para tornar sem razão a distinção entre angústia realística e a angústia neurótica, o que o leva a concluir que a percepção e a reação do perigo externo têm uma estreita vinculação com o campo pulsional.

É o que, efetivamente, conclui na *Conferencia XXXII – Ansiedade e vida pulsional* ([1933/1932]1980), conferência que faz parte da série *Novas conferências introdutórias sobre a Psicanálise*.

Não estávamos preparados para constatar que o perigo pulsional interno se revelaria fator determinante e preparação para uma situação de perigo externo, real (FREUD, [1933/1932]1980, p.109).

Segundo Freud argumenta em *Inibição, Sintoma e Angústia* ([1926/1925]1980), cada período da vida tem seu determinante apropriado para a angústia em sua relação com o desamparo. A angústia surge como consequência de uma experiência de separação, ou de ameaça de perda em relação a um objeto de investimento, o que reforça a sua assertiva de que toda angústia é angústia de castração.

Ao nascimento, como protótipo da angústia, seguem-se: o perigo do desamparo psíquico, relativo ao perigo da vida quando o ego é imaturo, o perigo da perda do objeto, que se refere à falta de autonomia dos primeiros anos de vida, o perigo da castração, que se refere à fase fálica, e, finalmente, o medo da perda do amor do superego, que se ajusta com o período de latência. Estes, em breves linhas, são os seguintes: o nascimento, desamparo psíquico, a perda da mãe como objeto, a perda do pênis, a perda do amor do superego.

Ainda em relação ao amor do superego, Freud a ele se refere como uma transformação final, um desdobramento do medo da morte. Trata-se “[...] do medo da morte (ou medo da vida), que é um medo do superego projetado nos poderes do destino.” (FREUD, [1926/1925]1980, p. 163-4).

O medo da morte, portanto, é considerado análogo ao medo da castração. A situação ao qual o ego reage é a de ser abandonado pelo superego protetor – sob a figura dos poderes do destino – de forma a sentir-se sem qualquer proteção contra os perigos que o cercam.

Objetivando o trabalho dessa temática, Freud retoma algumas afirmações desenvolvidas no texto *O Ego e o Id* ([1923]1980, p. 75) no sentido de reafirmar que o inconsciente nada parece conter que pudesse dar conteúdo ao nosso conceito de aniquilamento da vida. “[...] A morte é um conceito abstrato com um conteúdo negativo para o qual nenhum correlativo inconsciente pode ser encontrado.”

O medo da morte, conforme trabalha no texto acima citado, pode surgir tanto em função de um perigo externo, como em função de um processo interno, o qual a melancolia explícita de forma mais evidente. O ego, mobilizado por esse medo e sentindo-se ameaçado, abandona grande parte de sua catexia libidinal narcísica, isto é, o ego se abandona, deixa-se morrer quando, diante um perigo excessivo,

(externo ou interno), frente ao qual se sente incapaz de superar por conta própria, conclui ter sido deserdado pelas forças protetoras. Se viver significa o mesmo que ser amado pelo superego, o que se torna perigoso para o ego é a hostilidade do superego; assim, o que o ego teme é que o superego deixe de amá-lo.

Nunca é demais sublinhar que, para Freud, o superego tem como característica ser um resíduo das escolhas primitivas do id, aquelas que o ego não deu conta de modificar e recalcar, daí o seu caráter tirânico que ordena: Goza! Ele também representa uma reação enérgica contra essas escolhas primitivas, por isso a sua função de lei: Não!

Como o herdeiro do complexo de Édipo, torna-se o representante dos ideais e leis paternas, e, por essa via, “[...] preenche a mesma função de proteger e salvar que, em épocas anteriores, foi preenchida pelo pai, e, posteriormente, pela providência ou Destino.” (FREUD, [1923]1980, p.75).

O medo da morte se faz muito presente, na clínica com pacientes em tratamento para câncer, desde o momento do diagnóstico até a cura. Trata-se de um medo que se atualiza a cada internação, a cada mudança no quadro clínico. Por sua vez, o medo da perda do amor, uma derivação do medo da morte, e, portanto, medo análogo ao medo da castração, se faz igualmente presente, numa modalidade de incidência quase confessada.

Segundo Raimbault (1979) também constata, se a morte é considerada o pior dos males, há outras coisas que, de forma similar, podem ascender a essa categoria, no caso o medo do exílio, a perda da integridade física e mental e a perda do amor.

Algumas crianças e adolescentes falam do medo da perda do amor por parte dos pais pelo fato de estarem doentes, por darem trabalho ou por estarem diferentes fisicamente. Mas, também, por perceberem causar apreensão, por vê-los sofrer, por demandarem uma maior dedicação e cuidados, por causarem despesas que desoneram a família.

[...] por causa de tudo que provoca, a criança se pergunta se ainda é amada: - Você ainda gosta de mim? (RAIMBAULT, 1979, p.32).

Uma adolescente fala dessa questão em um atendimento no ambulatório, confessando, inclusive, que em função da percepção do grande sofrimento

vivenciado por sua mãe e seu pai com o seu tratamento, submete-se aos exames e procedimentos sem queixas e de preferência sorrindo, por não suportar a ideia de que, com a sua expressão de qualquer desconforto, cause mais sofrimento em seus pais.

Luiza, 6 anos, em plena vivência da perda dos cabelos e de mudanças em seu corpo, sente vacilar o seu lugar no desejo dos seus pais, até então diferenciado, em comparação com sua irmã, dois anos mais velha, pela vertente da beleza. Se ela era a bela, sendo destacada no discurso dos pais, pelos lindos cabelos loiros, a sua irmã, tem ressaltada a inteligência. Luíza expressa através do retraimento e choros constantes a angústia vivenciada provocada pela vacilação de sua imagem. Sem seus belos cabelos, pálida, cheia de manchas, edemaciada, encontrava-se sem os atributos e os significantes que até então a localizavam.

No início do tratamento, em um atendimento realizado na enfermaria, ela faz um desenho e, ao terminá-lo, conta a história de uma menina feliz com os seus lindos cabelos loiros.

Figura 9 - A menina de cabelos longos e loiros



Fonte: L.C.M.B. – 6 anos

Figura 10 - O "X"



Fonte: L.C.M.B. - 6 anos

Em franca vivência de perda dos cabelos e de alteração em seu corpo pelo uso de corticóide, o que a deixa edemaciada, Luíza, meses depois, em um dos atendimentos realizados no ambulatório, escolhe tinta guache para desenhar. Quando termina o desenho responde, de forma reticente, à pergunta feita sobre o mesmo. “Aqui é um jardim... Eram duas flores, uma rosa e uma amarela... Agora tem um X onde tinha uma flor amarela.” Comparando-se com a sua irmã, ressalta as suas perdas e privações sofridas, em comparação com ela, que segue a vida. O X, no lugar do que antes era uma flor amarela, explicita o enigma que se abriu quanto ao seu lugar no desejo do Outro, enigma que mobiliza, insistentemente, a seguinte questão: “será que meus pais ainda me amam?”

Estes recortes permitem evidenciar o quão recorrente e presente são as questões provocadas pelo medo da perda do amor, em meio a um tratamento para o câncer. Não raro, faz-se presente a pergunta estrutural: “Que lugar tenho no desejo dos meus pais?”

Em meio à busca de suas respostas, muitos confundem os cuidados que lhes são prestados e os objetos que lhes são ofertados pelos pais, como sinais do seu amor e do seu lugar no desejo dos mesmos. Esses objetos, contudo, por mais que sejam ofertados, não são suficientes. Pois não é isso!

Por sua vez, quando a morte está próxima e muitas vezes iminente, alguns casos se destacaram pela presença de uma demanda específica, que visa a certificação de que serão eternamente amados, por isso, não serão esquecidos.

Com essa demanda parecem buscar uma certificação de que continuarão vivos nas lembranças e nos desejos daqueles que ficam.

Um caso específico, entre tantos, exemplifica essa questão. A intervenção realizada com Regina, mãe de Aline (sete anos e caminhando para a morte), possibilitou que, mesmo vivenciando a grande dor de perder sua única filha, essa jovem mãe pudesse finalmente escutá-la. Angustitada, Regina, nos atendimentos durante a internação da filha e a nível ambulatorial, continuamente falava de sua dificuldade em acolhê-la em suas tentativas de falar-lhe sobre o assunto da morte. Diante das tentativas de Aline, Regina desconversava. Logo após a morte da filha, ocorrida em casa, Regina demanda um atendimento no qual ressalta a importância de ter conseguido vencer a sua dificuldade, o que lhe permitiu se abrir para escutar o que a filha tanto lhe queria dizer. Segundo o relato de Regina, Aline queria se despedir e dizer que sabia que iria “morar com papai do céu”, mas o que também a preocupava era se a mãe sentiria saudades suas e se a esqueceria. Aberta a via para circulação da fala, mãe e filha puderam trocar, entre si, palavras de amor e carinho, enquanto se despediam.

Essa questão da perda do amor é muito cara para as meninas, pois, tal como Freud aponta no texto *A dissolução do complexo de Édipo*, ([1924]1980), se elas já entram no Édipo castradas, o que temem é a perda do amor. Para as meninas, a perda do amor tem efeitos de castração.

Mas não só para estas. Nesse momento, no qual nada do campo fálico fornece suporte e no qual a castração está posta pela vertente da morte, muitos, inclusive os meninos, sentem necessidade de terem essa certificação. A esse respeito Jorge (2010) faz uma importante contribuição.

Afirmar o amor diante da iminência da morte é algo diverso de exercer o desejo. Pois se o exercício do desejo supõe sempre a entronização da morte e sua aceitação, isto é, a experiência de castração, o amor afirmado diante da perspectiva do desaparecimento é a aspiração a um mais além da morte, à perpetuação da vida além da morte. Trata-se, nesse caso, de afirmar o simbólico em toda a sua potência e, com isso, produzir um anteparo para o real. [...] Ao afirmar seu amor imediatamente antes de morrer, o sujeito parece estar envelopando a si mesmo e a pessoa amada com uma espécie de proteção narcísica que lhe permita morrer sem perder a sua unidade e o sentido de sua vida. Afirmar o amor, nesse caso, seria quase como nascer de novo e dar a vida ao outro igualmente, uma vez que a vida depende – como vimos- do desejo e do amor do Outro. Trata-se, então, de afirmar radicalmente a vida diante da morte (JORGE, 2010, p. 174).

Segundo o autor, “antes da vida e após a morte, o amor afirma algo que se quer tão forte como o real da morte, tão poderoso que faz face a essa figura suprema da castração que é a morte.” (JORGE, 2010, p.175). Assim, em referência à frase de Lacan do *Seminário 20: Mais, ainda* ([1972-1973]1982, p. 62), aquela que diz que “o que vem em suplência à relação sexual, é precisamente o amor”, o citado autor propõe falar do amor como “[...] aquilo que vem em suplência à inexistência.” (JORGE, 2010, p.175).

Para aquele que o enfrenta, o medo da morte (ou da vida), como oportunamente situa Freud, permite nomear um campo que surge como irrepresentável e inominável, cujo efeito de corte remete à castração como o encontro com a impossibilidade.

No intuito de retomar o fio da angústia e ressaltar alguns pontos que, entre tantos, favorecerão o desenvolvimento do tema em Lacan, retomo a Conferência *XXXII – Angústia e vida pulsional* ([1933/1932]1980), na qual, como citado anteriormente, a distinção entre a angústia realística e a angústia neurótica torna-se sem efeito.

Sustentado pelas duas modalidades de angústia tornadas mais pertinentes para o trabalho do tema (angústia automática e angústia como sinal), Freud sustenta, no referido texto, uma dupla origem da angústia. Uma seria consequência direta do momento traumático e a outra incidiria como um sinal da ameaça da repetição de um momento desta ordem. Dupla origem fundamental para o trabalho da temática da angústia.

Por sua vez, ratifica a sustentação de sua leitura, para o surgimento da angústia em sua relação com o desamparo, associando-a como resposta à ameaça de uma separação em relação a um objeto de investimento, e, portanto, relacionada à ameaça de falta de objeto, ameaça reatualizada nas mais distintas fases da vida. Concepção, como foi apontado, que reforça a sua assertiva de que toda a angústia é angústia de castração.

Mas, nesse mesmo texto, Freud destaca que a situação temida, da qual o ego busca defender-se, é um perigo interno, fruto das moções pulsionais. Frente a essas moções, não há barreiras protetoras que sejam eficientes, pois tal como aponta, “[...] o que é temido, o que é objeto de angústia, é invariavelmente a emergência de um momento traumático, que não pode ser arrostado com as regras e normas do princípio do prazer.” (FREUD, [1933/1932]1980, p.118).

Para Lacan, esse excesso econômico que invade o psiquismo sem qualquer possibilidade de abordagem pela via significativa (DELGADO, 2005) tem um nome específico, nos esclarece Rabinovich (1993), é o desejo do Outro, desejo enquanto puro enigma. Por isso, “[...] a relação essencial da angústia com o desejo do Outro.” (LACAN, 2005, p.14).

Assim, subsidiado pelas elaborações que o encaminharam para a conceituação do objeto *a*, enquanto causa de desejo (e não como o objeto do desejo), a angústia, para Lacan, não está correlacionada com a ameaça da falta do objeto, mas a uma certa presença ameaçadora.

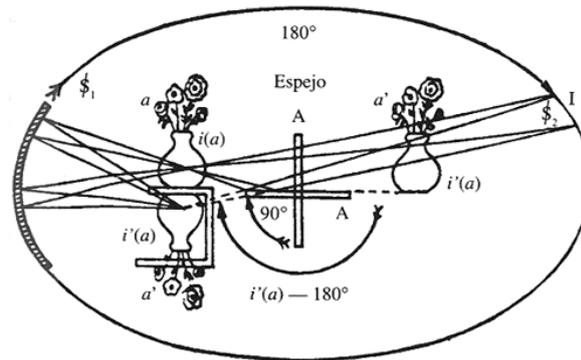
2.2 O passo a mais de Jacques Lacan: a angústia não é sem objeto

Lacan, logo no início do *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005), de forma muito precisa, afirma que a angústia está relacionada com a manifestação específica do desejo do Outro. Essa manifestação, relacionada ao desvelamento dos índices de um objeto, o objeto *a*, permite-lhe sustentar, diferentemente de Freud, como vimos, que a angústia não é sem objeto. Como a sua única tradução subjetiva, a angústia, portanto, é um afeto que não engana.

Para fundamentar essas suas assertivas e avançar na teorização desse campo da angústia, Lacan conta com um retorno ao texto Freudiano, *O estranho* ([1919]1980). Por sua vez, encontra nos esquemas ópticos o recurso para o trabalho, não apenas da via enganosa da constituição da imagem, imagem essa a qual o sujeito só tem acesso por intermédio do Outro, mas das relações do sujeito com o campo do Outro, o que o leva a localizar o lugar e a função da angústia.

O esquema dos dois espelhos, presente em suas elaborações, desde o Seminário 1, *Os escritos técnicos de Freud*, ([1953-1954]1993), e no texto *Observação sobre o relatório de Daniel Lagach*, ([1960]1998), possibilita, agora, no Seminário 10, *A angústia* ([1962-1963]2005), uma reelaboração de questões presentes desde o texto *O Estádio do Espelho* ([1949]1998).

Figura 11 - Esquema dos dois espelhos



Esquema completo

Fonte: LACAN, [1962-1963]2005, p. 48

No texto *O Estádio do Espelho* ([1949]1998) Lacan formaliza a importância da experiência vivida por um filhote do homem, entre o 6º e o 18º mês de vida, caracterizada pela apreensão jubilatória antecipada de uma imagem totalizadora que, pondo fim à vivência de sua incapacidade e insuficiência, fruto de sua imaturidade, advém em sua função de matriz simbólica do eu [*Je*].

Essa experiência de uma criança com sua imagem requer a presença de um terceiro, para além da criança e aquele que a acolhe. Trata-se da alteridade simbólica, veiculada pelo adulto que, segurando a criança, devolve-lhe um assentimento de sua imagem. Através desse assentimento, a criança tanto recebe a confirmação de sua imagem, como o acolhimento do seu júbilo em relação à mesma.

A constituição dessa imagem totalizada relativa à experiência do Estádio do espelho, $i(a)$, é, portanto, fruto do puro investimento originário oriundo do narcisismo dos pais. Constituída a partir dos significantes e das significações oriundas do campo do Outro (pela incidência do Ideal do eu), essa imagem unificada é composta por significações que ordenam o que antes só era caos.

Através da constituição de $i(a)$ há um envelopamento do objeto a , (objeto que não tem imagem), o que tem por efeito um apaziguamento da angústia relativa à vivência do corpo despedaçado. Essa função apaziguadora é ressaltada por Lacan, no referido *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005), quando afirma que “a angústia é suficientemente repelida, desconhecida, na simples captura da imagem especular, $i(a)$. O máximo que se pode desejar é que ela se reflita nos olhos do

Outro – mas isso nem é necessário, já que existe o espelho.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 361).

Isso porque, com relação ao objeto *a*, objeto em jogo na angústia, “[...] não podemos fazer outra coisa senão imaginá-lo no registro especular.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 50).

Através do esquema dos dois espelhos, Lacan torna evidente que o sujeito não tem acesso direto à sua imagem real *i(a)*, eu ideal. O sujeito só tem acesso à sua imagem narcísica *i(a)* a partir do campo do Outro, isto é, só tem acesso a sua imagem real enquanto imagem virtual, aquela situada atrás do espelho, como *i'(a)*, por meio do Ideal do Eu, “uma formação que surge nesse lugar simbólico” (LACAN, [1960]1998, p.684), ressalta no texto *Observações sobre o relatório de Daniel Lagache*.

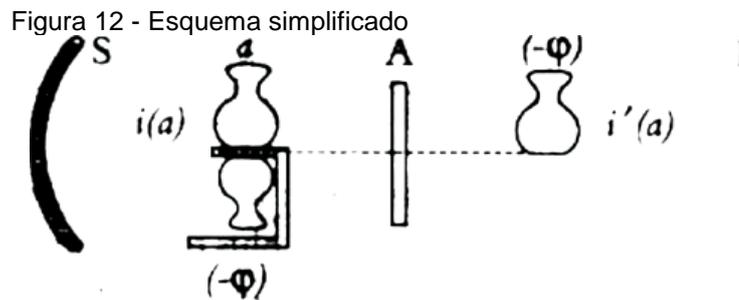
O esquema óptico permite postular que se a constituição da imagem se dá pela via de uma alienação, há, concomitantemente, uma separação. Se o campo do Outro é o meio através do qual o humano encontra sua própria imagem, é, também, o que permite ao sujeito se separar da miséria originária. Isso ocorre porque, segundo explica no *Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, ([1953-1954]1993, p.164), “o ser humano não vê sua forma realizada, total, a miragem de si mesmo, a não ser fora de si”. Uma imagem constituída fora de si, por meio do campo do Outro, imagem que vela o seu desamparo primordial, imagem constituída com elementos que não são quaisquer, e que falam da relação do sujeito com o campo do Outro a partir de sua referência ao objeto *a*.

Mas, o objeto *a* *pivô* de toda a dialética do narcisismo, não é especularizável. Como um resto no investimento especular, ele escapa ao status de objeto derivado da imagem especular.

É justamente em referência a este resto, “[...] que em tudo o que é demarcação imaginária, o falo, virá, a partir daí, sob a forma de uma falta” (LACAN, [1962-1963]2005, p.49), pois ele, o falo, não apenas não é representado no nível imaginário como é cortado da imagem especular.

A angústia surge em um lugar muito preciso, “quando um mecanismo faz aparecer, do lado direito, alguma coisa no lugar de - ϕ , (LACAN, [1962-1963]2005, p.51), no lugar do falo enquanto “uma reserva operatória”, (LACAN, [1962-1963]2005, p.49), lugar de uma falta a ser preservada.

A angústia, portanto, está ligada a tudo que pode aí aparecer, no lugar de $-\varphi$, do lado direito, em $i'(a)$. Esse lugar de $-\varphi$ corresponde, no lado esquerdo, em $i(a)$, ao lugar ocupado pelo a . Quando algo aparece no lugar da falta, ocorre uma saturação cujos efeitos de perturbação têm, como manifestação, a angústia. Por isso, “a angústia não é sinal da falta, mas de algo que devemos conceber num nível duplicado, por ser a falta de apoio dada pela falta.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 64).



Fonte: LACAN, [1962-1963]2005, p. 49

Mas, se a propósito do objeto da angústia é sempre do objeto a que se trata, o que surge não é literalmente o objeto a . Trata-se somente do que parece sê-lo, na medida em que “[...] o a não é especularizável e não poderia aparecer aí, digamos, em pessoa. É apenas um substituto.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 155).

O que surge, no lugar $-\varphi$, surge como o hóspede indesejável, compondo o que foi nomeado por Freud como o fenômeno do estranho. Nesse lugar surge aquilo que já estava lá, porém oculto, trata-se do familiar e igualmente hostil.

De fato, aponta Lacan ([1962-1963]2005, p.60), “[...] existe alguma coisa da ordem do a que aparece no lugar acima da imagem $i'(a)$ [...], o lugar *Heim*, que é o lugar do aparecimento da angústia.” Esse fenômeno do estranho, acrescenta,

Este não pode ser apreendido, de modo algum, como deixando diante de si o sujeito transparente para seu conhecimento. Diante desse novo, o sujeito literalmente vacila, e tudo é questionado na chamada relação primordial do sujeito com qualquer efeito do conhecimento (LACAN, [1962-1963]2005, p. 71).

A esse respeito Rabinovich (1993) acrescenta que o familiar (*Heim*) é a imagem do corpo, a imagem especular, onde situa a demanda do Outro. Esse lugar *Heim* é suportado por algo que se mantém invisível, porém operante. Essa

demanda do Outro é subvertida quando, por meio de uma aparição da ordem do estranho, essa influência invisível se presentifica de forma peculiar. Isso ocorre quando, subitamente, algo que sempre esteve presente de forma oculta e no comando da visibilidade e que deveria permanecer invisível, aparece no lugar da falta na imagem. Assim, afirma a autora, o estranho, o *Unheimlich*, esse estranho familiar, da ordem de um hóspede indesejável, é a aparição do desejo enigmático do Outro no lugar da demanda do Outro, desejo enigmático que está na origem da constituição do sujeito, pois o determinou.

A questão do desejo do Outro é o ponto primeiro da estrutura, pois é o que constitui o desejo do sujeito como desejo do Outro, tal como foi tratado a respeito das operações de causação do sujeito: a alienação e a separação.

O Outro existe como inconsciência constituída como tal. O Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ela não sabe que sou implicado da maneira mais pregnante, porque, para mim, não há outro desvio para descobrir o que me falta como objeto de meu desejo (LACAN, [1962-1963]2005, p. 32-33).

Contudo, se nesse ponto da abertura da angústia, o que se manifesta é da ordem do desejo do Outro, tudo não se resume simplesmente a esta manifestação, “[...] mas, também que meu desejo, diria eu, entra na toca em que é esperado desde a eternidade, sob a forma do objeto que sou, na medida em que ele me exila de minha subjetividade, resolvendo por si todos os significantes a que ela está ligada.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 59).

O fenômeno do duplo em sua articulação com o campo do estranho, fenômeno descrito por Freud no texto *O estranho* ([1919]1980), já citado anteriormente, permite a Lacan exemplificar e trabalhar essa posição objetual, vivenciada pelo sujeito neste momento. Pois, quando algum índice do objeto *a* surge em *i'(a)*, isso faz com que “a imagem especular torna-se a imagem estranha e invasiva do duplo.” (LACAN, [1962-1963]2005, p.112). Esse duplo não é da ordem de um rival especular.

Quando a imagem especular devolve a imagem do duplo, o próprio corpo passa a ser o objeto *a*. (RABINOVICH, 1993). Trata-se aqui do sujeito enquanto objeto causa de desejo do Outro, nesta toca onde é esperado desde a eternidade, na qual se experimenta em sua não autonomia de sujeito, pois, como puro objeto, está à mercê do desejo do Outro.

Bosco, 17 anos, portador de sarcoma, no início de seu tratamento, fala desse estranho, em um atendimento no ambulatório, dentro da sala de quimioterapia.

Figura 13 - Árvore seca



Fonte: B. M. M. - 17 anos

Figura 14 - O ET (Extra terrestre)



Fonte: B. M. M. - 17 anos

Solicitando-me um papel e um lápis, Bosco, enquanto faz o primeiro desenho, diz não saber porque, agora, só desenha árvores secas, para, logo em seguida, dizer o quanto sua vida tornou-se sem graça. Questionando-se quanto à possibilidade de sucesso ou de fracasso de seu tratamento, lembra-se dos amigos que morreram. “Será que eu também vou morrer?” Por sua vez, enquanto expressava a sua preocupação com a sua cirurgia no quadril, a ser realizada em outro Estado do Brasil, a qual poderia ser mutilante, inicia seu segundo desenho. Enquanto o desenha, diz sentir-se um ET (figura 14 acima). Seu corpo lhe era estranho.

Antes do surgimento do câncer era atleta, sentia-se bonito e estava cheio de planos para o futuro. Agora, careca, sem cílios e sem atrativos físicos que antes o

dotavam de sua beleza, não se reconhece. Ao olhar-se, no espelho, diz assustar-se, pois, muitas vezes, vê refletido um estranho que, às vezes, lembra o bebê que foi, ou, quando de relance, parece ver um cadáver. Referindo-se ao estranhamento de sentir a sua cabeça como se estivesse partida, dividida, reflete que a sua vida está igualmente estranha. Nada pode fazer, não pode frequentar a escola. Reconhecendo ter poucas pessoas com quem falar, diz encontrar, em mim, a acolhida e a liberdade para falar do horror que vivencia. Com os demais, os amigos, os familiares e os profissionais, diz manter-se sorridente e animado, mesmo que, no seu íntimo, vivencie sentimentos contraditórios e de grande apreensão.

Facó e Lo Bianco (2012, p. 153) são muito precisas ao afirmarem que “[...] na confrontação com um câncer, a experiência que emerge desse familiar da morte recalçado é da ordem de uma intensa estranheza, de um horror.”

Nessa clínica com pessoas em tratamento para o câncer, a morte se faz presente não apenas como ameaça iminente. Ela se faz ser lembrada através dos mais distintos acontecimentos no corpo, (queda do estado físico geral, perda dos cabelos, queda da vitalidade, palidez, perda da força e do controle das funções corporais), os quais se constituem campo fértil para a emergência do fenômeno do estranho. Somam-se a esses estados corporais, o uso de sondas e drenos que, de forma invasiva, colocam o sujeito em uma condição totalmente assujeitada, e sem qualquer controle e decisão.

As mudanças físicas pelas quais os pacientes passam, a prostração, a deterioração física a olhos vistos, (pontual, durante sérias intercorrências, ou derradeiras, quando estão em fase terminal) lembram, com estranheza, esse cadáver que há em cada um de nós. Assim, o morto que cada qual carrega em vida, e do qual nada se quer saber, não se faz mais esquecido.

A morte, quando próxima, e em alguns casos em iminência, cinge a presença de uma força inominável, desconhecida, enigmática, impiedosa, intratável, que demonstra desfazer os laços com o que é conhecido. Diante dessa força que só quer não se tem muitas escolhas.

Neste sentido, a morte, por ser irrepresentável, pode ser referida como um Outro absoluto e enigmático. A sua proximidade promove uma abertura que tem efeitos de enigma do desejo do Outro pela opacidade que porta e em face da qual a angústia tem seu lugar.

Jacques-Alain Miller (1988) fornece um importante indicativo que contribui para fundamentar essa afirmação.

A morte pode ocupar o lugar do Outro na medida em que, de certo modo, a morte é também um Outro absoluto. Posso citar uma frase que encontrei, a propósito, no trabalho de Jorge Forbes: 'a morte é o que excede às dimensões da vida, é um excesso'. Isso ajuda a entender, muito bem, em que sentido a morte pode tomar o lugar do Outro, a morte é sempre outra morte (MILLER, 1988, p.147).

Segundo Rabinovich (1993), a presença do desejo do Outro em sua pura opacidade provoca, por estrutura, a reação de fuga, reação já associada por Freud à sua função de sinal a um perigo. O desejo do Outro, o perigo sinalizado pela angústia, não é uma questão de boas ou más intenções, também não se trata de que queira meu bem ou meu mal, pois ele tampouco sabe o que deseja. Diante da abertura desse campo, o sujeito não experimenta nenhuma troca, ao contrário, é lançado no desamparo. Por isso a autora sustenta que a estrutura do estranho desmascara a angústia primordial, *Hilfflosigkeit*, o desamparo freudiano, sendo a reação de angústia uma reação direta ao mesmo.

Mas, no tocante ao surgimento da angústia, ressalta Lacan, há alguns limites que devem ser considerados, por isso propõe a existência de um enquadramento, contemporizando que, se a fantasia é enquadrada, a angústia também o é.

A fantasia, como abordado, constitui-se como uma resposta ao encontro com o desejo enigmático do Outro, de forma a tanto velá-lo como dar-lhe uma versão. Em sua função, permite que o sujeito se assegure com o eu, dando-lhe, com isso, algumas garantias. Assim, se a fantasia é uma proteção contra a angústia, e em sua função tampona a divisão e inconsistência do Outro barrado, "em sua fórmula clássica ($\$ \diamond a$), ela é homóloga à função do eu $i'(a)$." (RABINOVICH, 1993, p. 33).

O sujeito permanece consolado por sua fantasia, até que por um acontecimento, e por uma abertura, o enigma do desejo do Outro se faz presente, ameaçando obturar o campo de falta a ser preservado para a sustentação do desejo.

Quando algo surge nesse enquadramento fantasmático, que até então sustentava a relação sujeito com campo do Outro, surge acompanhado da angústia, e isso faz vacilar a ancoragem do sujeito.

Soler (2012) nomeia essa experiência como da ordem de uma destituição selvagem. “Quem a vivencia encontra-se repentinamente como objeto, tanto a sua eminência quanto a sua perda, quer seja ele próprio na sua dimensão de objeto, sujeito destituído, ou como objeto à mercê do Outro.” (SOLER, 2012, p. 11).

Nesta condição, reduzido à sua condição objetual, o sujeito está muito distante de posicionar-se de forma mais autônoma, pois o desejo, de forma correlata, fica em estado de suspensão.

Se o sinal de angústia surge nesse enquadramento, muito bem evidenciado pelo esquema óptico, é porque, tal como Freud afirma no texto *O ego e o Id* ([1923]1980), o sinal de angústia é um fenômeno de borda no campo imaginário do eu.

Segundo Lacan, o termo borda é um termo legitimado pela afirmação de Freud de que o eu é a projeção de uma superfície. Enquanto uma projeção, o eu é como se fosse uma cor que se produz “[...] na borda da superfície especular $i'(a)$, ela própria seria uma inversão, na medida em que é uma imagem especular da superfície real $i(a)$.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 131).

A angústia, quando surge, faz explodir o enquadramento do eu, sede da angústia, por isso os fenômenos de estranhamento, de sem sentido. (SOLER, 2012). Ela é um sinal que surge no eu (*moi*), mas que não é um sinal para o eu. É um sinal dirigido ao sujeito, \$, sinalizando o perigo de seu desaparecimento como sujeito desejante. A angústia, portanto, é um sinal para o sujeito.

Se o eu é o lugar do sinal, não é para o eu que o sinal é dado. Isso é bastante evidente. Se isso se acende no nível do eu, é para que o sujeito seja avisado de alguma coisa, a saber, de um desejo, isto é de uma demanda que não concerne a necessidade alguma, que não concerne a outra coisa senão meu próprio ser, isto é, que me questiona. Digamos que ele me anula, Em princípio, não se dirige a mim como presente, dirige-se a mim, se vocês quiserem, como esperado, e, muito mais ainda, como perdido. Ele solicita minha perda, para que o Outro se encontre aí. Isso é que é angústia (LACAN, [1962-1963]2005, p. 169).

No momento de seu surgimento, o sujeito se sente premido no mais íntimo de si pelo efeito da presença desse desejo do Outro em sua forma opaca. Diante desse desejo, surge a questão: que queres? Questão estrutural, relativa ao que está em jogo na operação de separação.

Se, diante desse enigma, não se tem como saber o que isso quer dizer, a única certeza que existe é que isso quer dizer alguma coisa. Por isso, o enigma é certeza. Nesse sentido Soler (2012) esclarece que, na angústia, esse vazio que irrompe rasgando o véu das significações engendra algo - uma certeza na cadeia de meu ser. “[...] Para que haja angústia, é preciso que a cadeia significativa na qual emerge um vazio seja a cadeia de meu ser, isto é, seja a cadeia em que eu me apreendo, em que eu me busco.” (SOLER, 2012, p. 39-40).

Todo o percurso de elaboração por parte de Lacan, nesse referido seminário, levou-o a conceber que o objeto da angústia é um objeto cuja apreensão é bem diferente, pois é preparado pelo corte, sem o qual seria impensável o funcionamento significativo. É por efeito desse corte que, em seu fundo, algo se deixa entrever: aquilo que deveria permanecer invisível, mas emerge como o inesperado, o hóspede estranho familiar. Por isso “a angústia é aquilo que não engana.” (LACAN, [1962-1963]2005, p.88). Ela não engana porque, para ela, não é possível o engano das palavras, pois ela “[...] escapa ao engodo dos significantes, ao *automaton*, à repetição da cadeia para a qual a dimensão do gozo está colocada.” (FACÓ; LO BIANCO, 2012, p. 160). Segundo as autoras, como sinal do real, a angústia sinaliza um resto irreduzível às palavras e às imagens.

Cabe ressaltar que essa referência ao real é para onde se dirigem as elaborações de Lacan, quando seu ensino avança da concepção da angústia como proveniente do desejo como desejo do Outro, para a ideia de que a angústia vem do real. (SOLER, 2012). A citada autora indica esse trilhamento retomando tanto as elaborações de Lacan no texto *A terceira* ([1974]1980), como *no Seminário 22: RSI* (1974-1975), nos quais, respectivamente, propõe a angústia como o afeto do todo acontecimento de real e localiza a angústia no nó borromeano, na junção entre o real e o imaginário.

No *Seminário 22: RSI* (1974-1975), Lacan, inclusive, quando avança em seu estudo nodulações dos três registros: O real (como ex-sistência), o simbólico (como furo) e o imaginário (como consistência), nomeando-os como os Nomes do Pai. Nesse seminário, ao fundamentar a nodulação borromeana desses três registros a partir de um quarto elo, sob a forma de duplicação de cada um desses registros, propõe as seguintes nomações: a angústia como a nomação real, o sintoma como a nomação simbólica, e a inibição como nomação imaginária. Nesta função de nomação, tanto a inibição, como o sintoma e como a angústia mantém

os 3 registros nodulados borromeamente e, por isso, afirma, são o que convém dar como substância do Nome do Pai.

No *Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005), nesse momento de seu ensino, essa vertente real se faz presente, e presumo poder ser correlacionada com o que há de opaco e irredutível em contraposição ao campo significativo. A angústia, como sinal do real, e concebida como corte, sem o qual a presença e o funcionamento do significativo são impensáveis, ao se abrir, deixa entrever o inesperado, o indizível, enigmático desejo do Outro em sua toda opacidade.

A função angustiante desse desejo liga-se ao fato de “[...] eu não saber que objeto *a* sou eu para esse desejo.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 353). Portanto, “na verdade, ele não me reconhece nem me desconhece[...]. Ele me questiona, interroga-me na raiz mesma de meu próprio desejo como *a*, como causa de desejo, e não como objeto.” (LACAN, [1962-1963]2005, p.169).

Assim, atravessado por essa opacidade que emerge de um corte, reflete Maria Lopes Facó (2012, p. 119) somente “[...] posso recolher seus efeitos, se dele tirar consequências, ou seja, no que eu me responsabilizo por aquilo que me atravessa, em corte, sem deliberação.”

É, portanto, na direção da abertura da angústia “[...] que deveremos buscar a função, o verdadeiro peso, o sentido da manutenção da função de causa.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 88).

Segundo Lacan, o tempo da angústia está sempre presente na constituição do desejo, mesmo que esse tempo seja elidido, tanto que localiza a angústia como um termo mediano entre o gozo e o desejo, conforme se observa na figura 5: Terceiro esquema de divisão, apresentado no capítulo 2.

Assim, se Lacan afirma que “[...] é depois de superada a angústia, e fundamentado no tempo da angústia, que o desejo se constitui” (LACAN, [1962-1963]2005, p.193), por conseguinte, é possível dizer que é somente após atravessar o tempo fundamentado da angústia, que um sujeito pode, ao se questionar sobre a raiz de seu próprio desejo, construir as suas respostas, sempre singulares.

2.3 Duas posições diante da angústia

A clínica psicanalítica, voltada para a escuta do sujeito dividido, tem na angústia uma importante bússola. Na medida em que psicanálise não cura o sujeito de sua divisão, isto é, de sua condição de falante, a direção da cura está intrinsecamente articulada com o lugar e a função da angústia e essa problemática da angústia está relacionada com a ética da psicanálise. (LEITE, 2011)

A ética da psicanálise se contrapõe à que rege o mundo e as instituições, em geral, pois nesses vige uma ética de cunho Aristotélico, que, pautada nos ideais normatizantes e nas virtudes, visa o bem em comum. O que predomina é a crença de um bem-supremo suposto poder ser atingido ao custo da abdicação de todo e qualquer desvio provocado pelo desejo. Trata-se de uma ética que, no hospital, tem o caráter do cuidado humanitário, um cuidado identificado com as boas intenções, o qual não dá lugar ao desejo e às diferenças.

Na psicanálise, pontua Lacan no *Seminário, livro 7: A ética da psicanálise* ([1959-1960]1997, p. 351), “[...] estamos longe de toda e qualquer formulação de uma disciplina da felicidade.” A ética que a sustenta, ética do desejo, não se confunde com a ética moral normativa para todos, ao contrário, é pautada pela diferença e visa a descoberta da medida de cada um.

Mas, não se trata de um desejo como capricho a ser realizado a qualquer custo; ao contrário, é um desejo que reconhece a castração e face ao qual o sujeito está mais do que nunca implicado e responsabilizado em suas escolhas.

Assim, a questão da angústia em sua relação com a ética desnuda a relação de cada homem com o seu próprio desejo, tanto que a pergunta continuamente reiterada é: “agiste conforme o seu desejo”? (LEITE, 2011)

A psicanálise, portanto, coloca o homem diante de um compromisso com sua existência: “[...] assumir a angústia que o atravessa, considerando o determinismo e a responsabilidade que o habita.” (LEITE, 2011, p. 81).

Lacan é categórico, logo no início de seminário *A angústia* ([1962-1963]2005, p.13), quando afirma que, na clínica, é preciso “[...] sentir o que o sujeito pode suportar de angústia.”

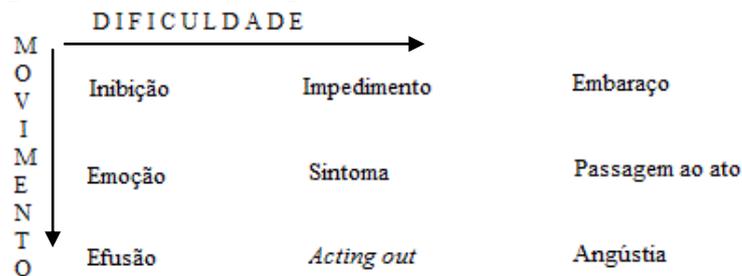
A angústia, como fato de estrutura, por ser concebida como corte, está correlacionada a um vazio, cuja função é estruturante. A partir da função estruturante da angústia todas as manobras por parte do sujeito são possíveis.

Essas manobras, que se dão tanto pela via do agir, como da formação dos sintomas (nas suas mais distintas modalidades), são respostas, são defesas ante a abertura do campo da angústia.

Para tratar destas modalidades de respostas em sua relação com a angústia, que nada mais são do que formas de a manejar, isto é, de evitá-la, Lacan constrói um quadro, no qual, de forma muito elaborada e complexa, retoma a tríade freudiana: inibição sintoma e angústia.

Além de localizar estes termos em diferentes patamares e acrescentar outros (termos), propõe dois vetores com os quais constitui dois eixos: o eixo da dificuldade e o eixo do movimento.

Figura 15 - Quadro da angústia



Fonte: LACAN, [1962-1963]2005

No ponto zero do movimento ou zero de dificuldade, de onde partem os vetores, está a inibição, notadamente, a modalidade de defesa mais absoluta e efetiva frente a angústia. Descrita, por Freud, como da ordem da paralização de uma função pela via do movimento, a inibição, como detenção de um movimento pode, de forma metafórica, ser associada a uma parada no deslizamento significativo devido à intromissão de outro desejo, um desejo diferente daquele que aí se satisfaria.

Ao longo do vetor da dificuldade, Lacan distinguirá, após a inibição, duas outras modalidades: o impedimento e o embaraço². No impedimento, a dificuldade em questão não é da mesma ordem que na inibição. Há uma correlação com o sintoma, mesmo porque está em sua coluna. Segundo Lacan, o impedimento seria da ordem de um sintoma, que tem relação com o que acontece quando o sujeito cai em uma armadilha narcísica. É da ordem de uma fratura íntima, resultado de uma

² A Banca de defesa indica ser mais apropriado o uso do termo embaraço ao termo embaraço.

defrontação com a incompletude, isto é, com a castração. A manifestação dessa fratura, que implica a divisão do sujeito, tem efeitos, exemplificado na neurose obsessiva, de limitação do domínio por parte do eu, incidindo como impotência.

O vetor prossegue em direção ao embaraço, o máximo da dificuldade. No embaraço o sujeito está um pouco mais angustiado, tanto que Lacan relaciona o embaraço com o sujeito revestido pela barra, quer dizer, aqui o sujeito está mais atravessado pela castração. Neste momento joga com o termo que, em espanhol, *embarazada*, designa a mulher grávida. Não sem motivos, o embaraço está na coluna da angústia denunciando que há, neste nível, a manifestação real da angústia, diante da qual o sujeito não sabe o que fazer. É no embaraço que Lacan localiza o conceito de angústia.

O outro vetor, o vetor do movimento, parte do ponto zero, a inibição, e segue em direção a uma intensificação do movimento através de termos: a emoção e a efusão³.

A emoção é descrita como da ordem de um movimento que desagrega, em uma associação com uma reação catastrófica, tal como a crise histérica. Assim, nesse nível, do lado do sujeito, algo pode ser arremessado para fora, embora ainda haja uma distância considerável em relação à angústia, possibilitada pela sua relação com o sintoma.

O sintoma, como uma defesa contra a angústia, tal como Freud definiu, é de outra ordem que o *acting out* ou a passagem ao ato, que são também modalidades de respostas. Através do sintoma, o sujeito, conectado com o inconsciente, pode transcorrer na relação com a outra cena.

Há no sintoma algo de não assimilado pelo sujeito e que tem relação com o que o causa. Lacan ([1962-1963]2005, p. 361), quando trabalha esse mesmo quadro a partir do nível escópico, introduz outros elementos que permitem, por exemplo, pensar que o sintoma, em sua articulação com fantasia de onipotência, sustenta tanto a posição do neurótico, de não querer saber da angústia que o atravessa (localizado no lugar da emoção), como a sua posição de colocar-se impotente diante de seu sintoma, (impotência localizada no lugar do impedimento).

Por sua vez, quando o sujeito, em um processo analítico, implicando-se em seu sintoma e perguntando-se quanto ao que há de seu nele, o não saber e a

³ A Banca de defesa indica, no lugar do termo efusão (emói), o uso dos termos desvanecimento ou esmagamento.

impotência podem ser referidos à ordem da castração simbólica. A inclusão de uma impossibilidade estrutural torna possível a passagem de um funcionamento, antes regido pela impotência, para outro, que leva em conta o impossível. Essa inclusão favorece uma passagem do desejo de não ver, que mantém o sujeito na condição de nada querer saber o que aí se satisfaz, para a construção de um percurso sem tantas garantias. Mas essa passagem não ocorre sem algumas renúncias do que até então o fixava em algumas satisfações.

Ainda no vetor do movimento, no máximo da perturbação, está a efusão (*emó*), considerada uma perturbação coordenada ao aparecimento do objeto *a*, isto é, o momento de desvelamento do traumático, em relação ao qual a angústia se revela como aquilo que não engana. Trata-se do momento em que “[...] o campo do Outro, por assim dizer, fende-se e se abre para o seu fundo” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 339), e no qual ocorre a cessão do objeto; momento lógico posterior ao instante da angústia.

Lacan completa o seu quadro com duas modalidades de ato: o *acting out* e a passagem ao ato. Localizados em distintos níveis do quadro, ambos são modos de manejo da angústia por parte do sujeito. Enquanto o *acting out* está na coluna do sintoma, a passagem ao ato está localizada na coluna da angústia.

Lacan faz da passagem ao ato o momento de maior embaraçamento do sujeito. Contudo, embora na passagem ao ato o sujeito esteja mais do que afetado pela emoção, nela a angústia ainda continua mascarada. O sujeito, no momento da passagem ao ato, está apagado ao máximo, e, do lugar onde se encontra, historicizado, cai da cena.

O *acting out*, por outro lado, é um sintoma (inclusive a sua localização no quadro está na coluna do sintoma). Como uma forma de mostração velada ao sujeito, o *acting* é dirigido ao Outro, e, por isso, chama pela interpretação; diferentemente da passagem ao ato, que não faz apelo ao Outro.

Com a construção deste quadro, Lacan evidencia que há uma gradação e diferentes modos de resposta à angústia. A abertura do campo da angústia leva o sujeito a uma precipitação, denotando que, se a angústia convoca a uma ação, a um movimento, é porque “agir é arrancar da angústia a sua certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 88).

Para Soler (2012) é importante distinguir o objeto *a* em sua função de angústia e em sua função e causa. No momento da abertura da angústia, o objeto *a*,

em função de sua enigmática e perturbadora presença, convoca o sujeito em sua equivalência ao objeto, vetorizando-o em direção ao gozo. A ultrapassagem do tempo da angústia implica que o objeto aceda à sua função de causa e, nesta função, o objeto está oculto. Subtraído e oculto ele faz o sujeito se movimentar, constituindo-se como o vetor da dinâmica desejante do sujeito. Porém, enquanto oculto é impossível, ao sujeito, reconhecer-se em seu desejo, “toda experiência prova isso: o sujeito se interroga sobre o seu desejo, mas nunca pode se reconhecer nele” (SOLER, 2012, p.48), pois, ao ‘Que queres?’, não há resposta articulável.

Essa pergunta, inerente à estruturação de um sujeito desejante, é continuamente reatualizada, não sem relançar para o sujeito a sua divisão. São momentos onde, por um acontecimento, o campo do Outro se fende, deixando entrever em seu fundo opaco uma presença inominável, que o leva à pergunta dirigida ao campo do Outro: O que queres?

É justamente nessa orientação aberta pelo real, em face da qual a angústia é o sinal que, Lacan, de forma muito breve, destaca a importância de um delicado manejo. Uma distância precisa ser colocada com relação à angústia, “[...] sem pô-la imediatamente no armário e sem tampouco deixá-la na imprecisão.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 17). Mas, o que isso quer dizer?

A angústia, por seu estatuto de corte, deixa entrever um campo opaco, o desejo do Outro, tendo, por efeito uma queda, uma perda. Não é possível permanecer diante desse campo aberto da angústia, sem que algum contorno lhe seja dado, como apontado anteriormente. Essa opacidade, modo específico de aparecimento do desejo do Outro, lança o sujeito na angústia, a qual o sujeito procurara todas as formas de neutralizá-la

Mas, qual tratamento possível a ser dado ao irrepresentável e ao impossível?

Para o falante não há outro tratamento que pela via imaginária e simbólica, únicos recursos disponíveis para que envolvam de sentidos o que não tem, ofertando, ao que é um puro vazio, alguma consistência. É o que Lacan afirma quando se refere ao objeto *a* como o objeto que se trata na angústia: “[...] não podemos fazer outra coisa senão imaginá-lo no registro especular.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 50).

Assim, se o surgimento da angústia explode o enquadramento dado pelo eu (*moi*) e produz uma importante vacilação do arranjo fantasmático que sustenta o

sujeito, após um instante de sideração, uma tentativa recomposição logo tem início. Tais contornos, que nada mais são que respostas singulares construídas dentro do campo do Outro, isto é, do campo da linguagem, de uma maneira ou outra nomeiam e, ao mesmo tempo, velam esse ponto estrutural da angústia. Sendo assim, as respostas que cada um constrói, em resumo, são tentativas de propor uma continuidade à descontinuidade que se escancarou, evidenciando que, “só há superação da angústia quando o Outro é nomeado.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 366).

A abertura desse campo de angústia por acontecimentos como os da ordem do acometimento de um câncer e as questões geradas pelo tratamento convoca, inevitavelmente, cada um, após um momento de sideração e suspensão, a fazer seus contornos. Observo que alguns buscam a segurança ofertada pelas identificações com ideais extremamente rígidos e alienantes e pelos saberes inquestionáveis, que tamponam a brecha por onde alguns questionamentos poderiam surgir.

Por meio dessa modalidade de resposta, nada mais fazem do que enfraquecer a abertura do campo da angústia, despojando-o de sua função de corte e causa, e, com isso, “[...] o que ela [a angústia] indica de radicalmente subversivo e insubmisso enquanto potência do ato criador.” (SOLER, 2012, p.14). Esse caráter subversivo está ligado à abertura para o novo, pela possibilidade da abertura para o desejo.

Nesse tipo de resposta, ao contrário, mantêm uma alienação cega e inquestionável ao campo do Outro, um Outro que, nesta vertente, é consistente, cheio de saberes, o supostamente passível de ser completado.

“Degradar o corte em sua função de corte, atribuindo-o consistência [...]” (FACÓ, 2012, p. 156), portanto, é uma forma de colocar a angústia no armário. Para esses sujeitos não há questões, o que predomina são falas com função de certeza. Na maioria das vezes são casos nos quais a religião surge como um recurso poderoso de proteção contra a angústia, que, por sua vez, serve de couraça para o sujeito frente a qualquer questionamento. O que se acirra é a vertente do gozo, em detrimento ao desejo. São posicionamentos que dificultam e até inviabilizam o endereçamento ao campo do Outro, nos quais é raro o estabelecimento de uma transferência com o analista.

Um caso foi marcante para exemplificar uma posição extremamente alienada que não favoreceu uma mínima separação, operação importante, abordada anteriormente, fundamental para o advento do sujeito desejante. Esse, por sua vez, pode representar um exemplo quanto a um dos limites para a psicanálise – quando não há o estabelecimento de uma transferência.

José, 10 anos, é internado na enfermaria de oncologia com suspeita de ter uma leucemia. Com a confirmação, inicia o tratamento, contudo, a doença, desde o começo, mostra-se refratária e resistente a qualquer esquema quimioterápico. Desde as primeiras ofertas de atendimento que lhe dirijo, José não se mostra receptivo. Alienado ao discurso materno de que ele está curado, (um discurso pautado em dogmas religiosos), não ousa me dirigir qualquer fala ou fazer qualquer demanda. Seu pai, igualmente dominado pelo discurso materno, não introduz a diferença. José respondendo sempre que tudo está bem, busca no olhar de sua mãe: a autorização para que fale ou não; o que ocorre quando qualquer um que se aproxime. Sua mãe, inclusive, posiciona sua cadeira de costas para a enfermaria, deixando clara a recusa ao contato. E, assim permanecem, inclusive quando enfraquecido, cheio de manchas rochas e sangramentos por uma doença refratária, 30 dias depois de sua internação, José morre.

A religião não é a única a fazer essa blindagem. Qualquer saber rígido e inflexível, que se interpõe como crença inabalável, também exerce esta função. Um pai de um paciente de 9 anos, Lídio, portador de um tumor agressivo na coluna, biólogo de formação, sabe de tudo: medicações, interações, sabe o que o filho quer, o que para ele é o melhor. A mãe, passiva e submissa, é continuamente desautorizada pelo marido, que se posiciona refratário a qualquer questão ressaltada nos atendimentos, os quais, inócuos; não produzem nele, como efeito, qualquer questionamento que favoreça uma mudança de posição. O que impera é o seu saber inquestionável. Essa posição dificulta os atendimentos do menino, que se mostra indiferente à minha presença. Para ele nada lhe faz questão e tudo sempre está bem, mostrando aceitar, de bom grado, a redoma criada pelo saber do pai, que, além de tudo, sustenta a versão de que “vida é bela”, na qual todas as suas vontades são satisfeitas. Essas posições não cedem e não abrem para intervenção analítica mesmo na última internação, quando em franca vivência de decadência física, Lídio morre.

Outros casos permitem ver outras modalidades de respostas a essa abertura da angústia. Nestes, a resposta possível de ser construída e que retira a angústia da imprecisão faz da angústia um ponto de mudança.

Mobilizados pela angústia, e em meio à construção de algum sentido para o que enfrentam, muitos se lançam em intensos questionamentos e reavaliações de sua vida, o que os levam a uma precipitação em projetos desejantes, através dos quais se arrojam, de forma implicada, em sua aventura de viver.

A construção dessas respostas, consequência de uma operação de separação em relação aos significantes que até então se alienavam, tais como, doença, coitado, morte, entre outros, evidencia ter ocorrido um deslocamento que favoreceu a construção de outras respostas que a vitimada, a desistente, a que fica à espera que as soluções venham dos outros, a que busca garantias nas eternas compensações e facilitações pelo fato de que têm uma doença séria.

Por meio desse movimento desejante, mesmo em vigência de tratamento, lutam e se esforçam, por exemplo, para terminarem suas séries escolares a despeito, inclusive, dos discursos familiares que insistem: “agora você não precisa se preocupar com isso. Você deve se preocupar em ficar curado”.

Recentemente, um jovem conseguiu, com apoio de seus pais, e da equipe, fazer a prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) que tanto desejava, e a fez internado. Esse seu movimento desejante envolveu a mobilização de muitos profissionais do hospital, da organização estadual do ENEM, e de toda uma logística envolvendo outras instituições para que essa prova (composta por dois dias) lhe fosse aplicada, em tempo regular e simultâneo com os demais locais do Brasil, porém, dentro do hospital, em uma sala com privacidade.

Há, portanto, no percurso de cada um, o que lhe é possível a partir dessa vivência promovida pela angústia e, em meio a essas vivências e construções, está a questão da função e a posição ética de um analista.

Sandro, 12 anos, filho mais novo de cinco irmãos, desde que inicia o seu tratamento para leucemia identifica-se como o “doente”, como aquele que, sempre, “terá a saúde frágil”; falas oriundas do discurso materno, discurso ao qual se submete. Após três recidivas de sua doença (volta de sua doença e reinício de tratamento), e com 19 anos, é o único que ainda reside com a mãe. Os outros irmãos casaram-se e seu pai morreu em um acidente automobilístico na época do segundo tratamento. Sandro e sua família foram acompanhados ao longo de seu

longo tratamento, tanto durante as internações como no ambulatório, contudo, na fase de manutenção (acompanhamento médico sem quimioterapia) de seu terceiro tratamento, Sandro, assolado por crises de choro e de angústia, dirige-me uma demanda de atendimento no ambulatório. Nestes atendimentos fala da vida sem perspectiva. Fala que tem sonhos, mas não os vê realizando, porque não se concebe contrapondo-se à sua mãe que, indiretamente, e, às vezes, diretamente, lhe diz não ser ele como os demais por causa da leucemia.

Sem quimioterapia, ele trabalha muito na lavoura, porém, diz não ter a liberdade de sair para se divertir com amigos, pois se sente refém das alegações maternas de que sua doença pode voltar, além da frase idiomática: “Você não é como os outros rapazes”. Sai apenas fazendo companhia à mãe quando esta vai à igreja, quando faz visitas a amigos e aos familiares. Quer parar de trabalhar na lavoura e estudar em uma cidade grande, mas, para isso, teria que não só deixar a sua mãe sozinha, como também enfrentar a sua insatisfação, a sua tristeza. O que Sandro não consegue abrir mão é do que nele se satisfaz com essa subserviência e esse casamento com a figura materna. Em um atendimento, ao falar dessa sua servidão e a sua constatação de que, diferente dos amigos, não tem uma namorada diz: “Parece que tenho que pagar por tudo o que ela disse ter feito por mim, ao longo de todo o meu tratamento”.

Sandro, em franco trabalho de transferência, fala e faz seus questionamentos, mas não se propõe a romper com sua alienação, não se propõe a abrir mão dessa parceria que, se traz sofrimentos, também o satisfaz. Está mortificado, mesmo em vida.

Bosco, 17 anos, aquele que, no início de seu tratamento, desenha o extraterrestre, evidencia outra possibilidade: a construção de uma posição desejante diante de sua vida, mesmo quando caminhava para a morte.

Bosco, portador de um sarcoma, em uma determinada altura de seu tratamento, enfrenta uma cirurgia no quadril que o deixa com uma perna mais curta. O risco de impotência sexual, colocado por um cirurgião de serviço que participo, não foi confirmado pelo cirurgião do outro Estado, onde fez a cirurgia. Pouco tempo depois de realizada a cirurgia, e mesmo em vigência de quimioterapia, a sua doença volta de forma muito agressiva, levando-o a entrar em cuidados paliativos. (Fase de tratamento, não mais voltada para a cura, pois a doença não mais responde ao

tratamento, mas volta-se para o controle de dor e demais sintomas até que a morte chegue).

Nos seus atendimentos, a nível ambulatorial (pois raramente interna), Bosco encontra espaço para trabalhar as questões de sua vida: as perdas que sofrera, a decepção com o pai (que se separou de sua mãe nesse período em que mais contavam com sua presença e ajuda), e a entrada em cuidados paliativos. E, diante tudo isso, Bosco decide que quer viver.

Presta vestibular, encontra-se mais com os amigos, começa a aprender violão, decide firmar namoro com a namorada, com quem tem a sua primeira relação sexual e com quem mantém uma vida sexual regular. Coloca-se nas consultas médicas de uma forma participativa e comprometida como poucos, participando, inclusive, de todas as decisões. A sua mãe, sempre presente, não impõe dificuldades a essa sua postura tão marcadamente de sujeito. Esta senhora também contou com um espaço de trabalho de suas questões, um espaço no qual, ao falar de sua divisão e dor de perder um filho, pôde construir um modo todo próprio, modo acolhedor e respeitoso de lidar com esse difícil momento. Digo isso porque é frequente que a maternagem se instale e que os pais, imersos no discurso do cuidado, destituam seus filhos da posição de sujeitos, é lógico, com a participação ativa destes.

O pai de Bosco, resistente a comparecer a qualquer chamado para atendimento que lhe faça, torna-se mais presente no ambulatório apenas no fim da vida de seu filho, quando assume a função de trazê-lo de carro para as consultas.

Bosco, em seu propósito de viver, durante os seus atendimentos, questiona-se sobre seus temores, afinal, o que é a morte? Preocupado com sua mãe, pergunta-se: como ela ficaria? Consegue reaproximar-se do irmão. Muito diferentes, apenas no final de sua vida encontram-se em suas diferenças. Bosco ensina que, de forma muito implicada e responsável, uma escolha por manter-se vivo, desejante, pode ser construída, mesmo para quem caminha para a morte.

Ao longo de seu tratamento Bosco encontra, nos atendimentos psicanalíticos, o espaço para onde dirigir as suas questões, no qual pode falar e se fazer escutar. E justamente por haver uma analista, ele não encontra, nesse espaço, conselhos cheios de boas intenções, não encontra uma expert cheia de saber, muito menos uma reprodutora de frases prontas, tais como “Todos vão

morrer um dia”. Ao contrário, encontra espaço para que pudesse construir as suas respostas.

Isso porque, tal como Lacan ressalta em “A ciência e a verdade” ([1965]1998, p. 873): “A posição do analista não deixa escapatória, já que exclui a ternura da bela alma.”

Um tempo antes de morrer, em um dos atendimentos ambulatoriais, ele me entrega alguns poemas. “Quero que fique com esses! Quando escrevo poemas eu consigo falar de coisas que, normalmente não encontro palavras”.

Dentre os que me foram entregues, destaco um.

VIDAS... SOLDADOS. (B.M.M. - 18 anos)
 Agora que a batalha acabou,
 eu vejo sangue.
 Eu vi tudo que aconteceu.
 Vidas acabando...
 Vidas começando.
 Eu vi amores começando,
 amores voltando,
 amores acabando.
 Eu vi pessoas,
 seres humanos diferentes
 com suas crenças
 e suas raças.
 Algumas eu nem conheço.
 Mas todas se tornaram
 soldados ... sim soldados
 da minha causa.
 E sem exitar (sic), usaram suas armas,
 para me ajudar,
 para que eu vencesse,
 para que eu visse o próximo pôr do sol.
 Para que eu sentisse a próxima brisa.
 para que eu fosse feliz,
 diante de ...
 tanto bombardeio,
 tanto sangue,
 tanta tristeza.
 Mas nós conseguimos vencer
 a batalha de uma guerra
 que está acabando ...

A cotidiana oferta de espaço de fala e de escuta tanto nas enfermarias como no ambulatório favorece com que cada qual, criança, adolescente e seus pais, se engajem nessa oferta como podem, encontrando, junto a um psicanalista, espaço para a elaboração do horror que atravessam.

Ao ofertar-se, o psicanalista não sabe de antemão o que acontecerá, não sabe de antemão o que fazer, não sabe como cada qual caminhará ou por quais

caminhos cada um trilhará. Trata-se, nesta oferta, de uma aposta, e, para sustentá-la, um analista coloca-se ao lado de cada sujeito destituído de qualquer julgamento de valor, sem sustentação de ideais, e, por sua vez, sem fazer parceria com o sofrimento. Observa-se que tanto a criança, como o adolescente e seus pais, na medida em que se engajam nesse trabalho tão particularizado com um analista, localizam neste uma referência que muitos não hesitam em recorrer.

Jessica, 9 anos, bate na porta da sala de atendimento localizada no ambulatório, demandando atendimento para falar de uma sensação de falta de ar e aperto no peito. Fica algum tempo em silêncio, quando, ao pegar alguns brinquedos que existem na sala e sentar-se no chão, revela querer falar com uma amiga e perceber que a mãe não deixa. Com os brinquedos compõe uma cena, enquanto diz: “Eu soube que quatro pacientes morreram” (fala seus nomes e faz um cortejo de animais na frente). “Soube hoje que Denise morreu “ (uma adolescente que tinha a perna amputada e usava muletas – e colocou uma menina deitada no chão com muletas perto). E diz: “Sabe, eu sei porque mamãe não me deixa falar com minha amiga, é porque ela morreu”. Chora. Pergunto-lhe sobre essa amiga e como ela se sentia a esse respeito: “Estou triste! Era minha amiga! A gente fica triste quando perde alguém que a gente gosta muito! Mamãe pensa que eu sou boba, que eu não percebo! Por que ela faz isso comigo”? Silêncio... Ao suspirar, diz que a dor no peito havia passado. Saiu dizendo: “Vou falar com ela que eu sei”!

Figura 16 - A procissão



(J.D.R. - 9 anos)

Podem-se observar as quatro figuras deitadas e, na frente um cortejo, uma boneca com muletas caída no chão (é Denise, a adolescente que soubera ter

morrido e que usava muletas) e, na frente, uma cena correspondente a um leito na enfermaria.

Cabe salientar que a clínica psicanalítica não visa promover a angústia, mas, ao operar com o sujeito dividido e a sua relação com o campo do Outro, esse campo, o campo da angústia, torna-se o fundamental operador clínico.

O seu manejo, portanto, é fundamental: nem tão longe, nem tão perto. Para que um sujeito, ao suportá-la, possa atravessá-la e seguir na construção dos trilhos de seu desejo, algum aplacamento da angústia é fundamental, sem que, contudo, a sua função de causa seja obturada. A transferência tem uma importante função para esse manejo, assunto que será especificamente abordado no próximo capítulo.

Lacan, no seminário 10, *A angústia* ([1962-1963]2005), ressalta toda a delicadeza desse manejo quando aponta não apenas para a importância de verificar o quanto o analisando suporta de angústia para fazer dela um ponto de mudança, mas quando pontua que, neste manejo, não é indicado “[...] apoquentar irrefletidamente a causa do desejo” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 349), mesmo em vigência de transferência.

Lacan discorre sobre esse cuidado quando trabalha a analogia entre o sintoma, a passagem ao ato e o *acting out* com a metáfora de torneira, em sua referência à causa e a sua relação com a angústia. Se o sintoma é o vazamento da torneira, a passagem ao ato corresponderia a abrir a torneira, (mas sem saber o que se está fazendo), enquanto que o *acting out* não seria o abrir a torneira ou não, mas sim a presença ou não do jato. “O *acting out* é o jato, ou seja, é aquilo que sempre vem de outro lugar que não a causa com a base na qual age.” (LACAN, [1962-1963]2005, p. 349).

Sobre esse manejo da angústia, Facó e Lo Bianco (2012, p.161) analisam que toda a sua problemática está justamente na “distância que se deve dela tomar de forma que a angústia não se coloque tão próxima, como na passagem ao ato – por exemplo, no suicídio, nem tão distante, como na inibição.” Quer dizer, nem perto demais, nem longe demais, pois como acrescenta Facó (2012),

Quanto mais se aproxima da angústia, maior o atravessamento de sua posição objetual – em corte com um suposto eu senhor, sabedor de si mesmo. Já quanto maior a recuperação imaginária, maior a proximidade com a inibição, e mais a dimensão do eu como que se enrijece, tendendo ao nada de angústia (FACÓ, 2012, p. 114).

Trata-se, portanto, de um manejo que coloca o analista continuamente à prova.

Prosseguindo no tema das duas posições no tocante à abertura do campo da angústia, não apenas o paciente pode escolher entre a via de destituir-lhe a função de causa através de tamponamentos por ideias e saberes consistentes, ou a via que faz da angústia ponto de mudança e de retomada dos trilhos do desejo.

Aquele que o escuta, também pode se posicionar e daí intervir de modo a rapidamente promover tamponamentos, ou pode, ao manejar essa abertura, favorecer que cada um possa falar e construir sua forma de atravessar o horror que vivencia.

Lacan explicita claramente que há uma lacuna estrutural entre a causa e o efeito que, se for preenchida, faz desaparecer a função de causa.

Aliás, à medida que se completa, a explicação seja do que for leva a que se deixem apenas ligações significantes, a que se volatilize o que a animava no princípio, e que levou vocês a procurarem o que não compreendiam, ou seja, a hiância efetiva. Não há causa que não implique essa hiância (LACAN, [1962-1963]2005, p.310).

Um texto tornou-se fundamental para essa dissertação, a ponto de retificar o seu curso, pois, em meus primeiros rascunhos de intenção, a reflexão a respeito do alcance e dos limites da psicanálise nessa clínica pautava-se apenas na existência ou não de uma transferência como condição para a viabilização do trabalho por parte do psicanalista.

O texto em questão, *Corpo e finitude – a escrita do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica* (2013), das autoras Juliana de Miranda e Castro-Arantes e Anna Carolina Lo Bianco, permitiu ressaltar o que, de certa forma, já se fazia presente em meio aos rascunhos iniciais dessa dissertação, porém de forma incipiente. Se a transferência está presente em todas as relações dos falantes com o mundo, e se na psicanálise ela é condição para que uma psicanálise se dê, como veremos, no próximo capítulo, a transferência, embora fundamental, não responde, por si só, pelo o que há de limite e de alcance da psicanálise junto a sujeitos que enfrentam a questão da morte.

Há algo mais a ser localizado no manejo da angústia, certamente, a partir da transferência, e que diz respeito à posição do analista na condução das escutas

desses sujeitos, posição sustentada pela ética da psicanálise, como a ética do desejo.

Toda a aposta analítica visa a implicação do sujeito em suas escolhas, de forma a que arque não apenas com as conquistas, mas, também, com as perdas e as renúncias implicadas em cada posicionamento. Muitos recortes evidenciaram essa implicação, como o adolescente que, em plena quimioterapia, sustentou seu movimento de fazer ENEM, ou a menina cuja perna foi amputada e que decide pelo não uso da prótese em favor do uso de sua sandália alta, ou o adolescente que, caminhando para a morte decide viver, responsabilizando-se por suas escolhas, retomando seus planos, no curto tempo de vida que tem.

Destaco a fala de uma criança que em fase final de sua quimioterapia e franco questionamento quanto ao seu futuro faz um desenho poema.

Clara, 6 anos, é uma das três filhas que permaneceu com sua mãe, do total de oito filhos, pois, segundo a própria menina explica, ela “deu” todos os outros cinco filhos. O fato de a mãe fazer questão de acompanhá-la favorece, por parte da menina, a construção de sua teoria do porquê ela não tivera o mesmo destino dos outros irmãos. Uma construção sempre prestes a ser revertida, pois não se sente segura quanto ao seu lugar no desejo de sua mãe. “Será que depois que eu curar ela também vai me dar?” Clara se questiona enquanto ressenha-se da falta dos outros irmãos, “dados”. Mas, em meio a seus questionamentos, segue com o seu tratamento, sempre muito implicada e responsável sobre o que pode e não pode fazer ou comer, pois afinal, diz: “Quero ficar boa!” E em um atendimento, quase perto de receber alta, ela pega o material de desenho, que deixo à disposição na mesa e desenha. “Bolsa perdida, porta, lápis perdido, casa abandonada, bola, janela, short sem cueca por baixo, trem perdido... Estas são as minhas frases.”

Figura 17 - Estas são minhas frases



Fonte: C.S.P.- 6 anos

Para retomar a temática da posição do analista diante da angústia, retomo as autoras supracitadas, no destaque que fazem das duas posições passíveis de serem ocupadas por aqueles que lidam com pacientes que enfrentam a morte: em uma delas, predominam as intervenções de cunho resignado ou penalizado, configurando-se como uma via através da qual o clínico se poupa do encontro com a dimensão finita da vida, com a morte, via pela qual demitem-se desse encontro.

Segundo as autoras, o que está na cena, agenciando essas intervenções mobilizadas pela pena, é a dualidade – ou eu ou ele, por meio da qual se presentifica o desdém e a comiseração desdenhosa de quem se crê inteiro e se defende diante de um outro mutilado. Assim, movido pela pena, o clínico busca uma dissimulação, para si próprio, do horror impactante do impossível que a morte inexorável engendra.

Desta forma, ofertar, àqueles que caminham para a morte e que se encontram consumidos por uma doença que avança, uma abordagem por um viés conformista ou de adaptação à sua realidade ou de valorização de suas potencialidades, nada mais é do que ofertar, subsidiados por essa comiseração desdenhosa, um “cale a boca”.

Tais abordagens, mais do que a escuta do sujeito, concorrem por fechar espaço para qualquer construção e elaboração que possa advir. Sendo assim, o emudece, antecipando a sua morte subjetiva em relação à sua morte física propriamente dita.

Entre estas tendências existem as situações já descritas anteriormente, como o pacto de silêncio, tão comum entre os familiares e entre os profissionais, no qual, um psicanalista não está livre de se engajar, caso ensurdeça e saia de sua posição.

Castro-Arantes e Lo Bianco (2013) destacam outra posição possível de ser ocupada por aquele que escuta sujeitos apossados pela morte. Trata-se daquela através da qual o clínico se empresta à escuta do sujeito na dureza que atravessa, colocando-se, para isso, ao lado daquele que sofre, sem o estabelecimento de uma parceria sintomática e, com isso, favorecendo a elaboração, via a palavra, do horror que atravessa.

Um psicanalista, por não se pautar em promover resignações e muito menos o tamponamento das questões cruciais para cada sujeito, ao oferecer a sua escuta, fazendo valer o lugar da palavra, dá voz e lugar ao sujeito que, mesmo diante da aridez do que enfrenta, pode vir a se responsabilizar pela sua condição inexorável de sujeito.

Segundo Facó (2012, p.263) destaca, “reside aí todo o desafio daquele que atende pacientes com câncer, que é o de se dirigir a esse sujeito face ao campo do impossível, sem dar-lhe sentido [...]”, tomando e sustentado o impossível enquanto tal, sem destituir, banalizar ou apaziguar o que, do campo da perda, corta o sujeito. “Desse lugar, se ele se põe a falar, pode, quem sabe, desse ponto mesmo, surgir algo que só pode operar em perda, de um cair enquanto objeto, atravessado pelo campo do Outro.” (FACÓ, 2012, p. 279).

Mas, emprestar-se a escuta de cada sujeito, em sua difícil e dolorida experiência, não é sem consequência para aquele que se propõe sustentar, para um outro, a aposta analítica. A escuta do sofrimento e do desamparo de sujeitos confrontados pela proximidade da morte e, por isso, convocados a se posicionarem acerca das questões que ninguém quer saber, não é simples e, invariavelmente, cobra um preço caro. Pode tocar, nele, em pontos deixados sob recalque.

Nesse sentido, a partir do que as autoras ressaltam, pode-se argumentar que se para a psicanálise cada atendimento é um atendimento, mesmo em vigência de transferência, um psicanalista, pode adormecer em sua escuta, ou pode atuar a partir de seu sintoma, se for tocado nesses pontos. Momento em que, tomado por suas questões, invariavelmente, sai de sua posição, posição de analista.

Nestes momentos, o que ocorre é da ordem de um tamponamento, por parte do psicanalista, do vazio a ser preservado. Tomado, ele pode não escutar, ou

apenas escutar o que quer; pode não intervir no momento preciso, ou falar mais do que escutar. Em relação a esse último item, predomina o fornecimento de sentidos por meio de falas que visam tamponar a angústia, a sua. Não raro, nestes, prevalecem as explicações, as orientações, ou falas tipo: “eu acho que você deve saber isso”, “não se preocupe, isso vai passar”, no lugar da sustentação de algumas questões “o que você entendeu disso?”, ou “o que você pensa a respeito?” Questionamentos que favorecem o surgimento das questões do sujeito.

O câncer, por trazer para tão perto a questão da morte, engendra, pelo efeito de emergência de real, a angústia em sua relação castração; essa emergência, paradoxalmente, faz com que cada sujeito se veja convocado a se posicionar, movido pelo desejo, frente a muitas questões.

Oferecer-se a esta escuta, sem os desvios comuns a todos os demais, requer daquele que a sustenta um percurso em sua própria análise que não é qualquer, pois é preciso que esteja ancorado em sua castração, isto é, não se proteja do impossível, ao contrário, o inclua.

Por isso, não é possível lançar-se à escuta psicanalítica de sujeitos tocados pela morte sem estar em análise, sem ter trilhado um significativo percurso de trabalho de suas próprias questões, e, finalmente, sem uma formação em psicanálise que requer além da análise, supervisão e estudos com outros psicanalistas.

Adormecer, não querer saber desse ponto inexorável faz parte do ser falante, inclusive para aquele que sustenta a função de analista, pois ele também é humano.

Estar mais aberto para aproximar-se do horror, do sofrimento e da morte, emprestar-se em uma escuta sem saberes antecipados e sem dicas do que é melhor, sustentar espaço para que o paciente enderece suas palavras, seus silêncios, seus choros convulsivos, sua fragilidade, seu desamparo, sua solidão diante da morte é o que mais pode falar do que é o desejo do analista.

O desejo do analista é lapidado ao longo de um percurso analítico e se decanta, não para todos, como fruto de um percurso analítico levado às últimas consequências. Esse desejo em nada se aproxima do desejo de ser um analista. Não se trata de um desejo pautado por ideais, valores pessoais, mas, a sustentação de um vazio, esvaziado da subjetividade do ser do analista, vazio sustentado para que o analisante dele se sirva como causa de seu desejo. Trata-se de “um desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o

significante primordial, o sujeito vem, pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele.” (LACAN, [1964]1985, p. 260).

Sustentado por esse desejo, um analista se oferta à escuta dos sujeitos em sua singularidade, com os seus traços, suas marcas, seu modo de gozo, fragilidades e precariedades estruturais. Não visa reencaminhá-lo, reeducá-lo, curá-lo de seu sofrimento, desculpabilizá-lo, salvá-lo.

As respectivas autoras se utilizam de um termo, a compaixão, para falar dessa oferta de escuta que se posiciona lado a lado com aquele que sofre. Termo que não pode ser aproximado ao seu uso comum, normalmente associado à pena. Ao buscarem a origem em latim do termo *compatio* cujo significado é sofrimento comum, e do grego a origem *Sym* (simpatia) e *páthos* (paixão), as autoras, acentuam o termo *phátos* em jogo relativo a tudo ao que é bem ou mal que move o sujeito e que afeta o corpo ou a alma.

Subsidiado por essa modalidade de escuta que se oferta sem saberes pre-estabelecidos, o analista não se defende do *páthos*, ao contrário, sustenta um campo para que este seja acolhido, seja como for. Trata-se, portanto, da pura operatividade do desejo do analista.

Assim, se para o real não há solução e se para o sofrimento que acomete alguns, no real do corpo, não há livramento, o alcance possível, para a psicanálise, está nesta oferta de espaços de fala e escuta, por meio dos quais, algum tratamento do real pelo simbólico, isto é, pela palavra, poderá ter lugar.

Segundo as autoras, o campo possível a ser sustentado pela psicanálise é o acompanhamento de cada um em seu processo de desbravamento de sua própria experiência, sem que se tenham garantias antecipadas quanto aos caminhos que serão trilhados. Mas, se não há solução definitiva, há pedaços de percursos, momentos de construção de uma parcela da história sempre passível de ser reinventada.

A preciosidade deste texto é o que aponta como o limite em jogo nessa aposta analítica em meio ao que há de possibilidade. Pois como destacam, além do fato de que não há garantias antecipadas, também não há o que se possa dar de conforto ou de palição, que possa encobrir o que está posto e desvelado pela morte e a sua proximidade.

O que resta e o que há de possível é acompanhar cada um em suas construções. Trata-se, portanto, de tomar parte como testemunha do que afeta a

cada um e que pode promover a edificação das mais distintas vias de trilhamento, compondo um leque que vai da resignação, desistência e demissão como sujeitos, à edificação de posicionamentos desejanter, implicados e responsabilizados por suas escolhas, no tempo de vida que tiverem.

Se a prática analítica não se pauta por qualquer tipo de moral ou ideal, se não promete a felicidade, não trabalha visando a recuperação da harmonia perdida, não fornece garantias e não visa colocar a angústia no armário, ela oferta espaço para que cada um, ao enfrentar as adversidades da vida e os acontecimentos que engendram efeitos de real, construa, na possibilidade de cada um, uma leitura toda própria destes, assim como as suas respostas. A nossa única inspiração, nos alerta Lacan no *Seminário, livro 7: A ética da psicanálise* ([1959-1960]1997, p.626), seria a de “curar o sujeito das ilusões que o retêm na via do seu desejo, (mas ainda assim), é preciso que ele queira abandoná-las”.

Essa frase reforça o que foi trabalhado a respeito da operação de separação, no tocante ao indicativo de que, na operação de separação, há uma decisão do lado do sujeito de querer ou não se separar. Uma decisão que não é sem uma renúncia de gozo.

Essa visada, a possibilidade de separação, é o que está em jogo quando se sustenta, por exemplo, a oferta analítica a uma criança, apostando que, ao trabalhar suas questões, ela ultrapasse a significação fixa na qual se aliena e se aprisiona, significação oriunda do gozo parental, inevitavelmente intensificada a partir de sua conjunção com a doença. Toda a aposta é que, ao formular a sua questão e dirigi-la ao campo do Outro, possa distanciar-se do ponto em que se vê convocada neste gozo parental. Trata-se da possibilidade de construção de respostas que, movidas pela falta no campo do Outro, se constituam pela via separadora do sintoma, isto é, que se constituam em resposta a essa falta, mas sem a pretensão de preenchê-la.

Um caso pode exemplificar a possibilidade da psicanálise diante tais contextos, evidenciando tratar-se de um trabalho que requer um tempo de elaboração por parte de cada sujeito, possibilitado por atendimentos realizados não apenas durante as internações, mas, a nível ambulatorial, em um ritmo e continuidade desvinculados das consultas médicas para o tratamento do câncer propriamente dito.

Um caso, nomeado como caso Silvia, pode exemplificar essas e muitas outras questões. Hoje, Silvia está curada e de alta definitiva do tratamento de seu câncer após dois anos de tratamento quimioterápico e cinco de acompanhamento.

Silvia inicia seu tratamento, na unidade de oncologia, aos 4 anos de idade, com um diagnóstico de leucemia. A vida de sua família praticamente pára por causa da sua doença, pois sua mãe, Carla, larga o trabalho e a sua avó materna, com quem moram, a nada mais se dedica do que ajudá-la em seus cuidados.

A criança, claramente, desde os primeiros atendimentos comigo, dentro da enfermaria, fala dos seus ganhos a partir do momento em que ficou doente: muitos presentes e a total disponibilidade e atenção por parte de sua mãe e de sua avó, cada vez mais angustiadas e permissivas. Não demora muito, Carla, a mãe de Silvia, mobilizada por questões em torno do tratamento e pela queixa da agressividade da filha, dirige-me uma demanda de atendimento para a filha, a nível ambulatorial.

No discurso materno sobre a filha, é prevalente o significante “medo de perdê-la”, que se faz presente desde a gravidez, pelas reais ameaças de interrupção de gravidez, e, sendo assim, diz: “Ela só foi segura à custa de remédios”. (O que pode indicar tanto para o desejo de morte em plena função, quanto apontar para a função dos remédios e dos sintomas em dar “segurança”, fixar a criança no desejo do Outro).

O câncer, mais um deslocamento dessa questão, dá corpo a esse medo. Carla, além de consultar a filha em um serviço de referência para tratamento de câncer infanto-juvenil, logo em seguida a cada consulta busca outro profissional (pelo convênio), pois não confia na avaliação do primeiro - ele pode não ter visto algo. E a filha responde a esses apelos da mãe com acontecimentos no corpo: rinites, febres, alergias, refluxo, epilepsia e episódios de convulsões, ocupando-a bastante e dando material de suporte para as suas fantasias.

A história de Silvia mostra o lugar, no campo do Outro, no qual é convocada. A avó perde um filho, assassinado, quase na época em que Silvia nasce. E em um dos atendimentos diz: “Deus me tirou um filho e parece que me deu um presente para ficar no lugar.” Sabemos que ficar no lugar de um morto não é sem consequências.

Por outro lado, Silvia é fruto de um relacionamento de sua mãe com um homem, casado, que escolhe não assumir e, sim, ficar com a esposa, também

grávida. Ele abandona Carla, definitivamente, quando a filha tinha 2 meses de nascida, mas faz questão de escolher o seu nome, cuja sonoridade o aproxima de um verbo, que diz de um sentimento conjugado no passado. Esse trabalho em torno do seu nome foi feito por ela em uma sessão.

Silvia só conhece seu pai após o início do tratamento, quando ele vem visitá-la, e não mais retorna, embora continue assíduo no pagamento da pensão. Um dos sintomas que a move em sua análise é a dificuldade de fazer escolhas. Não consegue escolher suas roupas (deixa para sua mãe essa tarefa).

Após longa interrupção, Carla demanda um retorno à análise, em função de um acontecimento na vida familiar. Ela está prestes a se casar, o que promove em Silvia não apenas angústia, mas muitos ciúmes e raiva.

Silvia vive, através desse homem, o novo companheiro de sua mãe, o que nunca vivera até então: um terceiro que interfere na relação com sua mãe, mas que a libera para um questionamento quanto à possibilidade de construir uma resposta diferente à única que até então encontrara: a de ofertar-se aos 'cuidados' maternos.

Nessa fase, intensificam-se os medos: medo de ser abandonada, de não ser mais amada, de não ser a única, de não ser mais a privilegiada. Mesmo porque, nesse mesmo período, Carla volta a trabalhar e, mesmo que Silvia já frequente a escola, esse retorno da mãe ao trabalho quebra com a disponibilidade da mãe para com ela.

Alguns questionamentos tornam-se possíveis, e, entre eles, a sua posição de igualdade ou não em relação a outro filho de seu pai biológico, que tem quase sua idade, momento no qual resgata a sua história trazendo elementos da relação de seus pais e a escolha feita por seu pai. "Ele escolheu ficar com a outra", diz.

Outro questionamento importante incide sobre as intercorrências frequentes: cirurgias, tratamentos, exames. "Não aguento mais", "Muitos cortam e deixam marcas". E diz não saber porque tantas coisas aconteciam com ela. "Cada hora é uma coisa...mas não sou eu que mando em meu corpo". Nesse momento, permite-se falar de coisas que jamais puderam ser ditas em sua casa: a morte do tio, a palavra câncer. Considero esse momento um tempo que marca, inegavelmente, a entrada em análise – ela faz efetivamente sua questão.

Carla, por sua vez, permite-se falar do recorrente medo de que a filha morra e de sua culpa por não a ter desejado na época em que descobriu a gravidez. Reconhece que, satisfazer Silvia em todas as suas vontades, é uma forma de

compensá-la por não a ter desejado. Mas, avança quando trabalha a sua dificuldade em abandonar a posição de filha, pois sempre se apoiou na ajuda e nos cuidados de sua mãe.

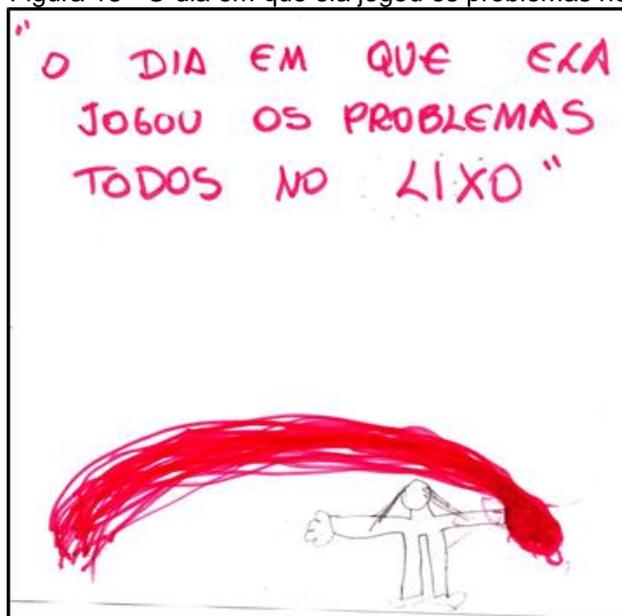
Gilson, marido de sua mãe, impõe mudanças no vínculo entre mãe-filha e avó. Convoca Carla como mulher, não mais como mãe e filha, e localiza Silvia como filha, que não pode tudo, mas que, se não pode tudo, pode algumas outras coisas. Não era fácil para Silvia deparar-se com esse limite, em face do qual responde através de sintomas: perda de sono, medos de abandono, agressividade e rivalidade com o marido da mãe, preguiça e sono excessivos, esquecimentos que a fazem retornar à elaboração de sua dependência diante das escolhas, quando relata, muitas vezes, deixar de sair para não se deparar com o momento de escolher.

Um acontecimento deflagra muitos questionamentos: sua mãe e a avó não foram vê-la se apresentar na escola. Surge a questão: “por que quando estou doente elas param tudo que estão fazendo e saem”? Momento em que faço uma intervenção apontando para que convoque o olhar do Outro para admirá-la quando estiver na cena por conquistas e não apenas quando estiver doente.

A recorrente falta das aulas para ir a médicos, e o total descaso familiar com tudo o que é da ordem do lazer, a faz destacar a forte associação doença-médico-remédios-obrigação, que já começa a questionar, o que a faz se insurgir aos caprichos maternos. Não mais aceita que a leve a médicos sem que nada sinta, contrapõe-se à sua proibição de que saia sozinha para as casas de sua prima e sua amiga, casas vizinhas à sua. Nesse período as intercorrências, frequentes, cessam.

No dia em que recebe alta médica do seu tratamento para o câncer, atendo-a no ambulatório; e, em meio à notícia que me dá de sua alta, faz o seguinte desenho.

Figura 18 - O dia em que ela jogou os problemas no lixo



Fonte: S.A.F.- 9 anos

Eis o título que dá à sua produção. Mesmo curada de seu câncer, e de alta médica, Silvia prossegue nos atendimentos ambulatoriais comigo. Embora reconheça ter feito alguns avanços, diz que ainda lhe dá muita segurança a condição ser a filha única de sua mãe, mostrando-se dividida entre os ganhos de permanecer em posição infantil, e querer crescer (e, com isso, encarar as perdas que isso implicava e implica).

Silvia interrompe suas sessões, posicionando-se com firmeza quanto a importância de tal interrupção naquele momento e sai com a indicação de que poderia voltar quando precisasse.

Esse caso, como muitos outros ao longo de minha experiência clínica, permite-me afirmar que se o câncer é comum àqueles que o estão enfrentando e tratando, o singular é relativo à forma como cada qual responde ao que lhe acontece, e contingente é o endereçamento de suas questões e demandas a um analista.

3 CLÍNICA & TRANSFERÊNCIA

O analista, no entanto, dá sua presença, mas creio que, a princípio, ela é apenas a implicação de sua escuta e que esta é apenas a condição da fala.

Jacques Lacan

A práxis psicanalítica exercida em um meio hospitalar, onde prevalece o discurso médico, provoca um constante questionamento. Nesse contexto, cada psicanalista é continuamente convocado a reinventar a sua maneira de sustentar a especificidade dessa práxis, um estilo construído a partir de sua formação e seu percurso de análise pessoal. É o que leva a alguns a não recuarem desse exercício em um ambiente hospitalar.

Se diferentes discursos sustentam a medicina e a psicanálise e, se por isso, entre elas haja um abismo é, justamente, a partir dessa diferença radical, que um campo de trabalho para a psicanálise pode se constituir.

O discurso médico, como o discurso da ciência, é o discurso prevalente no hospital, pois rege as ações e intervenções não apenas dos médicos, mas, também, dos demais profissionais de saúde. Subsidiados por esse discurso e movidos pela ética humanitária, os referidos profissionais pautam as suas intervenções por um compromisso centrado na cura e no objetivo de salvar vidas e, para atingi-lo, balizam-se tanto nos avanços científicos, assim como nas normatizações e classificações que cada campo de saber científico constrói.

Nesse discurso, o corpo, considerado como um organismo composto por seus sistemas, é analisado por sua fisiopatologia a partir de uma abordagem universalizante, mesmo que os atendimentos sejam individuais.

O sintoma, considerado como um signo correspondente a um distúrbio, é isolado e submetido ao saber médico ancorado nas diferentes especialidades, tornando-se alvo de todos os esforços voltados para a sua eliminação. Segundo retrata Jean Clavreul (1978, p. 121), “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.”

Assim, o corpo sintomático, portador da doença, torna-se campo para aplicação dos saberes já constituídos e das técnicas por eles desenvolvidos com o objetivo de torná-lo novamente assintomático sem que se leve, contudo, em consideração, a dimensão do desejo e a maneira particular de experimentar o sofrimento. Por operar a partir da disjunção entre o sintoma e o sujeito, o discurso médico ignora o gozo enodado no sintoma, já que desconhece a divisão do sujeito.

Mas, o sujeito, excluído pela ciência, insiste. Quando seus índices surgem através dos sintomas inespecíficos e das queixas inexplicáveis que dificultam o diagnóstico, ou através das condutas discordantes, através das quais o paciente complica ou inviabiliza o seu próprio tratamento, esse surgimento perfura o saber médico e perturba a ideia de que todo paciente deseja ser curado.

Não podemos esquecer que foi em meio a um contexto médico que a psicanálise surge como fruto de um corte com esse campo. Freud, em sua escuta das histéricas, vê descortinar diante de si outro campo, o inconsciente, enquanto outra cena, e de forma concomitante, o fenômeno da transferência.

Com a psicanálise foi possível desvendar que o corpo não se reduz, em absoluto, ao organismo. A linguagem habita o corpo, marcando-o e recortando-o sem qualquer relação com a anatomia e com a função; assim, para a psicanálise, o corpo, como uma das cenas em que o desejo inconsciente se manifesta, é um corpo fantasmático. Produzido pela linguagem, nele, alguns significantes ressoam produzindo pulsão e gozo, que têm, no sintoma, suas modalidades de expressão.

Sendo assim, a psicanálise, ao voltar-se para a escuta do sujeito dividido de modo a particularizar o que para cada sujeito é a sua causa, causa de desejo, favorece com que, questionando-se sobre o que nele faz sintoma, um sujeito cifre e decifre este não sabido inconsciente.

Segundo Kátia Wainstock A. Santos e Luciano Elia (2005), se a psicanálise leva o sujeito a bem dizer o sintoma, isso em nada se aproxima com um fazer bem feito, ou fazer um bem. Trata-se de um dizer que inclui a dimensão da impossibilidade, na medida em que não se pode bem-dizer completamente. “Não basta, portanto, dizê-lo, é preciso dizê-lo de tal modo que a posição do sujeito do sintoma em questão mude, a ponto de mudar também a economia de gozo e as condições do desejo implicado nesse sintoma.” (SANTOS; ELIA, 2005, p. 107).

Esta é a aposta sustentada por um psicanalista em sua clínica, seja ela exercida em um consultório ou em um hospital, pois não é possível conceber que

seria somente nos consultórios que os efeitos de comparecimento do sujeito do inconsciente teriam a sua acolhida e um campo de trabalho. Se uma pessoa endereça a sua fala para outrem, o seu discurso porta os efeitos de emergência desse sujeito do inconsciente, e a diferença está quando essa fala se dirige a um psicanalista, seja no consultório, em uma escola ou em um hospital.

No hospital, retrata Marisa Decat de Moura (2011, p. 102) “[...] nós estamos próximos dos acontecimentos que mudam os paradigmas.”

Uma doença ou um acidente impõe uma ruptura à ideia de um funcionamento harmonioso do corpo e do controle da vida, promovendo a emergência de vivências paradoxais. E é nesse contexto que, nos hospitais, um psicanalista sustenta sua oferta de escuta e de fala, nos mais distintos locais e circunstâncias: em enfermarias, em corredores, em um ambulatório, no pátio, e, muitas vezes, no Pronto Socorro, quando chamado para intervir em situações urgentes.

De que lugar um psicanalista acolhe e responde às demandas que lhes são dirigidas?

Na instituição hospitalar, onde prevalecem os ideais, a tendência à massificação pela abolição das diferenças veiculadas pelo predomínio do discurso médico e o funcionamento institucional, há a expectativa de que cada paciente se adapte às normas institucionais e se comporte de acordo com a rotina do hospital, abandonando, com isso, tudo que é singular. Inclusive, a pressa tão comumente observada nos operadores do discurso médico, não pode ser vista apenas como fruto de uma vida corrida e das exigências burocráticas: atendimento às agendas, preenchimento de guias, relatórios, orientações e prescrições. Fala de um funcionamento que atende ao movimento de exclusão da subjetividade, tão ressaltada por Clavreul (1978), e que concorre para a amputação do tempo de elaboração.

Muitas decisões pautadas pela racionalidade parecem tender a controlar o incontrolável, prevenir, racionalizar a clínica numa contabilidade como se em medicina 1 + 1 fossem sempre dois. Essas decisões, na grande maioria das vezes, não levam em consideração o que o paciente tem a dizer. Esses atropelos acontecem de diversas formas, nas mais distintas fases do tratamento, ambientes e serviços do contexto hospitalar, ocorrendo não apenas com relação ao próprio paciente, mas entre os próprios profissionais de uma mesma equipe, cujas palavras e condutas são facilmente desconsideradas entre os mesmos e modificadas sem

qualquer troca de opiniões. Diante das condutas, muitas vezes divergentes e contraditórias, os pacientes descrevem sentirem-se inseguros, pela explícita falta de entendimento e respeito entre os profissionais para a condução do seu tratamento.

Para que um psicanalista sustente sua escuta, neste contexto, o modo como responde às demandas que lhes são dirigidas exige deste a definição de sua postura ética, a ética da psicanálise, a qual se caracteriza por garantir a singularidade da escuta na condução no caso a caso da experiência. É o que destacam Paulo Fernando Oliveira Santos e Sônia Altoé (2005, p. 239), quando pontuam que “[...] o psicanalista trabalha o caso singular. Se a instituição visa a todos em geral, o psicanalista visa o discurso do paciente em sua singularidade.”

Assim, quaisquer que sejam as condições apresentadas pelo paciente – sejam elas materiais ou psíquicas, essas devem ser tomadas pelo psicanalista como significantes articulados na cadeia discursiva e não como algo imposto pela instituição (LIMA; ARAUJO, 2005), pois, como tal, veiculam os índices do sujeito, e explicitam as suas coordenadas de gozo.

Ao contrário do discurso médico e do institucional que tendem a excluir o sujeito, a apagar as diferenças e silenciar o sujeito, na psicanálise, portanto, “[...] a função eminentemente silenciosa do analista não apenas faculta, mas também promove a proliferação da fala do sujeito” (CLAVREUL, 1978, p.19), não impondo qualquer obstáculo à emergência do desejo. Sendo assim, ressalta Clavreul (1978, p. 21), “o discurso do psicanalista é o único a fornecer as articulações onde o desejo se inscreve.”

Portanto, um psicanalista, em um hospital geral, sustenta outro lugar. Da sustentação de um saber pré-estabelecido e normatizado vigente na instituição hospitalar e no discurso médico, com a escuta analítica aposta-se na produção de um saber inusitado, não sabido, que dê lugar ao singular de cada sujeito aí inserido, o que só pode ocorrer a partir da introdução da função do desconhecido do desejo no lugar do ideal normativista vigente na instituição.

Trata-se de uma posição ética que só pode produzir efeitos por partir do real do furo no saber, e, que, sendo assim, de forma contingente e pontual, favorece que cada qual, reconhecendo-se enquanto sujeito da fala, implique-se minimamente em seu sintoma e em suas escolhas.

Por isso a posição de um psicanalista em uma instituição hospitalar e em uma equipe é muito delicada, pois o fato de nelas participar e intervir, não significa

‘um fazer parte de’, na condição de mais um especialista que se soma na série complementar dos demais profissionais.

Para que possa sustentar, de forma pontual, o discurso analítico, é preciso que o psicanalista não se identifique com esse lugar suposto: o de mais um especialista, pois, eticamente, a psicanálise não se inscreve em uma série de especialidades que se somaria ao resto visando um todo saber ideal.

Mesmo porque, a psicanálise é avessa a especializações, por isso, “não se especializa, seja em crianças, adolescentes, adultos, neuróticos, psicóticos ou perversos, nem se generaliza como uma prática própria do consultório particular.” (SANTOS; ELIA, 2005, p.110)

A psicanálise tampouco é uma especialidade médica ou psicológica. Se não é do lugar de uma especialidade que a psicanálise se posiciona na instituição, é, contudo, da especificidade de seu lugar que ela “[...] interroga todo e qualquer valor que se proponha como prévio ou ‘de especialista’, ainda que essa proposta se dê no eixo daquilo que se convencionou chamar de ‘interdisciplinaridade’.” (SANTOS; ELIA, 2005, p. 110).

Por isso, Diana Lúcia Mariscal et al (2004) ressaltam que a presença do analista na instituição exige dele muito mais que uma simples reivindicação de um lugar que permita sua inclusão, a qual nunca será alcançada, pois não se trata de um mero problema de inclusão ou exclusão, de dentro ou de fora. O lugar do analista está referido a uma topologia que aponta para uma extimidade.

Essa posição de extimidade

[...] exige do analista pensar sua ética – a de seu desejo de seu ato, que vai além da fronteira da intensão, isto é, a psicanálise em extensão. Não se trata de substituir uma ética por outra, talvez modular ou fazer vacilar o que se apresenta como ética nas instituições (MARISCAL et al., 2004, p. 66).

Nesse sentido, Paulo Fernando Oliveira Santos e Sônia Altoé (2005), subsidiados pelas indicações de Alexandre Stevens (2005), refletem que, se essa posição é delicada, ela, por sua vez, é o que propicia a efetivação da psicanálise em uma instituição.

Desta forma, na contramão da demanda e dos ideais institucionais, o analista deve insistentemente apontar para a falta, e fazendo valer, como já destacado, “[...] o particular, o mais singular do caso.” (STEVENS, 2005, p.28). Pois como ressalta

Lacan, no texto *Variantes do tratamento padrão* ([1955]1998, p. 360), “a psicanálise é uma prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito.”

O interessante é que o ingresso de um psicanalista em uma instituição ou em um serviço de saúde não significa que, de imediato, tenha garantido o seu lugar. Este é efeito de uma construção, não só na relação com cada paciente e seus familiares, mas também com cada profissional de uma equipe; construção que, subsidiada pela transferência, é da ordem de uma contingência.

A transferência, como um fenômeno intrínseco às relações humanas, tem para a psicanálise uma importante função, sendo, inclusive, uma exigência indispensável para que uma psicanálise se dê. Essa sua função primordial é igualmente sustentada por Lacan, em “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola” ([1967]2003, p.252), quando diz: “no começo da psicanálise está a transferência.”

Como condição de uma psicanálise, a transferência é, portanto, o que favorece e viabiliza a clínica psicanalítica, seja ela em uma escola, em um presídio ou em um hospital. “[...] Uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista” (LACAN, [1955]1998, p. 331), diz Lacan no texto *Variantes do tratamento padrão*.

Como pensar o estabelecimento da transferência em um meio hospitalar? De que ordem são as intervenções na enfermagem e a nível ambulatorial? Qual a função da transferência no manejo da angústia?

O fenômeno da transferência e seus efeitos na clínica foram alvos das observações, por parte de Freud, desde a sua parceria com Josef Breuer, pois, naquela época, já lhe chama a atenção os efeitos da presença do médico como fator de produção de sentimentos na paciente e, conseqüentemente, de interferências no tratamento.

Contudo, a transferência só acede a um patamar de fenômeno inerente e indispensável ao processo analítico a partir do caso Dora, ou melhor, no texto que o elabora, *Fragmento da análise de um caso de Histeria* ([1905/1901]1980). Freud, espantado com a magnitude do campo que se descortina e reconhecendo não ter sido hábil no manejo da transferência da análise de Dora, o que culminou com a sua interrupção prematura, observa:

Não me foi possível dominar a transferência a tempo. Devido à rapidez com que Dora colocou à minha disposição uma parte do material patogênico durante o tratamento, descuidei-me da precaução de procurar os primeiros sinais de transferência, que estava sendo preparada em ligação com outra parte do mesmo material – parte esta que eu ignorava inteiramente (FREUD, [1905/1901]1980, p. 113).

E, sendo assim, reconhece: “Ninguém como eu, que evoca os mais malignos demônios semidomesticados que habitam o peito humano e procura combatê-los, pode sair incólume dessa luta.” (FREUD, [1905/1901]1980, p. 106).

Mas, a formalização do fenômeno da transferência só foi possível a partir de 1912, através de uma série de textos como: *A dinâmica da transferência* ([1912b]1980), *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* ([1912a]1980), *Sobre o início do tratamento* ([1913]1980), *Recordar, repetir e elaborar* ([1914b]), e *Observações sobre o amor transferencial* ([1915/1914]1980), que efetivamente estabelecem a transferência como mola mestra e condição de uma análise.

Provocado pela questão do porquê a transferência surge como obstáculo ao tratamento, Freud distingue a transferência positiva (afetos transferidos ao psicanalista que viabilizaria o trabalho) da negativa (afetos hostis), concluindo, por sua vez, que a resistência ao tratamento poderia ser composta tanto pela transferência negativa ou de transferência positiva, especificamente a constituída por impulsos eróticos reprimido.

A resistência surge interrompendo o curso das associações com uma associação ligada ao psicanalista, como efeito da aproximação do curso da associação livre em relação ao núcleo patógeno. Desta forma, reconhecendo que a resistência, inerente à transferência, impõe dificuldades à condução de um tratamento, Freud, por sua vez, faz uma importante constatação - ela é o que o possibilita, pois, tal como ressalta em *A dinâmica da transferência* ([1912b]1980, p. 143), por intermédio dela tornam-se “[...] manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente.”

No texto *Recordar, repetir e elaborar* ([1914b]1980), ao concluir que nem sempre a interpretação de um conteúdo inconsciente leva à uma rememoração e às consequentes associações, Freud localiza um outro aspecto associado à transferência e a resistência ao afirmar que “o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu ou reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o.” (FREUD,

[1914b]1980, p.196). Por tratar-se de uma repetição (compulsão à repetição) que ocorre sob as condições da resistência, repetição da qual o paciente não pode fugir, ela é considerada como a sua maneira de recordar.

Assim, a transferência, associada com um playground, torna-se o campo através do qual pode se apresentar, com mais liberdade, o que de patogênico se acha oculto na mente do paciente. Concebida como uma doença artificial, ou melhor, uma neurose de transferência que se constitui em substituição à neurose comum, a transferência cria uma região intermediária entre a doença e a vida real, chamada de neurose de transferência, através da qual os elementos patogênicos podem ser evidenciados e trabalhados, pois, como afirma em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* ([1912a]1980, p. 143), não se pode “destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*”.

Ao longo desses artigos sobre a técnica, Freud, por diversas vezes, aponta que o maior desafio por parte de um psicanalista, principiante ou não, está no manejo da transferência; pois desse lugar para o qual é convocado, diga-se de passagem, ele não tem qualquer indício prévio ou controle. Contudo, se o psicanalista deve esperar a constituição da transferência como condição para a realização de intervenções, a questão central e fundamental por parte do psicanalista está, no tocante a esse manejo, em como este se deixará tomar pela transferência, sem, contudo, acreditar que os sentimentos (afetuosos, ou hostis) a ele dirigidos, dizem-lhe respeito como pessoa: seus belos olhos, encantos, ou quaisquer outras características.

Por isso, no texto *Observações sobre o amor transferencial* ([1915/1914]1980, p. 216), indica que, nesse manejo, o psicanalista

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

Nesse mesmo texto, a respeito desse delicado e importante manejo, Freud reflete:

O psicanalista sabe que está trabalhando com forças altamente explosivas e que precisa avançar com tanta cautela e escrupulo quanto a um químico. Mas quando foram os químicos proibidos, devido ao perigo, de manejar substâncias explosivas, que são indispensáveis, por causa de seus efeitos? (FREUD, [1915/1914]1980, p. 221).

Desta forma, se o paciente possui sua maneira de se conduzir na vida psíquica, o seu clichê estereotípico, como diz Freud no texto *A dinâmica da transferência* ([1912b]1980), o psicanalista será aí inserido, como parte de uma dessas séries psíquicas. Cabe, portanto, ao psicanalista, decidir se aceitará ou não ocupar esse lugar, do qual não tem a mínima noção, ciente de que, aceito, não poderá determinar de antemão quais os resultados que produzirá, diz em *Sobre o início do tratamento* ([1913]1980), pois, como ressalta em *A dinâmica da transferência* ([1912b]1980, p. 172), “uma vez começado, segue sua própria rota”; evidenciando, com isso, a pouca margem de liberdade do lado do analista.

Essa pouca margem de liberdade é igualmente abordada por Lacan, no texto *A direção do tratamento e os princípios do seu poder* ([1958]1998), no qual afirma que se o analista tem maior liberdade em sua tática, isto é quanto ao momento, número e escolha das suas intervenções, (embora não possa prever os seus efeitos), no tocante a sua estratégia, ligada ao manejo da transferência, ele, por sua vez, não é todo livre, pois, como vimos, o analista não tem a menor noção, de antemão, do lugar para o qual será convocado a responder pela transferência, sendo que desse lugar não poderá se furtar. Se na estratégia ele não é muito livre, no tocante à política, “[...] onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser que em seu ser” (LACAN, [1958]1998, p. 596), ele é menos ainda, esclarece. A Política, definida por sua ética, ética do desejo, e intrinsecamente vinculada ao desejo do analista, domina, por sua vez, tanto a estratégia como a tática.

Sendo assim, Lacan adverte que, se na condução de uma cura o psicanalista dirige o tratamento, ele “[...] não deve de modo algum dirigir o paciente.” (LACAN, [1958]1998, p. 592). Contudo, para conduzir uma cura e operar referido ao lugar onde é esperado pela transferência sem, contudo, acreditar-se aí, há, também do lado do analista, um preço a ser pago, ressaltando, com isso, que não somente o paciente entra com uma cota.

O analista paga com as palavras, pois ao transmiti-las, elas são elevadas, pela operação analítica, ao efeito de interpretação; ele paga com sua pessoa, pois haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares da

transferência; e paga com seu ser, o que há de mais essencial em seu juízo mais íntimo, e que, contudo, deixa fora do jogo.

Lacan, ao longo dos seus primeiros seminários, dedica-se ao trabalho da questão da transferência subsidiado pelos textos de Freud, porém, no *Seminário 8: A transferência* ([1960-1961]1992), lança-se em um percurso próprio, tendo como um importante recurso o texto de Platão (2011), *O Banquete*, através do qual discorre sobre o amor de transferência, localizando na posição sustentada por Sócrates, em relação à Alcebiades, uma referência ao agalma.

Sócrates é aquele que contém o agalma, que “[...] bem pode querer dizer ornamento ou enfeito, mas aqui antes de mais nada, joia, objeto precioso – algo que está no interior.” (LACAN, [1960-1961]1992, p.141). Está no agalma o segredo do encantamento que Sócrates promove, tanto que move Alcebiades em sua busca.

Se o que está em jogo no amor é a espera de uma resposta do outro, cujo estatuto de signo confirma a ilusão da reciprocidade, o que está em jogo no desejo é de outra ordem. O desejo, que em sua raiz e essência é desejo do Outro, se manifesta pela via da falta, surge nas brechas e se manifesta quando um saber nos falta. Este Seminário prima por salientar essa questão da falta e a sua relação com o desejo, através da posição e intervenções de Sócrates, que, claramente, coloca o desejo em condição de objeto.

Neste momento de seu ensino, Lacan por ainda não trabalhar com o conceito de objeto *a*, como objeto causa do desejo, refere-se a esse objeto relacionando-o aos objetos parciais em referência aos objetos do desejo. E para tratar da função do desejo, desejo do Outro, e da falta em sua relação com a transferência, utiliza-se dos recursos disponíveis, uma leitura que se centra “[...] na ambiguidade fundamental entre Φ e ϕ , entre o grande *Phi*, símbolo, e o pequeno *phi*.” (LACAN, [1960-1961]1992, p. 234).

O falo simbólico (Φ), inominável, é o significante da falta de significante, e enquanto tal, refere-se à presença real do desejo. Contudo, a sua função, (a função Φ do falo), está oculta por trás de sua negociação no nível da função do ϕ (falo imaginário). Por sua vez, “o pequeno *phi* designa o falo imaginário enquanto interessado concretamente na economia psíquica, no nível do complexo de castração [...]” (LACAN, [1960-1961]1992, p. 234). Como elemento tomado no nível do corpo, o falo imaginário pode ser elevado à dignidade do significante, podendo ligar-se metaforicamente com outro significante. Segundo ressalta Lacan, “o ϕ , é, de

alguma maneira, a unidade de medida, onde o sujeito acomoda a função a , ou seja, a função dos objetos de seu desejo.” (LACAN, [1960-1961]1992, p. 250).

O analista, nesse seminário, situado com relação a função Φ significante falou, é referido como uma pura presença, e, por isso, concebido como alguém que pode ocupar o lugar do “puro desejante” (LACAN, [1960-1961]1992, p. 356), e, nesse lugar, “[...] nada pode dizer de si mesmo, a não ser abolindo-se como desejante.” (LACAN, [1960-1961]1992, p. 357). Mas, para que alguém possa ocupar esse lugar, deve abstrair-se, escamotear a si mesmo na relação com outro, de qualquer suposição de ser desejável.

Embora não conte, nesse momento, com o conceito de sujeito suposto saber, Lacan localiza, de forma precisa, na posição de Sócrates, de não atender a demanda de amor e de saber por parte de Alcebiades, a posição do analista em sua articulação com o que a sustenta, o desejo analista.

Sócrates, esclarece Soler (1992), seria um exemplo dessa presença real na medida em que se identifica com o sujeito vazio da cadeia significante, localizado, por Lacan, como desejo puro. Sabendo-se que não é nada senão um vazio, Sócrates tanto não crê em seu próprio agalma, como não está sujeito à sua cativação e à atração da redução do amor, por isso, a sua indiferença ante a exigência de Alcebiades, destaca a autora, a qual se situa no nível do amor, mas não no nível do desejo.

Do posicionamento de Sócrates de fazer do seu desejo pura sustentação do desejo do Outro, Lacan destaca as primeiras coordenadas, coordenadas do desejo, quase em termos de longitude e latitude, para que um analista ocupe o lugar que é seu, e, estabelecendo-as, nomeia, neste seminário, como que deve ser o desejo do analista.

A partir do *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ([1964]1985), Lacan, de posse de novos recursos teóricos, o objeto a e o sujeito suposto saber, estabelece uma forma toda própria de formalização da transferência, retirando-a, inclusive, de sua aproximação com a repetição, como era sustentada por Freud.

A repetição também ocorre na transferência, contudo, é ela da ordem de um efeito. Como a *tiquê* (o encontro com o real), vige sempre por trás do *automaton* (rede de significantes), a repetição de que se trata é aquela relativa ao encontro com o real, ao que escapa à articulação significante. Assim, como um encontro

faltoso que porta um impossível, a repetição é o que justamente insiste velada à palavra do analisando.

Trata-se sempre do mesmo empecilho que faz com que alguma coisa se imponha como traumatismo, bastando, para isso, um encontro, ao acaso, com algo não programado, mas que favorece o retorno, como hiato, com “[...] aquilo que condiciona a falta da relação sexual.” (SOLER, 1991, p.12). Nesse sentido, a repetição, enquanto um conceito que tem uma vizinhança com a pulsão de morte, distingue-se da transferência que depende de uma função, a função sujeito suposto saber.

A transferência, a partir do citado seminário, surge efetivamente relacionada com o estabelecimento da função sujeito suposto saber, uma função que é fruto da própria estrutura do inconsciente.

Para trabalhá-la, Lacan recorre às duas operações: alienação e separação, já trabalhadas anteriormente, localizando na operação de separação a abertura para a constituição do campo da transferência como um fenômeno ligado ao desejo como nodal, desejo, enquanto desejo do Outro, no qual se vê despontar a relação de desejo a desejo.

Ao sujeito, efeito da articulação significante e do trabalho inconsciente, resta algo e, o que resta, é um saber como não sabido no tocante a sua falta a ser. Por isso a função sujeito suposto saber, como fruto da própria estrutura inconsciente, pode ser encarnada em qualquer um, analista ou não, tornando possível ratificar que a transferência é um fenômeno estrutural do ser falante. Segundo Lacan ressalta, “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber [...] há transferência.” (LACAN, [1964]1985, p. 220).

A questão que se coloca no tocante à investidura dessa função, aponta Lacan é, primeiro, para cada sujeito, de onde ele se baliza para dirigir-se ao sujeito suposto saber, destacando que, quando alguém procura uma análise, está longe de dar ao analista esse lugar, o qual é, por sua vez, mantido quando o analista é objeto da transferência.

Na análise, a instalação do sujeito suposto saber é concomitante à instauração da transferência analítica, pois, nesse lugar, o analista é esperado saber sobre o desejo inconsciente do analisando.

É por isso que eu digo - que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial. E que não me digam que, esse desejo, eu não o nomeio, pois é precisamente um ponto que só é articulável pela relação do desejo ao desejo (LACAN, [1964]1985, p. 222).

Assim, instalando-se, como uma doença artificial, ela favorece a atualização dos clichês estereotípicos, isto é, ela evidencia o modo de relação de cada sujeito com o campo do Outro, e, com isso, tal como Lacan ressalta no Seminário 11, “[...] a experiência analítica nos mostra que é de ver funcionar toda a cadeia no nível do desejo do Outro que o desejo do sujeito se constitui” (LACAN, [1964]1985, p.223), o que a caracteriza como “[...] a atualização da realidade do inconsciente, no que ela é sexualidade” (LACAN, [1964]1985, p.165).

A formalização da função sujeito suposto saber como “[...] o eixo a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência” (LACAN, [1967]2003, p. 253) surge no texto *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*, momento em que Lacan propõe o matema da transferência.

Figura 19 – O matema da transferência

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s (S^1, S^2, \dots S^n)}$$

Fonte: LACAN, [1967]2003, p. 253

Na primeira linha, Lacan ([1967]2003, p.253) localiza “[...] o significante S da transferência, isto é, de um sujeito, com sua implicação que o conduz a um significante qualquer”, S^q , isto é, um analista qualquer (SOLER, 1991). Em baixo da barra, o s , como uma significação, “[...] representa o sujeito resultante, que implica dentro dos parênteses o saber, supostamente presente, dos significantes que estão no inconsciente.” (LACAN, [1967]2003, p. 254).

Mas, “um sujeito não supõe nada, ele é suposto [...] pelo significante que o representa para outro significante” (LACAN, [1967]2003, p.253), e surge como efeito da própria cadeia associativa, fruto da associação, meio através do qual, por efeito da fala, um saber se produz.

Por isso Lacan, em *Televisão* ([1973]2003, p.530), ao articular a transferência a partir do sujeito suposto saber, reafirma que

O sujeito, através da transferência, é suposto no saber em que ele consiste como sujeito do inconsciente. E é isso que é transferido para o analista, ou seja, esse saber como algo que não pensa, não calcula nem julga, nem por isso deixando de produzir um efeito de trabalho.

Para Jorge Forbes e Maria Cecília Ferretti (1987), na instalação da transferência analítica, esse significante S^q , um significante qualquer do analista, refere-se, contudo, a um determinado analista, denotando, com isso, um momento no qual a transferência se particulariza.

Mas o que importa, ressalta Lacan no citado texto *Proposição de 9 de outubro de 1967*([1967]2003, p. 254),

[...] é o psicanalista em sua relação com o saber do sujeito suposto, não secundária, mas direta. É claro que, do saber suposto, ele nada sabe. O S^q da primeira linha nada tem a ver com os S encadeados da segunda, e só pode ser encontrado neles por acaso.

Por isso a indicação de Freud de que tomemos cada caso como novo caso. Mas, se o psicanalista nada sabe,

Isso não autoriza ao psicanalista, de modo algum, a se dar por satisfeito com o saber que nada sabe, pois o que se trata é do que ele tem de saber. O que ele tem de saber pode ser traçado pela mesma relação 'em reserva' pela qual opera toda lógica digna desse nome. Isso não se significa nada em 'particular', mas se articula numa cadeia de letras tão rigorosas que, sob a condição de não se errar nenhuma, o não sabido ordena-se como o quadro do saber (LACAN, [1967]2003, p. 254).

Segundo Herbert Wachsberger (1989), o destacamento desse significante da transferência que representa o sujeito, que ele supõe S, junto ao significante S^q , um analista, caracteriza-se pelo efeito da surpresa, pois está associado ao efeito de divisão do sujeito. Esse efeito de surpresa e de falta de sentido, fruto do pinçamento significativo do sujeito no lugar do Outro, marca a entrada em análise, e, portanto, o término das entrevistas preliminares e a entrada em análise.

As entrevistas preliminares, consideradas por Freud, no texto *Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)*

([1913]1980), como uma fase de exame preliminar, são fundamentais, pois, mesmo que preliminares, já são o início de uma psicanálise.

Para Freud, a importância dessa etapa tem sua justificativa pautada tanto na verificação se o paciente se entrega a regra fundamental, a associação livre, como por sua razão diagnóstica, pois, em função desta, será possível nortear a direção do tratamento psicanalítico, além de permitir, por parte do psicanalista, decidir se aceitará ou não alguém em análise.

A função diagnóstica, como uma importante faceta das entrevistas preliminares, favorece, por parte do psicanalista, a realização de um diagnóstico preliminar, e assim, concluir, de forma prévia, algo a respeito da estrutura clínica da pessoa que o procura, principalmente se está diante de uma neurose ou uma psicose.

Segundo Jorge Forbes e Maria Cecília Ferretti (1987), o dispositivo analítico, tal como é utilizado para o neurótico, não pode ser aplicado ao psicótico, pois a análise como um dispositivo que propicia o encontro faltoso pode desencadear o quadro psicótico. Por isso é fundamental estabelecer, a partir das entrevistas preliminares, alguns parâmetros antes de tomar alguém em análise, para que, inclusive, não recuemos diante da psicose (uma formulação feita por Lacan ressaltada pelos autores), fazendo para essa clínica as modificações adequadas ao seu método.

A questão a ser destacada é que toda a importância desse período inicial relativo às entrevistas preliminares implica o analista em um manejo importante, no caso, interrogar a posição do sujeito com relação ao seu sintoma, o que viabiliza uma das vertentes da entrevista preliminar ressaltadas por Miller (1988), a localização subjetiva (além da avaliação clínica e a introdução ao inconsciente). Para isto, o essencial é questionar a posição que toma aquele que fala em relação aos seus próprios ditos, isto é, localizar, a partir destes, o dizer do sujeito, fazendo-o perceber a antinomia própria dos seus ditos.

Essa localização subjetiva tem por efeito introduzir o sujeito no inconsciente, outra função das entrevistas ressaltadas por Miller (1988) e resulta na sistematização, por parte do paciente, do seu sintoma. Isso ocorre porque, reflete Antonio Quinet (1991), se o sujeito chega com uma queixa, todo o manejo, por parte do analista, volta-se para que possa ocorrer a sua subversão, correlata a uma mudança discursiva, quando o sujeito, implicando-se naquilo de que se queixa e,

naquilo que diz, pode dirigir ao analista uma demanda verdadeira, uma demanda de análise.

Como a analisabilidade é da função do sintoma e não do sujeito, esse manejo preliminar por parte do analista faz com que o questionamento a respeito da função do sintoma, “[...] a que o sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar” (QUINET, 1991, p.21), favoreça uma mudança de seu estatuto, isto é, a passagem de um estatuto de resposta para o estatuto de questão, que, enquanto tal, instigue o sujeito a decifrá-lo.

Assim, a partir do momento em que esse sintoma, transformado em enigma, é articulado e veiculado pela fala e dirigido ao analista, tornando-se um sintoma analítico e a própria expressão da divisão do sujeito, o analisando se engaja na sistematização de um saber, denotando, com isso, a instalação da função sujeito suposto saber como a própria transferência (MENEZES et al.,1988), o que demarca o fim das entrevistas preliminares.

Esta subversão da demanda inicial, cujo efeito é a efetivação de uma verdadeira demanda, e que implica uma mudança discursiva, aponta que algo teve lugar; uma retificação subjetiva, entre tantas que ocorrem ao longo do curso de uma análise, e que dizem respeito, tal como Lacan destaca em *A direção do tratamento*, à “retificação de suas relações do sujeito com o real.” (LACAN, [1958]1998, p 604). Cabe ressaltar, a partir das indicações de Miller, (1988), que, no período mais avançado de seu ensino, Lacan não mais utiliza o termo retificação subjetiva, mas sim, histericização do discurso do sujeito, como evidencia o matema do discurso da histórica tal como é apresentado no *Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise* ([1969-1970]1992): $\$ \rightarrow S1$, o sujeito barrado, dirige-se a um significante mestre, para que este produza um saber (S2) sobre o seu gozo e causa de sua divisão.

Figura 20 - O Discurso da Histórica



Fonte: LACAN, [1969-1970]1992, p.27

A constituição da transferência na relação com o psicanalista é, portanto, uma das importantes funções das entrevistas preliminares, e toda a questão em

jogo volta-se, com a instalação da função sujeito suposto saber, para fazê-la trabalhar.

Como ressaltado anteriormente, se a clínica psicanalítica é a clínica exercida em transferência, e se, como nos apontou Lacan, “no começo da psicanálise está a transferência” (LACAN, [1967]2003, p.252), mesmo que de caráter preliminar, o encontro com um analista já engendra importantes efeitos, pois, como Lacan destaca em *Variantes do tratamento padrão* ([1955]1998, p.352), “o analista se distingue por fazer de uma função que é comum a todos os homens em uso que não está ao alcance de todo mundo, quando ele porta a palavra falada.”

Segundo Miller (1987) ressalta, a predisposição para a edificação de um campo transferencial na relação com o analista tem seus primeiros fios tecidos desde o engajamento por parte deste na associação livre, que não é tão livre assim, pois obedece a leis fundamentais. O inconsciente é posto em ação pela própria experiência analítica quando o paciente, convidado a falar livremente pelo analista, engaja-se nesse trabalho.

A presença do analista e a sua sustentação para que o paciente diga o que lhe vem à cabeça, em associação livre, transforma qualquer palavra do analisando em palavra imediatamente valorizada pela experiência analítica, sustentando, por meio dessa a indicação, a existência de uma significação a respeito do sintoma possível de ser alcançada, o que faz um empuxo em direção à histericização. É movido pela hipótese, de que há um saber em jogo no sintoma (tornado enigma), que alguém dirige ao analista a seguinte pergunta: o que isso quer dizer?

Segundo esclarece Soler (1991), o momento da busca de uma análise é aquele em que um analista qualquer substitui à psicanálise em geral, e, a partir daí, reflete a autora, resta produzir a fixação da transferência e fazê-la trabalhar, provocada pela pergunta do sujeito a respeito de sua implicação no que se queixa. Aí estão, para a autora, as condições de uma análise.

Se inicialmente a função sujeito suposto saber está localizada no psicanalista, essa localização explicita uma fixação da transferência, por meio da qual o que surge é uma demanda ao Outro para que responda ao enigma que o sintoma porta. Por isso, a autora caracteriza essa transferência como uma transferência tipicamente demandante. Contudo, o analista, ao manejar a transferência de modo a não responder da posição de sujeito suposto saber, propicia o aparecimento da falta correlativa ao desejo, tornando possível o

deslocamento da demanda, antes dirigida ao analista, para uma demanda voltada para inconsciente, para a escrita da pulsão; deslocamento que caracteriza outra modalidade de transferência, a transferência produtora, pela entrega, do analisando, à associação livre.

Assim, destaca a autora, enquanto o analisando está, na análise, no lugar daquele que trabalha e em franca elaboração de um saber que responda à pergunta do sujeito, a operação do analista consiste em provocar esse trabalho.

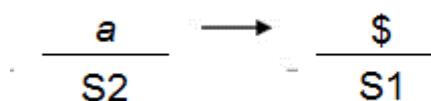
Mas, se pelo móbil inerente à transferência, como já apontado, o analista é investido pela suposição de saber, ilusão favorecida pela instalação do dispositivo, não é desse lugar que responde, pois, caso assim o faça, o analista situa-se como o detentor do tesouro de significantes, o lugar do Outro para o sujeito (QUINET, 2000).

É do lugar de semblante de objeto **a** que o analista opera, semblante do “[...] objeto causa de desejo, lugar que lhe é conferido pelo discurso do analisando, a partir da fantasia.” (JORGE; FERREIRA, 2011, p. 59)

Os estudos de Sergio Cottet (1987), Jorge e Ferreira (2011) apontam que, ao longo do ensino de Lacan, ocorreu uma importante mudança na concepção do lugar de onde o analista opera que implicou em um deslocamento que parte do simbólico, quando referido ao lugar do sujeito suposto saber, e se vetoriza para o real, relativo ao lugar de semblante do objeto **a**.

Tal como pode ser visualizado através da escrita do matema do discurso do analista como apresentado no *Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise* ([1969-1970]1992), o objeto **a**, o objeto causa de desejo, no lugar de agente, provoca o sujeito dividido, \$, o sujeito do inconsciente, para que fale produzindo os seus significantes mestres (S1) a partir de sua construção fantasmática, tendo, no lugar da verdade, o saber (S2).

Figura 21 - O Discurso do Analista



Fonte: LACAN, [1969-1970]1992, p. 27

É do lugar de semblante de objeto, referido ao objeto causa de desejo, objeto **a**, que um analista deve operar, levando ao analisante, enquanto sujeito dividido, supor um saber inicialmente no analista, que, gradativamente, pelo manejo por parte deste, desloca-se para um saber em seu inconsciente.

Se deste lugar um psicanalista só pode operar a partir da transferência, cabe destacar que, nesta, estão em jogo duas vertentes. Conforme trabalha no *Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, ([1964]1985) há, na transferência, uma vertente de apelo ao saber, que visa encontrar um saber, no Outro, que possa dar fim à falta-a-ser.

Contudo, a estrutura transferencial se faz presente quando, além da dimensão do saber, surge uma segunda vertente, a dimensão do engano veiculado pelo amor de transferência.

O amor surge como resultado da emergência da divisão subjetiva produzida pela própria situação analítica, sendo um efeito da transferência em sua face de resistência. O que está em jogo no amor é essencialmente querer ser amado e, com isso, dar alguma consistência ao ser.

O sujeito, a partir do momento em que, na análise e por efeito da transferência, vê-se assujeitado ao desejo do analista, dedica-se a atraí-lo para o campo do amor, tentando se fazer amar por este. Nesse momento, auge da resistência, o objeto **a**, concorre para o fechamento do inconsciente, momento no qual o analista está mais do que implicado na transferência, como já apontava Freud, quando associou esse momento ao estancamento das associações do paciente, comparecendo, em seu lugar, um pensamento a respeito do psicanalista. A abertura do inconsciente surge como efeito da interpretação por parte do analista, abertura que mantém a falta em operatividade.

Assim, a transferência surge não como repetição do passado, mas como uma retomada de uma forma de amar, na qual se evidenciam os elementos importantes da alienação ao Outro, essa relação de desejo a desejo, que, por meio do trabalho em transferência, podem ser abordados e deslocados, pois como já apontava Freud em *A dinâmica da transferência*, nada pode ser atingido “*in absentia* ou *in effigie*.” (FREUD, [1912b]1980, p.143).

Cabe ainda ressaltar que, na condução de uma análise, o que permite o atravessamento dessas tapeações imaginárias é o desejo do analista. Esse desejo, como já apontamos, fruto de um percurso de uma análise, por ser presidido por uma

dessubjetivação, faculta a um analista a operar com o desejo como função e a sustentar para um outro um lugar vazio, através do qual poder-se-á se presentificar o desejo do analisando como desejo do Outro de sua historicidade.

Trata-se, portanto, de um desejo advertido da impossibilidade do encontro com o objeto, por isso Lacan ressalta, no *Seminário, livro 7: A ética da Psicanálise* ([1959-1960]1997), que o analista não pode desejar o impossível. Para sustentá-lo, o analista deve saber não recuar de seu desejo, o que significa não recuar de sua castração. (RINALDI, 2005)

Pautada nessas considerações traçadas a respeito da transferência, retorno ao contexto hospitalar, com o intuito de retomar o trabalho da especificidade da clínica psicanalítica exercida em uma unidade hospitalar pública, mais especificamente em um serviço de tratamento para o câncer infanto-juvenil.

Concebo que mesmo que um psicanalista não vise conduzir, nesse contexto, uma análise propriamente dita, a sua oferta de espaços de fala e escuta (oferta que nada tem de piedosa, desistente ou demandante) subsidiada por essa função, o desejo do analista viabiliza o estabelecimento de um campo de elaboração através do qual, cada um que nele se engaja, dele faça o uso que puder, e, com isso, coloque em palavras o sofrimento por qual passa, favorecendo a construção de alguns recursos, ou melhor, respostas possíveis aos efeitos do encontro com o real que emergiu através da doença, um câncer.

3.1 O manejo da angústia

O tratamento de um câncer infanto-juvenil, dependendo de seu tipo, localização e estadiamento, requer, na grande maioria das vezes, um longo tempo de tratamento quimioterápico, (geralmente um a dois anos), além dos posteriores cinco anos de acompanhamento clínico semestral (sem vigência de quimioterapia), realizado a nível ambulatorial; tudo isso, nas melhores das hipóteses.

Em função desse longo percurso, tenho a oportunidade de acompanhar o paciente e seus familiares, durante os diversos momentos de seu tratamento, desde a fase de diagnóstico e durante as internações pelos mais variados motivos: para a realização de exames, para a quimioterapia, para tratar de infecções ou demais

efeitos colaterais do tratamento, para cirurgias, para o reinício do tratamento, quando é constatada a recidiva da doença, e para os cuidados gerais e de conforto quando estão em estado terminal, que os levam à morte.

Concomitante aos atendimentos nas enfermarias, tenho a possibilidade de acompanhá-los através de outra modalidade de atendimento, a exercida a nível ambulatorial, e desta fazem uso tanto aqueles que ainda estão em vigência de quimioterapias, como os que estão na fase de acompanhamento, sem qualquer quimioterapia.

Para os atendimentos conto com duas salas específicas para esta finalidade, uma dentro do hospital e bem próxima às enfermarias, e, outra, localizada no ambulatório (hospital/dia), além dos demais espaços nas enfermarias (à beira de cada leito), e demais locais do hospital: os corredores, sala de espera do centro cirúrgico, o pátio, a sala de quimioterapia, entre outros.

A sustentação de uma práxis analítica voltada tanto para os pacientes e familiares, ao longo das diversas internações e a nível ambulatorial, assim como para a equipe, (os seus distintos profissionais das enfermarias e do ambulatório), como será abordado oportunamente, permite-me pensar nos alcances da psicanálise em um ambiente hospitalar, não sem considerar alguns limites.

Por isso é mais do que pertinente a afirmação de Moura (2011), quando pontua que “para saber dos limites e as responsabilidades de uma práxis, para considerar as possibilidades do sujeito em questão, é preciso estar lá.” (MOURA, 2011, p.102).

Concebo que a presença de um psicanalista e a oferta da escuta dentro da enfermaria é fundamental, pois se volta para a escuta dos sujeitos afetados pelas mais distintas vivências geradas pela sua própria doença e o seu tratamento em função: do extremo mal estar e sofrimento físico, dos efeitos colaterais da quimioterapia e radioterapia, dos procedimentos dolorosos e invasivos, e muitas vezes mutilantes, mas, principalmente, do sofrimento subjetivo, provocado pelas numerosas privações, afastamentos dos contatos e rotina de vida, pela perda da privacidade, e, principalmente, provocado pela instalação de um desamparo, como trabalhado anteriormente, em função do temor da morte e do medo do sofrimento, que os arremessam na angústia, passível de ser reatualizada a cada internação, a cada procedimento, a cada infecção e a cada observação do agravamento do quadro de outros.

Nesse contexto, o interessante é observar os efeitos, para um paciente, quando sua fala encontra um endereçamento, um psicanalista, do qual recebe uma acolhida completamente distinta da que é possível aos operadores do discurso médico.

Esses efeitos são observados inclusive em situações de emergência, como o que ocorreu certo dia, quando recebi, de uma médica, um pedido de atendimento urgente em outra enfermaria. Interceptando-me no corredor do hospital, ela solicita o meu atendimento à jovem internada na enfermaria X, reconhecendo estar impotente diante choros convulsivos, choros que não cediam com as suas explicações.

Essa adolescente, de quinze anos, aguardava uma série de exames para diagnosticar o espessamento de seu pescoço, cujas hipóteses não descartavam a possibilidade de um câncer avançado. Em meio às suas tentativas frustradas de apaziguar a angústia dessa jovem, a doutora a comunica ter chamado uma psicóloga para ajudá-la, indicação que pode ter contribuído para tecer um campo de suposição a mim dirigido e favorecido, que a jovem, embora em prantos, fosse muito receptiva à minha aproximação do seu leito. Logo que me apresento, sua mãe, tomando a iniciativa de retirar-se do ambiente para dar-lhe mais privacidade, deixa livre a cadeira, ao lado do seu leito, no qual me sento, momento através do qual, a jovem em meio a intenso choro, fala imediatamente do medo de morrer sufocada, na medida em que a passagem do ar está muito estreita em função de uma massa que cresce ao longo do seu pescoço. Dizendo-se sem liberdade para falar desse medo com sua mãe e com a médica, diz não aguentar a espera desse diagnóstico, momento em que resgata questões de sua vida e a precisa percepção da gravidade do seu caso. No final do atendimento, embora triste, conversava com mais desenvoltura, e foi quando faz a pergunta: Quando você volta? momento em que combinamos o dia e o horário do meu retorno. Mais tarde, quando encontro com a referida médica, ela, expressando um espanto curioso, me pergunta qual a mágica que eu havia feito, pois a adolescente estava diferente: não mais chorava como antes, inclusive estava lendo e dizendo querer ter a oportunidade de encontrar alguns familiares.

De forma distinta que a médica, não lhe dei explicações, não a preenchi com sentidos, sustentei espaço para que chorasse e falasse do que temia, do que não sabia. Assim, foi falando, e, falando livremente, que ela conseguiu posicionar-se de

forma radicalmente diferente de como, até então, se encontrava - impotente e objetificada. Ciente de alguns limites impostos pela sua própria condição clínica, em função de uma doença de rápida e agressiva progressão, ainda que triste, argumenta com a mãe e com a equipe o que gostaria de fazer para distrair-se e quem pediria para vir vê-la.

Esse recorte evidencia, em consonância com o que afirma Facó (2012), que a fala e o seu endereçamento ao campo do Outro favorece uma operação, tem efeitos. “Ao convocar o sujeito a dizer o que lhe vem à mente, a associar livremente, o analista, por seu ato, põe o sujeito a trabalhar.” (FACÓ, 2012, p.302).

O fato de ter sido convocada a falar, e, como isso, convocada como sujeito, favorece a retomada das rédeas a partir de uma posição desejante, e o desejo, aponta Lacan no seminário 8: A transferência, “[...] é um remédio para a angústia.” (LACAN, [1960-1961]1992, p. 357).

Tal exemplo, entre tantos que o dia a dia dessa clínica oferta, demonstra a incidência da oferta da escuta analítica, mesmo que em situações pontuais dentro das enfermarias, e seus imediatos efeitos: minimização da angústia, o resgate do sujeito promovendo certa implicação em seu próprio tratamento.

Segundo argumenta Jacques-Alain Miller (1988), esse aplacamento, quase que imediato, do sofrimento, é decorrente do fato de um analista convocar e introduzir aquele que o procura em sua posição de sujeito. Isso produz,

[...] às vezes, um alívio imediato, porque, justamente, o simples fato de introduzir a pessoa em seu estatuto de sujeito produz uma dissociação, um retrocesso diante do sofrimento, assim como diante do dito. O sujeito sofre, mas o fato de falar ao analista fá-lo colocar-se um pouco à parte, tomar distância em relação ao seu sofrimento, e isso, efetivamente, pode produzir um alívio imediato (MILLER, 1988, p 124).

Por outro lado, a pergunta da jovem, ‘Quando você volta?’, pode exemplificar que, de forma concomitantemente a essa primeira oferta de fala e de escuta, ocorre, na relação com alguns, o início da construção de um campo transferencial, através do qual o lugar do analista torna-se o alvo para o endereçamento e para o acolhimento das suas falas e questões.

Diariamente, a ida às enfermarias favorece um encontro do paciente e seus familiares com o psicanalista, o que, por sua vez, favorece a colocação de palavras no que vivenciam e, concomitantemente, como já referido, contribui para que,

gradativamente, o lugar do analista começa a ser construído, ou não. Essa construção é contingente, mas um dos indícios de que um endereçamento começa a ter lugar, pode ser verificado quando, por parte de alguns, surgem as seguintes falas: “Quero muito conversar com você”, ou “Estava aguardando você chegar para conversarmos”, inclusive de crianças, que dizem, “Quando fui fazer quimioterapia lá no ambulatório te procurei, onde você estava? Podemos conversar?”

Em um hospital, as demandas iniciais dirigidas a um psicanalista se destacam por serem demandas de alívio, de completude, de colo, de uma resposta, de um saber que coloque fim ao sofrimento, e demandas, por parte da equipe, de “apagar incêndios”, de fazer calar um paciente, de convencer outros do bem de tal procedimento, através das quais, aquele que se queixa se coloca totalmente desimplicado. Mas, o que se quer é que o Outro resolva o que faz sofrer, sem que, contudo, nada se modifique, isto é, sem que em nada consinta perder e ceder quanto ao seu gozo.

Embora essas demandas iniciais se constituam por essa via, elas, por sua vez, indicam que um endereçamento já se esboça, por isso, é fundamental que sejam acolhidas, mas não respondidas, o que torna possível a sustentação de um campo, através do qual seja possível a escuta do sujeito.

Isso ocorre porque, tal como esclarece Lacan no texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* ([1959]1998, p. 623) “por intermédio da demanda, todo o passado se entreabre, até os recônditos da primeira infância. Demandar: o sujeito nunca fez outra coisa, só pôde viver por isso, e nós entramos na sequência.”

Assim, aos poucos, os pacientes e seus familiares começam a perceber que, nesse espaço de fala e de escuta ofertado pelo psicanalista, eles podem ser escutados de outro lugar que os operadores do discurso médico. Essa escuta particularizada, exercida ao longo de diversos atendimentos (nas enfermarias e /ou no ambulatório), favorecem o destacamento da trama significativa e, com isso, o recolhimento dos índices de localização do sujeito, permitindo a efetuação, por parte do psicanalista, de intervenções pontuais, com o paciente e, até com a equipe, a respeito do mesmo. Por sua vez, esses mesmos atendimentos favorecem, concomitantemente, com alguns, a constituição de um laço transferencial, que pode resultar na formulação de uma demanda específica, a ele dirigida, demanda evidenciada quando há uma transformação das queixas em uma questão: por que

faço isso! Por que ele (a) está assim! Isso não é por causa do tratamento, é outra coisa, o quê?

Concebo que, no contexto hospitalar, a oferta analítica se caracteriza pela sustentação de um campo onde a singularidade de cada sujeito tenha acolhimento e seja colocada para trabalhar. Através dessa aposta sustenta-se a presença de um saber outro, bem distinto daquele que é oferecido pelos operadores do discurso médico, e o fato do psicanalista sustentá-lo sem personificá-lo, viabiliza, em vigência da transferência, a emergência do saber inconsciente de cada qual que lhe dirige a fala, sejam estes pacientes, familiares e até profissionais, criando, com isso, as condições para o exercício da psicanálise.

A respeito dessa oferta sustentada por um psicanalista em hospital público, Sonia Alberti et al. (1994) destaca que nesse contexto o psicanalista é aquele que, juntamente com cada sujeito que vem procurá-lo, seja pelo motivo que for, recolocará a demanda do tratamento de forma que o sujeito se implique, “[...] passando a reconhecer-se como sujeito da fala, verificando sua implicação no seu sintoma e seu engano quando atribui a um outro, seus problemas.” (ALBERTI et al., 1994, p. 25). E, conseguindo fazer isso, diz a autora, já estará fazendo muita coisa.

Percebo, nessa clínica, que, na grande maioria das vezes, o engajamento à oferta sustentada pelo psicanalista limita-se ao trabalho inerente às entrevistas preliminares, o que já é importante, pelo nível de questionamento que engendram. Santos e Altoé (2005) fazem uma importante argumentação quanto à questão da condução dos tratamentos em uma instituição, no caso com crianças e adolescentes institucionalizados, que podem contribuir para a elaboração da clínica voltada com crianças continuamente hospitalizadas.

Referindo-se ao tempo das entrevistas preliminares, os autores lançam mão de uma noção, que denominam de pedaço de análise, cujo formulador foi Isidoro Americano do Brasil, noção inicialmente voltada para a clínica com crianças, aproximando-a ao período de atendimento, possível de ser sustentado com jovens institucionalizados.

A noção de pedaço de análise surge, para o autor formulador da noção, como um instrumento que possibilitaria pensar em uma análise com criança. Em função da impossibilidade teórica para o final de uma análise com crianças, nos moldes do que ocorre com os adultos, através dessa noção de pedaço de análise poder-se-ia chegar a um apaziguamento do inconsciente.

Assim, para Santos e Altoé (2005), se o período de atendimento, realizado com as crianças e adolescentes institucionalizados, pode ser considerado como um pedaço de análise, o fim de um período de atendimento é considerado “[...] como um corte extrínseco ao processo analítico e não uma impossibilidade teórica” (SANTOS; ALTOÉ, 2005, p.235), sem qualquer coincidência deste com o apaziguamento do inconsciente.

Segundo os autores refletem, mesmo que o trabalho ocorra através de períodos curtos, e que não haja qualquer pretensão de levá-lo até a um fim, ele não deixa de ter efeitos significativos. Na instituição em questão, “o atendimento psicanalítico abria espaço para que o sujeito pudesse ser, de alguma forma, tratado, o que podia gerar efeitos para o próprio sujeito.” (SANTOS; ALTOÉ, 2005, p.235).

De forma bem similar, esses efeitos são também observados no contexto hospitalar, onde a escuta analítica é ofertada e exercida ao longo de distintos períodos de internações e fases do tratamento, e, dentre esses efeitos, observa-se a minimização da angústia de seus índices avassaladores, minimização que favorece o trabalho de elaboração, a partir do manejo clínico do analista, pois a minimização da angústia não é o seu derradeiro tamponamento.

A respeito dessa temática, Soler (1991,1992,2012) fornece importantes indicativos. Segundo esclarece a autora, há um apaziguamento da angústia promovido pelo estabelecimento de transferência, o que ocorre porque a transferência é um recurso contra a repetição – tiquê. “Dirigir-se a alguém que é [...], pelo menos um suposto saber fazer vir à tona o saber [...], um psicanalista, é pedir ao saber para encobrir o real, o real do primeiro trauma.” (SOLER, 1991, p.12).

O efeito apaziguador da transferência pode ser localizado na própria associação livre, pois esta permite ao sujeito deslizar na cadeia significante e, com isso, esquecer, através da alienação significante, o que não engana. Além do mais, ressalta a autora, esse efeito apaziguador da relação epistêmica da transferência se traduz em amor de transferência. “Amor que também cobre, oculta o objeto angustiante que é o analista.” (SOLER, 1991, p. 64).

Assim, se um sintoma produz um ponto de interrogação, um furo nas significações, a transferência, com a instalação da função sujeito suposto saber, permite, ao neurótico, sustentar a crença de que há um saber suposto de outra natureza, o saber inconsciente, (o que está entre parênteses do matema da

transferência - figura 19) que pode, ao responder o enigma, vir a reduzir a nada as significações dadas, até então, aos seus sintomas.

A postulação da transferência, portanto, diz respeito à suposição de que o Outro, lugar do significante, pode preencher o vazio da significação (SOLER, 2012), e, por isso, é concebida, pela autora, como uma rolha especial, que apazigua a angústia, respondendo, com isso, a sua frequente atenuação como efeito da entrada em análise, tal como afirma a autora:

A transferência veio fechar a hiância surgida, introduzindo o sujeito numa estrutura temporal de espera e promessa, cujo interesse reside em fazê-lo trabalhar, em fazê-lo elaborar uma parte do saber inconsciente (SOLER, 1991, p.15).

Contudo, pelo próprio movimento da análise, a angústia tende a intensificar, em função do próprio processo analítico, na medida em que a intervenção do analista aponta, continuamente, para o que se manifesta nas rupturas do significante, e, sendo assim, na medida em que essa operação inclina a transferência rumo à vertente da separação, ela faz retornar também momentos de angústia, em sua relação com a aparição do vazio.

Por sua vez, esse vazio diante o desejo do Outro angustia por duas vertentes, por um lado, no registro da impotência de saber, por que não há resposta que dê conta desse enigma e, por outro lado, angustia diante uma resposta possível. (SOLER, 2012)

Assim, acrescenta a autora, chega-se a uma análise com uma demanda dirigida ao saber inconsciente, buscando nele as respostas para os seus sintomas, porém, quem responde não é o saber, mas o ser, mais precisamente, “[...] a pulsão, na medida em que ela é colocada em frase e em imagem no cenário da fantasia.” (SOLER, 1991, p. 16).

Se a transferência é o amor dirigido ao saber, o qual é oferecido a um suposto parceiro capaz de responder, o analista, este, por operar desde o lugar de objeto *a*, visa, com suas intervenções, não o saber, “visa o ser, visa fazer aparecer [...] o indizível, o que assedia o discurso do sujeito, mas que, em si, permanece rebelde ao enunciado.” (SOLER, 1991, p. 17).

Por isso, apesar de não ser o seu objetivo primordial, a operação analítica intensifica a angústia ao questionar e convocar o aparecimento do vazio inerente à relação do sujeito ao Outro, ao contrário de tamponá-lo, como visa o amor.

Explicando-me de outra forma, o analisando continuamente manobra a transferência no intuito de fazer produzir a satisfação que habita a sua fantasia, visando, com isso, tamponar do vazio relativo ao enigma que o sujeito encontra no campo do Outro e encobrir a angústia. Quando alguma satisfação é atingida, ela é correlata ao fechamento do inconsciente, momento no qual, pela transferência, o analista, como objeto *a*, se instala como objeto obturador.

Em relação à essa manobra por parte do analisando, “a posição do analista é, primeiramente, de deixar-se dirigir até poder objetar, achar o modo interpretativo de objeção à satisfação que procura realizar-se” (SOLER, 1991, p.49), intervenção que tem por efeito um abre-te sésamo do inconsciente, convidando a dizer mais.

Por sua vez, essa objeção realizada pelo analista, na medida em que deixa a fantasia do analisando insatisfeita, faz um empuxo à angústia, pois favorece a designação de um ponto de satisfação enigmática, que nada mais indica senão a presença de uma positividade chamada de gozo. Desta forma, reflete a autora, se a finalidade da manobra, por parte do analista, evidentemente, “[...] não é a angústia; é bem, extrair da angústia sua certeza” (SOLER, 1991, p. 64).

A angústia surge quando o objeto *a* se faz patente, e, diante da angústia, a intervenção do analista tenta fazer com que o sinal da angústia advenha como uma resposta, cuja função é indicar o registro da relação com o objeto do desejo do Outro, desejo que a fantasia, como cenário imaginário, encobre.

Vê-se, portanto, o quão central é o manejo da angústia na clínica psicanalítica, e o quão intrinsecamente está articulado com o manejo da transferência. Para esse delicado manejo, retorno aos indicativos de Lacan *no Seminário, livro 10: A angústia* ([1962-1963]2005): o analista deve sentir o que o analisando suporta de angústia, para que ela não seja colocada no armário, isso é, tamponada, nem deixada na imprecisão, isto é, sem uma nomeação, que possibilite a sua superação.

Se a clínica psicanalítica não visa o tamponamento da angústia do sujeito com um preenchimento de sentido, todo o delicado manejo tem lugar, para que a dimensão da angústia e a sua relação com a dimensão da causa, enquanto causa de desejo, como abordado anteriormente, não seja tamponada.

Na clínica com pacientes com câncer, a angústia surge, conforme apontam Facó e Lo Bianco (2012), como sinal de que algo do real foi tocado, por isso, deve ser considerada, não como um sintoma a ser tamponado, mas como um ponto do sujeito que está em questão.

Por isso, não se trata de evitar a angústia, tamponando-a com respostas prontas, idealizadas ou pretensamente corretas, mas de suportá-la, favorecendo, com que, assim, um analista, posicionando-se ao lado de cada um, sem fazer qualquer parceria sintomática, acompanhe cada qual em seu percurso, em sua dor e em suas descobertas. Trata-se de uma oferta de um campo e de um espaço para que, no trabalho de suas questões, cada um, quando provocado por essa contingência relativa um acontecimento da ordem do real que o provoca e o causa, construa, como diversamente foi apontado nessa dissertação, as respostas que lhes são possíveis.

Assim, durante as inúmeras internações para o tratamento do câncer, bem como durante o tratamento a nível ambulatorial, o encontro com um psicanalista pode produzir efeitos significativos, mesmo que muitos permaneçam em vigência desse tempo de entrevistas preliminares, que, como vimos, já é o começo da psicanálise.

É interessante observar o surgimento de demandas de atendimento a nível ambulatorial. Estas demandas, que surgem ainda em vigência de tratamento quimioterápico, e, muitas vezes, um tempo após o seu término, são movidas por um sofrimento que se evidencia através de sintomas físicos (dores, vertigens, falta de ar, vômitos sem ligação com quimioterapia) ou por questões que se impõem, os quais, os familiares, ou o próprio paciente, não entendem: um comportamento que destoa, temores generalizados, mudança no humor, fobias, dificuldades nas relações em geral, problemas familiares ou escolares, entre outros.

Considero que a modalidade de escuta exercida no ambulatório favorece uma modalidade de trabalho muito próxima ao exercido em consultório privado, pois os pacientes chegam movidos tanto por demandas espontâneas, como por encaminhamentos realizados pelos médicos ou demais profissionais da unidade. Verifico, por sua vez, que aquele que solicita esse atendimento coloca-se em uma posição de implicação bem diferente, em comparação com aquele que se restringe aos atendimentos em uma enfermaria.

Com alguns, inclusive, o engajamento nos atendimentos ambulatoriais, agendados semanalmente, os lançam em um trabalho que os possibilitam efetivar uma demanda de análise, denotando, com isso, um trabalho que ultrapassa o tempo das entrevistas preliminares, possibilidade exemplificada através do caso Sílvia.

Gerson é outro exemplo, entre outros, desse processo analítico exercido em ambulatório. Com 10 anos de idade está tetraplégico em decorrência de uma segunda cirurgia para ressecção de um tumor cerebral, realizada quando tinha 4 anos de idade; tumor descoberto e operado pela primeira vez quando tinha 6 meses de idade.

Aos 4 anos, em função da tetraplegia, seus pais solicitam, concomitante ao acompanhamento com a fisioterapia, um acompanhamento ambulatorial com a psicanalista. A dedicação de seus pais, trazendo-o semanalmente ao atendimento, ao preço de afastarem-se de sua residência durante toda a semana, (porque moram em região distante), foi determinante para que criança fizesse importantes construções e avanços, e, para isso, contaram com a ajuda de uma associação de pais de crianças com câncer, sob a forma de albergue para a criança e sua mãe.

Gerson é um exemplo de um acompanhamento ambulatorial exercido por seis anos ininterruptos, a não ser em função de minhas férias e de suas férias, em janeiro, mês que sempre a solicita, indicando, com isso, conceber o seu atendimento como um trabalho no qual ele está mais do que implicado.

Assíduo, Gerson, e um de seus pais, comparecem às sessões agendadas, sempre no primeiro horário da manhã, fazendo questão de comunicar quando não podem comparecer, solicitando mudança de data quando, por exemplo, coincide com alguma consulta, exame ou atividade escolar. O que move uma criança e seus pais, por seis anos ininterruptos, a persistirem em um atendimento semanal?

A tetraplegia o leva a uma série de questionamentos. Mãe e filho, apoiados no mecanismo de negação, que a tetraplegia pode ser reversível e que, por isso, ele poderia andar um dia, são assíduos nos atendimentos com a psicanalista e com a fisioterapeuta. Este mecanismo lhes serve como um importante recurso, inclusive para o trabalho analítico, pois, a negação, o mecanismo da *Verneinung*, como ressaltava Freud, no texto *A negativa* ([1925]1980, p.296), favorece a suspensão do recalque, tornando-se um modo de tomar conhecimento do recalcado, sem que, contudo, implique na aceitação do que é negado. “Negar é um juízo, que no fundo quer dizer ‘isso é algo que eu preferiria reprimir.’”

Como substituto intelectual do recalque “[...] o seu ‘não’ é a marca distintiva do recalque – um certificado de origem – tal como, digamos, *Made in Germany*.” (FREUD, [1925]1980, p.297).

Por isso, em meio ao recurso da negação, o elemento recalcado continuamente se faz presente em seu discurso, em suas brincadeiras e desenhos: uma pessoa que é deficiente, que não tem as pernas, ou que não tem habilidades comuns aos demais, que usa cadeira de rodas, que é o excluído, o que favorece o seu trabalho em torno desse ponto, que, para ele, é muito duro e difícil. Todo esse processo e o trabalho em torno desse ponto favorecem com que, Gerson, desenvolva e conquiste não só habilidades motoras, mas uma resposta toda própria para lidar com as adversidades da vida e com os seus limites motores.

Nos atendimentos, fala com propriedade sobre suas frustrações, decepções, dificuldades, fantasias, o que para ele é sentir-se diferente em relação aos demais, e, inclusive, elabora a sua divisão quanto a aceitar o que vem pronto e de graça dos outros sem que precise pedir (na maioria das vezes, voluntários movidos pela piedade), ou resistir a isso. Também comemorou suas superações, ida para escola, seu ótimo rendimento, a habilidade para fazer uma manobra com a cadeira de rodas, e o desenvolvimento de algumas habilidades com as mãos, mesmo que não as movimente completamente. Com apenas seis anos, já começa a nomear-se como cadeirante.

Perante suas dificuldades, Gerson posiciona-se de forma questionadora, buscando as suas soluções de uma forma muito persuasiva, conseguindo, por essa via, a cadeira de rodas que lhe dá maior mobilidade e que lhe permite movimentar, sozinho, as rodas com os seus braços, pois “assim, eles ficam fortes.”

Pelo mesmo motivo, não aceita que o cuidador, ofertado pela escola, lhe dê tudo na mão; afinal, diz ele, “meus amigos me empurram, minha professora me ajuda”, resistindo, por muito tempo, que essa cuidadora trocasse as suas fraldas, (ele não tem qualquer controle dos esfíncteres), tanto que articulou um esquema entre as pessoas com as quais se sente à vontade.

Seu rendimento escolar é acima da média, mesmo que frequente apenas dois dias da semana, porque permanece três dias no bairro próximo ao hospital onde faz o seu tratamento semanal, com a psicanalista e a fisioterapeuta. Expressa com orgulho o fato de frequentar a escola e o fato de que suas notas sempre são boas, “e por merecimento”, ele faz questão de dizer, expressando, com isso, que

não aceita facilidades embora aceite adaptações do ambiente e da forma de fazer algumas atividades.

Cabe ressaltar que apesar do seu progresso no tratamento e em sua forma estimulada de enfrentar seus problemas, nunca foi fácil para Gerson frequentar a escola, pois, nesse ambiente, uma escola municipal, encontrou as maiores resistências para a sua inclusão, e ainda encontra. Mesmo assim persiste, tanto que desenvolveu uma forma toda própria de escrever, apoiado nos cotovelos, e segurando o lápis com as duas mãos: “Eu arrumo o meu jeito de fazer”.

Figura 22 - Um modo próprio de escrever e desenhar



Fonte: O autor, 2014.

Gerson, contrariando o prognóstico dos médicos neurologistas, prossegue com a sua vida, mesmo que, às vezes, se depara com muralhas. Do último encontro com um neurologista, por exemplo, voltou destruído. Diante de suas expectativas de ouvir uma resposta positiva, pois foi encaminhado por sua fisioterapeuta para uma nova avaliação em face de sua desconfiança de que ele poderia estar recuperando sensibilidade em parte da perna, o que reacendeu a sua esperança de recuperação, Gerson ouviu do neurologista uma fala que o derrubou.

Sobre o ocorrido, diz: “Não foi o que ele falou, pois isso eu já sabia, mas foi como ele falou. Você não tem noção de como ele falou comigo; você não tem noção do que senti”!

Esse médico, movido por sua impotência diante de um olhar demandante desse menino, e por não fazer saber uso da transferência que lhe era suposta, responde-o da forma mais fácil, do lugar do poder, do saber e do poder de prever, sem que levasse em conta o seu engajamento, ao longo de vários anos, em seu tratamento, engajamento este que o levou não apenas a galgar muitas conquistas

motoras, mas, também, a conquistar um posicionamento todo próprio diante de sua vida.

Peço que me diga o que ouviu do médico e o que sentiu, o que imediatamente responde: “ele me disse assim: se eu fosse mágico, eu trabalharia no circo. Esqueça suas pernas, invista no movimento de seus braços. Eu nem sei como você ainda está respirando sem aparelhos! Não sei como você movimenta seus braços? Deve ser obra de Deus!”

Depois deste encontro com o médico, Gerson sentiu-se selvagemmente destituído. Segundo sua mãe, o que ele mesmo depois confirma, na escola torna-se desinteressado, desanimado e distante, tanto que fala: “de que adianta estudar, de que adiantou tudo! Para que lutar como lutei, não deu e não dará em nada!”

Foram sessões e mais sessões para que ele falasse do que caiu, sendo necessária a realização de um encontro com as professoras, da classe hospitalar, (que funciona no hospital) para que suportassem esse momento, equivocando nelas a tendência, já instalada, de pena, e de desinvestimento.

Ele poderia, sim, ter esse momento de questionamento, de recuo; mas que dessem espaço para que ele criasse, inventasse, agora, como ele quer seguir adiante. Que não o tratassem como coitado, a tendência habitual, mas também que não o ignorassem. Que ofertassem recursos, para que, nas mínimas matérias, achasse a sua forma de superar as dificuldades.

Gerson, aos poucos, foi refazendo o sentido para a sua vida. Decide continuar a investir: na fisioterapia, pois considera que, com ela, pode descobrir suas “potencialidades” (tal como diz); na psicanálise, semanalmente, porque o ajuda a pensar, assim como decide voltar a dedicar-se à escola, porque gosta de estudar, além de conviver com as amigas que conquistou. Gerson segue com a sua vida, fazendo seus planos.

Hoje, considera-se tetraplégico, e prepara-se para usar, a contragosto, um colete, pois desenvolveu uma significativa cifose. Embora já considere que sempre precisará contar com alguém para cuidados básicos e de higiene, ainda resiste a aceitar outras pessoas, além daquelas que escolheu. A cada novo cuidador, outro conflito.

Nos grupos de crianças menores, assim como entre os adolescentes, grupo que prefere e com qual se identifica, assume posição de liderança. “Eu sou o cérebro pensante”, “Eu dou meus pulos”, ele diz. Em um momento posterior, faz

novamente o uso dessa frase, quando, diante uma dificuldade encontrada, ressalta a sua forma de resolver a questão. Escutando-se ri do que diz acrescentando: “pelo menos assim eu posso pular”.

A questão do atendimento psicanalítico ambulatorial exercido em uma instituição promove muitas questões. Eles acontecem, é um fato. Os que se engajam nesse trabalho fazem suas questões e lançam-se em um trabalho através do qual é possível acompanhar interessantes deslocamentos.

Como pensar essa modalidade de atendimento ambulatorial, se no serviço público não pode haver o pagamento, considerando que a função do dinheiro, do pagamento e o seu manejo são elementos fundamentais na psicanálise? A falta da função reguladora do dinheiro descaracteriza o atendimento ambulatorial como psicanalítico?

Freud, no texto *Sobre o início do tratamento* ([1913]1980, p.173), esclarece a importância do dinheiro na clínica psicanalítica quando faz o seguinte apontamento:

Um analista não discute que o dinheiro deve ser considerado, em primeira instância, como meio de autopreservação e de obtenção de poder, mas sustenta que, ao lado disso, poderosos fatores sexuais acham-se envolvidos no valor que lhe é atribuído.

Ao longo do referido texto, ressalta as desvantagens dos atendimentos gratuitos, alegando que a ausência do efeito regulador do pagamento dos honorários poderia aumentar as resistências do neurótico (nas moças incrementaria uma tentação inerente à relação transferencial e, nos rapazes, uma posição de gratidão oriunda do complexo paterno).

Por isso, localiza um importante reforço dessa resistência nos bons serviços que uma neurose propicia, pois, servindo-se dela como ganho secundário, o neurótico, apoiado na doença, não mais se responsabiliza pela sua vida, não mais se dedica ao trabalho, e, vitimado, passa a contar somente com a ajuda alheia. Por isso Freud argumenta que só com muita dificuldade um homem permite-se livrar-se de sua neurose.

O ganho secundário com a doença, aliado aos efeitos da ausência do efeito regulador oferecido pelo pagamento dos honorários ao psicanalista, destaca Freud, pode afastar todo o relacionamento do mundo real, e, com isso, “[...] o paciente é privado de um forte motivo para esforçar-se por dar um fim ao tratamento.” (FREUD,

[1913]1980, p.175), sendo que, para tanto, teria que a abrir mão, justamente, de sua doença.

Mas, se, no referido texto, Freud destaca as desvantagens do atendimento gratuito, da mesma forma reconhece que, em alguns, este, por não produzir os obstáculos acima mencionados, conduz a excelentes resultados.

A respeito desse importante e controverso tema, Anna Cristina Figueiredo (1997) faz importantes considerações, em meio às quais afirma que “[...] não há duas psicanálises, uma para o consultório e outra para o ambulatório.” (FIGUEIREDO, 1997, p.11). Tanto no consultório, como no ambulatório, estão em jogo diferentes elementos que tanto favorecem uma boa resolução da transferência quanto promovem resistência.

Nesse sentido, reconhecendo o caráter privilegiado que tem o ambulatório como local para a prática da psicanálise, ressalta algumas de suas principais características: facilita o ir-e-vir, mantém certa regularidade no atendimento pela marcação das consultas, preserva o sigilo e propicia certa autonomia de trabalho para o profissional. Além disso,

[...] o atendimento individual é o que pode oferecer melhores condições para a instalação do dispositivo psicanalítico. Em que consiste este dispositivo? Resumindo numa fórmula: consiste na elaboração como trabalho analítico pela via da repetição, que se dá na transferência como instalação do ‘sujeito suposto saber’, por onde incide a ação do analista sustentada pelo desejo de diferença (FIGUEIREDO, 1997, p.173).

Se importantes elementos distinguem esse atendimento daquele exercido no consultório: questão do divã, que praticamente não existe no ambulatório, a questão do tempo, onde a burocracia dos serviços e a peculiaridade da clientela podem gerar obstáculos, e a questão do dinheiro, pois no serviço público é proibido cobrar, a autora, detendo-se na análise desse último importante fator, (o que também privilegiarei) , reflete que, o que não se pode fazer é alegar a priori que, por isso, por que não há um pagamento em jogo, não se pode fazer psicanálise, uma alegação que nada mais seria do que uma resistência.

Segundo o que trabalham Santos e Elia (2005), no serviço público, a impossibilidade do uso do dinheiro como forma de pagamento do custo subjetivo de uma análise se dá tanto por razões legais quanto pela inviabilidade moral.

O sujeito tem direito ao atendimento institucional público não apenas porque a lei lhe garante esse direito, mas porque na lógica da Coisa pública e das políticas públicas de saúde [...], esse direito é, além de legal, legítimo, e não se trata, para o psicanalista, de por isso em questão (SANTOS; ELIA, 2005, p.115).

Assim, refletindo sobre os resultados das entrevistas com profissionais que exercem sua clínica em ambulatórios, Figueiredo (1997) destaca alguns posicionamentos.

Enquanto alguns apontam que, mais cedo ou mais tarde, a ausência de pagamento faz com que uma análise não ande, existem aqueles que consideram a possibilidade de introduzir outro tipo de pagamento, sob a forma de um produto, objeto, ou produção que “[...] custasse algum trabalho ou esforço de recompensa para não infinitizar a dívida com o analista, ou ater-se ao gozo do sintoma.” (FIGUEIREDO, 1997, p.98). Outros, por sua vez, sustentam uma posição a favor do atendimento gratuito, alegando que o paciente, ciente de que o analista, como funcionário público, recebe um salário pelo seu trabalho, sabe que ele não está ali de favor ou só porque o ama.

Segundo o que a autora contemporiza, se tais questões não são nem totalmente verdadeiras nem falsas, para tratá-las “é preciso indagar, de pronto, se a ausência do fator dinheiro retira de cena os fatores sexuais que o dinheiro envolve. Sabemos que não.” (FIGUEIREDO, 1997, p.97). Por isso, propõe que é preciso criar novos critérios de avaliação do fator ausência de dinheiro na experimentação cotidiana da clínica e referi-los à teoria psicanalítica.

De fato, nesta clínica, verifico que outros elementos acedem ao estatuto de investimento, de uma perda consentida que, colocados em jogo, servem de suporte para presentificar muitas questões.

No caso de algumas crianças e adolescentes são perdas, por exemplo, de um dia de aula por semana, o que os fazem arcar não apenas com o fato de não assistirem às aulas e às explicações dos professores, mas que lhes exigem um esforço posterior: pegar tarefas com os colegas, estudarem sozinhos, fazerem provas em outros dias que os demais.

No caso dos pais, por exemplo, perdem um dia de trabalho ou chegam atrasados, o que implica em descontos em seus salários ou compensação de horas em outros dias. Muitos, por residirem em outros municípios do Estado, e para comparecerem aos atendimentos agendados, precisam acionar o transporte das

Prefeituras e, para isso, acordam de madrugada para terem acesso ao carro, ou, muitas vezes, arcam com os custos das passagens intermunicipais ou da gasolina. Ausentam-se de suas casas e de outros filhos ao longo do dia inteiro, quando não pernoitam e retornam no outro dia, o que para tanto, muitas vezes, faz-se necessário orquestrar todo um funcionamento que, muitas vezes, inclui a ajuda de terceiros: vizinhos ou parentes.

Como Figueiredo (1997), considero tais exemplos como formas indiretas de pagamento, na medida em que implicam um custo real para aqueles pacientes que se engajam nesse tratamento. O fator tempo é um exemplo fundamental ressaltado pela autora, pois, segundo afirma, “pagar com o tempo adquire um valor na economia libidinal e provoca uma reviravolta na relação do sujeito ao objeto: da perda do tempo, que nada traz, ao tempo que está perdido e não se recupera.” (FIGUEIREDO, 1997, p.102).

Contribuindo para a discussão dessa clínica exercida em um serviço público, Santos e Elia (2005) pontuam:

Na verdade, a relação do sujeito com seus direitos deverá ser interrogado na análise de modo muito mais amplo e profundo permitindo que o sujeito se desloque da posição de demanda, em que o direito lhe é assegurado pelo Outro, à expensas de sua responsabilidade e de seu ato, para uma posição em que o sujeito se responsabilize por si, sua vida, seu sofrimento seu prazer, seus atos, enfim, para uma posição do desejo (SANTOS; ELIA, 2005, p. 115).

Observo que as crianças, os adolescentes e seus familiares, quando implicados em seu processo analítico, tomam o dia e o horário agendados como seus.

Considerando-se, em trabalho, combinam o seu período de férias, tal como já citado, através do caso Gerson, tendo também a possibilidade de decisão pela sua interrupção, quando avaliaram que já trabalharam o suficiente, como exemplificado através do caso Silvia, ou solicitando um retorno, quando precisarem.

Subsidiada pelo o que foi elaborado ao longo dessa dissertação retomo a afirmação de que o alcance da psicanálise, nesse contexto hospitalar, está nessa oferta que abre para a palavra, e para a elaboração, favorecendo com que alguns realizem algumas separações, o que os vetoriza para um posicionamento, como sujeitos, mais desejanter. Esse posicionamento é observado mesmo entre aqueles que caminham para a morte, pois tendo encontrado, junto ao psicanalista, o trabalho

de suas questões, de sua vida, muitos escolhem a via de morrer vivos, como sujeitos do desejo, no tempo de vida que tiverem.

Por isso, considero que o alcance da psicanálise em um hospital não é medido por sucesso fruto de um juízo de valor, embora seja possível observar significativas mudanças de posições e o aplacamento de angústias avassaladoras.

O alcance da psicanálise está na própria circulação da palavra, e na constituição de demandas dirigidas ao analista, que abrem campo para a construção de respostas singulares. Trata-se de uma aposta possível de ser sustentada não apenas com os pacientes e com seus familiares, mas, também, com uma equipe.

3.2 A aposta analítica

O hospital é um campo onde aqueles que ali se encontram se deparam com situações traumáticas, e aí estão incluídos não apenas os pacientes, mas também seus familiares e os profissionais.

Neste contexto, a oferta de uma escuta específica sustentada por um psicanalista pode favorecer, a partir da singularidade de sua posição, a constituição do seu lugar como referência para o endereçamento das falas e demandas de atendimento por parte daqueles que estão aí inseridos. Se a edificação desse lugar é contingente, e se, por isso, ele em nada pode ser caracterizado como um lugar pré-determinado, a sua instalação é da ordem da instalação de uma função que, sustentada e em operação, permite que um trabalho se dê, na singularidade de cada caso, mas cujo alcance só pode ser verificado depois, pelos seus efeitos.

Como abordado anteriormente, se o posicionamento de um psicanalista, em uma instituição e em uma equipe é delicado, porque eticamente refere-se a uma posição de extimidade, é justamente por meio deste que a especificidade da clínica psicanalítica pode ser demarcada, possibilitando a sustentação de um campo a partir do qual pode operar.

A questão da aposta analítica em jogo nessa clínica, ressaltada em diversos momentos dessa dissertação, permite-me afirmar que essa aposta é da ordem da insistência, que requer, do lado do analista, um despojamento sem igual. Exige do

analista, aponta Moura (1996, p. 6) “[...] condições de uma abertura ante a surpresa e ao mesmo tempo reflexos seguros para produzir, com os recursos disponíveis, um convite ao trabalho, constituindo-se em sua causa.”

Assim, em um hospital, um psicanalista, através de seu posicionamento ético, lança-se na sustentação da práxis psicanalítica, sem abrir mão do rigor teórico e da ética do analista, embora adeque a psicanálise às suas novas condições. É o que possibilita a sustentação de sua aposta de que, através de sua presença, um campo de fala e de escuta tenha o seu lugar, favorecendo com que cada qual que lhe enderece uma fala ou uma demanda de atendimento seja acolhido enquanto sujeito. Assim, o mesmo é levado a questionar-se quanto à posição singular assumida em sua vida e naquilo de que se queixa, favorecendo que, por parte de alguns, uma separação em relação dos significantes que até então se alienavam tenha lugar, e, com essa separação, a edificação de outro posicionamento.

Para sustentar essa aposta, o analista faz da angústia tanto bússola para o manejo de sua clínica, como um campo que, sendo sustentado e não tamponado, pode, em função do desvelamento do vazio e da abertura de um campo de enigma, favorecer a emergência de importantes questionamentos, e, com isso, a vetorização do sujeito em direção ao desejo, mesmo que nada mais lhe dê garantias e certezas absolutas.

Se até o momento desta dissertação, a reflexão sobre a incidência desta aposta, que contemporiza tanto o alcance como os limites da clínica psicanalítica, volta-se para a clínica exercida com os pacientes com câncer e seus familiares, sustentada tanto dentro das enfermarias quanto na modalidade de atendimentos ambulatoriais, proponho abordar outra possibilidade de intervenção analítica construída ao longo de meu exercício clínico nessa unidade hospitalar. Trata-se de um trabalho realizado com a equipe. De que ordem é este trabalho?

Além das intervenções pontuais e individuais com alguns profissionais (médicos oncologistas, hematologistas e demais especialistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas assistentes sociais, entre outros), e com a equipe, realizados tanto no dia a dia (nas enfermarias e no ambulatório) como nas reuniões de equipe para discussão de alguns casos, tenho a oportunidade de realizar um trabalho com a equipe, no sentido da promoção de espaços de fala para a discussão de temas oriundos do próprio trabalho.

Aposta-se, com isso, na circulação da fala e na promoção de um tempo para reflexão a respeito dos impasses inerentes à própria clínica e ao trabalho em equipe, favorecendo um movimento de implicação dos profissionais naquilo que fazem, e também naquilo de que se queixam, possibilitando, por parte de alguns, (com reflexos no trabalho da equipe), a modificação de alguns posicionamentos, passíveis de serem verificados, posteriormente, através da flexibilização de condutas antes rígidas e generalizadas e na abertura para a consideração da singularidade que há em cada paciente atendido.

Estes espaços de elaboração sustentada favorecem uma equivocação, mesmo que pontual, da ética humanitária prevalente no hospital, denunciando, como ressaltam Sonia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida (2005) “[...] o fato de que o bem ao próximo muitas vezes mais o anula que o sustenta, uma vez que o próximo, como Freud alertou em 1930, é somente uma projeção narcísica de si mesmo.” (ALBERTI; ALMEIDA, 2005, p. 68). Mesmo porque, ressaltam as autoras, nem sempre o que uma equipe identifica como um bem para o seu paciente é identificado por este como tal.

Essa modalidade de trabalho com a equipe ressaltada como importante, fundamental e revigorante, (falas pronunciadas pelos participantes quando finalizado cada trabalho), precisa ser continuamente sustentada, pois, mesmo que importantes reflexões surjam e algumas mudanças ocorram, tende-se ao retorno ao funcionamento que desconsidera as diferenças e que se apoia em rotinas rígidas como via de proteção para o difícil e contínuo trabalho com a dor, com o sofrimento e a morte. Além disso, na condição de profissionais da área da saúde e sob a regência do discurso médico, tendem a pautar as suas ações movidos pela ética dos cuidados, o que os fazem retornar rapidamente para a promoção do bem comum, mas com uma diferença que merece destaque. Alguns se tornam mais permeáveis a questionamentos e mais atentos ao singular de cada caso.

Esse trabalho, portanto, caracteriza-se pela sustentação de uma insistência, pois, mais do que qualquer outro, o psicanalista é aquele que

[...] deve ser o mais advertido do fato de que não há clínica sem o duplo movimento de avanços e retrocessos. O psicanalista sabe do mal-estar na cultura e sabe que não é possível evitá-lo. Assim também no hospital, sua aposta é de que cada sujeito pode se ocupar de dar conta de seu mal-estar, em particular, na cultura (ALBERTI; ALMEIDA, 2005, p. 70).

O psicanalista, quando em uma equipe, tem o seu lugar edificado de forma gradativa, e, como já apontado, com alguns. Constituindo-se enquanto lugar e como referência para o endereçamento de questões e demandas por parte de alguns profissionais da equipe, um psicanalista, ao acolhê-las sem respondê-las tal como são esperadas e posicionando-se de forma a não constituir um saber constituído, dá lugar à palavra de cada um, sustentando, a partir do acolhimento das diferenças, um campo no qual seja possível a construção de um saber inédito.

É desse delicado lugar, subsidiado pelo enlaçamento transferencial, que um psicanalista pode intervir no dia a dia com a equipe, por exemplo, provocando reflexões e, inclusive, mudanças nas decisões e nas condutas na condução de alguns casos, intervenções passíveis de serem feitas e sustentadas, porque são subsidiadas pela escuta dos significantes e da historicidade de cada sujeito, colhidos ao longo da escuta de cada caso. Destaco, dentre inúmeros exemplos, alguns: uma indicação realizada à equipe quanto à importância do adiamento de um procedimento cirúrgico, não urgente, até que uma pessoa, de fundamental importância para determinado paciente, tenha tempo hábil para chegar; ou, uma equivocação sustentada junto à equipe a respeito da necessidade da resolução de um sintoma através de intervenção cirúrgica no corpo e o apontamento da importância para que seja dado ao paciente, um tempo de elaboração, apostando que, através deste, ocorra um esvaziamento da questão subjacente ao sintoma, o que poderia tornar a intervenção cirúrgica não mais necessária. Outro exemplo é a realização de uma intervenção junto à equipe da enfermaria e junto à Comissão de infecção do hospital, que resulta na flexibilização das rotinas, por parte dos profissionais, no tocante caso de uma criança, naquele momento em isolamento de contato por colonização de bactéria multirresistente. Apontando para as equipes a localização em outros, que não os pais biológicos, da função de mãe e de pai para a referida criança, favoreceu-se a inclusão destes entre os acompanhantes autorizados no seu acompanhamento.

Assim, é justamente em função de sua posição de extimidade, como abordado no início do capítulo, que um analista, por posicionar-se dentro-fora, pode intervir e, inclusive, sustentar espaços de elaboração com a equipe.

O trabalho de diferentes profissionais em equipe multidisciplinar, cuja insistência visa um trabalho interdisciplinar, surge da noção de que os diferentes saberes separados podem vir a formar um saber integral e harmonioso a respeito de

cada caso; noção que sustenta, em seu bojo, uma suposição de domínio pleno da experiência clínica.

Nesse sentido, nos afirma Ângela Vorcaro (1999), a multidisciplinaridade é artefato imaginário que se constitui como uma ficção necessária para sustentação de um trabalho entre campos diferentes voltados para um objetivo comum, a condução do tratamento de um paciente.

O título de multidisciplinar pressupõe, em seu próprio nome, a insistência de uma falta: ele atesta, a priori, a impossibilidade e a insuficiência de qualquer disciplina isolada diante da resistência clínica, com a sua complexidade, oferece à compreensão (VORCARO, 1999, p.109).

Por que um trabalho com a equipe? Como ele ocorre?

No ambiente hospitalar, a dor, o sofrimento físico e subjetivo e a morte são presenças constantes, o que me permite observar que, para os profissionais de uma equipe, estar face a face com o sofrimento de um semelhante, acompanhando e, muitas vezes, intensificando-o ou promovendo-o por meio de procedimentos imprescindíveis ao próprio tratamento, não é sem consequências para estes e, por sua vez, para a qualidade do atendimento prestado ao paciente.

Ao longo dessa dissertação, muitos elementos puderam ser trabalhados no tocante à morte e a sua relação com o impossível, com o horror e com o desamparo.

O desamparo primordial, como abordado, está articulado à invasão do psiquismo por uma magnitude de excitação que atravessa o escudo protetor e que coloca por terra a regulação exercida pelo princípio do prazer, sendo a dor uma expressão desse campo que está para além desse princípio, como ressalta Freud, no texto *Além do princípio do prazer* ([1920]1980).

No texto *Inibição sintoma e angústia* ([1926/1925]1980, p.197), ressaltando a vinculação da dor com o desamparo, Freud afirma que “a natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o mesmo estado de desamparo mental.” O desamparo diante de algo imperativo e sem possibilidades de recursos próprios para combatê-lo, ou controlá-lo, remete ao ponto de desamparo em que o infans se encontra quando vem ao mundo, completamente dependente de ter alguém que o cuide.

O interessante é que no texto *Projeto para uma psicologia científica* ([1895/1950]1980), Freud, definindo a dor como uma irrupção de estímulos em excesso nos neurônios de percepção e de memória, estabelece que, em seu trajeto, deixa facilitações, trilhamentos permanentes nos neurônios de memória, como se tivessem sido atingidos por um raio. Não havendo obstáculos à sua condução, a dor seria o mais imperativo de todos os processos.

A dor, por seu caráter de força constante, adquire, no texto *O recalque* ([1915b]1980), uma similaridade com uma pulsão, o que o leva a denominá-la como uma pseudopulsão, cuja finalidade volta-se simplesmente para cessação do desprazer no órgão, resultando que o prazer viria apenas em decorrência pela cessação da dor.

Retornando aos indicativos existentes no texto *Projeto para uma psicologia científica* ([1895/1950]1980), Freud propõe a existência de uma imagem mnêmica que, ativada por uma nova percepção, ocasionaria um estado semelhante à dor e com igual tendência à descarga. Haveria, portanto, um despertar de uma dor esquecida por uma dor ou aflição atual.

No texto *Sobre o narcisismo: uma introdução* ([1914a]1980) ressalta que uma pessoa atormentada por um mal-estar orgânico e pela dor deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo. Momento no qual destaca que “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera.”(FREUD, [1914a]1980, p.98). O trabalho a partir do referido texto permite-lhe fazer algumas considerações a respeito da dor física e sua relação com a dor psíquica e argumentar que há, portanto, entre elas, uma aproximação, pois, em ambas, ocorre um processo de investimento maciço dos representantes psíquicos: representantes psíquicos do corpo na dor física e representantes do objeto amado e perdido na dor psíquica. É o caso do luto, especificamente trabalhado no texto *Luto e melancolia* ([1917/1915]1980). Assim, a dor física e o luto assemelham-se quanto à perda do interesse no mundo externo, pela concentração do ego em torno do foco doloroso e na magnitude do sofrimento que causam.

Cabe neste momento resgatar que, na relação com o Outro primordial, o grito do bebê, da categoria de ação motora em face do acúmulo de excitações que o inundam e que o lançam no desamparo, transforma-se em um apelo, um apelo ao Outro. A captura do bebê no desejo do Outro pelo circuito da demanda diz respeito

à constituição do circuito pulsional. Trata-se de um mergulho no discurso, no qual o trabalho da linguagem realiza as marcações e favorecem a constituição da relação do sujeito ao Outro, na medida em que constitui o campo do Outro, o campo do sujeito e o do objeto.

Mas, no tocante à dor; o grito, além de sua função de apelo, tem outra importante função, ele funda o campo da dor. A cada vez que deflagramos um grito ou que ouvimos um grito ou um lamento de um semelhante, a nossa dor, ou algo a ela associado, pode ser revivido, tal como Freud aponta a respeito do trilhamento e da existência de uma imagem mnêmica, que favorece um despertar de uma dor por uma dor ou acontecimento atual.

Para Lacan, no texto *Lugar da Psicanálise na medicina* ([1966]2001, p. 32), a dor corporal é a figura mais pura do gozo.

Há incontestavelmente gozo no sentido em que começa a aparecer a dor, [...] e sabemos que é somente nesse nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada... Quando falamos de gozo não falamos do sentido sexual do gozo, mas de uma tensão máxima suportada pelo psiquismo, da ordem de um forçamento. A dor é o último grau de um gozo no limite do tolerável.

Tais apontamentos mostraram-se preciosos para avançar na elaboração quanto ao que subjaz aos impasses e dificuldades vivenciadas pelos profissionais que diariamente trabalham com a dor e com a morte.

Cada profissional, antes de tudo, é um sujeito constituído a partir de uma história pessoal e familiar singular. E, nesta constituição, na sua relação com o seu Outro, recebeu marcações que constituíram o seu corpo, a sua subjetividade, a sua posição fantasmática; determinaram suas escolhas, os seus movimentos desejantes, ou os seus emperramentos. Os conflitos intensos vivenciados pelos profissionais de saúde e por uma equipe, os emperramentos, podem falar destes pontos de sofrimento nos profissionais, pontos em que a dor do outro suscita algo de seu e que, no tocante à morte, contínuo trabalho com a morte, engendra efeitos do real.

No Núcleo de trabalho em Onco-hematologia, os profissionais acompanham a criança, o adolescente e seus familiares por um longo período, desde o início do tratamento ao seu término por cura ou por óbito. Como ocorre em todas as relações do ser humano, a estes profissionais são transferidos sentimentos de amor,

confiança, admiração, raiva, ódio, rivalidade. Contudo, em relação a esses últimos, raiva, ódio e rivalidade, é que se observa a maior dificuldade de trato e manejo, pois quando ocorrem, o profissional, sentindo-se pessoalmente desafiado, reage com agressividade, com autoritarismo e com retaliações.

Cotidianamente, observa-se a prevalência de um trabalho impregnado por uma posição humanitária onde a pena (no sentido da compaixão do senso comum) tem seu lugar. Tal como foi destacado anteriormente, essa comiseração dissimula tanto a angústia do profissional frente ao horror impactante que o impossível da morte provoca, quanto a ambivalência existente nas relações com o semelhante, pois vela o desdém de quem se crê inteiro e se defende diante de um outro mutilado.

Por isso, a menos que estejamos diante de uma estrutura perversa, a questão de promover o sofrimento por meio de procedimentos necessários e imprescindíveis comparece quase sempre associada a uma culpa velada. Assim, não tão raramente, intensificam-se os atos de cunho compensatórios, excessos de presentes, facilitações e gratificações, mas, também, o seu avessamento, verificado pela exacerbação de um afastamento defensivo, através do qual o profissional faz uso da indiferença, tornando-se muitas vezes irônico, impaciente e irritado para com aquele que se queixa da dor promovida, e que leva, também, à intensificação de protocolos iminentemente técnicos, generalizantes e assépticos.

Cabe ressaltar que uma dissociação se faz necessária para a realização dos procedimentos muitas vezes dolorosos e mutilantes, caso contrário não seria possível a um profissional realizá-los. Um caso foi marcante, há alguns anos atrás, e que culminou com o cancelamento de uma cirurgia para amputação de braço na altura do ombro, de um jovem adolescente com câncer ósseo. Antes da realização da cirurgia, e ainda na sala de espera do centro cirúrgico, o rapaz, chorando convulsivamente, falou, para médico cirurgião, da sua dor de nunca mais poder tocar o violão, prática que tanto gostava e que tanto orgulhava o seu pai, também músico. Esse médico, pai de um rapaz da mesma idade e que também tocava violão, não conseguiu realizá-la, transferindo-a para outro dia, com outro profissional.

Assim, se uma dissociação se torna, em alguma medida, necessária para que os procedimentos sejam realizados, quando há uma dissociação excessiva, o que predomina é a rigidez, a total desconsideração para com o sofrimento alheio,

levando à sua banalização. Através dessa postura dissociada ao extremo não incluem o paciente e não preservam espaços de fala, o que, no fundo, como ressaltado por Clavreul (1978) a respeito do discurso médico, serve-lhes de uma defesa contra sua própria angústia.

Tal como abordado anteriormente, a pressa tão comum nos hospitais denota que profissionais não apenas estão absorvidos pelo funcionamento hospitalar e pelas exigências de anotações e prescrições; diz mais das dificuldades no contato com pacientes e seus familiares, no trato com a dor, com o sofrimento, com a morte; com os limites pessoais e os da situação, dificuldades que trazem para a cena o que é de cada um, ou seja, a sua subjetividade, que não tem lugar no discurso médico e no discurso institucional.

Seguros em seus protocolos, nos tratados que lhes servem de guias, atêm-se à área orgânica, que se configura em algo palpável, seguro e objetivo, o que lhes permite afastarem-se do contato com os próprios medos, suas inseguranças e as suas angústias.

Quando os óbitos são frequentes, estes podem ser sentidos pela equipe como um fracasso ou interpretados como sinais de impotência. Essas modalidades de respostas ao impossível, representado pela morte, são consequências tanto da dificuldade do reconhecimento e da inclusão da morte como fato inexorável da vida quanto da fantasia de onipotência, (ilusão de um controle da vida e da morte), que dificultam o reconhecimento dos limites, de cada caso, cada situação, e os limites pessoais.

Esse funcionamento que não inclui o impossível e que, por sua vez, tende a negar e a excluir a morte, leva a iatrogenias, provocadas pelas medidas desesperadas, movidas por um vale tudo para manter a vida a qualquer preço, medidas que, muitas vezes, geram cada vez mais sofrimentos. É preciso, sim, um investimento na vida, mas é fundamental o zelo por uma morte digna, onde o sujeito deve mais do que ninguém ser, nela, incluído.

Mas, o indizível, insiste.

Mesmo que movidos pelo intuito de fazer o bem, o cotidiano os faz constatar que esse bem não coincide com o bem almejado pelo paciente, constatação que, por si só, já fura o saber médico.

Por sua vez, a realização de procedimentos no intuito de amenizar o sofrimento, e tratar uma doença, intensifica ou provoca outros sofrimentos, e tocam

em um ponto inerente a todos nós, o ponto relativo à constituição a partir com o campo do Outro.

O que está em questão é o ponto do masoquismo primordial em cada um, através do qual o sujeito se fez puro objeto para responder ao enigma vislumbrado no campo do Outro, momento referido ao desamparo constitutivo de todo sujeito. Sendo assim, o lidar face a face com a morte e com o sofrimento do outro, um semelhante, promove o despertar de dores primitivas, tocam no ponto de desamparo de cada um, fazendo, como foi dito, com que uma equipe se torne rígida em suas condutas, e, ao mesmo tempo fragmentada, pois os profissionais, ao se aterem apenas em sua área de especialidade, olham apenas para a parte que lhes cabe, oportunizando poucas trocas entre si.

Entre os próprios profissionais exacerbam-se as rivalidades, intensificam-se comportamentos hostis, onde o que impera é a intolerância nas relações. Tais situações não deixam de ter consequências, até nefastas, para o trabalho, para os próprios profissionais, com sérios reflexos para o paciente.

Portanto, é de fundamental importância que cada equipe esteja alerta e disposta para elaborar as suas questões, os seus impasses e as suas dificuldades com o trabalho, no trabalho em equipe.

Nesse contexto, o psicanalista tem uma função importante, a de sustentar o lugar para circulação da palavra, a de insistir na edificação de um trabalho que leva em conta a diferença entre os saberes, sustentando, com essa aposta, o lugar para o sujeito que há em cada um.

Em minha experiência clínica, esta modalidade de trabalho com a equipe teve início quando, há muitos anos atrás, a unidade de oncologia se uniu ao serviço de hematologia formando um Núcleo de trabalho em Onco-hematologia, uma fusão que gerou, naquele momento, muitos conflitos, momento no qual, da boca dos mais distintos profissionais, surgiu a demanda de um espaço para que pudessem tratar desse momento.

Assim, um encontro de profissionais foi organizado e realizado pelas duas psicanalistas do referido Núcleo de trabalho, em um sábado pela manhã, organização que contou com a mobilização de muitos, pois, além do engajamento dos participantes, foi imprescindível um acordo com a Direção do hospital e com a Coordenação da enfermagem para a programação de um remanejamento de

profissionais em todo o hospital, o que favoreceu a cobertura do plantão dos profissionais em trabalho naquele dia em questão.

Na contramão de um trabalho programado no formato de palestras ou atividades similares, através das quais os participantes limitar-se-iam a uma posição de receber de um outro sugestões e respostas, estes foram colocados para trabalhar em pequenos grupos compostos por distintos profissionais: médicos oncologistas, médicos hematologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, profissionais da higienização, profissionais do apoio administrativo, entre outros, tendo, no primeiro momento, como agente provocador, uma história infantil que tratava da articulação das diferenças.

Através deste recurso, mobilizaram-se em uma intensa discussão, encontrando, através dos elementos da história, os ganchos que favoreceram a associação com o momento vivenciado pela equipe, identificando, nos personagens, as situações ou as posições de alguns profissionais. Tal atividade tornou possível, naquele momento, a discussão do trabalho em equipe, sua importância e suas dificuldades, trabalho sustentado a partir das diferenças.

O trabalho iniciado através da discussão em pequenos grupos, e depois ampliado entre os demais, favoreceu a verbalização das questões provocadas pelas temáticas da inclusão, da exclusão, do intruso, da mudança, das diferenças. Essa experiência foi marcante, pois possibilitou a experiência de elaboração de questões vivenciadas no dia a dia e dos impasses em curso, através do exercício da escuta dos pontos de vista e do saber de cada um.

Coube às psicanalistas, além da organização do tempo de discussão nos pequenos grupos e no grande ampliado, a função de mediação das discussões nos distintos grupos, o alinhavo das questões destacadas, assim como a sustentação das questões que emergiam, sem que tomassem para si a função de respondê-las.

No término desse primeiro trabalho, foram recorrentes as falas da vivência inédita de um espaço de fala, através da qual, ao invés de receberem um saber pronto e constituído, recolheram de suas próprias falas e considerações importantes indicativos para o trabalho, mesmo que não saíssem dali com respostas ou soluções definitivas.

Essa modalidade de 'encontros' de equipe ocorreu por mais cinco anos consecutivos, tendo como temas algumas questões decantadas do dia a dia de trabalho. Assim, nos encontros dos anos subsequentes, trabalhou-se as diferenças

entre categorias e profissionais, a dialética vida e morte, o trabalho em equipe e com pacientes portadores de câncer, e a dificuldade nas relações entre os profissionais.

Desde o primeiro 'encontro' realizado com a equipe, descobrimos a modalidade de trabalho que, para nós, viabiliza o manejo do grupo e a sua mobilização para o trabalho, modalidade esta que se tornou o estilo de nossa intervenção.

Para trabalho em pequenos grupos, (que se desdobravam em uma posterior discussão ampla e entre todos das questões recortadas por cada grupo), utilizamos, muitas vezes, alguns materiais como provocadores de discussão: contos, textos de literatura, relatos de situações em uma fábrica de montagem, enigmas, músicas, poemas, cujos elementos permitiam tocar, por meio de uma associação, em pontos duros e conflituosos do trabalho em questão: o sofrimento, dor, morte, diferenças, a parte de cada um naquilo que sofre, os conflitos inerentes à convivência, etc.

A decisão pelo uso de tais recursos por parte das psicanalistas, decorrente da leitura do momento da equipe e da questão mobilizadora do trabalho, pautava-se no seguinte objetivo: a viabilização da circulação da palavra, e, com ela, a convocação de uma reflexão quanto às questões provocadas pela prática diária, favorecendo com que cada um colocasse em trabalho, na medida do possível, algo de seu.

A utilização de tais instrumentos disparadores como meio para abordagem das questões vivenciadas no dia a dia da clínica surgiu em decorrência de uma observação de que, iniciar uma discussão tocando diretamente em questões difíceis como o trabalho com o sofrimento, com a dor e com a morte, sem qualquer véu ou mediação, tende a provocar resistências, e, com isso, deflagrar uma posição defensiva de 'não quero tocar no assunto e, muito menos, falar'.

O trabalho realizado através de um movimento de alusão possibilita uma aproximação das questões, a princípio difíceis de serem recortadas diretamente, favorecendo com que cada um, através do exercício de associações, levante as suas questões e faça as suas considerações. Assim, mobilizados pela discussão dos impasses vivenciados na própria clínica e movidos pelo entusiasmo, lançam-se nesse campo de fala e elaboração, surpreendendo-se ao escutarem-se falar mais do que poderiam imaginar.

Cabe ressaltar que, no planejamento do trabalho por parte das psicanalistas, a modalidade de organização dos pequenos grupos já é consequência de uma intervenção, em função tanto da temática a ser abordada, como do momento da equipe. Muitas vezes, os grupos mistos discutiam temas iguais a todos, cujas apresentações na discussão ampliada geravam tanto a surpresa dos elementos que se repetiam, quanto com relação aos novos pontos de vista que surgiam e equivocavam os demais. Em outros momentos, foi imprescindível o trabalho, por cada pequeno grupo, de temas distintos, cujos resultados, quando apresentados para os demais, geravam mais discussões e ricas contemporizações, assim como a constatação de que as questões destacadas se conectavam, de algum modo.

Da mesma forma, a própria de formação dos pequenos grupos era consequência do manejo por parte das psicanalistas, manejo pautado em suas escutas em articulação à especificidade da problemática em questão. Se, na maioria das vezes, a constituição dos pequenos grupos ocorria por sorteio, para evitar que sempre os mesmo se agrupassem e sempre os mesmos falassem por alguns, em um desses trabalhos com a equipe foi necessário, em um primeiro momento do planejamento do dia, trabalhar com grupos compostos por uma mesma categoria profissional, (grupo de médicos oncologistas e hematologistas, grupo de enfermeiros, grupo de profissionais não médicos, grupo de profissionais de apoio e administrativo) sem a troca das discussão com os demais.

O trabalho através de grupos específicos, naquele momento, acompanhado, de perto, pelas psicanalistas, que circulavam entre os grupos mediando as discussões e o recorte das questões, favoreceu uma discussão das dificuldades específicas vivenciadas entre esses profissionais no trabalho e o recorte dos elementos que favoreceriam repensar a especificidade de suas questões e a construção de outras possibilidades para a minimização dos impasses.

Ao longo do trabalho nos grupos de discussão, tanto o pequeno grupo como o ampliado, as psicanalistas, ao incentivarem a importância da circulação da fala, insistem na importância que cada argumento possa ser escutado e respeitado, mesmo e, principalmente, quando diferente e divergente, favorecendo, com isso, um exercício onde a diferença, incluída, não inviabiliza o trabalho, mas o promove.

Assim, pontos difíceis dessa clínica podem ser abordados em uma modalidade de trabalho na qual a própria fala e a do outro tem seu lugar e importância, justamente porque implicam, muitas vezes, em distintas formas de

abordar o mesmo contexto ou situação. Como não há solução para a morte e, muito menos para a dor de existir, muitas questões restam e sempre restarão. Tornadas questões a serem suportadas ao invés de tamponadas, estas questões sem respostas têm a função de relançar a mobilização para trabalho de elaboração.

Mas esse trabalho com a equipe encontrou um limite provocado pela gestão Estadual da Saúde. O estímulo para uma demissão em massa da categoria médica, em função do incentivo para a constituição de cooperativas médicas, das mais distintas especialidades, promoveu uma primeira etapa do esfacelamento da equipe. Agora, como profissionais terceirizados, a sua implicação na equipe tornou-se outra na medida em que não mais eram servidores públicos.

A esse fato, seguiram-se as mudanças promovidas pela mesma gestão para o provimento dos cargos da área da saúde, que privilegiou a modalidade de contratos temporários para o ingresso de profissionais das mais diversas categorias do hospital. Saíram os profissionais contratados há anos, dentre eles o de maior número, os auxiliares e técnicos de enfermagem, e ingressaram os profissionais pela referida modalidade de contrato temporário, cuja duração era de, no máximo, dois anos. O ingresso desses profissionais imprimiu um funcionamento peculiar, pois, temporários, considerados descartáveis e substituíveis, não tinham tempo de se estabelecer como parte de uma equipe, uma vez que quando começavam a tomar pé do trabalho, e da importância de sua contribuição, já era hora de sair.

A grande maioria, considerando esse período de contrato como um período de treinamento e de experiência, raramente se incluía no que fazia, apenas executava o que mais ou menos lhe era esperado, nada mais.

Os Diretores e demais gerências do hospital, igualmente descartáveis, alternavam-se no comando da instituição tornando o funcionamento hospitalar voltado para uma gestão puramente burocrática.

Nesse período, pouquíssimos profissionais restaram da equipe anteriormente constituída. Diante dessa realidade, a construção, por parte de cada um, de seu estilo de trabalho e de sua implicação no mesmo, tinha pouco espaço para se desenvolver, que dirá o movimento de reflexão quanto àquilo que se fazia.

O trabalho anual com a equipe mediatizado pelas psicanalistas, até então possível, torna-se, por anos, inviável. Os trabalhos com a equipe se mantêm, por sua vez, na modalidade habitual, no dia a dia, através das intervenções favorecidas pelas situações do cotidiano, intervenções de suma importância, cabe reafirmar.

Até que, em 2013, algo surge. Uma médica, impactada com um poema, escrito por um médico norte-americano, cuja temática tratava dos efeitos, nele, da recidiva da doença, (volta, agressiva e intratável, da doença) em seu paciente favorito, verbaliza a importância de retomarmos, naquele momento, o encontro com a equipe para tratarmos da temática da relação do profissional com o paciente que caminha para a morte.

A partir dessa demanda, que encontra eco em outros profissionais, um encontro foi programado pelas psicanalistas e agendado, no qual a temática do referido poema foi o recurso utilizado para o trabalho de elaboração.

Como não poderia deixar de ser, a demanda de um encontro foi acolhida, mas, quem foi colocado para trabalhar foram os próprios integrantes: Os médicos Oncologistas, os médicos hematologistas, Assistentes sociais, enfermagem, a dentista, a farmacêutica, a Gerência do Núcleo, entres outros. Engajaram-se nessa proposta alguns profissionais médicos (da firma e da cooperativa médica), alguns profissionais efetivos, e raros profissionais de regime temporário, compondo um número bem menor do que o habitual, porém, com aqueles que se mobilizavam para o trabalho.

Mesmo que o poema em questão estivesse pautado pelo discurso médico, isto é, por uma abordagem regida pela ética do cuidado e da visada do bem, no qual o impossível engendrado pela morte, ao ser abordado pela via da impotência, sustentasse a possibilidade de que, um médico, com a experiência, poderia não mais ser afetado pela a sua facticidade, o trabalho, a partir deste poema, favoreceu, justamente, o questionamento e a equivocação desses pontos: o fazer o bem, a via do sacrifício com o qual se identifica o médico (e os operadores desse discurso), o estar preparado para enfrentar a morte para não se deixar afetar, a onipotência e a exaustão do médico e do profissional de saúde, a impotência diante da demanda dos pacientes.

Convocados a representarem trechos do poema através de músicas, obras de arte ou qualquer elemento áudio visual, a discussão da representação escolhida e sua associação com o trecho do poema em questão permitiu a discussão de questões importantes vivenciadas no trabalho com os pacientes que caminham para a morte, e a destacá-los como sujeitos, não redutíveis a sua condição de um paciente portador de uma patologia. Da mesma forma, favoreceu a reflexão, por

parte dos profissionais, do que é, para cada um, o trabalho a que se propõe e a escolha por permanecer.

Como finalização do trabalho, projetamos um trecho do poema de Manuel de Barros, Uma didática da invenção, retirado de seu livro, *O livro das Ignorâncias* (1988), e finda a leitura, finalizamos o encontro deixando o poema falar por si.

Apostamos, com esse poema, fechar o momento de elaboração, que favoreceu a equivocação, mesmo que pontual, da resposta sustentada pelo poema deflagrador do trabalho: a de que o conhecimento, o treinamento e o tempo, podem tornar o médico mais preparado para lidar com a morte em sua clínica, a ponto de que os seus efeitos não mais o perturbe.

Ao longo das discussões foi possível recortar que, não se trata de se preparar para a morte dos seus doentes, para não mais sentir o oceano crescer atrás da porta, isto é, a intensificação da angústia diante da proximidade da morte de um paciente querido, pela rápida associação, por parte do médico, com a impotência, mas reconhecer que faz parte da maré subir e descer. Há um inexorável inerente à morte e, por meio dela, um impossível controlar, evitar, conhecer, se preparar, entender, que, quando incluído, não se refere à impotência. Reconhecer esse limite, esse impossível, lança cada um em um movimento de invenção, que constantemente se reatualiza.

Eis, então, o trecho do poema de Manoel de Barros (1988, p. 8-9), 1ª Parte: Uma didática da invenção: As coisas que não existem são mais bonitas (FELISDÔNIO)

- I - Para apalpar as intimidades do mundo é preciso saber:
- a) Que o esplendor da manhã não se abre com faca
 - b) O modo como as violetas preparam o dia para morrer
 - c) Por que é que as borboletas de tarjas vermelhas têm devoção por túmulos
 - d) Se o homem que toca de tarde sua existência num fagote, tem salvação
 - e) Que um rio que flui entre 2 jacintos carrega mais ternura que um rio que flui entre 2 lagartos
 - f) Como pegar na voz de um peixe
 - g) Qual o lado da noite que umedece primeiro
- Etc.
Etc.
Etc.
Desaprender 8 horas por dia ensina os princípios

Com o término do referido trabalho, foi recorrente a fala da importância da retomada dos espaços de fala para a elaboração dos impasses, retomada que

começa a acontecer nos meados de 2014, com a entrada de funcionários efetivos através da realização de concursos públicos para provimento de cargos na saúde, em substituição ao regime de contratação temporária.

Assim, com a chegada de novos profissionais concursados, estes, impactados com experiência diária junto a criança e ao adolescente com câncer, com o sofrimento e com a morte, verbalizam e reatualizam, no dia a dia e nas reuniões de equipe, a demanda de um treinamento específico para o enfrentamento dessas questões. Demanda que recebe o reforço por parte de alguns profissionais remanescentes da equipe anteriormente constituída.

Por isso, em 2015, em face da demanda a nós dirigida, agendamos um trabalho com a equipe, nos moldes dos trabalhos já citados, para a discussão do impacto hospitalização para uma criança e um adolescente, assim como o trabalho com o sofrimento e a morte, temática recorrente.

Observo, o quão instigante é, para aqueles se lançam nessa jornada de questionamento, reconhecer, através de suas próprias observações e dos demais, a emergência de um saber que decanta da vivência de suas próprias práticas, saber que eles próprios parecem desconhecer. Embora cada qual se posicione a partir de seu campo de saber e sua especialidade, o exercício de fala e de escuta entre tantos diferentes, surpreende pela possibilidade que vivenciam de que, mesmo em suas diferenças, encontrem possibilidades de articulação.

O que pude verificar ao longo dessa experiência, encontra nas elaborações de Vorcaro (1999), a respeito dos efeitos da introdução da psicanálise nesse contexto hospitalar, importantes indicativos. Segundo a autora, um dos efeitos da psicanálise “é a sustentação da heterogeneidade teórica e da alteridade implicada na experiência como condição de possibilidade de práticas clínicas que intimam essa interlocução paradoxal.” (VORCARO, 1999, p.116)

E prosseguindo nessa aposta, a autora sustenta que, o campo aberto e sustentado pela psicanálise ainda favorece

[...] resgatar alguma das funções da clínica, geralmente esquecidas nas práticas que se ancoram na técnica como garantia de cientificidade: tornar o desconhecimento formulável; criar um campo de interrogação às teorias; expor enigmas da experiência clínica, enfim, enfrentar o ideal da interdisciplinaridade (VORCARO 1999, p.116).

Um psicanalista, em uma equipe, através de suas intervenções no dia a dia, ou nessa modalidade de intervenção, tal como agora descrevo, sustenta espaço para que a fala tenha lugar, e para que a diferença seja suportada.

Tentamos criar condições de discussão a partir da consideração da diferença e da desarmonia entre os campos conceituais e não mais a partir do ideal do somatório ou da importação imediata dos conceitos de campos distintos. Supomos que qualquer perspectiva de interlocução desses diferentes domínios deve buscar a explicitação de cada um de seus campos conceituais diante do confronto provocado pela singularidade e resistência da clínica. Desse lugar, as diferenças podem não apenas tornarem-se geradoras da discussão de critérios que orientam as intervenções clínicas, mas, ainda, interrogar que nossas práticas têm de aleatório, como diz Lacan, na Abertura da Seção Clínica (VORCARO, 1999, p.110).

O sofrimento, as crises, as perdas, os conflitos fazem parte do humano, assim como a morte faz parte da vida. A solução não é negá-los, nem negligenciá-los banalizando-os, mas dispor-se a discuti-los, a dialetizá-los, a revisar posições, a reconhecer emperramentos, e seguir em busca da construção incessante do caminho, sempre na tentativa de dizer sempre mais e da melhor forma possível o que é impossível de dizer totalmente: sobre a morte e a vida.

A construção dessa modalidade de intervenção com a equipe foi, ao longo desse meu singular percurso, nessa clínica, uma descoberta. Enquanto um modo de incidência da escuta analítica, concebo-a com uma modalidade que faz parte da aposta analítica possível de ser sustentada, voltada para a escuta do sujeito que há em cada um que me dirige suas falas e questões, sejam estas advindas de uma criança ou de um adolescente, de seus pais ou acompanhantes ou veiculadas pelos profissionais de uma equipe.

Trata-se da aposta de que através do movimento possibilitado pela palavra seja possível, por parte de cada um, uma abordagem do seu próprio sofrimento, e, com isso, a possibilidade de invenção em torno do vazio, pois tal como ressalta Lacan, no *Seminário, livro 7: A ética da Psicanálise* ([1959-1960]1997, p.150), “[...] o homem é o artesão de seus suportes.”

CONCLUSÃO

Quando um psicanalista ingressa em uma instituição hospitalar e começa a fazer parte de um serviço voltado para o atendimento do câncer infanto-juvenil, (como é o meu caso), ele é suposto esperado, em função do discurso vigente no hospital, o discurso médico, como mais um especialista que, somado aos demais, concorrerá para a realização dos cuidados e dos procedimentos programados sem grandes transtornos.

Em função dessa suposição, muitas demandas surgem e lhes são endereçadas, e dentre elas: a de certificação de que tal queixa é ou não motivada por conflitos psíquicos, (os diagnósticos diferenciais), ou a de garantia de que os pacientes se tornem cientes do que enfrentam, para que, por sua vez, esteja igualmente garantida a sua colaboração com o tratamento, isto é, a sua adesão ao mesmo. Mas, também, demandas de intervenção voltadas para os pacientes e seus familiares ou acompanhantes, com o objetivo de que não perturbem as normas e as rotinas da instituição ou das enfermarias, ou as de preparação (como se isso fosse possível) dos familiares a respeito da morte iminente de seu filho, pois, supõe-se que, uma vez cientes e sabedores da gravidade do caso, não se desesperarão, não questionarão ou causarão distúrbios. Outras demandam a rápida eliminação da tristeza do paciente e a cessação de seu choro, ou a diminuição do barulho produzido por falas entusiasmadas de acompanhantes ou crianças e da bagunça promovida pela suas brincadeiras ou brinquedos. Entre outras estão as de intervenção urgente, por exemplo, voltada a um pai, cuja filha acaba de morrer, objetivando não apenas que ele não se expresse de forma enlouquecida, mas que o psicanalista garanta (demanda, certa vez, a mim dirigida), como forma de proteção da equipe, que o mesmo esteja bem e que não cometa, devido ao seu desespero, um suicídio. Preocupação expressa por uma profissional do CTI, levada à direção do Hospital, após a fala desesperada deste pai, verbalizada na presença de alguns profissionais, na qual desabafava a sua incomensurável dor e a sua vontade de, se pudesse, ir com a filha.

Se essas demandas surgem, um psicanalista não pauta sua escuta e suas ações visando atendê-las tal como se apresentam. Distinto dos profissionais que respondem subsidiados pelo discurso médico, um psicanalista posiciona-se de outro

lugar que o de um especialista, e, voltando-se para o acolhimento da fala, de cada qual que a ele se dirige, confere-lhe a sua singularidade. O seu lugar, portanto, começa a ser edificado na relação como cada um, e a sua especificidade destacada a partir do posicionamento que sustenta.

Assim, neste meio, não se trata de posicionar-se como mais um saber, assegurando e pautando as suas ações pela via da rivalização com os demais, numa tentativa, equivocada, de provar a validade e a pertinência da psicanálise na abordagem da dor de existir. Entrar no hospital por essa via, só fechará as portas para a psicanálise.

Lançar-me na elaboração dos alcances e limites da clínica psicanalítica nessa clínica, exercida em um hospital e com crianças e adolescentes com câncer, foi um desafio mais do que instigante, pois favoreceu a elaboração, digo, a teorização, de forma mais rigorosa, de questões provocadas pela clínica, as quais sempre ficavam por fazer.

Falar desses alcances e limites requer, primeiro, destacar a possibilidade de realização dessa oferta, por parte de um psicanalista, que faz da fala e da escuta um campo de operação. Trata-se de uma oferta dirigida tanto para os jovens pacientes, aqueles que sofrem os efeitos do câncer e o seu tratamento em seu próprio corpo, quanto para os seus pais, arrasados e ultrapassados pela ameaça que o câncer implica, ameaça de sofrimento e de sua morte. Mas, também, uma oferta edificada, sustentada e voltada para os profissionais que cotidianamente trabalham muito próximo com toda a sorte de sofrimentos, e que, durante meses e anos, acompanham os pacientes em sua morte e também em suas conquistas e alta por cura.

Realizada essa oferta, por outro lado, é preciso que o psicanalista tenha a humildade de aceitar que nem todos nela se engajam. Alguns, mesmo em vivência de intenso sofrimento e desamparo, aferram-se em algumas certezas e anteparos como proteção à angústia que surgiu, (dentre o principal anteparo localizo a religião), e, sendo assim, não acolhem a oferta realizada pelo psicanalista, não lhe dirigindo qualquer fala ou estabelecendo qualquer demanda de atendimento. Aceitar que a transferência pode não se estabelecer favorecendo o trabalho em alguns casos é poder suportar que nem sempre é possível a efetivação de intervenções.

Tais situações são aquelas que nos ensinam sobre os limites e os alcances da psicanálise, e sobre a contingência relativa aos efeitos de sua oferta. Referida a cada caso, a psicanálise nada tem de universal.

Um psicanalista, portanto, oferta a sua escuta sem de antemão saber de que ordem serão as respostas à mesma, pode ocorrer, inclusive, uma não aceitação. Por não saber de antemão como será convocado, o que será abordado, como cada qual construirá suas respostas ao que lhe acontece, acompanhará, como testemunha, o percurso traçado por cada um.

De fato, a presença de um analista e a sustentação de sua oferta, ao promover gradativamente a constituição de um enlaçamento transferencial, pode, como vimos nas diversas citações ao longo dessa dissertação, ter efeitos significativos: promover a elaboração, pelo fato de viabilizar colocar em palavras o sofrimento psíquico, favorecer a quebra de barreiras e de silêncios, concorrer para apacramento da angústia, promover questionamentos que, em alguns, favorecem mudanças de posição, efeito de uma operação de separação em relação aos significantes com os quais antes se alienavam, tal como foi exemplificado através do caso Silvia.

A reflexão dos alcances e limites dessa clínica a partir do conceito da angústia foi fundamental, na medida em que possibilitou recortar, de maneira mais específica, o que está em jogo, nessa clínica, na qual a proximidade da morte e o horror que ela engendra lançam o sujeito numa posição objetual, sendo que é dessa posição mesma que, cada qual, pode advir como sujeito, sujeito do desejo.

O diagnóstico de câncer arremessa aqueles que o recebem em um campo sem chão, por isso são recorrentes as falas de terem recebido uma rasteira, terem sofrido uma queda, de estarem no meio de um furacão, de estarem sem chão, de não saberem para onde vão. O sentido da morte, que rapidamente se fixa dando significado ao câncer, lança todos em um horror, pois da morte, como pudemos ver ao longo dessa dissertação, nada se quer saber.

A morte, como o derradeiro enigma para o ser humano, e um dos nomes do real, pode ser correlacionada à opacidade do desejo enigmático do Outro. Remetendo cada qual em seu desamparo originário, do qual a angústia é sinal, a ameaça da morte relança, para o sujeito, a questão estrutural, 'O que queres?', convocando cada qual para a busca de suas singulares respostas.

Em função desse arremesso em um campo enigmático e à medida que o significativo câncer, aterrador pela sua imediata associação com a morte e o sofrimento, começa a fazer parte dos outros significantes em sua função de representar o sujeito, um afeto se instala: a angústia.

O desenvolvimento dessa dissertação, a partir do fio da angústia, permitiu esclarecer que, se diante dessa opacidade que se instala é fato que um sujeito é chamado a se posicionar e a construir as suas respostas, existem entre estas respostas aquelas que, por colocarem a angústia no armário, tamponam a sua função de causa, enquanto outras, por suportá-la sem tamponá-la, permitem que o sujeito do desejo advenha.

Um dos importantes indicativos, destacados ao longo dessa dissertação, que favoreceu o desenvolvimento da função da angústia na clínica psicanalítica, diz respeito à sua concepção como um tempo fundamentado, cuja passagem torna possível a um sujeito aceder ao desejo. Como o seu manejo está inerentemente vinculado à função do analista, a sua articulação com a transferência e o seu manejo mostrou-se fundamental.

Assim, a abordagem dessa clínica, a partir do referido conceito, permitiu evidenciar que, além da transferência, condição para que uma psicanálise se dê, há, como imprescindível, uma certa posição do analista, através da qual o mesmo é continuamente colocado à prova em face de um delicado manejo. Trata-se de uma justa medida, por meio da qual, mantendo a angústia não tão perto e nem tão longe, favorece com que esta, ao não ser tamponada, com qualquer ideal, advenha em sua função de causa.

A psicanálise, por não propor respostas sensatas, por não se pautar nos ideais, sustenta, para cada um, o seu ponto de enigma, fruto do encontro com o campo do impossível, isto é, efeito do encontro contingente com o real, do qual a angústia é o sinal. Se a psicanálise não obtura a abertura desse campo, ela opera sustentando a função do vazio, e, através dele, a função de causa, a partir da qual o sujeito do desejo pode advir.

Se há o impossível tudo significar e dizer, o impossível de acalantar, suprir, compensar, o impossível de garantir, de livrar, pois, como foi dito, para o real não há solução e, muito menos para o sofrimento que acomete alguns, no real do corpo, é, justamente, na sustentação desse campo do impossível, que está a oferta possível a ser sustentada pela psicanálise. Sustentação e oferta que podem lhe conferir o

seu alcance, pois pauta-se, justamente, na oferta e sustentação de espaços de fala e escuta, por meio dos quais algum tratamento do real pelo simbólico, isto é, pela palavra, poderá ter lugar. Oferta através da qual um psicanalista acompanhará cada um em seu desbravamento de sua experiência.

A psicanálise, por não pautar suas ações visando o bem, por voltar-se para a singularidade de cada sujeito, seus significantes, seus pontos de impasses, sua dor de existir, dá lugar à fala, para que, através dela, emergjam os significantes de sua alienação, viabilizando com que, justamente através destes, alguma separação possa se dar; separações possíveis, exemplificadas ao longo de alguns recortes nessa dissertação.

A frequente associação câncer- morte-sofrimento-fragilidade tende a silenciar o sujeito que, fazendo-se representar por meio dessa alienação significativa, oferta-se em uma posição objetificada na relação com seus pais e com o mundo, a qual, embora lhe confira um lugar, cobra-lhe um grande preço, a sua mortificação enquanto sujeito do desejo.

Se, através da fala, os significantes com os quais um sujeito se faz representar e que explicitam a sua alienação ao campo do Outro tem lugar, é justamente a partir deles que alguma equivocação pode surgir, favorecendo com que alguns realizem uma separação, através da qual podem se fazer representar por outros significantes, e, com isso, edificar outros posicionamentos.

Assim, de uma posição objetificada, posição muitas vezes pré-existente, mas que se torna prenhe, em função dos rearranjos familiares deflagrados com o diagnóstico do câncer, (posição, diga-se de passagem, que a criança e ou o adolescente participa, pois tem função de resposta ao enigmático desejo do Outro), uma criança e ou um adolescente pode dela abrir mão, lançando-se na constituição de seu sintoma, agora, menos alienado ou objetificado.

Como exemplo de que a associação câncer morte não se fixa permanentemente para alguns, lancei mão, ao longo dessa dissertação, de alguns recortes, e entre eles: a jovem que abriu mão de sua prótese da perna amputada para que pudesse usar sua sandália de salto. Outro recorte significativo foi o caso do jovem poeta que escolheu manter-se vivo e desejante em seu caminho para a morte, e também o do adolescente que insistiu em fazer as provas do ENEM internado. Este jovem, em meio a seu último ciclo de quimioterapia a nível ambulatorial, veio falar-me de sua conquista. Feito o ENEM, ingressou no curso de

Engenharia Civil, e, tendo iniciado o primeiro período, mostra-se empolgado e animado com os seus estudos e os seus planos.

Se a aposta analítica se volta para a oferta de espaços de fala e de escuta que na maioria das vezes produz, nos sujeitos, um questionamento a respeito de sua posição no tocante aquilo de que se queixa e no tocante aos seus posicionamentos, questionamento que surge como efeito tempo das entrevistas preliminares em psicanálise, a clínica, por mim edificada ao longo desse anos, favorece uma importante constatação. Trata-se, do engajamento, por parte de alguns que frequentam os atendimentos no ambulatório, em um processo analítico, tal como nos moldes de um consultório particular, relativo à análise com crianças.

Através dessa modalidade ambulatorial, pude acompanhar, por parte destes, o trabalho de suas questões e a construção, em paz, de seu sintoma na sua relação com o Outro de sua história. Na qualidade de resposta à falta no campo do Outro, esse sintoma não mais tem a pretensão de preenchê-lo, mas, como tal, permite, por parte da criança e ou o adolescente, a colocação de uma barra e uma distância em relação ao ponto no qual se via convocada pelo gozo parental. Respostas que liberam a criança ou o adolescente de continuarem, pela via mortificada, a dar sentido à vida de seus pais, ou de servir de desculpa, da parte destes, para as suas frustrações e as não realizações em suas vidas. Ao deslocarem-se desse lugar mortificado, a questão, não mais tamponada, pode surgir em quem é de direito, em um dos pais ou em ambos, produzindo, nestes, os seus efeitos, o que liberta a criança para prosseguir com sua vida.

A reflexão sobre o alcance da clínica psicanalítica recebeu uma contribuição interessante, no tocante à construção de um trabalho com a equipe ao longo desses anos. Esse trabalho foi uma surpresa, pois foi construído, gradativamente, consolidando-se como uma modalidade de trabalho marcado pelo traço das psicanalistas que o sustentam.

Se os avanços possibilitados nos 'encontros de profissionais' contam com retrocessos, os questionamentos que surgem e que podem ter lugar, mesmo que momentaneamente, produzem, em alguns, efeitos significativos. Tornam-nos passíveis de serem furados por questionamentos, de suportarem o diferente, e, sustentarem, para si, um questionamento constante quanto àquilo que fazem. Estes, por suportarem o que falta e a diferença não apenas como incompletude ou imperfeição, vislumbram-nas como mobilizadores para o trabalho.

A escrita dessa dissertação e a teorização decantada ao longo de todo esse processo permitem-me sustentar que, no contexto hospitalar, a oferta analítica se caracteriza pela sustentação de um campo onde a singularidade de cada sujeito tenha acolhimento e seja colocada para trabalhar. A aposta continuamente sustentada por um psicanalista é a de que, através de sua presença, um campo de fala e de escuta tenha o seu lugar, favorecendo com que cada qual que lhe enderece uma fala ou uma demanda de atendimento seja acolhido enquanto sujeito, e, de forma particularizada, levado a questionar-se quanto à posição assumida em relação ao de que se queixa, e na sua vida.

Através dessa aposta sustenta-se a presença de um saber outro, bem distinto daquele que é oferecido pelos operadores do discurso médico, e o fato do analista sustentá-lo sem personificá-lo, e fazendo da angústia afeto operador da clínica psicanalítica, possibilita uma operação que, em curso e em vigência da transferência, seja possível a emergência do saber inconsciente de cada qual que lhe dirige a fala, criando, com isso, as condições para o exercício da psicanálise.

Por isso, considero que o alcance da psicanálise em um hospital não é medido por sucesso fruto de um juízo de valor, embora seja possível observar significativas mudanças de posições e o aplacamento de angústias avassaladoras.

O alcance da psicanálise, portanto, está na própria circulação da palavra, e na constituição de demandas dirigidas ao analista, que abrem campo para a construção de respostas singulares. Trata-se de uma aposta possível de ser sustentada não apenas com os pacientes e com seus familiares, mas, também, com uma equipe.

Esse meu singular percurso, em edificação e em sustentação ao longo desses anos, nessa clínica, permite-me afirmar que a clínica psicanalítica é da ordem da insistência. Trata-se de uma construção realizada dia a dia, caso a caso, e, por conseguinte, nada garante que a mesma esteja, de uma vez por todas, estabelecida e garantida. Cada psicanalista constrói a sua práxis, e essa construção denota o seu estilo, a sua invenção, a sua forma de abordar a psicanálise e de inseri-la e de presentificá-la no mundo.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Relume –Dumará, 1996.

ALBERTI, S.; ALMEIDA, C. P. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005, p. 55-71.

ALBERTI, S. et al. A demanda do sujeito no hospital. *Cadernos de Psicologia, Série Clínica*. Instituto de Psicologia-UERJ, n.1, p. 25-26, 1994.

ANSERMET, François. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. RJ: Contra Capa Livraria, 2003.

ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: F. Alves, 2v., V.1, 1981.

_____. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: F. Alves, 2v., V.2, 1982.

_____. *História da morte no Ocidente da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BARROS, M. *O livro das ignorâncias*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

BATAILLE, G. *O erotismo*. São Paulo: Arx, 2004.

BRASIL, I. E. A. do. *Anotações das aulas do Departamento de Psicanálise com Criança*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano, 2002.

BRUN, D. *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1996.

CASTRO-ARANTES, J. de M.; LO BIANCO, Anna Carolina. Corpo e finitude - a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & saúde coletiva*. Rio de Janeiro vol.18, n.9, Set. 2013. Print version ISSN 1413-8123, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900005&script=sci_arttext>. Acesso em 14/12/2014, às 16:20hs.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1978.

COTTET, S. Sobre o psicanalista, o objeto a. *Falo - Revista Brasileira do Campo Freudiano*. Salvador: Salvador: Fator, n.1,p. 73-80, jul. 1987.

DELGADO, O. Angustia y trauma. In: BELAGA, G. (org.). *La urgência generalizada, ciência, política y clínicad del trauma*. 1. ed. Buenos Aires: Grama, 2005, p. 75-91.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estabelecido como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DRUMMOND, C. Conferência: a angústia da criança. *Revista do Encontro dos Núcleos da Nova Rede CEREDA no Brasil: A angústia e seus efeitos na criança*. Salvador, 22 de novembro de 2012, p. 8-22. (material de circulação interna do Encontro).

ELIA, L. Psicanálise; clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-35.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*, seguido de Envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FACÓ, M.L. *Angústia na clínica: pacientes com câncer*. 318 f. Tese (doutorado em Teoria Psicanalítica) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/30/teses/794907.pdf>> Acesso em 14/11/2014 – às 18:30.

FACÓ, M. L.; LO BIANCO, A.C. Angústia, morte e vida: clínica psicanalítica em oncologia. In: RUDGE, A. M.; BESSET, V. (Orgs.). *Psicanálise e outros saberes*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud: FAPERJ, 2012, p. 151-166.

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In: _____. *Psicanálise IV – Obras completas*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011, p. 55-60

FERREIRA, N.P. *Jacques Lacan: apropriação e subversão da linguística*. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. V, n 1, p. 113-132, jan/jun 2002.

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

FIGUEIREDO, G. P. Z.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Sobrevida do câncer em crianças e adolescentes em Hospital de referência Estadual na região sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno infantil*, Recife v. 3, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000400335&lng=en&nrm=iso#.UtBh7-45ghU.facebook>. Acesso em: 04/02/2014 – às 20:37.

FORBES, J.; FERRETTI, M. C. Entrevistas preliminares e função diagnóstica nas neuroses e nas psicoses. *Falo: Revista Brasileira do Campo Freudiano*. Salvador: Fator, Ano 2, n. 3, p. 53-61, jul- dez. 1988.

FREUD, S. [1893]. Rascunho B: A etiologia das neuroses. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. I, p. 201-206.

_____. [1894a]. Rascunho E. Como se origina a Angústia. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. I, p. 211-217

_____. [1894b]. Carta 18. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. I, p. 210-211.

_____. [1894c]. As neuropsicoses de defesa. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. III, p. 51-72.

_____. [1895(1894)a]. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. III, p. 75-86.

_____. [1895(1894)b]. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. III, p. 89-114.

_____. [1950(1895)]. Projeto para uma Psicologia Científica. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. I, p. 303-409.

_____. [1896]. Carta 52. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. I, p. 254-259.

_____. [1900]. A interpretação dos sonhos – Parte 1. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. IV, p. 17- 322.

_____. [1900-1901]. A interpretação dos sonhos – Parte 2. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. V, p. 323-673.

FREUD, S. [1905(1901)]. Fragmento da análise de um caso de Histeria. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. VII, p. 5-128.

_____. [1912a]. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII, p. 147-159.

_____. [1912b]. A dinâmica da transferência. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII, p. 129-143.

_____. [1913] Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII, p. 161-187.

_____. [1915(1914)]. Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise III). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII, p. 205-221.

_____. [1913(1911)]. Sobre a Psicanálise. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII, p. 263-270.

_____. [1914a]. Sobre o narcisismo: Uma introdução. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV, p. 85-119.

_____. [1914b]. Recordar, repetir e elaborar. (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II) In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XII, p. 191-203.

_____. [1915a]. Reflexões para os tempos de Guerra e morte. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV, p. 311-339.

_____. [1915b]. O Recalque. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1980, v. XIV, p.165-182.

_____. [1916(1915)]. Sobre a transitoriedade. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV, p. 345-348.

FREUD, S. [1917(1915)]. Luto e melancolia. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIV, p. 275-291.

_____. [1915-1917a]. Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXIV – O estado neurótico comum. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XVI, p. 441-456.

_____. [1915-1917b]. Conferências introdutórias sobre Psicanálise Conferência XXV – A angústia. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XVI, p. 457-479.

_____. [1919]. O estranho. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XVII, p. 273-314.

_____. [1920]. Além do princípio do prazer. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XVIII, p. 13-179.

_____. [1923]. O ego e o id. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIX, p. 13-83.

_____. [1924]. A dissolução do complexo de Édipo. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIX, p. 217-224.

_____. [1925]. A negativa. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XIX, p. 295-308.

_____. [1926(1925)]. Inibição, Sintoma e Angústia. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XX, p. 95-201.

_____. [1927]. O futuro de uma ilusão. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XXI, p. 13-71.

_____. [1933(1932)]. Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXII – Angústia e vida pulsional. In: _____ *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980, v. XXII, p. 103-138.

HANNS, L. A. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996

JORGE, M.A.C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. v. 1.

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

JORGE, M. A. C; FERREIRA, N. *Lacan, o grande freudiano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LACAN, J. [1949]. Estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: _____ *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 96-103.

_____. [1953-1954]. *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

_____. [1954-1955]. *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed, 1987.

_____. [1955]. Variantes do tratamento padrão. In: _____ *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 325-364.

_____. [1955-1956]. *O Seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. [1957-1958]. *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. [1958]. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____ *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 591-652.

_____. [1959-1960]. *O seminário, livro 7: A ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. [1960]. Observações sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade. In: _____ *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 653-691.

_____. [1960-1961]. *O Seminário, livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. [1962-1963]. *O seminário, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, J. [1960/1964]. A posição do Inconsciente no congresso de Bonneval. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro, Zahar, 1998, p. 843-864.

_____. [1964]. *O seminário, livro 11*: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. [1965]. A Ciência e a verdade In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 869-892.

_____. [1966]. O lugar da Psicanálise na Medicina. *Opção Lacaniana*: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. São Paulo, Eólia, n. 32, p. 8-14, dez. 2001.

_____. [1967]. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Novos Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 248- 264.

_____. [1969]. Nota sobre a criança. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 369-370.

_____. [1968-1969]. *O seminário, livro 16*: “de um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. [1969-1970] *O seminário, livro 17*: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. [1972-1973]. *O seminário, livro 20*: Mais, ainda. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. [1973-1974]. *O seminário 21*. Le non-dupes errent (Los desengañados se engañan). Buenos Aires, 1976. Impreso exclusivamente para circulación interna de la 1ª Escuela Freudiana de Buenos Aires.

_____. [1974] *La terceira*. In: Actas de La Escuela Freudiana de Paris. Barcelona: Petrel, 1980, p. 159-186.

_____. [1974-1975]. *O seminário, livro 22*: RSI. (Seminário inédito).

_____. [1975-76]. *O seminário, livro 23*: O Sinthoma. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. [1976-1977]. *O seminário, livro 24*: L'insu que sait de L'une-bevue s'aile a mourre.. Texto Estabelecido por J.-A. Miller em Ornicar? 12/13-14-15-16-17/18 para circulación interna de la Escuela Freudiana de Buenos Aires, 1988.

LAURENT, E. Alienação e separação I. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, p. 31-41.

_____. *A sociedade do sintoma – a psicanálise hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

LEITE, S. *Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, n. 92, 2011. (Coleção Passo a Passo)

LIMA, M. M.; ARAUJO, M. E. C. Instituição psiquiátrica e discurso do capitalista. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (orgs). *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005, p. 161-183.

MARISCAL, D. L. et al. Psicanálise e Medicina: intervenções. *Psicanálise o os discursos*. Escola da Letra Freudiana. Rio de Janeiro, n. 34/35, ano XXIII, 2004, p. 57-67.

MENEZES, A. et al. A retificação subjetiva na direção da cura. *Falo - Revista Brasileira do Campo Freudiano*. Salvador: Fator. Ano 2, n. 2, p. 21-27, jan- jun1988.

MILLER, J-A. Conferências craquenhas. In: _____. *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, p. 9-89.

MILLER, J-A. Seminário do Campo freudiano. *Falo - Revista Brasileira do Campo Freudiano*. Salvador: Fator, Ano 2, n. 2, p. 87-152, jan- jun1988.

MILNER, J-C. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

MOURA, M.D.de. O psicanalista à altura do seu tempo? Respostas da psicanálise ao chamado médico. In: BATISTA, G.; MOURA, M. D.; CARVALHO, S. B. (orgs). *Psicanálise e hospital 5. A responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak, 2011, p. 99-108.

PLATÃO. *O banquete*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

QUINET, A. *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

RABINOVICH, D. S. *La angustia y el deseo del Outro*. Buenos Aires: Manantial, 1993.

RABINOVICH, D. S. *O desejo do psicanalista: liberdade e determinação*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

RAIMBAULT, G. *A criança e a morte: crianças falam da morte: problemas da clínica do luto*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1979.

RINALDI, D. *A Ética da diferença*. Rio de Janeiro: EDVERJ: Jorge Zahar Ed. 1996.

SANTOS, P. F. O. dos; ALTOÉ, S. A (im)possibilidade da clínica psicanalítica em estabelecimentos fechados. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (orgs). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005, p. 225-240.

SANTOS, K W.; ELIA, L. Bem-dizer uma experiência. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (orgs). *Psicanálise, Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005, p. 107-128.

SOLER, C. *Artigos clínicos*. Salvador: Fator, 1991.

_____. *Lacan y el Banquete - Puntuaciones*. Buenos Aires: Manantial, 1992.

_____. O sujeito e o Outro I. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (orgs). *Para ler o Seminário 11 de Lacan – Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997, p. 52-57.

_____. *Declinações da angústia: curso 2000-2001*. São Paulo: Escuta, 2012.

SONTAG, S. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

STEVENS, A. O Courtil: uma escolha. In: LIMA, M. M; ALTOÉ, S. (orgs). *Psicanálise, clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005, p. 25-33.

VORCARO, A. *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

WASHBERGER, H. Função das entrevistas preliminares. In: MOTTA, M. B.(org) *Clínica Lacaniana: casos clínicos do campo freudiano IRMA*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989, p. 26-31.