



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

Lucimara Lopes Rase

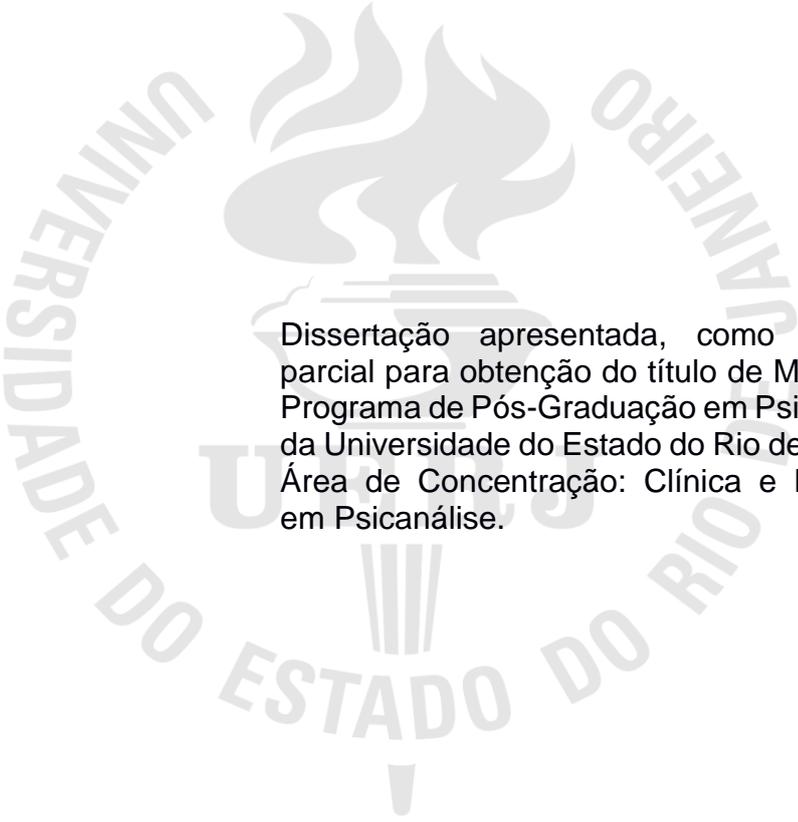
**Por um sujeito que opera na fissura: qual o lugar da psicanálise
numa instituição hospitalar universitária?**

Rio de Janeiro

2016

Lucimara Lopes Rase

**Por um sujeito que opera na fissura: qual o lugar da psicanálise numa
instituição hospitalar universitária?**



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

Orientador: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2016

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

R224 Rase, Lucimara Lopes.
Por um sujeito que opera na fissura: qual o lugar da psicanálise numa instituição hospitalar universitária? / Lucimara Lopes Rase. – 2016. 97 f.

Orientador: Vinicius Anciães Darriba.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Hospital universitário – Teses. 3. Ética – Teses. I. Darriba, Vinicius Anciães. 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

Lucimara Lopes Rase

**Por um sujeito que opera na fissura: qual o lugar da psicanálise numa
instituição hospitalar universitária?**

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

Aprovada em 13 de julho de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba (Orientador)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a. Dr^a. Dóris Luiz Rinaldi
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof^a. Dr^a. Anna Carolina Lo Bianco
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

Ao Miguel, onde a vida segue, matreira e cheia de travessuras...

Ao Leonardo, por caminhar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes, sem os quais este trabalho não seria possível. À equipe do CTAC-UERJ, cujas conversas clínicas travadas entre reuniões, corredores e consultórios de atendimento propiciaram questionamentos e reflexões fundamentais à construção desta dissertação. Ao Prof. Dr. Henrique Pessoa Advocat Cintra, diretor clínico da unidade, pela abertura dada à presença de um setor de psicologia orientado à psicanálise, pela valentia com a qual levou e leva adiante a sustentação da própria instituição nestes sete anos nos quais encontro-me inserida neste serviço, sobretudo nos momentos onde problemas governamentais relacionados à manutenção das unidades de saúde pública trataram de colocar em xeque a seriedade de um trabalho desenvolvido com tanto investimento profissional. Quanto a estes, sabemos que, uma vez vencida a luta, permanecemos na batalha.

Ao diretor geral do serviço de cirurgia plástica da UERJ, Prof. Dr. José Horácio Aboudib Júnior, pela autorização à pesquisa e à produção acadêmicas dentro do CTAC, bem como pelo incentivo manifesto para que estas floresçam, robustas e plurais.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Vinicus Anciães Darriba, pelo acolhimento do meu projeto de pesquisa, pelo interesse, pelas indicações bibliográficas, pela delicadeza e precisão de suas pontuações, imprescindíveis nesta construção, pelo incentivo, pela atenção, pela paciência, pela generosidade.

À Prof^a. Dr.^a Doris Rinaldi e à Prof^a. Dr.^a Anna Carolina Lo Bianco, pelo interesse, pela leitura e pelas preciosas considerações tecidas em minha qualificação, instrumentos que muito me auxiliaram na feitura deste trabalho, pelas valiosas sugestões, pela acolhida, por aceitarem compor, uma vez mais, a banca de defesa desta dissertação.

Aos professores do mestrado da UERJ – Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge, Prof. Dr. Luciano Elia, Prof. Dr. Vinicius Darriba, Prof^a. Dr.^a Sonia Alberti, Prof^a. Dr.^a Heloísa Caldas, Prof^a. Dr.^a Rita Manso, Prof^a. Dr.^a Dóris Rinaldi, pelo entusiasmo na transmissão da psicanálise, pelas discussões instigantes, pelo carinho e atenção aos questionamentos, pela disponibilidade ao ensino, pelos textos e pela convocação à escrita.

À minha família mineira, de onde o “trem” parte.

À vó Zulmira, uma mulher à frente de seu tempo, eterna inspiração.

Aos meus pais, pela vida, celebração da qual tomo parte todos os dias e aos meus irmãos, pelo amor incondicional e pelo carinho, sempre presentes.

À Luciana, cuja brevidade fomentou o sentido de premência à minha vida.

À tia Santinha, cuidadora transgeracional da família Lopes, acalanto e candura nesta caminhada.

Ao tio Edu, pelo incentivo contumaz à incursão literária e ao tio João Rase, que pode, comigo, apostar nas minhas escolhas.

À Lusiana Chagas e Daniela Barros, pelo carinho, companheirismo e compreensão com os quais se ocuparam de nossa amizade, nos muitos momentos de minha ausência.

Ao CNPQ, pela bolsa de estudos, que auxiliou neste compromisso assumido.

À Sonia Alberti, pela presença nos momentos decisivos de minha vida e pela escuta do que não engana.

Âncora é outro falar...

Cecília Meireles

RESUMO

RASE, Lucimara Lopes. *Por um sujeito que opera na fissura: qual o lugar da psicanálise numa instituição hospitalar universitária?* 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O presente trabalho tem por intuito a promoção de uma reflexão acerca da possibilidade da sustentação de um lugar à psicanálise numa instituição hospitalar universitária voltada ao tratamento de portadores de anomalia craniofacial, cujo serviço de psicologia é orientado à psicanálise. Dentro deste público, destacaremos a presença majoritária dos portadores de fenda labiopalatal ou simplesmente “fissurados”, como comumente eles se automeiam. Para tanto, valeremo-nos de uma incursão bibliográfica à temática do advento da institucionalização do ensino da medicina como um saber estruturado num modelo pedagógico propício à difusão dentro do contexto hospitalar universitário. Neste sentido, buscaremos articular o lugar ocupado pela figura do médico e as demandas terapêuticas apresentadas à equipe de psicologia, no sentido de remontarmos o percurso inaugurado por Freud rumo à fundação da psicanálise, dissociado das práticas educativas, aproximando-o de nossa prática clínica cotidiana com os sujeitos fissurados. Posteriormente, proporemos um desdobramento da temática com a utilização dos esquemas lógicos tal qual inaugurados por Jacques Lacan em sua teoria dos discursos, a fim de realizarmos um recorte que nos permita pensar os impasses vividos em equipe multidisciplinar dentro das diferenças éticas que a constituem. Por fim, buscaremos promover uma discussão acerca do belo, naquilo que tangencia a complexidade de seu registro tanto quando emerge como um elemento vinculado a um para além de uma ética benfazeja dirigida à uma estética normativa proposta pelos critérios cirúrgicos como nos momentos onde, interpolado à perspectiva da feiura, articula-se ao laço social de modo a figurar como um bem disponível ao médico e passível de transmissão ao paciente.

Palavras-chave: Psicanálise no hospital universitário. Clínica com sujeitos fissurados. Ética e discurso. A questão do belo.

RÉSUMÉ

RASE, Lucimara Lopes. *Pour un sujet qui agit dans la fissure: quel est le lieu de la psychanalyse dans une institution hospitalière universitaire?* 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Ce travail de recherche a pour but une réflexion autour de la possibilité de soutien d'un espace pour la psychanalyse dans une institution hospitalière universitaire – dont le service de psychologie a une orientation psychanalytique – spécialisée dans le traitement de sujets porteurs d'une anomalie craniofaciale. Parmi les patients de l'institution, nous soulignons la présence majoritaire de porteurs de fente labio-palatine, ou simplement "fissurés", comme souvent ils s'auto-dénomment. Nous ferons une recherche bibliographique dans le domaine de l'enseignement institutionnalisé de la médecine comme un savoir structuré sur un modèle pédagogique propice à la diffusion dans le contexte hospitalier universitaire. Dans ce sens, nous essayerons d'articuler l'espace occupé par la figure du médecin avec les demandes thérapeutiques présentées à l'équipe de psychologie, dans le dessein de refaire le parcours inauguré par Freud vers la fondation de la psychanalyse, éloigné des pratiques éducatives, tout en approchant ce parcours de notre pratique quotidienne avec les sujets fissurés. Ensuite, nous proposerons un déploiement de cette thématique avec l'utilisation des schémas logiques inaugurés par Jacques Lacan dans sa théorie des discours, afin de procéder à un choix qui nous permet de penser les impasses vécues en équipe multidisciplinaire dans les différentes éthiques qui la constituent. Finalement, nous essayerons de promouvoir une discussion autour de la complexité du registre de la beauté, et quand elle est au-delà d'une éthique bienfaisante tournée vers une esthétique normative proposée par les critères chirurgiques, et dans les moments où, liée à la perspective de la laideur, la beauté s'articule au lien social de façon à figurer comme un bien accessible au médecin et possible d'être transmis au patient.

Mots-clés: La psychanalyse dans l'hôpital universitaire. La clinique avec des sujets "fissurés". L'éthique et le discours. La question de la beauté.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| | INTRODUÇÃO | 10 |
| 1 | O IDEAL EDUCATIVO EM SAÚDE E A PSICANÁLISE | 17 |
| 1.1 | Psicanálise e Educação: dissimetrias | 22 |
| 1.2 | Psicanálise e contexto histórico: um percurso ético | 27 |
| 1.3 | Psicanálise e Psicoterapias: algumas pontuações | 33 |
| 1.4 | Catarina: quando a rua é a casa | 37 |
| 2 | O SUJEITO NO HOSPITAL: ENTRE VERDADE E DISCURSO | 44 |
| 2.1 | Quando a universidade discursa no hospital | 51 |
| 2.2 | E se o tratamento for estatístico: quem resiste? | 54 |
| 2.3 | O sujeito entre doutores e mestres: onde está a fissura? | 60 |
| 3 | O MAL-ESTAR NA FISSURA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O BELO | 64 |
| 3.1 | Do desejo do paciente como índice de beleza | 66 |
| 3.2 | <i>O belo é feio, e o feio é belo...</i> | 68 |
| 3.3 | Sublimação: uma borda no impossível? | 74 |
| 3.4 | Da bela estampa como índice de inserção social ou Mais do bem, ainda | 79 |
| 3.5 | Além do bem ou Do belo como “ainda mais” | 85 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 89 |
| | REFERÊNCIAS | 94 |

INTRODUÇÃO

Quando começamos a pensar na possibilidade de desenvolvermos uma escrita sobre o lugar possível à psicanálise numa instituição hospitalar universitária estávamos causados pelas questões que cotidianamente são endereçadas pelo corpo médico da unidade de tratamento de anomalias craniofaciais da qual fazemos parte. Logo nos deparamos com o fato de que estávamos no terreno da ética, naquilo que comporta uma direção da ação dentro do âmbito institucional que, partindo dos impasses clínicos vividos, assinalava-nos a dificuldade na lida da medicina com alguns sujeitos. Portando malformações extensas ou restritas, estes pacientes são alvo de diversas intervenções cirúrgicas reconstrutoras e/ou reparadoras, seja na tentativa de lhes restabelecer ou propiciar a habilidade funcional associada aos órgãos dos sentidos (mastigação, deglutição, olfato, entre outras) seja na correção de deformidades estéticas oriundas de intercorrências gestacionais, síndromes cromossômicas, teratogênias, iatrogenias, alguns acidentes, ou ainda, por causas absolutamente desconhecidas, como não raro. Dentre estes pacientes, notaremos a presença frequente de portadores de fenda labiopalatal, ou ainda, fissurados, como comumente eles se denominam para os profissionais e entre pares, pelos corredores ambulatoriais. Os fissurados são presença importante na instituição, não somente pelo montante representado – a maior parte dos casos atendidos – mas também pelos desafios que são colocados no cotidiano da prática de todos os profissionais da equipe, já que atendê-los nem sempre é tarefa das mais fáceis, pois comumente são fanhos, o que, em alguns momentos, dificulta o já tão complexo ofício no qual nos encontramos inseridos.

São sujeitos de todas as faixas etárias, das mais distintas regiões do país, que são recebidos e acompanhados por uma equipe multidisciplinar cuja diretriz é marcadamente universitária, versada na transmissão de um ensino sistematizado, de cunho pedagógico, cujo método busca assegurar a adaptação recíproca da técnica ao paciente, de modo que ambos colaborem na construção de um plano de tratamento padronizado e, portanto, passível de repetição pelos demais profissionais sob a forma de uma ação protocolar. Os problemas encontrados na aplicação de tal orientação podem ser vistos nos obstáculos que comparecem como entraves ao cumprimento do projeto terapêutico elaborado, momento limite onde somos convocados a atuar,

frequentemente no lugar de “mestres do assunto”, na expectativa de que uma manobra especializada seja capaz de lidar com o impossível de uma situação como se fosse uma insuficiência momentânea de um saber, passível, portanto, de superação. Circunstância que nos convoca à tomada de uma posição ética delicada, sobretudo quando sabemos que, pela via do que é esperado de nós, frequentemente reina a verdade que exclui o sujeito. Como afirma Lacan (1969-1970/1992, p.30),

(...) à luz da noção de que não é certo que um saber se saiba, não parece impossível que possamos ler no nível de que saber inconsciente foi feito o trabalho que decanta o que efetivamente é a verdade de tudo o que se acreditou ser.

É neste sentido, portanto, que nos questionamos: qual o lugar possível à psicanálise numa instituição pautada num modelo pedagógico de formação? Este questionamento também ganha relevância quando pensamos na extensão do alcance das práticas educativas na atualidade, quando, associado ao vasto mercado das psicopatologias, avança com fulgor sobre o campo da saúde mental, de modo a traçar, por exemplo, quadros nosográficos cada vez mais amplos, versados nos mais variados espectros sintomatológicos e condensados em linguagem numérica de diagnóstico. Este tipo de modelo, parece-nos, comparece com força no cotidiano hospitalar e atinge os pacientes que, já bombardeados pela mídia de massa que o propaga, encontra na figura do médico, por vezes, o correlato científico que a ratifica. É curioso, assim, percebermos que, mesmo diante de tal cenário, algo do sujeito ainda insiste em aparecer, inapreensível à pedagogia. Como argumentara jocosamente um paciente certa vez, ao deparar-se com um encaminhamento médico cuja diagnose fora descrita com uma letra e um número, como preza o Código Internacional das Doenças (CID-10): “É tudo ‘F’? Não poderia pelo menos ter a letra do meu nome?”

Já em 1964, Lacan (1964/2008) nos alertara sobre a possibilidade das descobertas vindouras tratarem como obsoleta a afirmação de que a neurose é determinada pelo inconsciente. Diz que, quanto a isto, Freud já havia feito o “gesto pilático de lavar as mãos” (LACAN, 1964/2008, p.30), retirando-se do lugar de legislar sobre este acontecimento, tal qual Pilatos, dado que, o importante a ser apreendido na experiência freudiana, não é a causalidade inconsciente da neurose, passível inclusive de substituição por qualquer outro motivo - “determinantes humorais, pouco importa” (LACAN, 1964/2008, p.30) —, mas a brecha sob a qual “a neurose se

conforma a um real – real que bem pode, ele sim, não ser determinado”. E prossegue ao nos perguntar: “essa hiância, uma vez cosida sua boca, estará curada a neurose?” (LACAN, 1964/2008, p.30). E é ele mesmo quem responde à pergunta, logo adiante: “Antes de mais nada, a questão está sempre aberta” (LACAN, 1964/2008, p.30). Abertura cuja ameaça de fechamento pode ser presenciada, segundo o autor, pela ortopedia daqueles que fizeram uma leitura psicológica da teoria psicanalítica.

Desfecho igualmente realizado quando a medicina moderna, em seu nascimento, valeu-se da pedagogia não somente como veículo de sistematização do seu ensino e transmissão universitários, mas também como modo de conceber a organização dos espaços intra-hospitalar e extramuros. Que ambos se encontrem presentes nos hospitais contemporâneos, ortopedutas e médicos, talvez não haja aí, surpresa. Que o sujeito ainda assim insista em comparecer, por entre brechas, na fissura, com sua verdade, mostrando a contingência na qual toda a certeza se esvai, eis a nossa aposta de trabalho. Será ele possível?

É, pois, partindo disso que extrapola a prática médica, lançada enquanto demanda ao serviço de psicologia pela equipe de saúde, que intentamos, no curso deste trabalho, averiguar a possibilidade da inserção da psicanálise no âmbito hospitalar universitário, naquilo que lhe é distinto da proposta educativa, frequentemente encontrada no discurso médico, ainda que não restrita a ele, bem como nas solicitações feitas à equipe de psicólogos que compõem a unidade. É importante lembrar que nem todas as demandas são pedagógicas e que algumas solicitações educativas ganham novos contornos a partir do posicionamento do psicólogo, em que pese o fato da presença frequente das solicitações de ajustamento da resposta do sujeito à situação dada. Assim, por demanda pedagógica entendemos todas as vezes em que, mediante um impasse encontrado entre o projeto terapêutico estabelecido entre profissionais e o sujeito que na unidade se trata, algo comparece enquanto entrave ao que é concebido como de bom alvitre para o andamento do tratamento, comumente localizado do lado do paciente, gerando pedidos para que façamos algum tipo de intervenção onde atuemos de modo a explicar, convencer, distrair o paciente e/ou seus acompanhantes, a fim de que o procedimento cirúrgico e/ou outra conduta clínica possam ser realizados sem obstáculos. Como exemplo, citaremos as seguintes declarações:

-A paciente não quer deixar o médico fazer o exame. A senhora pode ir ao consultório dele para trabalhar o psicológico dela?

-Fulano, esta aqui é a psicóloga X que irá trabalhar sua autoestima. Você vai ver que a cirurgia ficou ótima, que isso é coisa da sua cabeça.

-Ela não tem capacidade de entender o que falamos. É muito humilde; acho até que tem um retardo. A psicologia precisa ajudar, para explicar para ela o que acontece e avaliar se ela tem condições ou não de passar por esta cirurgia.

Estes tipos de solicitações, tão comuns em nosso dia a dia, parecem-nos voltados à ação pensada na direção do cuidado com o usuário do serviço, no intuito de prezar por seu bem enquanto uma pressuposição do que seria melhor ao sujeito hospitalizado, equivalendo a tratar o eu do paciente como objeto ideal, o que muitas vezes causa uma série de transtornos, já que nem sempre o sujeito está disposto a aceitar esta concepção.

Nem sempre o que a equipe multidisciplinar pode identificar como um bem para o seu paciente é identificado por este como tal, o que talvez sempre seja uma das maiores dificuldades no trabalho hospitalar, pois muitas vezes é frustrante justamente em um contexto dominado pela ética dos cuidados (ALBERTI, S.; ALMEIDA, C., 2005, p.68).

Talvez precisemos dizer do quanto este assunto é valioso dentro de uma unidade universitária, onde as condições nos parecem não só semelhantes àquela vista na transmissão do ensino da medicina nos tempos áureos, mas, sobretudo, pertinentes na justa medida em que atravessam os tempos. A escolha por uma unidade de alta complexidade também nos afigura como fator complementar, ainda que por motivos distintos daqueles que fundam a definição de tal nomenclatura pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se na cartilha de apoio elaborada pelo Ministério da Saúde, denominada “O SUS de A a Z”¹ (BRASIL, 2009), a alta complexidade em saúde diz respeito ao “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo”, voltando-se basicamente para o aspecto do impacto financeiro despendido para a aparelhagem deste tipo de serviço, nosso interesse volta-se, em contrapartida, para o tempo de permanência destes sujeitos em nossos ambulatórios, datando de anos, posto que necessitando de tratamento multidisciplinar de longa duração. Neste sentido, temos condições de realizar um trabalho extenso, de maneira a colher os efeitos do manejo clínico com estes

1 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf

pacientes e, assim, balizarmos nossa prática.

É, portanto, no intuito de desenvolvermos este trabalho que iniciaremos o Capítulo 1 com Foucault (1963/2004) e o advento da medicina moderna, naquilo que compete ao “nascimento da clínica” articulada à instituição dos hospitais, de modo a traçar as linhas pelas quais Freud, médico vienense, fará suas primeiras incursões. Em seguida, trabalharemos o texto de Freud (1925/1980) endereçado à obra de Aichhorn, “Prefácio à juventude desorientada”, no sentido de circunscrevermos o campo relativo às demandas educativas de tratamento, já presentes na fundação hospitalar, cuja vertente, ao ser estendida à psicanálise, parece-nos apontar para uma ortopedia do sujeito. Valeremo-nos, igualmente, de uma interpolação com a própria obra de Aichhorn (1925/1956), “Juventude Desorientada”², a fim de tornarmos rica e promissora esta reflexão. Da feita que, os pedidos acima descritos, poderão ser apreciados pela via de uma incursão ao campo da moral, das pressuposições acerca do cuidado concebido como um bem para o paciente dentro do âmbito hospitalar, calcado numa perspectiva que, quando não exclui o sujeito, frequentemente não o contempla. Para tanto, falaremos do próprio percurso freudiano, no corte operado entre as práticas hipnóticas associadas ao tratamento dos casos difíceis que desafiavam a abordagem médica e a descoberta da psicanálise justamente pela via da resistência oferecida pelos pacientes à submissão e à remissão sintomática, ambas almejadas por este tipo de técnica. Ainda neste mesmo viés, articularemos a presença das psicoterapias que se afiliam à perspectiva educativa como adaptações e ampliações das limitações encontradas no emprego da hipnose, aliando-se à normatividade das condutas, em que pese, por vezes, a utilização da terminologia psicanalítica para empreendê-las. Neste sentido, buscaremos com Lacan pontuar a tomada ética da psicanálise enquanto orientada a um real, cuja apreensão não é conceitual, mas somente passível de ingresso pela via da incursão do analista no percurso de análise. Para tanto, traremos um caso clínico que muito instigou a equipe e onde o trabalho da psicanálise parece ter contribuído para um desfecho clínico frente ao impasse apresentado.

Já no Capítulo 2, buscaremos apresentar aspectos que compõem o imaginário da clínica com fissurados a partir da manifestação de uma cosmogonia contemporânea acerca da presença da fissura lábio palatal, trazida frequentemente

2 O título no original é: “Juventud descarriada.”

pelos sujeitos que adentram a unidade de tratamento da qual fazemos parte, cuja menção remeteu-nos à estruturação mitológica de Lévi-Strauss, desdobrada na leitura feita por Lacan (1952/2008) em sua obra “O mito individual do neurótico.” Em pauta, o questionamento acerca da história subjetiva como mito individual, tessitura da verdade que porta cada sujeito que nos é apresentado e os confrontos com o discurso médico, calcado numa verdade científica e, portanto, sustentado a partir de um outro discurso que, tomado na dimensão de esclarecimento ao paciente, por vezes promove um grande entrevero ao sujeito. Novamente, alguns exemplos clínicos serão trazidos neste sentido, a fim de promovermos uma reflexão neste campo. Ademais, faremos uma breve articulação com a teoria dos discursos, tal qual proposta por Lacan (1969-1970/2008) em seu décimo sétimo seminário, donde acreditamos ser fonte de vastas e ricas articulações, das quais aqui nos ateremos a um pequeno recorte. Esta incursão nos servirá de encaixe para pensarmos qual o lugar da psicanálise dentro destas estruturas discursivas e, por conseguinte, na clínica com sujeitos fissurados.

Prosseguindo, no Capítulo 3, avançaremos na tentativa de pensarmos, tal qual Lacan (1959-1960/2008, p. 275) introduzira em seu sétimo seminário, “A função do belo”, naquilo que, uma vez transposta a barreira moral das solicitações terapêuticas de cunho educativo, coloca-se num para além de um bem. Aqui lembraremos que trabalhamos numa unidade de anomalias na face e de crânio, o que coloca a temática do belo em evidência, sobretudo em nossas reuniões clínicas, nas discussões de alguns casos que serão submetidos a intervenções de cunho reparador, logo, também estético. Por conseguinte, a via preconizada para chegarmos ao assunto será dada por uma escrita da feiúra, naquilo que, estampado no rosto, faz face ao real, inserindo a solicitação cirúrgica feita pelo paciente como um pedido de construção de um anteparo ao horror, velando-o. O belo será delineado, aqui, em duas vertentes: a primeira delas em sua relação com o desejo em sua causa, manifestação determinante do real, distante da perspectiva de transformá-lo num padrão estético pautado num imaginário normativo, regido por padrões cirúrgicos de medidas. Num segundo momento, buscaremos associar o belo à categoria de um bem, articulado com Lacan (1959-1960/2008, p. 261) em “A função do bem”, de modo a podermos pensar o belo como um incremento propiciado pelo ato médico, no intuito de fomentar a inserção social do paciente. Para tanto, apresentaremos um impasse vivido a partir de uma intervenção cirúrgica realizada num dos pacientes da instituição, cujo contratempo viabilizou a retomada das perspectivas do bem e do belo em posições

distintas, tanto para o médico como para o paciente. Este caso nos fomentou, posteriormente, o questionamento: Qual seria a possibilidade de intervenção da psicanálise no contexto onde, como nos fala Lacan (1969-1970/1992, p. 31), “a ideia imaginária do todo tal como é dada pelo corpo —como baseada na boa forma da satisfação, (...), faz esfera”?. E prossegue interrogando-nos: “O que há de mais belo, mas também de menos aberto? E o que se parece mais com o fechamento da satisfação?” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 31). Eis, portanto, questões que pretendemos desenvolver nesta parte.

Por fim, traremos alguns apontamentos sobre a atual conjuntura de nosso contexto institucional, no que tange aos aspectos relativos às perspectivas futuras delineadas por Freud (1919[1918]/1980) em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica.”

1 O IDEAL EDUCATIVO EM SAÚDE E A PSICANÁLISE

Em “A lição dos hospitais”, Foucault (1963/2004) nos remete ao período histórico da sistematização do saber médico associado à experiência clínica do hospital como lugar de cura e tratamento. Trata-se de um movimento que se inicia no final do século XVIII, onde as séries hospital e medicina entrelaçam-se pela primeira vez, após séculos de existências independentes. Esta mesma junção só se tornou possível a partir do momento em que “a pedagogia como sistema das normas de formação se articulava diretamente com a teoria da representação e do encadeamento das ideias” (FOUCAULT, 1963/2004, p.68), da feita que tal fato viabilizou a ordenação do ensino da medicina enquanto experiência hospitalar e circunscreveu um campo outrora marcado pelo improvisado e desorganização das práticas, o que colocava em risco o próprio ofício médico, por vezes exercido por charlatães e pessoas pouco instruídas, ameaçando a vida dos doentes e dos militares feridos de guerra.

Ao vincular o ensino da medicina à pedagogia não somente se cria a possibilidade da universalização das práticas e ordenação dos métodos, mas também e a partir disto, origina-se um movimento de regulamentação destas práticas sob a forma de leis que, vertidas à vida social, determinará a quem por direito seria dada a autorização do exercício legal do ofício médico. Organizado pelos representantes do governo e orientados pela burguesia erudita, “(...) os círculos intelectuais (...) desejam restituir ao saber os privilégios que são suscetíveis de proteger tanto a ordem social quanto as existências individuais” (FOUCAULT, 1963/2004, p.72). Advoga-se, assim, sob a pena da lei, a sobreposição entre corpo médico e corpo social, onde ao primeiro é dado o direito de ditar-lhe os modos, ensinar-lhe sobre a manutenção da vida, proteger-lhe das doenças, regular as condutas de risco, tanto no nível comunal, como norma, quanto no nível individual, como medida de tratamento e disseminação aos demais cidadãos. Cada corpo doente é também célula da estrutura social; toda a sociedade é também organismo, matéria de investigação e intervenção.

A importância deste momento na história da medicina pode ser percebida com o corte que marca o término de um período clássico e o advento da medicina moderna. A saída de um lugar onde a arte médica se exercia na incerteza do conhecimento e pelo contato popular, onde “os elementos (eram) demasiados sutis e numerosos para

(...) a evidência e a certeza que caracterizam as ciências físicas e matemáticas” (FOUCAULT, 1963/2004, p.105), para uma clínica pautada no olhar, por entre os muros do hospital, versada na verificação de sinais e sintomas físicos cuja leitura viabilizava a afirmativa de que “a incerteza pode ser tratada analiticamente como a soma de graus de certezas isoláveis e suscetíveis de cálculo rigoroso” (FOUCAULT, 1963/2004, p.106). Um saber que será construído sobre o corpo do doente que equivalerá à revelação de uma verdade que o próprio paciente desconhecia. Verdade nua e jamais habitada pelo enfermo. Verdade douta. “O intelectual dizia a verdade àqueles que ainda não a viam e em nome daqueles que não podiam dizê-la: consciência e eloquência” (FOUCAULT, 1963/2004, p. 42).

Abandonado o que outrora fora chamado de “empirismo homicida” (FOUCAULT, 1963/ 2004, p.75), a medicina moderna “manifestará o ponto de contato pelo qual a arte de curar entra na ordem civil” (FOUCAULT, 1963/ 2004, p.78). Então teremos a passagem do conhecimento médico intra-hospitalar para o âmbito social como projeto moral, ordem médica que faz dos cidadãos pacientes em potencial; série de doentes para uma verdade seriada. Aliás, os próprios alunos da escola de medicina serão extraídos dessa mesma sociedade, num rigoroso processo de seleção cujo critério, segundo registros da época, está fundamentalmente baseado na “boa conduta, costumes puros” (FOUCAULT, 1963/ 2004, p.76), da feita que o acesso ao ensino médico, sistematizado nos hospitais, pressuporá um candidato conformado aos padrões morais de eleição.

É neste ambiente e, mais especificamente, nos desdobramentos causados pelo impacto da entrada da medicina moderna na vida social, que, um século depois, iniciam-se as primeiras produções psicanalíticas. Freud, médico vienense, é convocado a responder aos quadros clínicos que, ainda que tangíveis ao olhar, apresentavam-se como enigmas à medicina de sua época. Manifestações que colocavam em xeque a correspondência cristalina até então propalada entre o olhar e o dizer médicos, entre a visão que descobre e a palavra que celebra. Pois as explicações trazidas pela ciência da época não davam conta dos fenômenos apresentados. São cidadãos comuns, moças jovens, donas de casa, proletária de fábrica, filha de comerciante, oficial das forças armadas, toda uma gama variada de pacientes que não se encaixavam no critério cientificista da verdade proposta pelo saber arquitetado da época, quiçá porque o próprio sujeito, naquilo que lhe é singular e não passível de ordenamento, encontrara, na incógnita do sintoma, a expressão de

sua verdade.

Brucke, Ludwig, Helmholtz, Du Bois-Reymond, tinham constituído uma espécie de fé jurada – tudo se reenvia a forças físicas, as da atração e da repulsão. Quando nos damos essas premissas, não há nenhuma razão para sair delas. Se Freud saiu, é que ele se deu outras. (...) Daí ser Freud para todos nós um homem que, como cada um, está colocado no meio de todas as contingências (LACAN, 1953/1979, p.10).

É por estas razões que a própria razão desconhece que Freud não recua; também não se volta ao misticismo sombrio no qual a medicina clássica vivera por muito tempo, ainda que, recorrendo aos sonhos, pudesse a ele se assemelhar. Como diferencia Lacan (1966-1973/2003, p.179), esses sonhos “não são articuláveis em termos de adaptação à realidade”, já que, “o desejo inconsciente, indicado na metáfora onírica, não tem objeto senão metonímico”. Trata-se, como nos ensina Lacan (1953/1979), de um retorno ao registro do sentido, naquilo que ele tem de singular e que desponta na vida do sujeito. Sendo assim, não se destina à proposição de uma ampliação ou ajustamento ao saber médico como forma de totalização do conhecimento sobre o doente.

Muitos anos depois, Freud (1930[1929]/1980, p.170) declarará, ainda em referência à perspectiva daqueles que nele buscam respostas plenas para as vicissitudes apresentadas na vida social, a seguinte sentença:

(...) não tenho coragem de me erguer diante de meus semelhantes como um profeta; curvo-me a sua censura de que não lhes posso oferecer consolo algum, pois, no fundo, é isso que todos estão exigindo, e os mais arrebatados revolucionários não menos apaixonadamente do que os mais virtuosos crentes.

Entretanto, nem por isto ele deixa de perseguir os fundamentos sobre os quais a experiência da psicanálise pode ser apreendida, como estruturas essenciais passíveis de descoberta a cada vez que uma análise é empreendida. Refere-se, assim, a algo que se coloca na esfera da verdade, que poderia se assemelhar à busca da medicina moderna se não fosse o fato do autor nele defender pontos que não gostaria que fossem tomados como premissas das quais a psicanálise parte, mas como descobertas que a psicanálise fez (FREUD, 1917[1916]/1980, p.26). Não se ocupar, assim, com acepções prévias aplicáveis aos casos como um saber sistematizado, mas buscar, a cada situação dada, a verdade que emerge do lado do sujeito. Sem mística, sem pedagogia.

Pois bem, passados cerca de três séculos do advento da nova medicina, a estrutura da transmissão do ensino médico permanece praticamente inalterada. Muitas tecnologias e inovações trouxeram novidades no campo dos tratamentos; exames altamente sofisticados transformaram a relação da ciência com o corpo humano. No entanto, os pilares da cátedra médica se mantêm nos hospitais universitários como instrumentos da formação estudantil e é no mínimo curioso nos depararmos, em nossa prática cotidiana, com o fato de a psicanálise ser tomada por um certo arcaísmo, manifestação de um passado distante, quando ela mesma é tributária desta medicina e, portanto, mais nova que ela. Da feita que, se podemos diariamente perceber a vivacidade com a qual a difusão pedagógica da prática médica é levada adiante pelos que nela ingressam, igualmente constatamos que, naquilo que transvasa o saber da medicina enquanto possibilidade clínica para a psicanálise, o sujeito se mantém com toda a força.

Neste sentido, a tentativa cotidiana de inserção de um setor de psicologia de orientação psicanalítica numa unidade hospitalar universitária nos propõe diversos desafios. Tarefa de Sísifo, nosso trabalho parece estar sempre iniciando, a cada solicitação de intervenção feita pela equipe multidisciplinar da qual fazemos parte. Constatação importante, já que partimos de uma demanda de trabalho subjetivo que não possui padrão a ser seguido, logo, que se inaugura a cada vez e sempre. Condição também necessária para que nossa prática se mantenha continuamente em marcha, o que Lacan (1974/2005, p. 59) nos dirá tratar-se de uma posição que não é particularmente cômoda para o analista, uma vez que “a novidade reforça o caráter impossível da coisa”. Entretanto, o fato de nos inserirmos numa instituição marcada pela transmissão do ensino de procedimentos clínico-cirúrgicos, da busca pela exatidão dos resultados e da objetividade das intervenções dentro de um saber instituído e didaticamente repassado contribui para que se alimente a crença de que as demais especialidades que compõem o serviço sejam complementos do ofício da medicina. Não seria, portanto, diferente conosco. Assim, deparamo-nos frequentemente com requerimentos educativos pautados na arte da eloquência ou no traquejo pedagógico, tarefas cujo desempenho mostra-se absolutamente distinto da função a qual estamos vinculados. Advertidos em nossa prática, não podemos, contudo, exigir que os profissionais saibam o que fazemos, mas, como nos diz Lambert (2003, p.49)

Será nossa responsabilidade se acalentamos, ou não, a ilusão de que existem todas as respostas e, mais ainda, de que poderíamos dispor delas sempre no momento oportuno. Isso concerne diretamente à posição e ao desejo do analista, bem como a sua ética.

Trata-se, portanto, de uma grande tarefa lidar com estas práticas pedagógicas no hospital, justamente num local pautado por esta perspectiva e transformado historicamente a partir dela. Em contrapartida, vale lembrar que este espaço de cura e educação não surgiu no mesmo momento em que suas paredes foram levantadas. De local de segregação de sujeitos tidos como inaptos à sociedade de outrora ao local de transmissão de saber e formação profissional, o hospital se tornou o caldeirão de toda uma cultura cuja magnitude e extensão atravessaram os séculos. Os desdobramentos ocasionados a partir deste momento dão provas incontestes das mudanças operadas pela medicina na vida social. Dentre elas destacaremos a alteração na concepção da infância, outrora concebida como semelhante à vida adulta, restringido a diferenciação somente ao campo das habilidades física e intelectual. A criança figurava, assim, como um adulto incapaz do exercício pleno de suas faculdades. Com a vinda da medicina para os hospitais, entretanto, a infância torna-se centro de toda a atenção médica e local de encontro da investigação dos processos orgânicos em seu estágio inicial. A criança, não mais como um protótipo selvagem de um adulto vindouro que não fora ainda lapidada pela cultura e pelos bons modos, eleva-se à categoria de estandarte da nova medicina, que também dava seus primeiros passos, pelo parentesco com a verdade que supostamente o infante carregaria em seu estado originário. Ele seria, aliás, o adulto em condição autêntica ao qual a medicina se reportará para assegurar seu campo de trabalho. Pedagogia clínica ou medicina prática, o sucedido é que

A infância, a juventude das coisas e dos homens estavam carregadas de um poder ambíguo: dizer o nascimento da verdade; mas também colocar a prova a verdade tardia dos homens, retificá-la, aproximá-la de sua nudez. A criança se torna o senhor imediato do adulto, na medida em que a verdadeira formação se identifica com a própria gênese do verdadeiro (FOUCAULT, 1963/2004, p.68-69).

Dito de outro modo, a mudança recairá na transformação da relação da medicina com a verdade, antes pautada na complexidade incerta das apresentações físicas manifestas em fenômenos sintomáticos e agrupados em quadros clínicos para uma medicina fundamentada no olhar enquanto testemunha transparente da doença

e, assim, passível da mais clara descrição de seus elementos constitutivos. É a junção isomórfica da palavra com a coisa apresentada, onde o que é dito sobre a doença equivalerá à sobreposição hermética à doença mesma, graças à mediação cristalina do olhar, onde “ser visto e ser falado se comunicam de imediato na verdade manifesta da doença” (FOUCAULT, 1963/2004, p. 104). Não por um acaso, portanto, a psicanálise, nascida com Freud e colhendo os efeitos deste momento histórico, será recrutada à lida com aspectos da vida infantil posteriormente, naquilo que comporta as matrizes da vida pulsional. Trata-se do entrelaçamento promovido entre a teoria freudiana e o espírito do tempo, ainda que trabalhado em seu aspecto contingencial e tomados caso a caso.

Também não nos causará surpresa o momento em que Freud será convocado a dar contribuições à pedagogia, o que, se por um lado, leva-nos a pensar que à psicanálise é tributado um suposto saber sobre os processos educativos, logo, um lugar de autoridade sobre o assunto, por outro, atesta o equívoco da crença que, por esta via, ela teria algo a acrescentar.

1.1 Psicanálise e Educação: dissimetrias

É deste modo que, em julho de 1925, atendendo à solicitação do educador August Aichhorn, Freud (1925/1980) escreve um prefácio à obra intitulada “Juventude Desorientada”. Aichhorn, que havia atuado por longa data como funcionário em instituições de amparo à minoridade, cujos jovens encontravam-se em situação de conflito com a lei, familiarizara-se com a psicanálise de modo a nela buscar algumas orientações técnicas para sua prática educacional.

Neste contexto e, quiçá evocando o próprio percurso, Freud lhe responde, sob a forma de prólogo, que, frente à demanda técnica de cunho educativo, duas recomendações poderiam ser dadas, uma conjugada à outra: a primeira delas era a da formação psicanalítica daqueles que por ela manifestavam interesse; a segunda, que poderia aqui ser entendida como um desdobramento da primeira orientação, ou ainda, a condição para que a ela se acesse, dizia respeito ao processo analítico do próprio interessado. Formação e análise constituiriam, se assim quisermos denominá-los, um palíndromo deste percurso.

Freud também nos fala neste texto que, ao longo do tempo, “as crianças chegaram a representar o tema principal da pesquisa psicanalítica e, portanto, substituíram em importância os neuróticos sobre os quais ela iniciou seus estudos” (FREUD, 1925, apud AICHORN, 1925/1956, p.13, tradução nossa).³ Lembremos, contudo, que, dois anos antes deste prólogo, Freud fizera uma interpolação aos seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1980) com a publicação de “A organização genital infantil” (1923/1980), donde introduzira a genitalidade, sobre o primado do falo, na sexualidade do infante. Assim, a sexualidade, em seu advento, tornara-se palco principal da investigação freudiana. Se ela aí encontrara a criança, trata-se muito mais de um correlato do advento do sujeito do que a suposição de uma fase de seu desenvolvimento.

Aliás, ao marcar a presença da genitalidade na vida pré-genital do sujeito, Freud não só rompe com qualquer ideal evolutivo relacionado ao seu pensamento, como também marca a impossibilidade de vincular sua descoberta aos processos maturacionais registrados pela biologia. Não haveria, portanto, simetria alguma entre a lógica operacional do inconsciente e o fundamento biológico sobre o qual assentavam os processos do desenvolvimento. É o que ele, inclusive, parece já anunciar em seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905/1980, p.127), lugar onde, tratando da pulsão sexual, nos dirá do equívoco comumente difundido pela opinião pública de que a libido inexistiria na vida infantil e teria seu advento junto ao processo maturacional da puberdade. Prossegue em sua escrita mostrando-nos os “erros, imprecisões e conclusões apressadas” a que chegaram os que, norteados pelo paradigma biológico, recorreram às explicações naturalistas, na tentativa vã de articular algo acerca da sexualidade dos sujeitos.

É assim que, com muita propriedade, Freud lança mão da fábula proposta por Platão em seu Banquete, marcadamente no momento em que o orador Aristófanes presta elogios a Eros, o deus do amor, por seu poder, cujo acesso estaria condicionado ao conhecimento da natureza humana, naquilo que comportaria a perda originária de sua unicidade e a posterior busca pela parte perdida como um correlato do encontro amoroso. O equívoco estaria dado, portanto, no momento em que se passou a creditar à biologia a incursão sobre a natureza humana, o que poderia

3 O texto no original é: “los niños han llegado hoy a representar el fin principal de la investigación psicoanalítica y, por tanto, han reemplazado en importancia a los neuróticos, sobre los cuales comenzaron estos estudios.”

conduzir ao disparate da crença de que o amor (e, com ele, a vida erótica) é assunto do desenvolvimento da espécie. É sobre este devaneio crasso que Freud irá se impor, de modo a levantar uma frutífera discussão acerca dos casos que, mediante este tipo de pensamento, apresentam-se como desvios. Tal fato, eleva a discussão da pulsão sexual como categoria fora da biologia, circunscrita a outra lógica, impossível de previsão e domínio. Como nos diz Elia (2007, p.64):

A sexualidade freudiana é regida por outra lógica: articula-se no inconsciente, não se fundamenta em processos bioquímicos visando a reprodução da espécie, não é baseada no instinto, tendo exigido a criação de uma outra categoria – a de pulsão – para articulá-la.

Por conseguinte e não por acaso, a passagem do interesse do neurótico para a criança é recebida por Freud sem assombro, não somente porque “a análise demonstrou que a criança sobrevive, quase inalterada tanto no homem doente como no sonhador”⁴ como também – podemos pensar – porque as forças motivadoras e tendências percebidas na infância sempre estiveram presentes na vida do neurótico. (FREUD, 1925 apud AICHHORN, 1925/1956, p. 13, tradução nossa) Isto dispensa qualquer apoio biológico do qual a ciência se valia para circunscrever os fenômenos sexuais naquele momento e, quiçá, inscreve a tentativa freudiana de fazer-lhe menção como uma maneira de alinhar a sua ciência às descobertas de seu tempo.

É neste contexto que Freud prefacia o livro de Aichhorn e nos conta que, dada a repercussão da teoria freudiana, houve uma grande expectativa que a psicanálise pudesse contribuir com o trabalho educativo, no intuito de assistir as crianças e protegê-las dos possíveis extravios em seus percursos. (FREUD, 1925 apud AICHHORN, 1925/1956, p. 13) Dito de outro modo, que a pedagogia pudesse recolher algumas contribuições da psicanálise e nela encontrar subsídios para pensar a prática educativa, sobretudo diante de sujeitos que Aichhorn denominava de “crianças-problema’ e outros que sofrem de sintomas neuróticos”⁵(AICHHORN, 1925/1956, p.32, tradução nossa).

Como sabemos, a empreitada freudiana articulou, em diversos momentos de sua obra, seu campo de investigação com outras esferas do saber, dialogando com a

4 O texto no original é: “El análisis ha demostrado que el niño previve casi incambiado, tanto em hombre enfermo como em el soñador y em el artista”

5 O texto no original é: “niños-problema y otros que sufren de síntomas neuróticos.”

mitologia, a história, a arte, a religião e, conseqüentemente, rompendo com a perspectiva de isolamento e sideração em disciplinas, fato bastante comum à atualidade e já presente naquela época. Freud criticava este segregamento e comemorava os avanços que a psicanálise conseguia paulatinamente realizar ao se debruçar sobre estes outros ramos sem perder, contudo, sua exclusividade, de modo a afirmar que “as aplicações da psicanálise são, também, sempre confirmações dela” (FREUD, 1933[1932]/1980, p.178).

Então, vale lembrar que, frente à possibilidade articulatória com a educação, não há nenhuma menção, senão opositiva, à tentativa de fazer da própria psicanálise uma proposta educativa ou alinhada a um ramo do saber. E, quanto a isto, no mesmo prólogo, Freud se mostra categórico, ao dizer que “o efeito da educação é algo *sui generis*: não deve ser confundido com a influência psicanalítica nem ser substituído por ela”⁶ (FREUD, 1925 apud AICHHORN, 1925/1956, p.15). Sendo assim, ainda que o autor reconhecesse o valor social dos educadores, ele mesmo marca a diferença existente entre a tarefa da qual se incumbira e as práticas relacionadas à atividade pedagógica.

Minha participação pessoal nesta aplicação da psicanálise tem sido insignificante. Nos primeiros momentos aceitei a humorística declaração de que há três profissões “impossíveis” – educar, curar e governar – e eu estava totalmente entregue a segunda delas (FREUD apud AICHHORN, 1925/1956, p.14).⁷

Aichhorn, que se vinculara à Sociedade Psicanalítica de Viena em 1922, apostava na ideia de que o educador poderia vir a ser objeto da transferência positiva dos jovens desajustados, de modo a operar nos moldes da figura de um progenitor para uma criança, orientando os comportamentos, corrigindo as condutas ditas desviantes, cuja origem remontaria aos vínculos libidinais anormais da primeira infância. Vemos, assim, uma clara articulação entre práticas educativas e um tipo uso de conceitos psicanalíticos para embasar alguns procedimentos de ajustamento social. A psicanálise entraria, aqui, como medida ideal a partir de seus fundamentos,

6 O texto no original é: “El efecto de la educación es algo *suis generis*; no debe ser confundido con la influencia psicoanalítica, ni reemplazada por ella.”

7 O texto no original é: “Mi participación personal em esta aplicación del psicoanálisis ha sido insignificante. En los primeros momentos acepté la humorística aseveración de que hay tres profesiones 'imposibles' – educar, curar y gobernar -, y yo estaba totalmente entregado a la segunda de ellas.”

aliada ao propósito de tornar a juventude orientada, uma vez que, segundo Aichhorn (1925/1956, p. 242, tradução nossa), o delinquente seria “um indivíduo perturbado no desenvolvimento de seu Eu”⁸, de modo que ao educador estaria designada a tarefa de distinguir os “diferentes níveis do Eu”⁹ (AICHHORN, 1925/1956, p.238, tradução nossa) para poder situar em que estágio se encontraria o sujeito, de maneira a inferir sobre sua capacidade para renunciar ao prazer imediato. Uma vez estabelecido este nível,

o reeducador deve guiar (...) o delinquente para que aprenda a exercitar o juízo, isto é, para desenvolver o princípio da realidade de tal forma que possa escolher antes de atuar entre o prazer imediato seguido de dor e a posposição ou renúncia seguida de prazer seguro (AICHHORN, 1925/1956, p.248-249, tradução nossa).¹⁰

O uso de tais medidas visaria, portanto, ao desenvolvimento dos aspectos subjetivos que permaneceriam em estágio deficitário, da feita que “a tarefa da reeducação chega a ser a correção desta falta”¹¹ (AICHHORN, 1925/1956, p.250, tradução nossa). Curiosamente, o prefácio da edição espanhola à obra de Aichhorn ganha também, além do estabelecido prólogo freudiano, a contribuição de Kurt Eissler, analista da Sociedade Psicanalítica de Viena e ex-aluno de Aichhorn. Neste preâmbulo, Eissler comenta, de modo elogioso que, nas mãos daquele autor, a técnica de Freud se converteu “num instrumento novo, por diferenciar-se tanto do original”¹² (EISLLER apud AICHHORN, 1925/1956, p.19, tradução nossa).

Já o tradutor da obra do educador do alemão para o espanhol, dr. R. del Portillo, fundador e presidente da Associação Psicanalítica Espanhola, diz que, no que tange à obra de Aichorn (1925/1956, p.10, tradução nossa) “sua leitura pode ser de grande utilidade aos educadores, aos pais, aos mestres e, em geral, a todos os que tratam

8 O texto no original é: “un individuo perturbado en el desarrollo de su yo.”

9 O texto no original é: “diferentes niveles en el yo.”

10 O texto no original é: “El reeducador debe guiar (...) el delincuente para que aprenda a ejercitar el juicio; esto es, que el delincuente debe desarrollar el principio de la realidad de tal forma que pueda escoger antes de actuar entre *el placer inmediato seguido de dolor, y la posposición o renunciación seguida de placer seguro.*”

11 O texto no original é: “la tarea de la reeducación llega a ser la corrección de la falta.”

12 O texto no original é: “*en un instrumento nuevo, por diferenciarse tanto del original.*”

jovens”¹³. Ele mesmo nos escreve que, numa incursão eclesiástica feita para averiguar a repercussão desta proposta educativa, teve a oportunidade de comprovar, “em conversas com altos dignatários da Igreja Católica em Roma, o interesse com que segue o Vaticano nos progressos da investigação psicanalítica, com o fim de poder aplicar os novos conhecimentos à direção espiritual”¹⁴ (AICHHORN, 1925/1956, p. 10, tradução nossa).

É importante notar que, se recorrermos à história do advento da psicanálise pela via do percurso de seu fundador, não só testemunharemos que a orientação seguida é oposta àquela preconizada pela educação como também confirmaremos que o surgimento da própria psicanálise é tributário desta oposição. É neste sentido que o prefácio freudiano ao livro de Aichhorn se assemelha a repetição de um posicionamento outrora tomado e iniciado há quarenta anos com a publicação de “A psicoterapia da histeria” (1893-1895/1980), onde Freud se propôs a realizar, sem a parceria de Breuer, um balanço do método catártico, de modo a avaliar seus limites e possibilidades.

1.2 Psicanálise e contexto histórico: um percurso ético

Neste enredo, Freud pontua que, ainda que se mantivesse partidário do conteúdo apresentado na “Comunicação Preliminar”, precisava confessar que “novos pontos de vista se impuseram”, de modo a trazer novidades no campo da interpretação dos fatos (FREUD, 1893-1895/1980, p. 253). Assume, assim, o fim da parceria de trabalho até então desenvolvida com seu amigo e também toma para si a autoria deste ato:

Seria injusto tentar atribuir uma responsabilidade grande demais por essa transformação a meu estimado amigo Dr. Josef Breuer. Por este motivo, as considerações que se seguem são formuladas principalmente em meu próprio nome (FREUD, 1893-1895/1980, p. 253).

13 O texto no original é: “Su lectura puede ser de gran utilidad a los educadores, a los padres, a los maestros y, en general, a todos los que tienen que tratar con jóvenes.”

14 O texto no original é: “en conversaciones con altos dignatarios de la Iglesia Católica, en Roma, el interés con que sigue el Vaticano los progresos de la investigación psicoanalítica, con el fin de poder aplicar los nuevos conocimientos a la dirección espiritual.”

Esta conclusão fora, no entanto, fruto das dificuldades encontradas na prática do método hipnótico ou “método de Breuer”, como Freud escreve (FREUD, 1893-1895/1980, p.254). Os obstáculos referiam-se à submissão do paciente à atividade sugestiva e ao tratamento das neuroses naquilo que lhes concernia enquanto etiologia. As mudanças que Freud efetua a partir daí são expostas em expressões como: “(...) *fui levado* a uma alteração tanto na minha técnica quanto na minha visão dos fatos” (FREUD, 1893-1895/1980, p.254, *grifo nosso*). E ainda: “(...) *fui obrigado* a reconhecer que, na medida em que se possa falar em causas determinantes (...)” (FREUD, 1893-1895/1980, p.255, *grifo nosso*). Medidas, portanto, impostas à caminhada nos atendimentos aos seus pacientes e levadas a termo “apenas porque já não tinha outra escolha” (FREUD, 1914/1980, p.27).

A constatação disto pode ser verificada até mesmo quando, ao recuar ainda mais no tempo, já no final de 1892, ou seja, um ano antes do início da redação dos “Estudos”, Freud se deparara com a solicitação de cura da histeria de uma jovem, que, a despeito dos êxitos alcançados com o uso clínico da hipnose, não respondia ao seu emprego. Trata-se, assim, de um dado relevante, já que Breuer tributava ao hipnotismo não somente a possibilidade de acesso à ideia desencadeadora do sintoma, bem como a própria cura neurótica.

Freud opta, contudo, por não recuar frente ao tratamento da jovem e prossegue em seus atendimentos sem o uso daquele artifício. O que sabemos do desdobramento deste caso é compartilhado pelo próprio autor nos “Estudos” da maneira a que se segue:

Assim, abri mão do sonambulismo e conduzi toda a sua análise enquanto ela se encontrava num estado que, a rigor, talvez tenha diferido muito pouco de um estado normal (FREUD, 1893-1895/1980, p.130).

Entrementes, a condução terapêutica do tratamento passara ao domínio da sugestão sem a indução ao sono. Este recurso foi possível graças a uma recordação de Freud (1893-1895/1980), onde vira Bernheim provar a permanência das lembranças dos fatos evocados após a conclusão da sessão hipnótica por meio de uma solicitação firme à retomada à ideia, com o acréscimo de uma pressão na fronte para marcar um suposto estado alterado de consciência.

Sobre esta descoberta, Freud (1893-1895/1980, p.131) fala de seu êxito, de modo que o emprego desta técnica “sempre apontou o caminho que a análise deveria

seguir” e “permitiu conduzir cada uma dessas análises até o fim sem o emprego do sonambulismo” (FREUD, 1893-1895/1980, p. 258). Tempos depois, já em “A Psicoterapia da Histeria” (1893-1895/1980) veremos o relatado das dificuldades encontradas no uso da hipnose, quando associada aos sujeitos não passíveis de aceitação da técnica seja por uma oposição manifesta em se submeter ao procedimento seja na contestação tácita da qual se valiam ao resistirem a qualquer influência imputada pelo método. E, ainda que pesassem os méritos alcançados pelo método catártico — o que Freud se empenhava em reconhecer — as próprias adjetivações apontavam os limites de seu uso na clínica. Trata-se, como é dito, de um método que não chega à causa da neurose e, por conseguinte, não consegue fazer face à substituição dos sintomas, uma vez removidos aqueles que conduziram o sujeito ao tratamento num primeiro momento (FREUD, 1893-1895/1980, p.258).

Este aspecto recebe, por sua vez, considerações que remetem à gênese da neurose, “em geral sobredeterminada” (FREUD, 1893-1895/1980, p.259), e situa a eficácia técnica da catarse nas cercanias da remoção temporária de queixas. É o que Freud afirma no comentário:

Quando se trata de histerias que seguem um curso crônico, acompanhadas de uma produção, mas constante, de sintomas histéricos, encontramos a mais forte razão para lamentar nossa falta de uma terapia que tenha eficácia causal, mas temos também os maiores motivos para apreciar o valor do processo catártico como terapia *sintomática* (FREUD, 1893-1895/1980, p.260).

Entretanto, mesmo quando envolto nestas limitações, Freud não as trata como falhas metodológicas, de maneira a corrigir seus desajustes e, assim, ampliar seu espectro de ação. Menos ainda se conforma com os êxitos até então alcançados, o que já lhe garantiria um lugar privilegiado no campo das descobertas da época.

Como escreve Darriba (2012, p.91):

(...), mais do que a consideração de tais obstáculos, o que coloca Freud na trilha de uma ruptura clínica e teórica é sua resposta não ter sido pautada pelo aprimoramento do método (para que o objeto ceda) e sim pelo ceder ao objeto. Ou seja, neste momento crucial, sua resposta não é técnica, mas ética.

Ao decidir “tomar uma posição quanto à questão (...)” (FREUD, 1893-1895/1980, p. 254), ou seja, mudar de lugar, Freud inclina-se ao inconsciente enquanto causa dos acontecimentos, desembaraçando-se, de saída, dos ajustes

metodológicos que desvirtuariam o questionamento sobre as limitações dadas. Se os obstáculos fossem tratados enquanto falhas de um saber técnico, passíveis, portanto, de consertos, deslocaríamos o eixo da problemática para um juízo acerca da habilidade criativa em engendrar manobras eficazes, o que não era o caso. Por conseguinte, podemos pensar que Freud decide não se acomodar ao sintoma, não “aguentar a miséria”- como Lacan dirá em entrevista sobre os profissionais de saúde mental que trabalham na perspectiva pedagógica — já que isto equivaleria a “entrar no discurso que a condiciona, nem que seja a título de protesto” (LACAN, 1974, p.518). Assim, será o próprio fracasso retomado como centro das interrogações, naquilo que insiste em ser dito, como impasse à teoria. Vale lembrar que, neste momento, ao inclinar-se às considerações sobre a etiologia, formuladas a partir de uma interrogação sobre o porquê da hipnose não funcionar para todos os casos, Freud elevará a resistência à orientação de sua questão. Tal fato emerge a partir da constatação que “‘o não saber’ do paciente histérico seria, de fato, um ‘não querer saber’” (LACAN, 1974, p.265) sobre a causa, da feita que a catarse, ao substituir o desconhecimento pela representação dada pelo médico, revelaria claramente, frente ao obscuro das manifestações clínicas, a ortopedia de seu método.

E uma vez desperto à presença da resistência, Freud, mesmo quando encontrara na pressão na testa um método intermediário para chegar à evocação de associações nos pacientes, não o fará sem dizer-se advertido desta limitação. Sabemos dos efeitos desta insuficiência com o conseqüente abandono da sugestão e a direção de Freud rumo ao tratamento pela associação livre.

Em resumo, ainda que orientada pelo eixo de uma certa delegação do saber ao sujeito, a hipnose teve de ser rejeitada para que o passo inaugural da psicanálise – a associação livre – fosse dado. Pois, na hipnose, o saber, ainda que esteja do lado do sujeito, permanece, no máximo, pré-consciente, não chegando sequer a se aproximar daquilo que será, posteriormente, concebido como saber do inconsciente (ELIA, 2007, p.26).

Se agora retomarmos a analogia entre a causa freudiana, defendida já em 1895 e o prefácio ao livro de Aichhorn concluiremos que não se trata de buscar orientar a “juventude desorientada”, de promover novos arranjos pedagógicos àqueles cujo desvio denuncia o fracasso. Mas de tornar a própria solicitação educativa alvo de reflexão, de modo a assumir uma posição frente ao que se pede. Talvez seja importante dizer que, quando afirmamos a posição ética em Freud, não estamos

postulando que oferecer respostas pedagógicas seja antiético. Muito menos que a educação não possa apresentar efeitos terapêuticos. Como Lacan (1974, p.512) já dizia, “uma prática não precisa ser esclarecida para operar”. O próprio Aichhorn (1925/1956, p.39, tradução nossa) parece corroborar com esta perspectiva ao afirmar em seu livro que “não devemos desdenhar o fato de que a educação corretora alcançava resultados muito bons quando não possuíamos nenhum conhecimento psicanalítico”¹⁵.

Freud, já em 1912, falava-nos que a transferência não é exclusividade da psicanálise, surgindo nos mais diversos âmbitos, inclusive “nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico”, onde o vínculo transferencial poderia até mesmo ser visto “com maior intensidade” (FREUD, 1912/1980, p.136). Em contrapartida, o que estamos sustentando é justamente uma outra ética, diferente daquela creditada à educação e vinculada à prática da psicanálise. Consequentemente, podemos concluir não haver sentido algum na perspectiva de sobrepô-las, seja pela via de adjetivações que as aglutinam – educação psicanalítica, psicanálise educativa, pedagogia freudiana — seja pela via de apropriações que as justapõem – psicanálise e métodos pedagógicos, ou ainda, psicanálise e desenvolvimento.

Aliás, podemos dizer que há uma distinção até mesmo com relação ao aspecto temporal trabalhado nestas perspectivas, opondo-se às tentativas de promoção de semelhanças e junções enganosas. A ética que norteia a educação é marcada, enquanto pressuposta à técnica, por uma anterioridade que torna possível supô-la em termos prescritivos, emergindo como um elemento externo que, ao incidir sobre a esfera educativa, poderá moldá-la, ajustá-la a estes mesmos pressupostos, de modo a ordená-la imaginariamente em aspectos sucessivos e previsíveis. Já em psicanálise, a ética advém no campo da ação, donde podemos recolher seus efeitos, sempre variados e, portanto, não passíveis de aglutinação e formação de um campo de saber instituído, nem mesmo de uma linearidade prévia a ser transmitida.

Pois bem, coisa curiosa para um pensamento sumário que pensaria que toda exploração da ética deve incidir sobre o domínio do ideal, se não do irreal, iremos, pelo contrário, ao inverso, no sentido de um aprofundamento da noção de real (LACAN, 1959-60/2008, p.22-23).

15 O texto no original é: “no debemos desdenar el hecho de que la educación correctora alcanzaba muy buenos resultados antes de que tuviésemos ningún conocimiento psicoanalítico.”

A descoberta freudiana diz respeito a um tempo posposto, num trabalho realizado com o sujeito e não para ele ou sobre ele, o que necessariamente se distancia da possibilidade de predizê-lo.

O interesse de Freud está, por sua vez, no que podem vir a ser os efeitos da psicanálise com a persistência em fazer seu sujeito operar; o que requer da experiência analítica não estar tutelada por determinado saber nem previamente comprometida com a terapêutica (DARRIBA, 2012, p. 93).

Vale ainda lembrar que esta mudança só ocorreu a partir da dificuldade encontrada no tratamento, com o esgotamento do próprio saber e a posterior aceitação daquilo que se colocava, de modo recalcitrante, como resistência. É a aceitação desta insatisfação frente ao alcance pedagógico, não como falha a ser superada, mas como índice do próprio sujeito, que impulsionará Freud a não se contentar com a remissão sintomática e a dirigir-se àquilo que Lacan denomina como “nada menos que a atração da falta” (LACAN, 1959-1960/2008, p.12).

Em Lacan, veremos que o processo analítico refaz o caminho no sentido da ação do sujeito, tal qual Freud inaugurara, naquilo que nela comporta um juízo, ainda que implícito, desconhecido, acerca de seu ato, tomado enquanto obscuridade para si mesmo. Como diz Lacan: “a hipótese freudiana do inconsciente supõe que a ação do homem, seja ele são ou doente, seja ela normal ou mórbida, tem um sentido escondido para o qual se pode dirigir” (LACAN, 1959-1960/2008, p.365).

Assim, em análise, o sujeito põe-se a dizer do desconhecido que o habita e que faz nele sintoma, da insistência de seu mal-estar a despeito das manobras realizadas para aplacá-lo e das incursões para encobri-lo. Trata-se de algo localizado no campo de uma falha, de uma falta incoercível, pela qual ele se percebe fatidicamente concernido. É esta busca pelo encontro de um sentido para sua ação que coloca o sujeito, de saída, diante do fato de que ele não delibera sobre seus atos, que eles são “co-metidos”, ou seja, que coexiste, na própria ação do sujeito, o ato mesmo no qual ele se mete a realizar e o desconhecimento de sua causa. “Eis o que justifica por si só que estejamos na dimensão moral”, já que, como Lacan afirma, o que move o sujeito é o desejo inconsciente, ou ainda, que justamente por sua ação padecer de uma acepção prévia é que o sujeito busca formular, para si, um sentido para o que faz, a “moral da história” que pratica (LACAN, 1959-1960/2008, p.365).

Deste modo, o ato de resistir, como falamos, não é tratado, em psicanálise,

como uma falta moral acerca do que “deveria ser”. Trata-se da expressão mesma do sujeito, naquilo que aponta o seu desejo, opondo-se aos ditames das regras impostas. Então, pela via da educação, a dificuldade na lida com casos que resistem à manobra pedagógica recebe uma interpretação que os comporta ao campo de uma falha moral localizada num padrão externo, já que não respondem à altura do esperado enquanto um ideal a ser alcançado.

Esta leitura faz do estatuto daquilo que resiste uma transgressão às normas estabelecidas e merece, como vimos, um tratamento ortopédico para adaptar o sujeito àquilo que se toma como “correto”, “saudável”, para o seu bem. Assim, educar se encaminha para o impossível na medida em que não há como abordar o singular do sujeito pelo plural de um projeto pedagógico, por mais terapêutico que ele seja. É que ao próprio “tu deves” vinculado a uma ética benfazeja e cuidadora se opõe o inexorável do desejo de cada sujeito.

Duplo equívoco, portanto. Primeiro, por se acreditar na perspectiva generalista do ajustamento de condutas à realidade como elemento de aperfeiçoamento do sujeito, quando é ele mesmo que não pode advir nestas condições. Logo, sujeito impossível. Segundo, pela própria crença numa realidade passível de imposição enquanto parâmetro, quando Freud já havia advertido que “o caminho que o analista deve seguir (...) não existe modelo na vida real” (FREUD, 1915 [1914]/1980, p.216). É o que igualmente nos parece indicar Lacan com o questionamento (1953-54): “O conjunto do sistema de mundo de cada um de nós (...) está aí algo que deve efetivamente, sim ou não, servir, na análise, de medida?” (LACAN, 1953-54/1986, p.27).

1.3 Psicanálise e Psicoterapias: algumas pontuações

Assim, o trabalho terapêutico que aborda o sujeito pela vertente da educação, mesmo quando pressupõe a existência de fatores inconscientes na produção sintomática, crê, tal qual Aichhorn supunha, na possibilidade do ajustamento a uma realidade tangível, objetivamente dada. Nesta mesma época, contudo, deparamo-nos com a afirmativa freudiana onde “o objetivo primeiro e imediato do teste de realidade é não encontrar na percepção real um objeto que corresponda ao representado, mas

reencontrar tal objeto, convencer-se de que ele está lá” (FREUD, 1925/ 1980, p.298). Tal afirmativa reverbera na leitura feita por Lacan (1959-1960/2008) do “Projeto” (1950[1895], p.62) freudiano, donde depreenderá que

alguma coisa tria, criva de tal maneira que a realidade só é entrevista pelo homem, pelo menos no estado natural, espontâneo, de uma forma profundamente escolhida. O homem lida com peças escolhidas da realidade.

Não há, portanto, uma realidade dada, senão aquela advinda do próprio sujeito. É neste sentido que podemos dizer que acreditar na existência do inconsciente, por si só não faz, do terapeuta, analista. Faz, do terapeuta, terapeuta ou qualquer outra variante nominativa que se valha do mesmo princípio.

E qual seria este princípio? Aquele que toma a crença no inconsciente como elemento suficiente para que ele opere, quando Freud nos ensinou que ele se impõe a despeito das crenças (e das descrenças), não sendo, portanto, uma questão deontológica, menos ainda de fé. Posteriormente, Lacan (1964/2008, p.37) reafirma a posição freudiana e insiste em dizer, justamente diante da constatação do esquecimento de alguns, que o inconsciente não se presta à ontologia, já que “ele não é nem ser nem não-ser, mas algo de irrealizado”. Esta proposição nos parece importante porque, se trabalharmos no sentido de pensar a apropriação dos conceitos freudianos pelas terapêuticas educativas que se organizam como variantes psicanalíticas, também presentes em âmbito hospitalar, reatualizaremos um sujeito impossível na medida em que se crê que a extração conceitual da psicanálise para utilizações diversas seria o suficiente para dela se abster. É justamente este recorte adaptativo que propicia a emergência de toda sorte de equívocos terapêuticos, originando um campo conceitual tão vasto quanto distante da doutrina freudiana.

Nele, a presença de digressões, as mais variadas, inauguram, sob a égide de uma pluralidade de interpretações à teoria de Freud, a extração de conteúdos inexistentes em sua obra. Como sustenta Lacan (1955-56/1998, p. 268) na afirmativa abaixo:

O uso primário de noções extraídas de seu contexto, como aquela de prova de realidade, ou de noções bastardas como aquela de relação de objeto, o recurso ao inefável do contato afetivo e da experiência vivida, tudo isso é propriamente estranho à inspiração da obra de Freud.

Já em 1905, Freud (1905[1904]/1980, p.251) nos alertava sobre uma certa

superficialidade na leitura da psicanálise, dizendo-nos que ela poderia promover derivações canhestras como aquela que atribuía à privação sexual a causa da neurose. Conclui, assim, que seria bastante fácil, a partir disso, sugerir aos doentes que incrementassem sua vida sexual como recomendação terapêutica. Mas Freud diz que “as coisas são diferentes” e que

A necessidade e a privação sexuais são meramente um fator que entra em jogo no mecanismo da neurose: se houvesse apenas esse, o resultado não seria a doença, mas a devassidão (FREUD, 1905[1904]/1980, p.251).

Lacan retoma esta temática, especialmente nos seus primeiros seminários, onde reafirma os descaminhos que as diferentes interpretações educativas da psicanálise produziram, sobretudo quando supostamente ancoradas na perspectiva de que Freud também as empreendeu com suas mudanças na estruturação de sua teoria. De modo que, no intuito de defender a unidade da psicanálise, naquilo que nela comporta um fundamento ético, ele diz:

(...) a psicanálise não é uma terapêutica como as outras. Pois a rubrica variantes não quer dizer nem adaptação ao tratamento, com base em critérios empíricos nem, digamos, clínicos, à variedade dos casos, nem uma referência às variáveis pelas quais se diferencia o campo da psicanálise, e sim uma preocupação, inquieta até, com a pureza nos meios e fins (LACAN, 1955/1998, p.326).

E complementa ao pontuar que “trata-se, sim, de um rigor de alguma forma ético, fora do qual qualquer tratamento, mesmo recheado de conhecimentos psicanalíticos, não pode ser senão psicoterapia” (LACAN, 1955/1998, p.326). O próprio fundador da psicanálise já nos ensinava, em 1933, que:

Embora a estrutura da psicanálise esteja inacabada, ela apresenta, mesmo nos dias atuais, uma unidade da qual os elementos componentes não podem ser separados ao capricho de qualquer um (FREUD, 1933[1932]/1980, p.170).

Se a importância em se defender pontos nos quais a psicanálise se fundamenta foi necessária, como nos esclarece Darriba E Silva (2012, p.871), tratou-se do fato de que “as já mencionadas dissidências sacrificaram parte de tais descobertas em troca de aceitação e reconhecimento externos”. Uma vez mais verificamos que a inclusão de uma dimensão extrínseca ao processo analítico – aquela que a baliza e a

reconhece enquanto tal – coloca em xeque mesmo toda a possibilidade da experiência analisante. Assim, ninguém melhor que os próprios partidários da descoberta de Freud, seus contemporâneos, para nos mostrar que não basta que nos encontremos em território freudiano para fazer psicanálise. Se assim o fosse, aliás, eles não teriam feito com ela dissensão.

Aqueles psicoterapeutas que empregam a psicanálise, entre outros métodos, ocasionalmente, pelo que sei, não se situam em chão analítico firme; não aceitaram toda a análise, (...), não podem ser incluídos entre os analistas (FREUD, 1933[1932]/1980, p.186-87) .

Então, podemos dizer que a vertente educativa supõe, no que se refere ao recurso de uma externalidade enquanto um parâmetro ideal de orientação, um saber sobre o sujeito que somente o inclui ao preço de excluí-lo, ao propor não somente explicações para seus atos como também modos de corrigi-lo, o que Lacan diz se tratar de uma “ortopedia do eu” (LACAN, 1955-56/2002, p.268). É nesta vertente, inclusive, que tal perspectiva será tomada por Lacan (1907-1981/2008, p.358) como um saber “pré-dirigido”, e o levará a advertir-nos, dentro do controverso tema da formação em psicanálise, que “o que é preciso compreender antes de mais nada é que, seja qual for a dose de saber assim transmitida, ela não tem para o analista nenhum valor formativo” (LACAN, 1907-1981/2008, p.359).

Assim, se este tipo de vertente terapêutica trabalha de modo a vetar o acesso do sujeito a sua verdade é porque ela mesma está comprometida com um generalismo universalista que não permite sequer desconfiar que o critério para a produção do seu próprio saber é não saber nada sobre seus fundamentos. Esta conjectura nos permite levantar a hipótese de que a impossibilidade do sujeito advir nesta perspectiva é correlata à negação da existência do terapeuta mesmo, transformado num operacionalizador de um método. Curioso, portanto, quando à psicanálise são destinadas críticas relacionadas à neutralidade do analista, de modo a incitar que a supressão do “eu” do terapeuta traria efeitos danosos ao próprio processo terapêutico, quando o que caberia aqui questionarmos seria a quem nos dirigimos quando ele diz estar presente.

Isto nos fornece subsídios para avaliarmos não só o pedido de Aichhorn, educador, à Freud, cientista, mas também repensarmos qual a possibilidade de trabalho com a psicanálise no hospital a cada vez que este equívoco se reatualiza nos

pedidos feitos por outros profissionais em nossa prática cotidiana. Para tanto, prosseguiremos com Freud e Lacan em suas contribuições para pensarmos o caso clínico que se segue.

1.4 Catarina: quando a rua é a casa

Ao longo dos anos e de algumas reuniões para a redefinição do protocolo que cada especialidade utilizaria, o setor de psicologia pleiteou sua presença no momento do acolhimento do paciente na unidade, após confirmação médica da elegibilidade do caso para a instituição. Assim, a cada paciente que adentrasse a unidade em busca de uma correção cirúrgica craniofacial, uma junta avaliativa averiguaria a anomalia apresentada e daria seu parecer acerca da inserção ou não daquele paciente no ambulatório. Alguns pedidos seriam, portanto, remanejados para outra instituição, sobretudo aqueles cuja demanda circunscrevessem um campo de ação estritamente estético, sem nenhum histórico de anomalia prévia. Após a admissão no centro de tratamento, o paciente seria recebido por nós, nos moldes de um oferta livre de escuta, em entrevistas iniciais, onde pudesse falar livremente sobre o que quisesse. Uma vez aceito o nosso pedido, também realizamos um longo trabalho de resgate de pacientes que já se encontravam inseridos na unidade, mas que, por motivos desconhecidos, não haviam passado ainda pelo setor de psicologia. O intuito primeiro seria verificarmos a presença ou não de demanda de tratamento naquele setor, o que fora bem recebido pela equipe médica, bastante assoberbada com pacientes de difícil manejo clínico, supostamente cheios de “questões de autoestima e autoimagem”. Assim, uma vez que o paciente fizesse o pedido de tratamento na psicologia, passaríamos a realizar atendimentos segundo acordo de frequência variável. O que não sabíamos é que, na prática, este trabalho se mostraria bem mais complexo que havíamos inicialmente pensado.

De pacientes adultos que não apresentam demanda alguma, mas que falam, com severas dificuldades existenciais, do modo muito particular com que se organizam frente ao horror da própria imagem àqueles que, ainda nos primeiros anos de suas vidas, pedem ajuda para os pais. Certa vez, um senhor de 89 anos, portador de ampla fenda palatina, o que deixava sua fala quase ininteligível, nos disse: “Passei

80 anos em silêncio. Havia desistido, ninguém me entendia. Agora descobri que alguém me entende. Eu quero vir aqui muitas vezes, só para eu falar.” Com Catarina também foi diferente. Já se tratava na instituição, mas só havia passado brevemente no setor de psicologia, num outro momento. Aos 28 anos, filha de uma enfermeira que se apaixonara perdidamente por um homem conhecido em sua comunidade de origem pelo nome de Chuchu, Catarina nos fala sobre o resultado deste enlace amoroso: “nasci na rua.” Ela nos conta que seu pai, cujo nome registrado em cartório desconhece, era um mendigo.

Assim, sua mãe se aproximara inicialmente de Chuchu para prestar-lhe auxílio, já que aparecia machucado como consequência das brigas em que se metia, em virtude do uso contumaz de álcool (sic). Aos poucos, porém, fora se encantando com o mendigo e a assistência inicial, bastante pontual, tornou-se corriqueira. Um dia, segundo a paciente, sua mãe foi morar na rua com Chuchu. Lá, passou a beber com ele. A comunidade local, consternada com o fato, dava conselhos para que sua mãe daquele lugar saísse, mas não houve palavra que mudasse sua decisão (sic). Catarina diz que, como Chuchu era bastante agressivo, passou a “bater de pau” em sua mãe. Esta, por sua vez, começou a dar pauladas nos transeuntes que por aquele ponto da rua se deslocavam. Ela ficou louca por ele, foi isso – concluiu Catarina.

Nos atendimentos subsequentes, Catarina passa a dizer do seu nascimento. Sua mãe engravidara de Chuchu e a comunidade se mobilizou para sustentar aquela gestação, dando alimentos e fazendo um pequeno enxoval para o bebê. As brigas, entretanto, aumentaram. Chuchu batia na barriga de sua mãe, o que a levou ao parto de modo inesperado, antes do tempo. Nasceria, como dissera, na rua, e viera com uma anomalia na face: fenda labiopalatal unilateral, o que, inclusive, justificava, hoje, a sua presença numa unidade de tratamento de anomalia craniofacial, já que desejava “ajeitar o nariz e os dentes.” O fechamento da fenda, entretanto, fora dado por procedimento cirúrgico na infância. Assim, ao nascer, sua mãe, enfermeira de formação, destinou-lhe os cuidados iniciais junto com a comunidade que, como Catarina afirmara certa vez, também “é uma mãe.” Posteriormente, contudo, tendo em vista a crescente agressividade do casal, o que implicava graves riscos de vida ao bebê, acrescida da anomalia que apontava para a necessidade de cuidados especializados, a comunidade decide denunciar o casal ao Conselho Tutelar por maus-tratos à criança, situação cuja lembrança muito dividiu Catarina e foi sustentada como tema de vários atendimentos.

Para Catarina, embora hoje a comunidade justifique a solicitação da intervenção com o argumento que seu corpo estava tomado de ulcerações por falta de cuidado materno, acrescido ao fato de que seu choro ininterrupto deixava Chuchu transtornado, o que o tornava inabordável, Catarina tributa ao pai a razão de sua separação da mãe. “Minha mãe não cuidava direito de mim porque meu pai não dava sossego. Foi ele quem me separou dela.”

Nos atendimentos subsequentes, Catarina passa a dizer de sua longa incursão institucional. Levada para um abrigo de crianças pelo Conselho Tutelar, onde igualmente fora encaminhada à cirurgia reparadora, permaneceu abrigada até a idade de seu encaminhamento ao reformatório, em que pese o fato de nunca ter cometido nenhum delito. Catarina diz do rigor da disciplina e da severidade com a qual os internos eram tratados. “Tinha um inspetor que batia na gente com pau. Eu nunca apanhei porque aprendi a me comportar. Eles até queriam que eu tomasse conta dos outros. Falei assim: não, não, isso não é pra mim, não!” Também relata a dificuldade em lidar com as perdas afetivas súbitas, já que fora enviada para outras instituições, sem aviso prévio, pelos mais diversos motivos: “uma hora era porque a gente já estava grande, outra porque (o reformatório) já estava lotado, outra, a gente nem sabe o porquê ... Aí a amiga se separava. Às vezes, tornava a encontrar, mas já era diferente ... a pessoa não era mais a mesma.”

Com a chegada da maioridade, Catarina recebe a notícia que sairia do internato. Seu tempo havia terminado e o trabalho da assistência social viabilizara o contato com uma tia materna, da comunidade onde nascera, que se prontificou a recebê-la em sua casa. Esta tia, como diz Catarina, trabalhava como empregada doméstica numa casa de família e, aos poucos, lhe transmitiu o ofício, da feita que, em pouco tempo, passou ela mesma a prestar serviços nesta mesma residência. Lá, conheceu Soraya, a patroa, que outrora dela tivera notícias, pela história que circulava na região sobre a menina que nascera na rua. A permanência em seu local de origem possibilitou à Catarina realizar algumas incursões em busca da história de seus pais. Descobriu que seu pai havia sido morto num desentendimento com outro homem e que sua mãe também falecera, após algumas internações psiquiátricas. “Ela ficou doidinha. Dizem que corria pelada com o pau na mão atrás das pessoas.”

À medida que o tempo passara, Catarina diz que Soraya não somente gostou de seu trabalho como também a auxiliou a alugar um imóvel de um só cômodo, na própria comunidade, passível de pagamento com seu salário, já que Catarina

manifestava o desejo de ter seu próprio espaço. “Essa coisa de morar junto com os outros, isso não é pra mim não.” É assim também que diz ter decidido nunca estabelecer uma parceria amorosa: “As mulheres ficam perturbadas, perdem a noção por causa de homem. Vivo sozinha no meu cantinho. Sou muito feliz assim.” Esta foi uma das últimas falas de Catarina que, a partir daquele momento, ficou muito tempo sem agendar consultas no setor. Comumente a víamos à espera de atendimento em outras especialidades e nos cumprimentávamos cordialmente. Certo dia, ela bateu à porta de nossa sala e disse: “Vim aqui para dizer que já contei o que queria, não preciso mais daqui.” Acolhemos a sua fala e mostramo-nos à disposição para que ela retornasse quando precisasse.

Passado aproximadamente um ano após o último contato com Catarina, somos convocados junto à equipe médica para resolvermos um impasse. Lá temos notícia que Catarina estava causando certo transtorno, de modo a inquirir insistentemente sobre o porquê da não-realização de sua cirurgia, dado que já estava na unidade há quase cinco anos (sic). Não satisfeita com a resposta de um médico que lhe dissera para aguardar um pouco mais, já que teria de finalizar o seu tratamento dentário, começou a dizer aos outros pacientes que encontrava no ambulatório que estava sendo ludibriada pelos médicos, que só operavam quem queriam.

A equipe, então, nos chama para que tentemos explicar à paciente esta demora, já que não alcançara êxito em sua tentativa, ocasionando aos médicos a suspeita de que talvez Catarina tivesse algum retardo mental (sic). Ademais, souberam pela própria paciente que ela fora menina de rua e, a partir disso, teceram a hipótese que a paciente não fora pedagogicamente instrumentalizada para entender o que eles tentavam lhe dizer. Este seria, portanto, o nosso suposto ofício neste caso. Foi assim que, apostando na possibilidade da emergência de alguma implicação subjetiva de alguém da equipe médica que pudesse reformular o pedido inicial de cunho educativo, acolhemos o pedido sem assentir com ele. Na prática, dissemos que iríamos escutar Catarina para que ela pudesse nos dizer de sua queixa e que traríamos notícias em reunião.

Uma vez convidada a vir ao setor do qual se despedira anteriormente, Catarina concordou. Dissemos-lhe da preocupação da equipe médica com seu tratamento e lhe perguntamos de que modo ela acreditava que nós poderíamos auxiliá-la naquele momento. Ela pôs a pontuar o que acreditava ser a ausência de investimento dos médicos em seu caso, de modo que deles ouvira um tanto de nomes complexos sobre

o que faziam, sem notícias, entretanto, sobre quando seria sua cirurgia. Questionou o tratamento dentário, cuja demora não se justificava, já que ouvira que só faltava o implante de um dente há tempos. Retomamos o caso em reunião e sustentamos a pergunta de Catarina sobre o longo período de espera por uma prótese. Para nossa surpresa, um jovem médico cirurgião plástico interveio: “Esta demora não é pelo dente, é para que nós tenhamos mais tempo. Ninguém quer operá-la. Eu mesmo tenho medo dela.” Surge, assim, o que recebemos como um pedido de intervenção calcado na angústia de um sujeito médico que diz não saber o que fazer neste caso.

A partir deste momento, uma grande mudança pode ser efetuada. Os médicos passaram a dizer de suas fantasias sobre a paciente; o fato de acharem que ela não teria condições de sustentar um pós-operatório cuidando-se sozinha, de seu jeito sincero e destemido, o que os levavam a imaginar que, caso não alcançassem as expectativas de Catarina, ela poderia fazer um escândalo na unidade. Articulamos, assim, uma consulta com a presença de Catarina, para que ela pudesse tomar parte do que seria necessário a um eventual pós-operatório e também para que pudesse dizer de suas expectativas. Curioso que, após saber que haveria a consulta com a equipe médica sobre o tema da cirurgia, Catarina resolve levar sua tia, a fim de que esta pudesse se inteirar também do assunto e auxiliá-la caso fosse necessário.

Assim, a cirurgia de Catarina transcorreu muito bem. Sua tia a acompanhou em todos os momentos e os resultados deixaram a paciente bastante contente. O implante dentário se deu pouco tempo depois. Foi deste modo que, após alguns meses, ela recebeu alta da unidade. Disse-nos, antes de partir, que agora ela passa por onde nasceu de um outro jeito. Anda sorrindo pela rua.

Lacan (1974/2005, p.58) nos diz que “as pessoas não percebem muito bem o que querem fazer quando educam”. Prossegue afirmando que o ato de educar pode vir a ser um dos meios do qual o sujeito se vale para aplacar sua própria angústia frente a algo que os analistas conhecem bem e que é da ordem do inominável, de um impossível (LACAN, 1974/2005, p.58). E, “contra a angústia, há um monte de remédios, em particular certo número de 'concepções do homem', do que seja o homem” (LACAN, 1974/2005, p.58). Tempos antes, Lacan já nos advertira que este tipo de discurso trabalha com a submissão do sujeito a uma ordem que é perpetuamente retomada e colocada no interior de uma lógica, da feita que “o discurso reto, o discurso conforme, já é portanto introduzido pelo próprio fato de a questão ética ser colocada (LACAN, 1959/2008, p.33). Questão esta que, vale dizer, poderá ser

pensada a partir da reflexão que o próprio autor sugere: “E quando falamos do ser adulto (...) onde está o modelo do ser adulto?” (LACAN, 1959/2008, p.37). Onde estará, portanto, o modelo de paciente? Quem o construiu? Quem trabalhará para que ele se efetive? Tratam-se de questões éticas.

Vimos, contudo, a importância de se realizar um trabalho sobre o endereçamento feito pela equipe, sobretudo quando o que fora pedido se vinculava diretamente a uma prática educativa. Freud (1915[1914]/1980, p.214), ao trazer-nos novas recomendações sobre a psicanálise, nos diz que “o tratamento deve ser levado a cabo na abstinência” e eleva à categoria de “princípio fundamental” a permissão para que “a necessidade e anseio (...) persistam, a fim de poderem servir de forças que (...) incitem a trabalhar e efetuar mudanças”. Para tanto, sem aceitarmos nem repelirmos o pedido, propomos a escuta à paciente, a fim de que tecêssemos uma direção clínica para o caso junto à equipe. A instauração deste tempo, uma lacuna entre o que se demanda e o que se deseja, é parte do ensino de Lacan quando este se pronunciou justamente sobre o lugar da psicanálise na medicina. Nele, Lacan (1966/2001, p. 3) nos pergunta “onde está o limite em que o médico deve atuar e a quem deve ele responder?”. E, mais adiante, continua: “é no registro do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica” (LACAN, 1966/2001, p. 3).

Por conseguinte, esta lacuna viabilizou a emergência da questão que efetivamente causara o impasse, a partir da presença do sujeito médico que pode dizer de sua divisão, sua fissura, manifestada no receio da realização de uma cirurgia de uma paciente que trazia uma história que lhe causara temor. Tal revelação não só viabilizou aos demais colegas a fala sobre seus anseios como também abriu para a possibilidade de se pensar a construção de um projeto terapêutico com a participação da paciente, transformando a impotência paralisadora da equipe em ação possível dentro do espectro da realização do procedimento operatório.

Acreditamos que o fato de acolhermos Catarina antes da cirurgia, bem como os demais pacientes, contribuiu de modo favorável à nossa inserção na equipe multidisciplinar, de modo a podermos realizar um trabalho duradouro, norteados por uma outra ética, distinto das notícias que obtemos em conversas informais com colegas pertencentes a outras instituições brasileiras que tratam de fenda labiopalatal, onde os chamados feitos à equipe de psicologia se limitam aos momentos pontuais de pré-operatórios, por vezes regidos pelo imperativo de uma lógica que preza a

eficácia e a produtividade, tornando inviável este tipo de intervenção. Contudo, o fato de conseguirmos realizar o trabalho que acreditamos não o torna acabado, concluído. Pelo contrário. Ao colhermos os efeitos de nossas intervenções, algo sempre se lança como alvo de reflexão, abrindo para nós uma fissura, uma lacuna para questionamentos, os mais inesperados. É assim que hoje ainda nos perguntamos o que fez com que Catarina permanecesse em silêncio por cerca de três anos, sem procurar-nos e sem queixas relativas à ausência de planejamento cirúrgico para sua anomalia, para depois, mediante sua incursão nos atendimentos na psicologia, posicionar-se de modo a dizer que, dos anos que passara à espera da operação, não toleraria nem um a mais. Talvez a possibilidade de restituir algum sentido à trama de sua história tenha contribuído neste processo. “Porque o interessante não é verificar o que já sabemos, senão o que cada caso nos ensina como algo novo” (MILLER, 2008, p. 37).

2 O SUJEITO NO HOSPITAL: ENTRE VERDADE E DISCURSO

Macbeth – Como tem passado sua paciente, doutor? Ainda enferma?

Médico – Nem tato enferma, Majestade, mas sim perturbada por fantasias que se sobrepõem umas às outras e que a impedem de repousar.

Macbeth – Cure-a disso, doutor. Não pode o senhor ministrar-lhe remédio para sua mente adoentada, arrancar-lhe da memória dor enraizada, apagar de seu cérebro as preocupações ali gravadas? Com algum doce antídoto que cause esquecimento, não pode o senhor esvaziar-lhe o peito oprimido das perigosas matérias que lhe pesam sobre o coração?

Médico – Nesses casos, o paciente deve encontrar o seu próprio remédio.

Shakespeare, 1605-6/2000, p.120

Em “Mito e Significado”, Lévi-Strauss (1978) conta-nos, ao remontar a sua primeira infância, que, no processo de alfabetização, procurava nas palavras encontradas na porta dos estabelecimentos comerciais a menor unidade morfológica que as originava, cindindo-as, de modo a compará-las com outras de igual radical e, assim, deduzir o tipo de comércio realizado em cada uma delas. Posteriormente, ao evocar esta lembrança, depreendeu a seguinte sentença: “É provável que não haja mais que isto na abordagem estruturalista; é a busca de invariantes ou de elementos invariantes entre diferenças superficiais” (LÉVI-STRAUSS, 1978, p. 12).

Calcado neste pensamento, o autor passa, então, a descrever a estrutura mitológica de algumas narrativas encontradas em suas pesquisas sobre a transmissão oral de histórias inscritas em algumas culturas. Destacaremos dentre estas, o capítulo por ele destinado aos portadores de fenda labiopalatal, cuja estrutura mitológica, como veremos, mantém uma profunda semelhança com a narrativa contemporânea do advento da anomalia entre sujeitos que comparecem no hospital em busca de tratamento, o que causa algum desconforto à equipe médica que, balizada em outros referenciais (não necessariamente científicos), muitas vezes

sobrepõe sua própria concepção à verdade do sujeito, obliterando sua própria história.

Lacan (1952/2008, p.12-13) nos diz que o uso da fala, naquilo que comporta as relações humanas entre sujeitos da linguagem, sempre aponta para algo cíclico, inesgotável, de modo a trazer em seu bojo uma verdade não passível de ser dita, “porque o que a constitui é a fala e seria preciso, de certo modo, dizer a própria fala, o que é, propriamente falando, o que não pode ser dito”. Desta maneira, a expressão da verdade pela via da fala estará fadada a carregar, de certo modo, a marca alegórica da virtualidade de um sentido produzido, precário e profícuo, aceso e fugaz. É neste sentido, portanto, que as narrativas subjetivas podem ser concebidas dentro de uma estrutura mitológica, na acepção dada por Lacan (1952/2008, p.13) ao nos esclarecer que

O mito é o que dá uma formulação discursiva a algo que não pode ser transmitido na definição da verdade, porque a definição da verdade só pode se apoiar sobre si mesma, e é na medida que a fala progride que ela a constitui. A fala não pode apreender a si própria, nem apreender o movimento de acesso à verdade como uma verdade objetiva. Pode apenas exprimi-la – e isso de forma mítica.

Por conseguinte, o sujeito que comparece à unidade de tratamento de anomalias craniofaciais, na qualidade de paciente da instituição, é permeado pela mitologia de sua origem, comumente articulada à história do advento da fenda labiopalatal como marco de seu nascimento. Lévi-Strauss, no intuito de levantar os pontos em comum destas narrativas sobre os fissurados, tece uma alegoria, da qual nos valeremos para cotejar o modo pelo qual estas falas são apresentadas em nosso consultório. Haveria, portanto, naquilo que fora registrado por pesquisadores da cultura pré-colombiana e descoberto por Lévi-Strauss, uma associação popular existente entre a aparição do lábio leporino e a presença de gêmeos naquela sociedade. Conta-nos, que, das notícias provenientes do processo de colonização europeia, um missionário espanhol descreve, em 1621, que em dias de frio muito intenso em solo peruano, era bastante comum o sacerdote local, imerso na cultura do país, convocar os moradores para saber se alguma criança gêmea ou com a boca rachada havia nascido. Tal ato tinha por intuito culpabilizar seus genitores pela adversidade climática, já que teriam comido sal ou pimenta durante o período gestacional, ocasionando a imputação de uma sanção divina sobre a região, sob a forma de uma maldição. Assim, deveriam os pais confessar publicamente o ato de

infração, de modo a manifestar pesar, solicitando a penitência, à vista de todos, pelo imprudente sinistro (LÉVI-STRAUSS, 1978, p.12).

Posteriormente, prosseguindo em sua pesquisa, o autor investe nos registros feitos por mitólogos sobre tal tema e encontra entre os povos nativos das Américas do Norte e do Sul, a origem de tal crença. Descobre, então, uma estrutura mitológica de grande semelhança entre os nativos Tupinambá, no Brasil, os índios colombianos e os nativos canadenses e estadunidenses no que diz respeito à transmissão oral de um mito de duas mulheres, irmãs, que buscavam um marido e foram orientadas pela avó, um animal com poderes mágicos de adivinhação, a respeito dos traços fisionômicos de seus pares ideais. Assim, elas teriam partido estrada afora à procura de seus parceiros, mas, em virtude de um infortúnio, teriam encontrado dois outros homens, farsantes, que se passaram por aqueles a elas destinados, engravidando-as.

Uma vez descoberto o imbróglio, a irmã mais velha teria decidido comunicá-lo à sua avó sábia, orientando-se à sua casa. Vidente, contudo, a avó teria mandado uma lebre para saudá-la e ofertá-la as boas-vindas. O animal, por sua vez, escondeu-se debaixo de um tronco de árvore caído, no meio do caminho, o que teria obrigado a jovem a elevar sua perna, a fim de ultrapassá-lo. Ao realizar tal movimento, no entanto, a neta revelaria suas partes pudendas ao coelho que, não perdendo a oportunidade de fazer um gracejo, lançou-lhe um chiste hilário. Surpresa com o animal e ultrajada com a pilhéria, a moça lhe deu uma paulada, fendendo-lhe a face na altura da boca e originando, assim, a expressão “lábio leporino” destinada àqueles cujo lábio assemelha-se à lebre. Ainda segundo Lévi-Strauss (1978, p. 30), a posição da lebre sob as pernas da moça faria alusão ao nascimento, consoante o próprio ato de trazer à luz um rebento.

Ademais, segundo o autor, o golpe dado pela irmã começaria a dividir o corpo do animal que, se levado até o fim, acarretaria a criação de dois seres idênticos, gêmeos. Esta narrativa parece fazer parte da crença dos ameríndios sobre os fissurados, mas também pode ser encontrada em outros povos, cujo cuidado com a parturiente de gestação gemelar norteia-se justamente à promoção de uma série de manobras para que a mãe não misture os fluidos do corpo e unifique os dois seres num só. Da feita que, a pessoa nascida com o lábio leporino é recebida como um ser cuja gemelaridade tornou-se incipiente, ou seja, um infortúnio causado pela má condução gestacional (LÉVI-STRAUSS, 1978, p.31).

Destas narrativas, marcaremos as estruturas invariantes straussianas relacionadas à esta transmissão oral. Teremos, então, um sentido dado para um mau encontro, que inscreve o corpo na linguagem pela via do mito, fazendo borda ao inominável da anomalia na face. De modo semelhante, porém pautado na fala sustentada por quem exerce a função de cuidador da criança, veremos hoje, em nossos atendimentos, a forte presença da transmissão daquilo que mais parece uma cosmogonia contemporânea sobre o advento da fenda labiopalatal, oferecendo ao sujeito fissurado um enredo inicial do qual ele advém e sobre o qual ele tece, ao seu jeito, o modo de lidar com isso que lhe foi transmitido, sua história. Como Lacan (1953/1998, p.260) nos diz, ao usar a metáfora da passagem do anel de mão em mão, “para dar ao ato do sujeito que recebe sua mensagem o sentido que faz desse ato um ato de sua história, e que lhe dá sua verdade”. Assim, atenhamo-nos àquilo que é comumente escutado em nossos consultórios pelos sujeitos que nele adentram:

José tem 23 anos, oriundo do Ceará, um dos muitos filhos de seus pais. Único fissurado. Diz estar no Rio de Janeiro porque um outro irmão, morador há mais tempo na cidade, contou-lhe sobre as facilidades em se conseguir um emprego no local, o que o fez sair de casa sem pestanejar, já que sua família numerosa apresentara grande dificuldade de sobrevivência. Já na cidade, encontrou um emprego como frentista de um posto de gasolina. Um dia, ao abastecer o carro de uma cliente, recebeu dela a indicação de uma unidade de tratamento de anomalia craniofacial, onde poderia fazer a cirurgia para fechar a fenda labial. Seu patrão o apoiou e lhe disse que, na cidade grande, não era bonito se apresentar assim às pessoas (sic). O curioso é que José não se remete à anomalia como fissura ou fenda. Ele diz querer a cirurgia para “tirar a chave da boca.” Quando perguntado acerca do sentido de tais significantes, José nos conta que, enquanto sua mãe o gestava, ela cotidianamente guardava a chave de casa no sutiã, após sair para o trabalho na lavoura, já que suas vestes não possuíam bolso. Por este motivo, ele nascera com a anomalia que se assemelha à chave (invertida) na boca. Foi assim que sua mãe contou quando ele a perguntou do porquê de ser o único, dentre os irmãos, a nascer com a rachadura no lábio.

Esta mesma história apresenta, em outros casos, a variante da chave carregada no bolso da genitora, contrária, portanto, ao argumento da mãe de José, mas, de igual modo, sob a justificativa de que o transporte da chave junto ao corpo se deu por não haver outro jeito de guardá-la. Ou seja, para todos aqueles que trazem a

história da chave, algo do inexorável está presente, como um vaticínio anunciado desde o evento pré-natal, uma vez que tal crença parece atravessar gerações e frequentemente é relatada como uma desobediência à sabedoria popular.

É deste modo que, ao serem questionados o que ajuízam sobre tal fato, frequentemente nos deparamos com as seguintes afirmativas: “faz sentido”, “foi isso mesmo, fazer o quê, agora é tratar”, “deus quis (que assim o fosse), deve ter alguma razão.” Este desconhecimento acerca da causa da anomalia mantém consonância com a fala de Lacan (1953/1998, p.260) ao dizer, em primeira pessoa, que, “o inconsciente é um capítulo de minha história que é marcado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado”. Da mesma feita, prossegue em desdobramento, de modo a esclarecer que esta “verdade pode ser resgatada; na maioria das vezes, já está escrita em outro lugar” (LACAN, 1953/1998, p. 260). Para tanto, exemplifica-nos com as seguintes metáforas acerca dos lugares onde estas inscrições se dariam:

- nos monumentos: e esse é meu corpo (...).
- nos documentos de arquivo, igualmente: e esses são as lembranças de minha infância (...).
- na evolução semântica: e isso corresponde ao estoque e às acepções do vocabulário que me é particular (...).
- nas tradições também, ou seja, nas lendas que sob forma heroicizada veiculam minha história (...).
- nos vestígios, enfim, que conservam inevitavelmente as distorções exigidas pela reinserção do capítulo adulterado nos capítulos que o enquadram, e cujo sentido minha exegese restabelecerá (LACAN, 1953/1998, p. 261).

Todavia, algo de espantoso frequentemente acontece quando estes pacientes adentram o consultório médico. Eles nos revelam, estupefatos, que foram advertidos para que fato de que, tal narrativa, pautada na sabedoria popular, é enganosa, crendice. A “verdade” é que a anomalia fora causada por uma falha no gen. Assim, retornam à consulta com o psicólogo dos mais diversos modos. Alguns bastante confusos, dizendo não saber mais qual a verdade; outros, perplexos com a novidade. José, porém, nos diz: “Eles podem dizer o quiserem; pra mim foi a chave, é assim que eu sinto.” Vale lembrar — ainda que não seja o tema sobre o qual nos aprofundaremos — que não há comprovação, pela ciência, de deficiência genética nestes casos até a presente data. Ou seja, trata-se de uma suposição médica acerca da origem da deformidade. O que se sabe comprovadamente é que há vários elementos que participam, mas não determinam a presença da fenda labiopalatal. Falta de ácido

fólico nos primeiros meses gestacionais, má nutrição, desnutrição, fumo, álcool, uso de drogas ilícitas, sífilis, uso de medicamentos com efeitos teratogênicos, dentre outros fatores, predispõe à dismorfia fetal. A causa é, portanto, desconhecida para a ciência.

Em 1964, ao falar brevemente sobre a causa, Lacan nos diz:

Cada vez que falamos de causa, há sempre algo de anticonceitual, de indefinido. (...). Ou ainda, os miasmas são a causa da febre – isto, também, não quer dizer nada, há um buraco, e algo que vem oscilar no intervalo. Em suma, só existe causa para o que manca (LACAN, 1953/1998, p.29).

Neste sentido, a explicação médica acerca da origem desconhecida da fenda labiopalatal não traz, a rigor, nenhuma novidade sobre o desconhecido de sua causa. Afinal, afirmar que a genética é a causa não desvencilha o sujeito do questionamento de tal acontecimento. Ele poderá se perguntar, a qualquer momento, o porquê daquele mau encontro entre os gens ter ocorrido justamente com ele e não com seus irmãos. Então, por que caberia ao médico construir esta espécie de cosmogonia erudita, da qual é mestre, sobretudo quando se trata de um centro de tratamento cirúrgico, cujo foco dirige-se à intervenção plástica na face e no crânio, isto é, de um trabalho sobre algo já dado e não à busca de sua causa? O profissional da medicina não poderia dizer que não se sabe o motivo, mas que sua função é reparar tal aspecto cirurgicamente?

Clavreul (1980, p.157), nos diz que, o doente recorre ao médico como a criança que em seu desamparo recorre ao genitor, na tentativa de que “um outro, o médico, detenha a verdade sobre seu sofrimento e o apazígue”. Entretanto, há um critério para que isto aconteça; é necessário que o doente diga de si dentro de uma linguagem que sirva à nosologia médica, como pontua o autor: “O que ele diz é sempre da ordem desse '33' que ele deve repetir em voz alta para que o médico (...) avalie a 'pectoriloquia” (CLAVREUL, 1980, p.157). Nem tão hábil ao ponto de manifestar e afrontar o saber médico nem tão leigo que não possa seguir a etiqueta implícita de um bom doente, eis o paciente ideal.

A educação médica do público faz com que ele não o importune com detalhes inúteis, de modo que o médico nem mesmo terá, ou quase, o que suprimir do que lhe dirá seu paciente. O que ele tem a temer é que este, com a preocupação de fazer o bem (...), venha com uma organização bonita demais de seus sintomas, às vezes um diagnóstico pronto, e mesmo um projeto terapêutico, esperando que o médico o precise, o aperfeiçoe e o execute. O

que é muito irritante para o médico, que não deseja uma submissão tão agressiva e desejaria menos presunção. Pois o doente 'entregue todo a seu mal' é incapaz de julgar, diria Hipócrates (CLAVREUL, 1980, p.158).

De outro modo, o doente deve abster-se dos significantes que indiquem que sua subjetividade está presente, seja num discurso tão distante do saber médico que soe “iletrado ou rude” aos ouvidos do clínico seja na proximidade excessiva que faça do vocabulário médico mero instrumental de uma propedêutica íntima, calcada em critérios dificilmente objetiváveis.

Desta forma, ao estabelecer a origem da fissura labiopalatal no campo da genética, inscreve-se o sujeito na cultura médica, apagando-lhe os traços de seu meio, tornando-o asséptico e universal, condicionado a um sentido único, aquele dado pela “ciência”.

Por intermédio da utilização de um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o discurso médico opera *reduzindo o sentido* dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. Operação que visa, portanto, o estabelecimento da *identidade* em detrimento da *alteridade*: o *mesmo* em detrimento do *outro* (COUTINHO JORGE in CLAVREUL, 1980, p.18).

Distraído da possibilidade de questionar sobre sua origem porque passível de ser sobrecodificado por um saber que o exclui, é o próprio sujeito que advém como um mito, quimera incauta da crença popular. Não basta, portanto, manter a verdade do sujeito apartada do discurso médico; é necessário destituí-la de importância, a fim de que o doente renasça, pela ciência, como objeto que a efetive. Condição que, vale dizer, recai sobre os dois lados, isto é, naquilo que diz respeito ao paciente, mas também ao médico, o que leva Clavreul (1978/1980, p.211) a lembrar Lacan e dizer que não existe relação médico-doente, já que, no que tange ao lugar do médico, ele deve ser igualmente excluído de qualquer traço subjetivo capaz de “prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico”. Cita o exemplo onde, a cada vez que o médico é contestado individualmente sobre uma posição tomada, deve ele dirigir-se ao corpo clínico para atestar ou refutar sua decisão. E nos propõe que, o que se pode dizer enquanto relação possível neste contexto é aquela existente entre a doença e a instituição médica (CLAVREUL, 1978/1980, p.212).

2.1 Quando a universidade discursa no hospital

Podemos circunscrever este campo relacional pela via da análise dos discursos proposta por Lacan entre 1969-1970, no momento em que o autor se inclina a pensar os laços sociais, a partir do que indicara a escrita freudiana sobre a presença de um impossível localizado no registro das relações que circunscrevem os ofícios de educar, governar e curar (FREUD, 1925/1980, p.341), e que posteriormente será retomado com a retificação da palavra “curar” para o significante “analisar” (FREUD, 1937/1980, p. 282). O fato de Freud formalizar uma escrita sobre este tema tomado o que nele faz entrave, ou seja, seu impossível, mostra-nos sua relevância, sobretudo quando o inserimos nas dificuldades vividas dentro de uma instituição hospitalar universitária, a partir de leitura feita por Lacan dos discursos. Não será sem motivo, portanto, que Freud fará menção inicial à discussão sobre estes ofícios impossíveis justamente no prefácio à obra de Aichhorn, educador, lugar em que o saber marca sua primazia na formação do laço. Também não sem fundamento, discutirá os efeitos deste enlace junto à sua própria prática, pela via transferencial, da qual depreendemos, assim, a orientação ética de seu propósito. Lacan, por conseguinte, o retomará a partir da construção de esquemas lógicos, donde se poderá vislumbrar os quatro elementos fundamentais que estruturam os quatro discursos, onde o sujeito emerge como um de seus elementos, bem como os quatro lugares por onde passam estes elementos, fazendo o laço social.

Por conseguinte, de modo esquemático, apresentaremos estes elementos estruturantes como se segue: S1 ou significante-mestre, marca originária para o advento do sujeito; S2 ou saber, representação da cadeia significante; a ou mais-de-gozar, objeto causa do desejo e o sujeito barrado — desde sempre e para sempre — do significante primordial que o constitui, na medida em que, marcado por ele, só poderá advir na presença de outro significante. Dito de outro modo, o sujeito surge entre dois significantes, na hiância existente entre eles, na fissura. Ademais, cada elemento ocupará um lugar, podendo ser de agente, do outro, da produção ou da verdade. Então, graficamente teremos os elementos girando em sentido horário sobre os lugares. Isto ocasiona a produção de quatro discursos que basculam, ou seja, que não estão fechados em si mesmos, mas que possuem alguma estabilidade, de modo a transitar entre eles.

Os lugares

agente → outro
 verdade // produção

Entre o lugar do agente e do outro, vemos a marca de ausência de correspondência unívoca de um ao outro, como podemos dizer quando afirmamos haver algo de ineducável, ingovernável, inalisável em cada sujeito assim como podemos constatar que, no que toca a inserção do sujeito no mundo, há sempre algo deste enlace que é não-todo, não apreensível, impossível. Já entre a produção e a verdade, teremos a incidência deste impossível vivenciado como uma insuficiência, marcando que o que se produz é sempre inepto à verdade, incapaz de alçá-la porque insuficiente, precário em relação a ela. Como diz Lacan (1969-1970/1992, p.185),

Toda impossibilidade, seja ela qual for, dos termos que aqui colocamos em jogo, articula-se sempre com isto – se ela nos deixa em suspense quanto à sua verdade, é porque algo a protege, algo que chamaremos impotência.

Da articulação dos elementos fundamentais com estes lugares, teremos: o discurso do mestre, o discurso universitário, o discurso da histórica e o discurso do analista.

Discurso do Mestre:

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

Discurso Universitário:

$$\frac{S_2}{S_1} \longrightarrow \frac{a}{\$}$$

Discurso da Histórica:

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Discurso do Analista:

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Retomando nossa reflexão sobre o que Clavreul (1980, p.33) estabelecerá como a relação instituição médica-doença, da qual nos valeremos para pensarmos a dinâmica intra-hospitalar, diremos que, originalmente, o discurso sustentado pelo médico assemelha-se ao discurso do mestre, ou seja, enquanto agente do discurso de um saber absoluto sobre a doença, a instituição médica sobrepõe-se ao sujeito e a verdade que ele formula, $S_1/\$$, suprimindo sua divisão. Consequentemente, a causa do desejo reaparece no lugar da produção, mas como fruto do saber sistematizado pela medicina, como demonstra o gráfico ao subsumi-la sob a barra, abaixo de S_2 (S_2/a)¹⁶, furtando do sujeito a sua verdade, que figura descartada. Trazendo esta articulação para a nossa prática hospitalar cotidiana, perceberemos que, ao destituir de valor a verdade trazida pelo sujeito no que diz respeito a sua história (no caso, de sua origem estar relacionada ao porte da chave pela genitora), o médico ocupa, enquanto representante da instituição da qual faz parte, o lugar do mestre que profere a verdade supostamente produzida pela ciência, como no caso da explicação genética para o paciente com lábio leporino. Isto não só opera de modo a calar o sujeito como também de distanciá-lo de qualquer questionamento acerca de sua origem, já que ela é tratada como elemento passível de acesso por uma resposta, produto da ciência. Assim, o sujeito aparece recalcado, “em uma exclusão interna a seu objeto” (LACAN, 1966/1998, p.875).

Curioso, todavia, se pensarmos com Clavreul (1980) que as descobertas no campo da ciência só se dão a partir da presença do sujeito, isto é, a partir de alguém que, organizando os indícios trazidos pelo paciente (signos) e os sistematizando num quadro clínico (significantes), realiza um ato absolutamente original ao fazer uma descoberta científica, conferindo uma interpretação ao alinhamento significativo. A importância do sujeito médico ao produzir um saber pode ser vista no reconhecimento dado por sua própria comunidade quando, por exemplo, outorga-lhe o sobrenome à descoberta (Síndrome de Patau, Sequência de Robin, Síndrome de Crouzon, entre outras). Contudo, como o que faz operar tal discurso não comporta o sujeito, a criação é posta de lado com seu autor e o mérito se retira da genialidade do ato para incidir na universalização da descoberta, já que tal feito deve ser passível de reprodução por qualquer outro profissional habilitado. Nas palavras do autor:

16 O objeto *a* aparece, na definição de Roudinesco (1998, p.521), do seguinte modo: “Termo introduzido por Jacques Lacan, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ela a ponto de ser não representável, ou de se tornar 'resto' não simbolizável”.

Contentamo-nos em explicar pelo anedótico: a lei da gravitação pela maçã de Newton, e não pela leitura de Kepler, onde estava escrita; a máquina a vapor pela marmitta de Papin e não pelas necessidades da sociedade industrial etc. O discurso do mestre retira sua força do fato de se sustentar independentemente da subjetividade daquele que o enuncia, como daquele que o escuta (CLAVREUL, 1978/1980, p.170).

De um lado, então, teremos a posição da instituição médica que toma o outro como depositário de um saber sistematizado e universal. De outro, um saber totalizante que é incapaz de tocar a relação do sujeito com sua verdade, já que esta não está entre os objetos passíveis de produção pelo conhecimento. Não por acaso, portanto, os casos chamados “difíceis” que comparecem na fala da equipe multidisciplinar têm frequentemente por contexto a insistência da aparição do sujeito na cena médica, furando o discurso, quer questionando seu saber no procedimento adotado quer resistindo com sua produção sintomática, a despeito dos conhecimentos empregados em sua cura.

2.2 E se o tratamento for estatístico: quem resiste?

Lembremos, por conseguinte, o momento em que Freud empreendera o método hipnótico, a fim de promover a cura de suas pacientes cuja sintomatologia desafiava o saber médico. Posteriormente, retomemos o momento em que o próprio Freud abandona tal método, tendo em vista a procura pela verdade do que estaria em causa na produção sintomática. Verdade esta que será tratada como correlata do impossível e que, mais tarde, será retomada por Lacan (1973/2003, p.508) ao constatar:

Sempre digo a verdade: não toda, porque dizê-la toda não se consegue. Dizê-la toda é impossível, materialmente: faltam palavras. É por esse impossível, inclusive, que a verdade tem a ver com o real.

Em “A psicanálise verdadeira, e a falsa”, Lacan (1958/2003, p.173) nos ensina que “a psicanálise verdadeira tem seu fundamento na relação do homem com a fala”. Assim prossegue, ao nos dizer que muitos foram aqueles que negligenciaram este fundamento, não lhe dando a devida importância, o que acarretou a busca equivocada de métodos estrangeiros à psicanálise como justificativas para suas práticas, o que,

no discurso do autor, só ocorreu “ao preço de substantificações míticas e álibis falaciosos” (LACAN, 1958/2003, p.173). No primeiro capítulo, podemos situar dentro deste campo os equívocos causados por uma certa concepção do que faz a psicanálise numa instituição hospitalar universitária, suposta extensão do ensino médico, dada a predominância do viés pedagógico historicamente existente neste local, mas também do quanto esta mesma visada é eventualmente sustentada por uma dificuldade do analista em posicionar-se frente às bases que sustentam sua prática. É por esta trilha que, por vezes, caminham os profissionais que tomam de empréstimo conceitos oriundos de outras áreas, como, por exemplo, aquela que fala da expressão genética para circunscrever o campo da subjetividade, ou ainda, as posições culturalistas que abordam o sujeito como um efeito de massa. Na prática, uma ou outra concepção, frequentemente as duas, aparecem amalgamadas a um saber psicológico que, por vezes, as ratifica dentro do conhecido campo biopsicossocial, ponto de encontro de um saber que recai sobre o paciente e que ele mesmo o ignora; terra de ninguém para o sujeito.

Por aí, estamos convidados a não tentar construir uma dessas torres de Babel onde, sob o pretexto de fazer uma medicina do Homem total, não se pode registrar senão o fracasso resultante da confusão de línguas (CLAVREUL, 1978/1980, p.34).

É por esta via que Lacan (1966-1973/2003, p.176) afirma ter se dado um tipo de leitura da obra freudiana, de modo a tomá-la meramente como “pretexto para a introdução de uma certa ortopedia psíquica que se aferra (...) a um reforço do eu”, de maneira a buscar, na teoria, um álibi que justifique a pressuposição de uma “harmonia preestabelecida da maturação dos instintos na moral” (LACAN, 1966-1973/2003, p.176). Nestes moldes, a psicanálise figuraria como um incremento ao tratamento, um “a mais” para um sujeito a menos, donde a advertência lacaniana acerca do equívoco promovido por uma determinada interpretação da obra freudiana nos parece fundamental para que não caiamos na armadilha de responder ao ideal grupal de cura com um ideal de sujeito, naquilo que, regidos por uma ética benfazeja, toma por psicanálise verdadeira aquela que interdita a relação de cada paciente com sua própria verdade.

É neste sentido que Lacan (1966-1973/2003) nos dirá que, em psicanálise, lidamos com aquele que entra na mensagem, e não, como se acredita, com um objeto

que se representa nela, recolocando assim, em termos éticos, o tratamento do sujeito e fazendo-nos refletir sobre o lugar exitoso das abordagens que prezam somente pelos efeitos terapêuticos, cuja sofisticação tecnicista não deixa escapar a antiguidade de suas premissas.

Deste modo, qualquer um pode conseguir, com algum êxito, produzir uma desaparecimento dos sintomas. Mas que vale a apreensão estatística desta constatação, sabendo que a remissão do sintoma é perfeitamente compatível com a persistência de um mal-estar?¹⁷ (MALEVAL, 2012, p.11, tradução nossa).

Sendo assim, estes tratamentos parecem se assentar nas mesmas bases sobre as quais se institui o discurso do mestre, ou seja, tomando o outro como lugar de um saber que deve ser extraído, agenciado por um mestre (S1--S2), comumente um psicólogo ou alguém com quem o enfermo possa estabelecer uma vinculação, de modo a instruí-lo, formalizando o campo de uma propedêutica de si, cuja finalidade é destituir-lhe de seu mal-estar, tamponar o que lhe falta e oferecer ferramentas para que ele possa interpretar seu incômodo como índice de ignorância, falta de informação, sintomatologias passíveis de tratamento pelo aprendizado de novas habilidades para lidar com o que insiste em incomodar, impingindo o bem-estar como meta-padrão a ser alcançada. Estas abordagens parecem ainda mais fortificadas quando elas mesmas recebem tratamento estatístico que supostamente valida as condutas empregadas pelas respostas numéricas que promovem. Como Maleval (2012, p. 11, tradução nossa) nos diz ao exemplificar:

Uma anoréxica condicionada com sucesso à retomada do ganho de peso corpóreo, mas que se suicida alguns meses mais tarde, morre estatisticamente curada. Uma criança fóbica que desenvolve um eczema invasivo, depois de uma cura diretiva ter vencido a fobia, será computada em nome do sucesso da psicoterapia.¹⁸

Neste sentido, podemos resgatar o fascínio próprio do imaginário como figura

17 O texto no original é: "Par ce moyen, chacune peut parvenir, avec plus ou moins de bonheur, à produire une disparition de symptômes. Mais que vaut l'appréhension statistique de cette constatation, sachant que l'abrasion du symptôme est parfaitement compatible avec la persistance d'un mal-être?"

18 O texto no original é: "Une anorexique conditionnée avec succès à une reprise de poids, mais que se suicide quelques mois plus tard, meurt statistiquement guérie. Un enfant phobique développant un eczéma envahissant après une cure directive que a eu raison de la phobie ser compté au nombre des succès de la psychothérapie."

eminentemente participativa neste processo, onde o impasse retira-se do paciente e reaparece do outro lado do espelho, no instrumental que avalia o êxito em subtrai-lo. É também deste modo que Lacan (1966-1973/2003, p.176) nos diz que, no que tange ao emprego do discurso do mestre como medida terapêutica para uma pseudopsicanálise a “resistência do discurso nunca foi distinguida da resistência do sujeito”.

Fato curioso, por conseguinte, quando os médicos não conseguem, por um mínimo de variação na liturgia estatística, capturar o sujeito que assim comparece. É o caso de Verônica, uma menina de 10 anos de idade que é levada pelos pais à unidade, já que possui uma anomalia severa na boca, mas que, entretanto, não a incomoda, já que não a impossibilita de falar e alimentar-se (sic). Oriunda da zona rural do Estado do Rio de Janeiro, cujos genitores sobrevivem da atividade agrícola, Verônica é, segundo os seus pais, “uma benção de deus”, filha muito desejada, boa aluna, rodeada de amigos (sic). Sua anomalia a tornou uma menina diferente dentre as demais de sua região, mas, segundo seus pais, todos gostam muito dela, sobretudo a professora. Conhecemos Verônica na brinquedoteca da unidade, interagindo com as outras crianças também portadoras de alguma anomalia craniofacial. Sorrindo, participava ativamente das atividades formuladas pelo grupo. Em consulta conosco, Verônica se apresenta bastante falante e nos conta de seu cotidiano. Perguntamos-lhe se ela saberia dizer o que fazia naquela unidade, ao que ela responde que lá estava para “consertar a boca.” Diz da diferença que porta, dos dentes que são para a frente, da boca que literalmente não fecha. Conta-nos, certa vez, que um moço parou seu pai na rua e disse-lhe para trazê-la à instituição, para que “arrumassem a boca.” Ele então a levou ao médico do CTAC que disse que ela tinha de operar (sic), fato recebido com tranquilidade, já que, segundo Verônica, seus pais querem o melhor para ela e ela mesma quer fechar a boca de vez em quando (sic). Dois anos se passaram após este início de atendimento. Verônica já se submeteu a mais complexa cirurgia programada para o seu tratamento. Mantém-se bastante interativa nas atividades com os colegas da brinquedoteca e conta-nos que os outros dizem que ela está mais bonita agora.

Pois bem, o que não imaginávamos é que Verônica seria um enigma para a estatística. Em reunião de equipe, Verônica retorna na fala do cirurgião que realizou a laboriosa intervenção. Este apresenta imagens da evolução do caso clínico, o “antes e depois” da boca de Verônica, as técnicas empregadas na cirurgia, a resposta

positiva da paciente (sic), etc. Seria um caso bem-sucedido, segundo o profissional, se não fosse a extrema dificuldade em colocá-la na estatística (sic). O cirurgião então, pontua que Verônica não consegue se encaixar na “escala de satisfação” que mediria quão benéfica foi a cirurgia para a paciente, num índice que iria de zero para a insatisfação total ao cem, total satisfação. O motivo, ele mesmo diz: “A paciente não se diz insatisfeita em momento algum, nem mesmo quando chegou aqui, daquele jeito.” Como Verônica não se encaixa na escala, o cirurgião convoca a equipe para pensar em como extrair este índice da paciente para sua pesquisa. Lembrando que em momento algum se questiona a validade do instrumento estatístico, menos ainda sobre quem estaria insatisfeito, já que sabemos que não é Verônica.

Em se tratando de uma unidade hospitalar de formação de médicos e outros especialistas, teremos de nos haver com uma conjugação particular, já que aqui teremos uma injunção discursiva que remete ao mestre, mas também ao discurso universitário. Clavreul (1980, p.170) concebe este último como um “prolongamento obrigatório do discurso do mestre” que privilegia “o discurso constituído como saber”. Nele, encontraremos S2/S1, ou seja, a primazia dada pela reprodução do saber ao invés do ineditismo que o inaugura como uma verdade. É o lugar das práticas pedagógicas por excelência, já que vinculado à sistematização e à organização significativa do saber instituído, distante da produção do novo e mais próximo da reprodução do ensino recolhido pelo saber oriundo dos mestres. Como Clavreul (1980, p.171) nos diz, no que tange à pedagogia

Ela se dedica a recolher e organizar os significantes S2, S3 e S4 ... entre si, sem privilegiar nenhum deles, e só recolhendo um significante novo se este tomar lugar na ordem de um discurso constituído. De certo modo, a universidade constitui, portanto, obstáculo ao surgimento de significantes novos se forem destruidores da ordem estabelecida.

Que o aluno seja um reproduzidor fiel da técnica, um detentor do conhecimento dado, eis, portanto, o que é levado em consideração neste lugar. Os residentes de medicina são exemplos desta manifestação. Na unidade de tratamento de anomalias craniofaciais, eles devem ser capazes de operar tal quais seus professores lhes ensinam, reproduzindo com precisão a informação organizada e sistematizada pelo mestre, sendo inclusive avaliados nesta habilidade. Este saber está diretamente ligado ao serviço dos bens, ao campo da reprodução tendo em vista a educação e a formação estudantil. Graficamente, então, teremos S2 dirigido a, um saber que está

em relação ao outro como causa, mas que o toma como um bem passível de contabilização. Como nos diz Lacan (1969-1970/1992, p. 33):

O sinal da verdade está agora em outro lugar. Ele deve ser produzido pelos que substituem o antigo escravo, isto é, pelos que são eles próprios produtos, como se diz, consumíveis tanto quanto os outros. *Sociedade de consumo*, dizem por aí. *Material humano*, como se enunciou um tempo – sob os aplausos de alguns que ali viram ternura.

Tendo o outro como lugar do “material humano”, o que é descartado neste discurso é o próprio sujeito; é ele que é perdido nesta equação. Impotente para o acesso a S1, no lugar da verdade, já não mais porque barrado, mas porque destituído radicalmente de função. Os riscos desta estruturação discursiva, como nos diz Clavreul (1980, p. 171) é o de uma “entropia do saber”, tendo em vista a posição do mestre, subjugado a S2 (S2/S1), logo, impossibilitado de sustentar um lugar de direção neste saber.

Na universidade são os professores que leem os mestres, ou supostamente o fazem. Na maioria das vezes, eles próprios só leem documentos de segunda mão. Os próprios estudantes não fazem, ou se são convidados a fazê-lo, é para recolher o que, do produto do trabalho do mestre, pode ser negligenciado pelos comentadores e relatores (CLAVREUL, 1978/1980, p. 171).

Olvidado da mestria, este saber só se sustenta pelo máximo do controle, forjando um semblante de orientação, mas que só se mantém à beira do engessamento, numa lógica levada às raias da reprodução pela reprodução, *comme il faut*, sem nenhum sentido primeiro que a circunscreva. Como disse um paciente certa vez: “ninguém vê que isto não vai resolver, que é só uma *burrocracia*?” Em contrapartida, como dissemos, a presença do sujeito se faz necessária no momento mesmo da descoberta científica, em que pese a manobra posterior para que ele se dilua na universalização da obra. O discurso universitário, portanto, coloca em risco a própria ciência, assemelhando-se a um produto, ele mesmo, dos efeitos do discurso do mestre, o recolhimento de sua repercussão instaurada como uma medida-padrão de repetição. O sujeito, *leitmotiv* da ciência, é abandonado em nome do automatismo na produção. É assim também que podemos contemplar, como vimos no impasse diante do caso Verônica, a impossibilidade de qualquer questionamento sobre o método utilizado numa medida de satisfação, onde nem mesmo o instrumental é balizado como mais ou menos adequado para determinada circunstância, numa

reprodução acéfala desenfreada. Questionamo-nos, portanto, qual o lugar possível à psicanálise num hospital universitário quando constatamos que o sujeito que sustenta o mestre na ciência é expelido na universidade?

2.3 O sujeito entre doutores e mestres: onde está a fissura?

No discurso do analista, o outro do agente é o sujeito, ao passo que, no discurso universitário, teremos neste lugar o objeto. Quem agencia o discurso da universidade é o saber, mas, como vimos, um saber para fazer série, que não rompa com o que está estabelecido tacitamente enquanto ordem. Alberti (2009) utiliza o exemplo dos títulos universitários, ou seja, um saber que faça doutores, mestres, autores, pesquisadores, que confira o título da mestría, mas não necessariamente que responda deste lugar no discurso. Nesta seriação, todos são iguais, independentes da especialidade. Um doutor da cirurgia plástica é tão respeitado quanto um doutor da fonoaudiologia, quanto um doutor da psicanálise, quanto um doutor da otorrinolaringologia, quanto um doutor ... O que está em foco é a sustentação do semblante do doutor e o certificado que comprove sua condição. É assim que se pode dizer, por exemplo, que o que causa a fissura labiopalatal é uma falha genética e não uma chave no peito, na ausência de confirmação pela via de uma descoberta científica que a assegure, bem como a propagação desta afirmativa por todo o corpo disciplinar de uma instituição. É o lugar de quem fala (doutor, pesquisador) que dá o tom verdadeiro ao que se diz; não importa efetivamente onde a verdade esteja, apenas que ela assim pareça na fala douta de quem a profere. É quiçá, por isto, que não basta que um cirurgião plástico realize o difícil ofício que lhe concerne, sua escolha profissional; ele não pode somente saber operar com exímia destreza uma anomalia craniofacial. Ele tem de tudo-saber sobre seu objeto, exceder-se, ao ponto de aventurar-se a afirmar o que, de fato, ninguém sabe.

Diferentemente, na psicanálise, quem agencia o discurso é o analista enquanto lugar da causa do desejo, dirigindo-se ao sujeito. O discurso do analista, entretanto, implica ainda o discurso histérico, que interroga o mestre, que diz de algum modo que aquilo que o saber pode produzir não condiz com sua verdade, que convoca o outro e o destitui, mas também que busca, pela via deste outro, ter acesso ao que

permanece velado em seu sintoma ($\$/a$). É deste modo, por vezes equivocadamente, que o paciente faz do médico o locatário de um saber sobre o seu sintoma, do qual ele não tem acesso ($\$ -S1$), não sabe, e para o qual é necessário creditar, transferir, o poder sobre sua cura. Freud (1912/1980, p.134) nos ensinou que, no que tange à vida do neurótico, ele se apresenta frequentemente dividido entre uma parte que “está dirigida para a realidade (e) acha-se à disposição da personalidade consciente e faz parte dela” e uma outra, que se apartou da consciência ou foi impedida de nela adentrar, “exceto na fantasia”, estando apta a ligar-se a cada nova pessoa que encontre, de modo a nela investir, transferir.

Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico. Decorre de nossa hipótese primitiva que esta catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das séries psíquicas que o paciente já formou (FREUD, 1912/1980, p.134).

Lembremos, contudo, que a fantasia não é primazia do paciente. Acontece que é próprio ao ato da mestria a supressão da divisão subjetiva. Foi nesta armadilha que Freud não caiu ao não se identificar com o lugar de mestria, assumindo o estatuto da falha no tratamento de seus pacientes. A importância desta mudança de posição pode ser constatada quando o próprio autor nos aponta que aquilo que é encoberto no sujeito retorna como resistência ao tratamento posteriormente.

A transferência erótica não possui efeito tão inibidor nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é *encoberta* ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao estabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição – pelo contrário, retém-no aí – mas por mantê-lo a certa distância da vida (FREUD, 1912/1980, p.141, *grifo nosso*).

Em “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966/2001) nos dirá exatamente da importância em se admitir esta hiância como índice do sujeito, dado que, em sua supressão, é a própria profissão médica que se vê ameaçada em sua permanência. Pontua a incidência deste lapso, desta fissura na relação entre a demanda e o desejo no discurso do próprio paciente, já que o que se pede não necessariamente é o que se deseja. Como exemplo, fala-nos da concepção médica de que todo paciente busca a cura de seu sintoma quando

Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos, ele vem pedir, de modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem de maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença (LACAN, 1966/2001, p.10).

Esta concepção doutrinária de um sujeito sem divisão para um médico igualmente não-dividido levará Lacan (1967, p.29, tradução nossa), um ano depois da conferência supracitada, a proferir um “Breve discurso aos psiquiatras”¹⁹, donde reafirmará este velamento do sujeito operado no discurso do mestre, outrora textualmente dito por Freud, agora retomado em outros termos e com a menção ao objeto em causa nesta relação:

Este sujeito – puro – seguramente não existe em parte alguma, senão como sujeito do saber científico. É um sujeito do qual uma parte está velada, justamente aquela que se expressa na estrutura do fantasma, a saber, a que comporta outra metade do sujeito e sua relação como o objeto *a*.²⁰

Eis o problema, portanto, quando o médico, acreditando saber o que o paciente quer e, conseqüentemente, outorgando-se poderes de conceder-lhe ou não o que procura, encontra seu outro assentado sob o discurso histérico, cuja regência é de um sujeito dividido e que, diversas vezes, o procura em nome de uma cura que não se restringe a um reparo no corpo, um ajustamento às formas concebidas como modelo de normalidade de uma face, por exemplo. É assim que nos deparamos com os pedidos da equipe de saúde, quando o paciente fura todo o saber médico e não cessa em pedir tratamento para “não sei o quê, já que ele está ótimo” - como diz um médico ao nos solicitar uma intervenção. Podemos conjecturar se, em certos casos, este mesmo saber não seria o sintoma do médico, preço pago por recalcar o sujeito que é. Freud (1914/1980, p. 117), em contrapartida, é categórico ao nos remeter à importância em se pensar a neurose fora do campo do saber instituído. Diz assim:

Na etiologia das neuroses, a inferioridade orgânica e o desenvolvimento imperfeito desempenham papel insignificante. (...) As neuroses fazem uso de tais inferioridades como um pretexto. (...) Somos tentados a acreditar numa paciente neurótica quando ela nos diz que era inevitável adoecer, visto que, por ser feia, deformada ou carente de encantos, ninguém poderia amá-la;

19 O título no original é: “Breve discurso a los psiquiatras.”

20 O texto no original é: “Este sujeto – puro – seguramente, no existe em ninguna parte, sino como sujeto del saber científico. Es un sujeto el cual una parte está velada, aquella, justamente, que se expresa em la estructura del fantasma, a saber, la que comporta otra mitad del sujeto y su relación com el objeto *a*.”

logo, porém, outra neurótica nos prestará melhores esclarecimentos – pois persiste em sua neurose e em sua aversão à sexualidade, embora pareça mais desejável e seja, de fato, mais desejada.

Deste modo, quando um médico nos solicita um atendimento ao paciente é porque algo deste saber também se esgotou para ele, de maneira a poder minimamente comparecer enquanto um sujeito que pede uma ajuda sobre o que não sabe. No caso de Verônica, como vimos, em que pese o fato da solicitação manter a linhagem da produção de um saber em série, já que o profissional demanda que alguém extraia o índice de satisfação da paciente, há algo importante que comparece nas entrelinhas e que podemos remeter ao mal-estar que Verônica causa, ainda que do lugar de objeto que ocupa para o cirurgião. O que acontece quando o outro, tomado como objeto da produção, não responde à altura de sua determinação?

É assim que apostamos que, talvez, haja alguma outra possibilidade de trabalho na instituição universitária que não seja pela via da concepção do outro como produto seriado do saber.

A coisa se inverte, a pedra rejeitada passa a ser a pedra angular. Pode ser também ao inverso – a pedra angular vai dar um passeio. Talvez seja assim que se venha a ter uma chance de que as coisas mudem. Se a pedra angular fosse embora, todo o edifício cairia por terra. Há quem se sinta tentado (LACAN, 1969-1970, p. 115).

3 O MAL-ESTAR NA FISSURA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O BELO

O trabalho com anomalia de crânio e face nos coloca em contato constante com a temática do belo. Nas discussões em equipe, a busca pela harmonização da face, no que tange à possibilidade de torná-la o mais comum possível, está sempre presente. Persegue-se o ideal de construir ou reconstruir o belo enquanto um padrão socialmente dado e cientificamente estudado, associado ao aspecto funcional. Assim, que seja belo, mas que o paciente também possa falar e mastigar corretamente, sorrir, deglutir, contrair o lábio e ofertar um beijo, realizar uma abertura oral suficiente para abocanhar objetos maiores, inspirar e expirar, abrir e fechar as pálpebras, franzir o semblante, chorar. Trata-se de uma verdadeira incursão à mecânica da face, justaposta à busca pela simetria, subsumida aos aspectos étnico-raciais e de gênero. Assim, teremos um nariz caucasiano, um lábio de raça negra, predominância de traços gentios, nipônicos, em homens e mulheres, acrescidos à geometria dos ângulos e formas, arquitetonicamente calculados numa perspectiva tridimensional. No intuito de atingir este objetivo e transmiti-lo com precisão científica, vários protocolos cirúrgicos são seguidos pelos médicos, muitas técnicas são utilizadas, imagens da superfície da face e do crânio são registradas, antes e depois das intervenções, cirurgias exaustivas são desempenhadas com mestria e rigor. Da feita que, um só paciente, poderá passar por várias cirurgias ao longo de sua vida quer em virtude das transformações biológicas operadas sobre o corpo ao longo do tempo e que requerem correções quer no aprimoramento de cirurgias outrora realizadas, agora passíveis de retoques secundários.

Frequentemente, contudo, deparamo-nos com alguns impasses clínicos que ultrapassam a disposição da equipe cirúrgica em propiciar a melhor forma possível ao paciente, uma vez que este, em que pese o reconhecimento dos esforços médicos em oferecer-lhe um semblante mais agradável, mantém-se queixoso quanto à sua forma. Nestes momentos, somos por vezes convocados ao trabalho, comumente frente a perplexidade e alguma irritação daqueles que, dedicados com afinco ao ofício escolhido, não compreendem o porquê da insistência na afirmativa de que algo vai mal na aparência. Este é o caso de André, 48 anos, operado para reparar a dissimetria existente entre as abas de seu nariz, já que nascera com fenda labiopalatal unilateral esquerda e fora submetido a duas únicas intervenções em sua vida, para fechar a

fissura labial primeiramente e, posteriormente, o palato, sem intervenção de cunho estético subsequente. Segundo o médico que o atendera, o paciente havia dito as seguintes palavras: “não quero um nariz de branco; quero um nariz de preto que sou.” Entretanto, uma vez corrigida a dissimetria e empenhado-se à tarefa da feitura de um nariz negroide masculino, dentro dos padrões estéticos estabelecidos na literatura, André retornou ao cirurgião para lhe dizer que o que fora acordado não se cumprira. Seu nariz não estava como um nariz de preto. Perplexo diante da afirmação do paciente, o médico solicitou nossa intervenção, certo de que fizera o seu melhor e dera a André um nariz em conformidade com sua raça.

Assim, a chegada de André ao consultório de psicologia se deu de modo bastante reticente. Acreditara que o profissional ali estaria para convencê-lo que estava tudo certo com seu nariz, a mando do médico que o operara. Sentou-se e anunciou: “não vai adiantar você dizer que isso é um nariz de preto. Isso nunca foi nariz de preto. Nariz de preto é assim, ó ...” - e colocou o nariz entre os dedos, dando-lhe outra forma. Uma vez desfeito o equívoco inicial, ao dizermos que ali nos encontrávamos para ouvi-lo em seu mal-estar e não para persuadi-lo, André verteu-se em lágrimas. Disse: “nasci assim, não sei o porquê. Foi castigo? O que é que eu fiz para merecer isso? Quero tirar esta maldição.” Nos atendimentos posteriores, o paciente nos diz ser o último filho que dona Geralda gestara, após seis gravidezes. Foram dois meninos e quatro meninas. Seu irmão mais velho era, segundo ele, esquizofrênico, inicialmente creditada a uma bruxaria e posteriormente ressignificada com a entrada do médico psiquiatra que o diagnosticou com a doença mental. “Ele via vulto, falava sozinho e depois não quis mais sair de casa. Tinha medo que ele matasse a minha mãe. Achava que era macumba, mas, depois, vi que não era.” Muito desejado por sua mãe, com quem vivia até aquele momento debaixo do mesmo teto, André nos fala das dificuldades que enfrentou na escola, das chacotas às quais era submetido, o que o levou a abandonar a vida letiva por um tempo, retomando mais tarde, quando acreditou ter mais recursos para lidar com o olhar dos outros colegas (sic). Um belo dia, André entrou no consultório e pôs-se a dizer de seu pai. Falecido em razão de um enfisema pulmonar, era um homem por quem alimentava uma grande admiração.

3.1 Do desejo do paciente como índice de beleza

Foi a partir da fala sobre este pai que André passou a delinear o que seria o seu nariz de preto. Era o nariz que o remetia àquele homem, “preto, favelado e vaidoso”, famoso por sua altivez e pelos galanteios com os quais conquistara a vizinhança local. Nas palavras do paciente: “Ele era tipo nariz em pé, como dizem por aí.” Foi desta maneira que pudemos escutar o que faltou ao nariz de preto de André e o fez retornar ao consultório médico com sua queixa, na tentativa de que este também pudesse “quebrar” a maldição que circulava em sua família, outrora localizada no irmão mais velho, mas, como ele mesmo afirmara, com ressonâncias que o atingira. Para tanto, articulou, nos moldes da história do primogênito de dona Geralda, a entrada de um médico que, em ato, o auxiliaria na produção de sentido para o inominável que portava. Neste enredo, o cirurgião tomaria ao pé da letra a marca do pai. O que André ignorava, tal qual o médico que o atendera, era que o nariz que imaginara fugia ao espectro preconizado pela arte médica para a harmonização de seus traços.

O caso André nos fez refletir sobre o lugar do belo na clínica com fissurados. Em “O mal-estar na Civilização”, Freud (1930 [1929]/1980, p.93) declara:

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas.

Dentre os lenitivos dos quais o sujeito lançaria mão frente ao encontro com o impossível na vida, o autor nos fala do belo, como algo que não o impedirá de sofrer, mas poderá gratificá-lo de algum modo, ao propiciar um efeito embriagante, “tenuemente intoxicante” (FREUD, 1930 [1929]/1980, p.102). Freud (1930 [1929]/1980, p.96) situa o sofrimento como uma sensação advinda da economia libidinal do sujeito, isento, portanto, de qualquer generalismo passível de mensuração estatística e, conseqüentemente, de modos padronizados de tratá-lo. É neste mesmo sentido que o autor alinha o belo ao prazer, àquilo que faz anteparo ao mal-estar do sujeito, a partir do momento em que aquele oferece um véu sobre o indizível das decepções e dos maus encontros que perpassam a vida de cada um. Entretanto, como Freud (1930 [1929]/1980, p.103) aponta, em alusão à frase atribuída a Frederico

o Grande, “todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo”. Desta feita, o belo comportaria esta plasticidade contraditória à tentativa de captura por um imaginário único, da harmonia, da convenção de medidas e ângulos e dos aspectos étnicos envolvidos. Ainda em Freud (1930 [1929]/1980, p.95), veremos que

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro.

André nos fala justamente de seu duplo sofrimento, dado pelo seu relacionamento com os colegas e causado, segundo ele, pela anomalia que carrega em seu corpo. É para amenizá-lo que o paciente parece arquitetar uma saída, forjando para si uma estética passível de mitigar o que se apresentava como impossível de lidar. Entretanto, depara-se com um obstáculo ao compor seu belo nariz; este se distingue do padrão estabelecido para um traço negroide, uma vez que delineado por sua história e não pela literatura sobre o assunto. Então, como articular os benefícios oferecidos no campo da estética facial preconizado pelo saber médico, para o qual André faz apelo, e incluir o sujeito nesta operação? Ou ainda, como sair do discurso da impotência frente ao impasse estabelecido, de modo a apostar em alguma possibilidade de trabalho dentro dos limites apresentados?

A chave para esse assunto estava mesmo com André. Tomado pelo horror de sua face, para o qual não produzira nenhuma causalidade convincente, André tece seu próprio véu contra a maldição. Nesta trama, o médico aparece como figura indispensável. A ele é atribuído o poder de velar a evidência do mau, literalmente escancarado, estampado na cara. Quando André retoma sua queixa, ele não o faz para dizer que o médico não soube fazer o que pedira, mas para afirmar que o médico não cumpriu com o acordo, o que mostra que a mestria do profissional não está posta em questão. Para André, o médico sabe, mas não fez. Inicialmente, nós estaríamos supostamente ao lado do médico para dissuadi-lo de seu intento e fazê-lo crer que o profissional fizera o que sabia, o que, para o paciente, seria impossível acreditar. Para ele, nós nos localizávamos do lado da censura, do fazer calar, ao que ele nos adverte, sem rodeios, que já tomara a sua decisão previamente: não iria se submeter. Quando

dissemos, de algum modo, que nosso ofício se situava do lado do escutar, André consegue dizer algo do seu desejo enigmático aos olhos e à escuta do médico.

Na tentativa de produzirmos desdobramentos retroativos às perguntas inicialmente levantadas acerca deste impasse, formularmos a seguinte interrogação: em que fio se tece o véu sobre o qual o belo se configura de ambos os lados, do médico e do paciente?

3.2 *O belo é feio, e o feio é belo...*²¹

O caso André, por conseguinte, nos fez lembrar o mito grego de Teseu. Filho de Egeu e Etra, Teseu, tal qual seu nome revelara, era “o homem forte por excelência.” O pai pedira à Etra, no momento do nascimento de Teseu, que a paternidade do menino só fosse revelada quando este tivesse força o suficiente para levantar uma rocha sob a qual jazia a espada do pai. Já nos primeiros anos de vida, Teseu espantava a todos por seu desempenho físico. Aos 16 anos, ele realiza a façanha proposta por seu pai em vaticínio, o que o conduz à revelação de sua origem por sua mãe e a posterior ida à Atenas, onde nascera, em busca de Egeu. Lá chegando, Teseu descobre que a cidade vivia sob um pesado tributo imposto por Creta, para onde jovens eram mandados solitariamente a um labirinto, local onde vivia o Minotauro, um homem monstruoso com cabeça de touro, que se alimentava daqueles que, desorientados, se perdiam pelas ruelas estreitas e desconhecidas do caminho. Desejoso de libertar Atenas deste peso, Teseu vai à Creta a fim de percorrer o labirinto. Ao chegar à cidade, conhece Ariadne, que por ele se apaixona. Temendo a morte de seu amor, Ariadne dá a Teseu um novelo de fio, para marcar seus passos e orientá-lo no percurso de volta, onde ela o esperaria, após o enfrentamento do Minotauro. Munido de sua espada e do novelo, Teseu mata o mostro e se liberta do peso que subjugara os cidadãos atenienses como ele (BULFINCH, 2002, p.186). André, em sua novela e de seu jeito, também nos diz como removerá sua “pedra”. O véu que teceu nos é testemunhado não só como efeito de combate à maldição da qual seu sofrimento nos dá notícia, mas também como trama possível do belo, da qual se

21 O texto no original é: “Faire is faule, and faule is fare...” , fala das bruxas no Primeiro Ato, cena I, “Macbeth” (SHAKESPEARE, 1605-6/2000, p.7, tradução nossa).

valerá para encobrir o horror que carrega na face.

Em “História da Feiura”, Humberto Eco (2007/2014) nos traz uma importante contribuição para pensarmos este tema associado ao tratamento dos pacientes fissurados. Segundo o autor, se para o belo é possível reconstruir uma história da estética através dos tempos e sociedades, pela abundância de materiais teóricos e pictóricos encontrados, para o feio, não há registro. Ele padece de produção literária e, nas raras vezes em que algum material é encontrado, verifica-se com facilidade a sua postulação como um elemento de oposição ao belo, sem uma inscrição própria que o defina (ECO, 2007/2014, p.8). Entretanto, como o autor nos ensina, diferente do que se crê comumente, o belo é também uma “suposição” (ECO, 2007/2014, p.8), articulando-se numa complexa junção onde comparece o observador que o contempla, o período histórico em que ele atravessa e a cultura na qual ele se insere (ECO, 2007/2014, p.10). Cita-nos uma passagem de Voltaire em seu “Dicionário Filosófico”, onde este teria dito:

Perguntem a um sapo o que é a beleza, o verdadeiro belo, o *to kálon*. Ele responderá que consiste em sua fêmea, com seus dois belos olhos redondos que se destacam na cabeça pequena, a garganta larga e chata, o ventre amarelo e o dorso escuro. (...) Interroguem o diabo: dirá que o belo é um par de chifres, quatro patas em garras e um rabo (VOLTAIRE *apud* ECO, 2007/2014, p. 12).

Também recolhe a contribuição de Marx sobre o assunto em “Manuscritos Econômico Filosóficos de 1844”, de onde retirará a seguinte afirmação:

O dinheiro, na medida em que possui a propriedade de comprar tudo, de apropriar-se de todos os objetos, é o objeto em sentido eminente. (...) Logo, não sou feio, na medida em que o efeito da feiura, seu poder desencorajador, é anulado pelo dinheiro. Sou, como indivíduo, manco, mas o dinheiro me dá vinte e quatro pernas; donde, não sou manco ... Meu dinheiro não transforma todas as minhas deficiências em seu contrário? (MARX *apud* ECO, 2007/2014).

E deste modo chega a Nietzsche em “Crepúsculo dos Ídolos”, de onde absorverá a perspectiva de que

no belo, o ser humano se coloca como medida da perfeição; (...) adora nele a si mesmo (...). Cada indício de esgotamento, de peso, de senilidade, de cansaço, toda espécie de falta de liberdade, como a convulsão, como a paralisia, sobretudo o cheiro, a cor, a forma da dissolução, da decomposição (...) tudo o que provoca a mesma reação: o juízo de valor 'feio'. (...) O que odeia aí o ser humano? Não há dúvida: o *declínio de seu tipo* (NIETZSCHE

apud ECO, 2007/2014, p.15).

A literatura universal igualmente nos fornece uma rica produção sobre o feio. Entretanto, sua aparição é frequentemente atrelada à figura do negativo do belo e ganha, por vezes, aspectos ainda mais sutis, tangenciando o discurso moral. Assim, o feio enquanto oposição ao belo, mas também como oposto ao bem, ao reto, como um erro, sinonímia do pecado, “maldição” - como nos disse André. Nas palavras de Eco (2007/2014, p.16), tal qual encontrara em sua pesquisa sobre a feiura, “o feio é o inferno do belo”. Um exemplo desta concepção pode ser encontrado em “The Strange Case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde” (1886), conhecido por nós como “O médico e o monstro”, do escritor inglês Robert Stevenson (1886/2015). Nele, o autor nos mostra os paradoxos do belo encerrados num só personagem que se desdobra e produz o efeito do duplo, belo e feio juntos numa só figura. Como nos diz Garcia-Roza (2015) em prefácio à edição para a língua portuguesa, o sr. Hyde, “traz a ocultação já no próprio nome, com a homofonia entre Hyde e *hide* (esconder, ocultar em inglês) e que como um monstro mítico jazia oculto na interioridade do dr. Jekyll” (STEVENSON, 1886/2015, p.7). Já no caso do médico, também haveria uma relação de ocultamento entre seu nome “e a palavra *kill*, 'matar', em inglês, o que nos remete a essa dualidade interior (...) que se transforma em horror quando as fronteiras entre o interno e o externo são removidas” (GARCIA-ROZA *apud* STEVENSON, 1886/2015, p.8).

Em se tratando da dualidade ilustrada pelo autor a partir da criação de dois personagens que se desconhecem, mas que pertencem a uma mesma pessoa, o senhor Hyde, o “monstro”, é assim descrito pelo advogado do médico:

O senhor Hyde era pálido (...), dava a impressão de ser aleijado (...), possuía um sorriso desagradável, (...) e falava com uma voz rouca, sussurrante e pouco fluida. (...) “Deve haver alguma coisa a mais” (...). “Há alguma coisa a mais, se eu soubesse que nome lhe dar. Deus me proteja, o homem mal parece um ser humano! Tem algo de troglodita, seria o caso de dizer? (...) Ah, meu pobre Henry Jekyll, se alguma vez li a assinatura de Satã num rosto, foi no de seu novo amigo (STEVENSON, 1886/2015, p. 75-76).

Já no cinema, o diretor alemão Christian Petzold, brinda-nos com “Phoenix” (2014), filme onde retrata os conflitos políticos vividos no pós-guerra alemão, pela via da personagem Nelly Lenz, cantora do coral da igreja de St. Michel. Judia levada ao campo de concentração, Nelly sofre a cruel tentativa de extermínio com um tiro na face. Desfigurada, escapa, contudo, da morte. Auxiliada por sua amiga, que a leva a

um renomado cirurgião plástico alemão, Nelly é por ele abordada com a seguinte pergunta: “Como você quer ficar? A escolha é sua.” Tal fala acompanha a extensão do dano estampado, ao ponto do profissional comentar que a ela também seria dado o direito de escolher a face de mulheres famosas e belas de sua época, ao que Nelly responde: “Quero ficar como eu era.” O cirurgião, entretanto, mostra-se reticente quanto a esta possibilidade, dizendo-lhe não ser possível lhe dar a semelhança almejada, de modo a buscar enfatizar os aspectos por ele entendidos como benfazejos em poder não ser quem fora outrora. Diz que a vantagem em se submeter à radicalidade do procedimento residiria na possibilidade da personagem apresentar-se como outra pessoa e não ser identificada. Nelly, todavia, mantém-se impassível frente ao seu desejo.

Uma vez realizada a cirurgia, cuja fonte imaginária dada ao médico fora o resgate de uma única fotografia onde podia ser vislumbrada em meio a outras moças, Nelly vaga por uma Berlim em destroços, à procura de seu marido, que não fora alvo principal do regime nazista, encontrando-o numa boate, Phoenix, onde trabalhava. Lá, ele não a reconhece, mas sua presença o faz lembrar, por algum estranho motivo, aquela que, um dia, fora sua esposa. As cenas seguintes tratam de um acordo feito pelo marido para que Nelly, que a ele se apresentara com outro nome, outra identidade, passe por aquela com quem se casou, a fim de que ele receba uma herança da família de sua “falecida” esposa. Para tanto, inicia uma longa trajetória onde instruirá a mulher a se tornar ... Nelly.

Neste momento, somos conduzidos a uma jornada simbólica, onde o marido apresenta à estranha mulher os traços de Nelly: sua grafia, seus gostos, trejeitos, roupas, sapatos, seus passos. Neste cenário, Nelly irá reconstruindo sua identidade, ao ponto de dizer que, antes de nele se inserir, estava morta. Vale lembrar que, todo o filme é acompanhado pela canção “Speak Low” de Kurt Weill, que é retomada em vários momentos, como ao término, onde a própria Nelly a entoava, após a descoberta que seu marido a entregara a Gestapo, num canto ritualístico de separação de quem, uma vez tomado em adoração, revelou-se ser também o seu algoz.

Fale baixinho, Amor, fale baixinho/
 O amor é uma faísca /
 Perdida na escuridão/
 Cedó demais/
 Cedó demais.
 Eu sinto/

Aonde quer que eu vá/
 Que o amanhã está perto/
 O amanhã está aqui/
 E sempre cedo demais.
 O tempo é tão secular/
 E o amor, tão breve.
 O amor é puro ouro/
 E o tempo, um ladrão.
 É tarde, Amor, é tarde/
 A cortina desce/
 Tudo se acaba cedo demais, cedo demais
 Eu espero (tradução nossa)²²

Estas contribuições, quando vertidas sobre nosso cotidiano hospitalar, nos leva a pensar que, trabalhar com o aspecto do belo como mera oposição ao feio, parece-nos tão obscuro quanto pensar que, a solicitação de uma intervenção cirúrgica pelo paciente, a fim de que se possa disfarçar o horror estampado no seu corpo, produzindo um efeito do belo, necessariamente passará por uma transgressão aos pilares sobre os quais o saber médico se erige. Definitivamente, não é disso que se trata. Apostamos, assim, numa articulação entre a história do paciente, da qual ele emerge e se vale para a enunciação de seu desejo, e as possibilidades oferecidas pelo manejo técnico de aspectos cirúrgicos, do qual o profissional é mestre. No caso André, parece-nos que esta solução surge de modo ainda mais evidente, já que é a própria figura do médico que compõe a cena de sua “salvação”. Por conseguinte, propomos pensar o belo, no caso dos sujeitos fissurados, no fio condutor do ocultamento do horror, e não no contraponto ao feio que — como Shakespeare (1611/2003) poeticamente nos ensina na figura das bruxas em “Macbeth” - pode ser belo.

Nesta medida, seguimos a trilha deixada por Eco (2007/2014), quando este nos mostra que Rosenkrantz (1853), em sua “Estética do feio”, promoverá uma decantação do feio, de maneira a tomá-lo como algo muito mais complexo que a simples negação do belo, fundando uma “autonomia do feio” (apud ECO, 2007/2014, p.16) que muito se assemelha ao que sustentamos acima como a manifestação do horror. Nela, o feio comparece como o “abominável, vomitante, obsceno, repugnante, assustador, abjeto, deformado, desfigurado” (ECO, 2007/2014, p.16-17) - para citar algumas qualificações descritas pelo autor. Como exemplo literário, ele cita a fala da

22 A letra da música no original é: “Speak low, Darling, speak low/ Love is a spark/ Lost in the dark too soon, too soon/ I feel/ Whatever I go/ That tomorrow is here/ Tomorrow is near/ And always too soon/ Time is so old/ Love is so brief/ Love is pure gold/ And time a thief/ We're late, Darling, we're late/ The curtain descend/ Everthing ends too soon, too soon/ I wait.”

personagem de Victor Hugo (1869) em “O homem que ri”, duquesa Josiane, que se apaixona por Gwynplaine, justamente por este retratar, em sua face, o aspecto repugnante de uma deformidade. Assim, ela se declara ao rapaz:

Amo-te não só porque és disforme, mas porque és abjeto. (...) Tu não és feio, tu és disforme. O feio é pequeno, o disforme é grande. O feio é o esgar do diabo pelas costas do belo. O disforme é o avesso do sublime (HUGO *apud* ECO, 2007/2014, p.286).

Por conseguinte, Eco (2007/2014, p.19) depreende, do contato com a leitura sobre o tema, duas classes para o feio: o “feio normal, ou seja, desequilíbrio na relação orgânica entre as partes e de um todo” e o “feio em si”, “um excremento, uma carcaça em decomposição” (ECO, 2007/2014, p.19). Este último, por sua vez, seria tributário do encontro do sujeito com o “informe, o doloroso, o tremendo” (ECO, 2007/2014, p.272), e poderia ser inferido nas produções literárias encontradas a partir do século XVIII, junto à modernidade, quando passará a ser tomado nas cercanias do sublime, a partir de um redirecionamento da discussão sobre o belo. Nela, “o belo (...) se desloca da pesquisa das regras que o definem para a consideração dos efeitos que produz” (ECO, 2007/2014, p.272), de modo a ser destacado como “uma nova sensibilidade diante das ruínas” (ECO, 2007/2014, p.272). Assim, o “feio em si” enquanto manifestação do indizível também teria sua presença registrada nos relatos onde “se goza do vazio, da escuridão, da solidão, do silêncio” (ECO, 2007/2014, p.272). Ou ainda, nos momentos onde se tangencia o inefável, o impossível, “todas impressões que podem resultar deleitosas quando se sente horror” (ECO, 2007/2014, p.272).

Como exemplo de tal perspectiva, recordemos o documentário “O povo brasileiro” (2000), dirigido por Isa Grispum Ferraz, colaborada do sociólogo e escritor Darcy Ribeiro, autor da obra de título homônimo ao vídeo. Nele, a formação do povo brasileiro está em pauta, no que diz respeito a sua miscigenação e ao seu sincretismo cultural. Ali, portanto, encontraremos a preciosa contribuição do escritor Ariano Suassuna, ao fazer uma comparação entre a beleza localizada na faixa litorânea do nordeste brasileiro, a Zona da Mata, cuja dominância da vegetação é dada pela Mata Atlântica, e o que pode ser contemplado no sertão, na região do agreste, marcado pela presença da caatinga e das secas no Brasil. Assim o escritor nos diz:

As pessoas que acham o sertão feio, normalmente são da Zona da Mata ou

são da cidade. Então são habituadas a um tipo de beleza que é mais ligada à graça. A beleza da Zona da Mata é bonita também, mas a beleza da Zona da Mata é ligada ao gracioso. A beleza do Sertão é ligada ao grandioso. Ele é grandioso e terrível em certos momentos. O que dá à beleza dele uma conotação muito diferente, muito estranha, mas também muito forte ...

Por outro lado, é dos impasses causados pelo desencontro entre este “feio em si”, como sustentado por André, e o “feio normal”, mais encontrado do lado da equipe médica, que incide nossa tentativa de pensar este caso. Para tanto, pretendemos sustentar ambas as perspectivas no plano ético, naquilo que circunscreve o lugar do sujeito na concepção do belo, manifestado em diferentes acepções. Neste intuito, valeremo-nos sobretudo de um recorte no conceito de sublimação em Freud, já que este aparece associado à produção artística do belo, embora não se limite a esta esfera, e o pronunciamento feito por Lacan sobre o tema em seu sétimo seminário.

3.3 Sublimação: uma borda no impossível?

Num anexo à carta de número 61 endereçada a Fliess em maio de 1897, mais conhecida como “Rascunho L”, Freud (1897/1980, p. 268), no intuito de tecer a arquitetura da histeria, utiliza, pela primeira vez, a denominação 'sublimação' em seus escritos. Nele, o autor lida com as fantasias históricas como artifícios utilizados pelo sujeito no intuito de encobrir as “cenas primevas”, ponto de partida para a estruturação subjetiva. Em suas palavras, “as fantasias servem, ao mesmo tempo, à tendência de aprimorar as lembranças, de *sublimá-las*” (FREUD, 1897/1980, p. 268, grifo nosso) e de “obstruir o caminho” para seu acesso. Vê-se, portanto, que neste momento a sublimação encontra-se a serviço do recalque, no sentido de oferecer subsídios para investimentos que obnublem a incursão inconsciente. Este conceito, contudo, passará por modificações ao longo do tempo, em que pese o fato de não encontrarmos sistematizado, nos vinte e quatro volumes de sua obra, um pensamento sobre tal processo.

Já em 1905, em seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905/1980, p.224) nos trará uma definição formalizada da sublimação como um dos desfechos possíveis para o emprego pulsional, “no qual as excitações hiperintensas provenientes das diversas fontes da sexualidade encontram escoamento e emprego

em outros campos”, o que resultaria num “aumento nada insignificante da eficiência psíquica” (FREUD, 1905/1980, p. 224). Esta seria, então, “uma das fontes da atividade artística” e “conforme tal sublimação seja mais ou menos completa”, o destino dado pelas “pessoas altamente dotadas”. Esta concepção aparece especialmente manifesta na análise freudiana da obra de Leonardo da Vinci (FREUD, 1910/1980, p. 69), onde, segundo o autor, o artista “convertera sua paixão em sede de conhecimento”, de modo a operar uma “transformação do instinto de investigação em prazer de viver”. Segundo Freud (1910/1980, p.72) esta busca pelo saber poderia ser encontrada originalmente na vida infantil onde

A curiosidade das crianças pequenas se manifesta no prazer incansável que sentem em fazer perguntas. (...) Todas essas perguntas não passam de meros circunlóquios que nunca cessam, pois a criança os está usando em substituição àquela única pergunta que *nunca* faz.

A pesquisa psicanalítica, então, revelaria que o conteúdo original desta compulsão infantil estaria em sua pesquisa sobre a sexualidade, na arguição sobre a origem da vida, através do emprego da pulsão na investigação de onde vêm os bebês (FREUD, 1910/1980, p.73). O que queremos aqui destacar é que a formalização do conceito de sublimação neste momento parece fruto de alguma elaboração ulterior à carta endereçada a Fliess, onde sublimar comparece como ação que contorna o recalque, sem acedê-lo, numa saída independente das produções conciliatórias vistas na manifestação sintomática dos neuróticos. A sublimação, portanto, não só não se prestaria à função de defesa, o que Freud anteriormente apontara, como também encontraria vias alternativas da satisfação pulsional sem o embargo dela.

Roudinesco (2007/2008) em seu “Dicionário da Psicanálise” nos remonta a possível história da escolha do termo por Freud. Segundo ela, a palavra 'sublimação' é tributária da incursão do autor no romantismo alemão, já que havia à disposição à época, a expressão hegeliana *Aufhebung* (substituição, revezamento), da qual o autor poderia ter se valido, mas preferira 'sublimação' por esta vincular-se à perspectiva de “um princípio de elevação estética comum a todos os homens” (ROUDINESCO, 2007/2008, p.734). Lacan (1959-1960/2008, p.123), em contrapartida, nos alerta que

a sociedade encontra uma certa felicidade nas miragens que lhes fornecem (...) os criadores de formas imaginárias. Mas não é apenas na sanção que ela confere a isso, ao se contentar, que devemos buscar o móvel da sublimação.

Quatro anos depois da análise de da Vinci, em sua investigação “Sobre o narcisismo”, Freud (1914/1980, p. 111) fará uma importante distinção entre “a formação de um ideal e a sublimação”, onde esta última aparecerá como “um processo que diz respeito a libido objetal”, cujo investimento pulsional irá “se dirigir no sentido de uma finalidade diferente e afastada da finalidade da satisfação sexual”, diverso, portanto, da idealização, cuja tônica incide sobre o objeto, de modo que ele seja “engrandecido e exaltado na mente do indivíduo”. Como Freud (1914/1980, p.112) elucida, a formação de um eu ideal

é muitas vezes confundida com a sublimação do instinto, em detrimento de nossa compreensão dos fatos. Um homem que tenha trocado seu narcisismo para abrigar um ideal elevado do ego, nem por isso foi necessariamente bem sucedido em sublimar seus instintos libidinais.

E prossegue:

É verdade que o ideal do ego exige tal sublimação, mas não pode fortalecê-la; a sublimação continua a ser um processo especial que pode ser estimulado pelo ideal, mas cuja execução é inteiramente independente de tal estímulo (FREUD, 1914/1980, p.112).

Em Lacan (1959-1960/2008, p.136), veremos que, o que Freud aqui acentua é que “a idealização faz com que a identificação do sujeito ao objeto intervenha, enquanto que a sublimação é coisa bem diferente”. Um ano depois, ainda dentro dos artigos destinados à metapsicologia, Freud (1915/1980, p. 146) publica “Os instintos e suas vicissitudes”, onde afirmará que, “à guisa de uma caracterização geral dos instintos sexuais”, eles são muitos e emanam de uma diversidade de fontes orgânicas, de modo que se vinculam aos caminhos “indicados pelos instintos do ego” (FREUD, 1915/1980, p.147), sendo “capazes de mudar prontamente de objetos”. Em consequência destas últimas propriedades, estariam aptos a “funções que se acham muito distantes de suas ações intencionais originais” (FREUD, 1915/1980, p.147) e por isto seriam “capazes de 'sublimação.'”. A novidade, então, estaria associada à participação do eu no processo sublimatório, ou seja, o eu auxiliaria no trilhamento da pulsão na sublimação, a partir da promoção de investimentos cuja marca residiria na plasticidade do objeto. Aliás, o próprio eu é posto em questão quanto à sua gênese, de maneira a ser elucubrado como uma junção de restos de investimentos malogrados

no objeto, resquício, portanto, da maleabilidade do investimento pulsional.

Posteriormente, sob a influência de “Luto e melancolia” (1917[1915]/1980, p.281), de onde Freud conclui que, na melancolia, “a sombra do objeto caiu sobre o ego”, o autor introduzirá o tema da identificação do eu à sombra do objeto de investimento pulsional, da feita que, o que outrora fora sustentado na sublimação como mecanismo vinculado estritamente a libido objetal, ganhará novos contornos. O eu, identificado à sombra do objeto, poderia, retroativamente, eleger a si mesmo como objeto de investimento. Será, então, em “O ego e o id” (1923/1980, p. 44) que Freud nos esclarecerá que,

Quando o ego assume as características do objeto, ele está-se esforçando, por assim dizer, ao id como um objeto de amor e tentando compensar a perda do id.

Ou seja, diferentemente da idealização, onde o eu se identifica ao objeto, o que está sendo aqui pontuado é a deflexão da libido na perda deste, diante da qual o sujeito elege o eu como objeto em sua face identificatória. Esta afirmativa oferece subsídios para Freud (1923/1980) articular que “a transformação da libido do objeto em libido narcísica, (...) obviamente implica (...) uma espécie de sublimação”, cujo desdobramento acarretará a interrogação que, em suas palavras, pode ser expressa da seguinte maneira:

surge a questão, que merece consideração cuidadosa, de saber se este não será o caminho universal à sublimação, se toda sublimação não se efetua através da mediação do ego, que começa por transformar a libido objetal sexual em narcísica e, depois, talvez, passa a fornecer-lhe outro objetivo (FREUD, 1923/1980, p.44).

Vale lembrar que, em que pese o questionamento futuro que Lacan fará à participação do eu no processo sublimatório, o que desejamos destacar nesta exposição incide sobre a multiplicidade dos caminhos da pulsão, sua plasticidade, naquilo que diz respeito à possibilidade articulatória entre o que Freud indicara e o resgate inicialmente feito por Lacan em seu sétimo seminário.

É neste lugar, inclusive, que nos parece importante a retomada lacaniana sobre o tema da sublimação, de modo a nos esclarecer o que está sendo posto em análise acerca do investimento libidinal. Lacan (1959-1960/2008, p.137) nos revela, então, que o movimento sublimatório acompanha a “natureza própria ao *Trieb*”, já que a

pulsão não é meramente instinto, não está destinada a um fatídico objeto, impermutável. Justamente por isso, haveria na pulsão algo de não realizável no plano da satisfação, já que ela mesma portaria esta parcialidade frente ao instinto. Sendo assim, no que tange à sua dinâmica, seu objeto será sempre marcado pela percepção de alguma inadequação, vivida como insatisfação no plano econômico. Um objeto, portanto, incompleto, para um sujeito marcado pela falta. É neste sentido também que poderemos dizer que, salvo as exceções que confirmam a regra, somos todos fissurados.

Por conseguinte, a sublimação poderá ser testemunhada em sua vertente de produção de objetos para a uma sociedade, tal qual fora ressaltada por Freud, mas não se limitará a esta função. Com Lacan (1959-1960, p.123), diremos que, ela poderá retratar a presença de uma face coletiva, marcada pela inserção no imaginário da cultura que “encontra aí o campo de descanso pelo qual ela pode, de algum modo, engodar-se”, mas seu compromisso traz, na origem, a marca do sujeito, naquilo que “ocorre de o indivíduo ter de trocar suas estratégias, suas miras – e onde, por outro lado, tratar-se-ia, nessa ocasião, de uma satisfação individual correndo por conta própria, sozinha” (LACAN, 1959-1960, p.118). É neste ponto que talvez possamos retomar a discussão do impasse vivido no caso André, a fim de buscarmos alguma articulação acerca da problemática levantada.

Na tentativa de fazer o melhor com o que aprendera, o médico produz em André um nariz negroide tal qual preconizado pela técnica e em observância aos critérios de raça, gênero e demais elementos que contemplam a face social da inserção do corpo do paciente no mundo. O cirurgião realiza, assim, sua arte dentro dos parâmetros delineados pelo imaginário do belo na sociedade em que vive e amparado no saber científico adquirido para tal. Ele, inicialmente, harmoniza os ângulos, desfaz o desequilíbrio entre as partes de um todo, operando no âmbito da transformação do “feito normal” (ECO, 2007/2014, p.18) em – digamos – bonito comum. A partir daquele momento, André passara a portar as insígnias do belo para o seu meio. No entanto, parafraseando a afirmação lacaniana acerca da sublimação, o paciente não encontra aí o seu descanso, o seu engodo. O médico, em contrapartida, não compreende a insatisfação de André.

Chegado ao objetivo de tornar a face do paciente harmônica, dentro dos padrões vigentes, estaria o intuito médico finalizado? Ou seja, nesta vertente que coloca a sublimação para além de uma realização socialmente aceitável, o médico aí

compareceria? Para responder a esta pergunta, ninguém melhor que o próprio sujeito cirurgião que nos convocou à entrada neste trabalho. Assim ele diz em relação a André: “Bonito, ele já era; o que fiz foi torná-lo ainda mais. Mas ele não vê. Como pode?” Na vertente que coloca a sublimação para além de uma realização socialmente aceitável, surge, então, uma questão: este “ainda mais” do médico seria uma manifestação de um incremento à inserção social propiciado pelo ato cirúrgico ou algo que se encontraria situado no campo de um além, tangenciado pelo profissional? Haveria um “ainda mais” que aqui acreditamos apontar para onde Lacan (1959-1960/2008) nos fala ao tratar do tema da sublimação, quando a situa para além da relação narcísica do sujeito com seu objeto? Buscaremos, assim, nas linhas que seguem, abordar este “ainda mais” do discurso médico sobre o belo associado à demanda do paciente, tomando-o na dualidade de sentidos que parece comportar, tanto ao apontar para a produção de um bem a mais ofertado ao paciente como ao nos reportar ao campo de um “mais além” que atravessa a fronteira do bem.

3.4 Da bela estampa como índice de inserção social ou Mais do bem, ainda

A vinda de André à consulta no setor de psicologia nos mostrou que, se a arte médica foi bem executada, ela não foi reconhecida como tal. Para o paciente, se houve um bem, foi sem olhar a quem, já que, após queixa de ter sido malvisto pelos colegas da escola no passado, André indigna-se com os efeitos visíveis em sua face no presente. O médico, para ele, o privara de um bem, já que creditara ao profissional a mestria sobre o assunto. Havia, portanto, para nós, um olhar que pedia uma escuta. Lacan (1959-1960/2008, p.274) nos alerta:

Mas o importante é saber que o privador é uma função imaginária. É o pequeno outro, o semelhante, aquele que é dado nessa relação semienraizada no natural que é o estádio do espelho.

Assim, para nos falar do bem, Lacan (1959-1960/2008) nos traz a história de São Martinho. Conta-se que Martinho, cavaleiro da infantaria romana, ao cavalgar pela noite, avistou um mendigo que tiritava de frio. De posse de seu manto, Martinho teria cindido com a espada o pano, dividindo-o em dois e ofertando uma das partes ao

indigente (LACAN, 1959-1960/2008, p.223-224). Tal conto é tratado pelo viés do amor ao próximo, naquilo que comporta uma medida para o aplacamento de um mal-estar que a imagem do mendigo causara, apartando-a sob o manto da bondade, medida imaginária pautada na identificação do cavaleiro com o sujeito depauperado. O bem comporta, assim, uma medida ideal, como no caso do médico que busca fazer o melhor que aprendera em seu ofício, regido por uma ética calcada nos preceitos educativos de sua formação. Sendo assim, ainda que André já fosse bonito, do ponto de vista do cirurgião, o belo enquanto efeito, dado em sua intervenção, poderia ser localizado no “ainda mais” como um incremento benfazejo de sua técnica, um bem a mais.

Lacan (1959-1960/2008, p.272) aponta que “o problema dos bens se coloca no interior do que é a estrutura”, já que, “no início, é como significante que o que quer que seja se articula”. Retoma a história do pano de Martinho e nos esclarece: “O têxtil é primeiramente um texto” (LACAN, 1959-1960/2008, p.272), de modo que, o fato de o homem por-se a tecer um pano para encobrir, velar o corpo, é uma das finalidades dadas, dentre outras possíveis, ao que é produzido, e não a causa primeira de sua produção. É assim que se instaura, por conseguinte, o uso de seu produto como um bem. Nesta vertente, o autor nos pergunta: “o que bem pode haver por trás disso?” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 273). E, uma vez bem trajado, “o que bem pode dele, apesar disso (...) continuar a desejar?” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 273). Estes questionamentos levam o autor a concluir: “Ei-nos aqui na encruzilhada do utilitarismo” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 273).

Vemos, portanto, uma diferença importante em relação ao objeto em ambos os casos. Para André, o nariz almejado é objeto de sua fantasia, numa construção particular que, segundo o seu discurso, poderia fazer frente ao real que tanto o angustiava. Já para o cirurgião, o “nariz negroide” é produto do manejo da ciência médica, segundo padrões estabelecidos e visando obturar o mal-estar, excluindo o horror tal qual identificado pelo médico. O profissional, portanto, não entende a queixa de seu paciente. Ele dispõe de uma produção como um bem para uso em prol de um montante populacional formado por pessoas, cujo perfil principal será dado pela apresentação de anomalias na face, fissuradas ou ex-fissuradas, que lhe vêm em pedido de melhoria e reparação. Lacan (1959-1960/2008, p.273) assim nos fala: “Nesse estádio, não há problema – o máximo de utilidade para a maioria, tal é a lei segundo a qual, nesse nível, o problema da função dos bens se organiza”. Então,

como o paciente não vê? Como André acredita que seu médico não fez o que aprendera, guardando para si um saber do qual não quis dispor? Ou ainda, como Lacan (1959-1960/2008, p.279) perguntará:

Como é possível que a partir do momento em que tudo se organiza em torno do poder de fazer o bem, algo totalmente enigmático se proponha a nós e nos retorne sem cessar de nossa própria ação, como a ameaça sempre crescente em nós de uma exigência de consequências desconhecidas?.

Eis, portanto, a construção de dois usos, duas vertentes para o bem, a partir dos dois posicionamentos vistos, do médico e de seu paciente. Lacan (1959-1960/2008, p.272) nos fala, contudo, que, no fio da produção do pano, quando o homem faz dele rudimento têxtil, sua relação não será de encobrimento, de casulo, mas de registro histórico que correrá o mundo independentemente, “porque esse pano é valor de tempo”. Para André, o nariz almejado vincula-se à transmissão da história de seu genitor, da insígnia paterna, distante, parcialmente, da referência ao serviço dos bens disponíveis para uso de todos. Não obstante, na fantasia que arquiteta, da qual faz parte o cirurgião, é pela via da disposição do uso de um bem comum — o direito à assistência médica inscrito nas leis de seu país — que ele supostamente garantiria o acesso a algo particular de sua construção, seu pano, longe de seu valor de uso como garantia constitucional de todos os cidadãos brasileiros, o que o levou a responsabilizar o profissional por não lhe ter dado o que almejava. Utilizando a metáfora lacaniana, é como se André, após ter introduzido a cabeça e os membros nos furos do pano, organizando seu traje, solicitasse ao médico, como ao alfaiate, um remendo que lhe permitissem, enquanto sujeito, fazer face aos furos, ainda que o fosse pela via do retalho. Perguntamo-nos posteriormente: André, de algum modo, não denunciaria os limites do utilitarismo ao proclamar, na encruzilhada, que, o máximo de utilidade para todos, o bem-estar social assegurado em lei, não garante a realização do bem para o sujeito enquanto índice do que é o belo para cada um? Senão, vejamos.

Freud (1930[1929]/1980, p. 100) estabelece que a beleza é uma das alternativas encontradas pela civilização na lida com o mal-estar próprio à renúncia pulsional que funda a cultura. Se estamos falando em abdicar no campo da pulsão, logo, esta necessidade não se situa na esfera da natureza, não é predeterminada, mas funda-se naquilo que faz parte do tecido do qual o sujeito advém, na linguagem.

Lacan (1959-1960/2008, p. 273), em sequência, dirá que “as necessidades do homem se alojam no útil”, naquilo que comporta “a parte tomada do que, no texto simbólico, pode ser de alguma utilidade”. Antes, contudo, Freud (1930[1929]/2008, p.167) já afirmara que “as relações dos seres humanos uns com os outros estão abrangidas sob o título de ética”. Nesta vertente, portanto, o útil é lugar de ancoragem ao necessário, como espaço simbólico por onde é dada ao sujeito a possibilidade de compartilhar com os demais dos seus interesses, seus bens. A ética do comum seria, portanto, um bem. Esta visada coaduna, por consequência, com a perspectiva de uma dimensão do belo que pode ser tomada como um bem para todos, mas não condiz – como se poderia acreditar – que ele seria tributária exclusiva desta perspectiva, ou ainda, que deixaria de ser um bem por não ser compartilhado, antiético por não ser comum. Sobre isso, o caso André é emblemático, e não só porque ele não percebe o bem que o médico lhe fez, mas porque este, ao não compreender o mérito que não lhe é dado por alcançar o comum, não vê o que há de belo naquilo que é singular. Como pode?

Neste mesmo sentido é que se poderia crer que, como um prolongamento do bem, o belo estaria fadado a ser assim considerado caso apresentasse algum apreço enquanto atividade lucrativa, mas Freud não só nos alertara para o fato de que este atributo não está justaposto ao belo como condição de sua emergência como também afirmara que as pessoas “orientam suas preocupações para aquilo que não possui qualquer valor prático” (FREUD, 1930[1929]/2008, p.112).

Outrossim, poderemos sustentar que não só o que fora dado por belo para André era completamente distinto do que o médico concebera como beleza destinada à harmonização dos traços de seu paciente, mas também e, fundamentalmente, que ambos podem se sustentar dentro do campo do bem, ainda que manifestem perspectivas distintas acerca de sua aparição enquanto imagem. Aliás, parece-nos que é justamente diante deste desencontro, desdobrado numa impossibilidade de compreensão para ambas as partes, que o mal-estar, outrora já manifestado por André diante de sua aparência, foi incrementado, tornando-se ainda mais presente, o que ocasionou nos retornos incessantes ao médico. Este, por sua vez, após constatação da impossibilidade de exorcizar o horror, convoca-nos. Momento propício para que atualizemos a pergunta feita por Lacan (1966/2001, p. 3) em palestra ao Colégio de Medicina, onde questiona: “Onde está o limite onde o médico deve agir e a quem deve ele responder?”. Esta arguição é feita pelo autor no momento em que se

sustenta a perspectiva de uma mudança no registro da relação médica com a saúde, orquestrada pela difusão da ciência em escala mundial, cujo efeito pode ser visto na universalização do acesso à saúde, bem como na possibilidade adquirida por todos de solicitar um atendimento com um profissional da medicina.

Assim sendo, podemos nos perguntar qual seria o limite médico no caso André e a quem ele deveria responder, já que, com a solução dada, não obtivera o êxito esperado? Em contrapartida, deveria ele operar André e assentir com sua fantasia, tal como o paciente nos revelara? Lacan (1966/2001, p. 5) nos responde que “o desejo é de alguma forma o ponto de compromisso”. E complementa:

Este é, no entanto, um ponto fantasmático, ou seja, ali intervém o registro da dimensão imaginária que faz com que o desejo seja suspenso a alguma coisa da qual não é de sua natureza verdadeiramente exigir a realização (LACAN, 1966/2001, p. 5).

Portanto, o fato de André pedir um “nariz de preto”, ou ainda, um “nariz em pé”, como o fez ao deslizar em suas associações, não necessariamente diz que ele efetivamente saiba o que quer. Lacan (1966/2001, p.3) nos fala da “estrutura da falha que existe entre a demanda e desejo”, da feita que, quando o paciente demanda algo, “isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja”.

Dito de outro modo, ao responder à fantasia do paciente de um “nariz de preto” dando-lhe um “nariz negroide”, o médico estabelece uma correspondência imaginária ao pedido que não nos parece diferente, caso ele se prontificasse a fazer um nariz em pé em André. É o que podemos depreender quando Lacan (1966/2001, p. 5) nos diz do desejo.

Existe desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja, algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos e (...) há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência. É aí que se pode situar a função do desejo.

Então, não seria aqui o momento de se poder apostar nos efeitos da presença do analista na instituição hospitalar, no intuito de se questionar: afinal, o que quer este sujeito com um nariz em pé como símbolo de um pai altivo? Ou, antes, o que é um “nariz de preto” para ele? - no intuito de se promover um mínimo de descolamento e, quiçá, de estranhamento, de modo a apostar no surgimento de algum ponto de articulação possível entre o que o sujeito pede e o que o cirurgião tem a oferecer com

seu ofício, isto é, os limites de sua intervenção? Lacan (1966/2001, p.282) afirma que “na margem irreduzível, assim como no horizonte de seu bem próprio, o sujeito se revela ao mistério jamais inteiramente resolvido do que é o seu desejo”.

No caso André, mesmo após o posicionamento firme do médico de não mais operá-lo e ainda que não compreendesse o que se passava, o paciente permaneceu, por cerca de sete meses, vindo às consultas conosco. Ao longo deste tempo, pode retomar sua relação com o pai, produzindo novos sentidos para seu lugar na fantasia que criara, ao “descobrir” outras características de seu genitor. Também empreendeu uma busca para saber de alguns fatos ocorridos na vida do pai que lhe eram desconhecidos e que, naquele momento, ganharam uma grande importância para as suas construções. Posteriormente, disse algumas vezes que um fato “engraçado” passara a ocorrer e a se repetir com frequência. Ainda segundo ele, isso foi percebido após um tempo da ocorrência de sua operação. Como a intervenção cirúrgica no tratamento da fenda labial não remove a cicatriz na face, a operação pode suavizar a marca e reposicionar discretamente suas narinas, harmonizando as proporções e alinhando as fossas nasais. Todavia, em virtude da delicadeza do ajuste facial, André nos fala que as moças, conhecidas de longa data, passaram a se aproximar e lhe tecer elogios, sem saberem ao certo onde se localizava a mudança. Segundo ele, algumas delas questionavam: “O que você está fazendo? Está *ainda mais* bonito!” No trabalho, ouvira de seus colegas que estava ficando “metido” e recebia tais apreciações com contentamento, dando boas risadas. Por conseguinte, a questão relativa ao procedimento cirúrgico foi se diluindo. Foram aparecendo relatos sobre sua inserção social, passeios em locais antes desconhecidos, parcerias em jogos coletivos, aumento do seu ciclo de amigos.

Foi assim que, num certo dia, André chegou para sua consulta e pôs-se a dizer de um fato que lhe ocorrera. Falou à psicóloga que o atendia que havia entrado na estação do metrô e, para a sua surpresa, a encontrou num mesmo vagão. Em suas palavras: “Eu vi a senhora lá dentro ... mas acho que a senhora não me viu. Eu poderia ter ido lá, falar com a senhora ... mas pensei que a senhora poderia não me reconhecer.” A psicóloga, então, o interroga: “Não reconhecê-lo?” Ao que ele responde: “É, estava bonitão, todo arrumado ... parecia até outra pessoa, diferente daquela que a senhora viu, quando cheguei aqui.” Esta foi a última vez que vimos André no CTAC.

3.5 Além do bem ou Do belo como “ainda mais”

O belo, para além das fronteiras da miragem social, pode ser contemplado naquilo que comporta um efeito que se avizinha ao intangível e, nem por isso, faz-se menos presente. Em contrapartida, lembremos que o somatório de ângulos corretos de uma face não a torna necessariamente bela; que a justaposição de olhos, lábios, narizes, queixos, testas perfeitos não produzem uma linda face, como seria de se esperar. Pelo contrário. Há programas de computador que fazem este alinhamento, no qual, por vezes, somos tomados de desapontamento e perplexidade diante do efeito da junção dos traços que julgamos perfeitamente belos. O resultado não nos parece nem um pouco agradável. Do mesmo modo, quando um pintor, com exímia destreza, reproduz uma obra de arte de um grande artista, um especialista no assunto detecta que não se trata de uma pintura original, apenas a cópia de ângulos, cores, formas, técnicas. Há algo que se passa entre o pincel e a aquarela, cuja autoria é impossível à reprodução.

Atingir este efeito intangível do belo se relaciona com aquilo que o profissional traz de singular e que a academia não pode lhe oferecer. É a marca do sujeito que aqui comparece, fazendo uma borda no impossível, um lastro de sua presença, que pode se apoiar no objeto, mas que nele não parece se deter. Uma das manifestações desta presença pode ser contemplada entre os próprios cirurgiões que, ao atenderem os pacientes que se submeteram a algum procedimento estético anteriormente, cuja autoria desconhecem, detectam o traço do “artista” na face do paciente e, assim, “adivinham” quem realizou o procedimento. Dirigem-se ao fissurado e perguntam: “este lábio é do doutor X, não é?” — e sorriem após a ratificação da assertiva.

Esta direção da ação do sujeito médico ao inefável, quiçá presente no trabalho feito pelo cirurgião de André, mostra-nos que há algo que fura o saber como fechamento sobre o objeto, donde a ideia dada de um belo comum não é satisfatória ao profissional que sobre ele opera. Ele vai “ainda mais” e, neste sentido, toca algo que se situa num para além do campo imaginário da estética. Nas palavras de Lacan (1969-1970/1992, p.31):

O que há de mais belo, mas também de menos aberto? (...) A colusão dessa imagem com a ideia da satisfação, eis contra o quê temos que lutar cada vez que encontramos alguma coisa que faz nó no trabalho de que se trata, o do

descobrimto pelas vias do inconsciente.

É esta dimensão real, inalcançável ao saber, que o autor posteriormente nos falará ser “o único dique para conter o idealismo” (LACAN, 1969-1970/1992, p.197), motivo pelo qual talvez tenha sido possível o pedido médico de nossa intervenção. Para tanto, foi necessário que o próprio profissional levantasse a questão: como pode o paciente não ver o que ele vê? O que, de outro modo, poderíamos questionar: como pode o belo somente ser reconhecido enquanto tal a partir do repertório inconsciente de cada sujeito?

Recalcati (2004), ao propor uma reflexão acerca da estética em Lacan, nos adverte do embaraço do tema, dado que o interesse presente nos textos lacanianos diz respeito à ética da psicanálise. Entretanto, como o autor afirma, “a referência à arte e à dimensão estética sempre foi, como também para Freud, uma constante em seu ensino” (RECALCATI, 2004/p.94), da feita que estas menções viabilizariam uma tomada estética que se assentaria numa ética. Esta perspectiva nos remete ao próprio modo da psicanálise operar, que, nos escritos freudianos, também comparece na metáfora artística. “*Per via di levare*” - assim diz Freud (1905[1904]/1980, p. 244) – lembrando-nos da arte da escultura, donde o artista depreende a obra, presente em meio ao material amorfo, manejando-o com seus instrumentos, num contato sempre singular, marcado por sua presença diante do que lhe é dado operar. Nele, não se pretende acrescentar, “mas antes tirar, trazer algo para fora”, removendo “da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida”. Tal tarefa será retomada em Lacan (1959-1960/2008 p. 23) “por meio de uma orientação do referenciamento do homem em relação ao real”, em sua dimensão irreduzível à linguagem.

É deste modo que encontraremos em Recalcati (2004, p. 95) a menção a uma “estética do vazio” na psicanálise, passível de inferência a partir da constatação de um sujeito que carrega “uma dimensão não redutível àquela do significante” e que, “graças a essa irreduzibilidade, a essa resistência, constitui-se como lugar vazio de origem de toda a representação possível”. A arte, portanto, como uma organização do real naquilo que lhe é possível fazer tela pela via da construção narrativa de um sujeito tomado como efeito do discurso, do qual “ele não é seu agente, porém suporte, uma vez que ele não saberia suputar suas consequências” (LACAN, 1959-1960/2008, p.263). Trata-se, portanto, de um giro que Recalcati (2004) localiza nas cercanias da retirada de uma conceituação de uma “psicanálise aplicada à arte” para uma

“psicanálise implicada à arte”, naquilo que esta pode ensinar acerca de seu próprio objeto. Nas palavras do autor:

Se, de fato, a obra de arte é uma organização textual, uma trama significativa que manifesta uma particular densidade semântica própria, essa organização não é apenas uma organização dos significantes, mas uma organização significativa de uma alteridade radical, extrassignificante (RECALCATI, 2004, p.95).

Em Lacan (1959-1960/2008, p. 283), veremos que a obra de arte é trabalhada, em seu sétimo seminário, pela vertente do belo. Advertido da prudência freudiana sobre o tema, para quem, segundo ele, esclarece que “sobre a natureza do que se manifesta de criação no belo, o analista, (...) nada tem a dizer”, Lacan nem por isso se isentou de trabalhar o assunto, abordando-o, entretanto, pelo viés de sua função, a partir das coordenadas sobre as quais o belo se orienta. “Para além do princípio do bem” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 283) – ele nos ensina. Lembrando que, em Freud (1929/1980, p.112), o belo será uma das exigências da cultura, em que pese o fato de ser concebido como uma “coisa não lucrativa”. O belo, fora do compromisso moral do bem e desobrigado do contrato de alimentar as máquinas do capital, manterá “uma certa relação (...) com o desejo” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 283). Por um lado, véu que “tem por efeito suspender, rebaixar, desarmar (...) o desejo” (LACAN, 1959-1960/2008, p.284), fazendo anteparo ao impossível e inalcançável que o acompanha; o belo, “insensível ao ultraje” do que não se representa, faz face ao irrepresentável como limite do estético.

Por outro lado e contrariamente ao bem, o belo “nos abre os olhos e talvez nos acomode quanto ao desejo, dado que ele mesmo está ligado a uma estrutura do engodo” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 284). É porque o desejo, não sendo passível de representação, encontra menção em seus representantes. O belo, como um trilhamento possível neste misterioso campo que aponta para o real, emerge como um “belo-não-toque-nisso” (LACAN, 1959-1960/2008, p. 284). Nesta vertente, o caso André também parece produzir ressonâncias. O paciente nos diz da fantasia tecida para distanciar-se da “maldição” que carrega. Quer o “nariz de preto” do pai, condição para se reconhecer enquanto sujeito apto a circular pela sociedade. Deste modo, o belo para André, ao mesmo tempo que vela o horror que carrega na face, pela via de sua metáfora, índice de sua fantasia, também revela, para além da máscara, o furo sob o qual jaz o impossível de dizer do desejo. Ele, então, nos conta da facilidade com

a qual seu pai circulava na sociedade na qual se inseria, matreiro e brincalhão. Freud (1908[1907]/1980, p.149) nos mostra que “a antítese de brincar não é o que é sério, mas o que é real”, já que a criança, tal qual um escritor criativo “reajusta os elementos de seu mundo de uma nova forma que lhe agrada”. Acaso esta não seria a busca de André?

Uma tradição muito antiga da igreja católica diz que uma mulher retirou seu próprio véu para que enxugar a face de Jesus no momento trágico em que este se dirigia ao calvário. Posteriormente, constatou-se que a imagem do homem ficara gravada no pano, (re)velando sua face naquele momento onde o horror se presentificara em dor, mal-estar. Esta mulher ficou conhecida pelo nome de Verônica, que, em latim, corresponderia a junção de *veros* e *icona*, imagem verdadeira. O véu, que vela e revela, nos serve de metáfora ao belo, limite da representação neste caso. Se trouxermos esta alegoria para o caso André, diremos se tratar de um desencontro. Para o cirurgião, o belo como uma possível busca para além do que é dado na literatura médica. O “ainda mais” do profissional é alcançado a partir do momento em que a forma “nariz negroide” fora atingida, trazendo em seu bojo a assinatura de seu escultor. Já para o paciente, o resultado indicou que algo não ia nada bem, em que pese o fato de seu médico ter feito o melhor que pode. Como citara Lacan (1959-1960/2008, p.260) ao dizer que “faz muito tempo que disseram – o melhor é o inimigo do bem”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Num dos últimos artigos freudianos estritamente técnicos, cujo pronunciamento se dera em congresso pouco antes do fim da primeira guerra mundial, Freud (1919[1918]/1980) se ocupou em pensar nas vicissitudes pelas quais a psicanálise operara ao longo do tempo e, a partir delas, anunciar os possíveis desdobramentos futuros da extensão de sua prática às instituições de domínio público. Para tanto, realizou uma breve reflexão acerca dos caminhos e descaminhos vividos em seu tempo dentro do campo aberto à proliferação das terapêuticas do psíquico, sobretudo àquelas destinadas à busca de efeitos terapêuticos como principal orientação do tratamento dos pacientes. À época, percebeu esta procura como um movimento que colocava todo o peso nos efeitos da terapia, retirando a tônica do trabalho analítico e aglutinando práticas por semelhanças superficiais, esvaziando-as (FREUD, 1919[1918]/1980, p.202-203). Neste mesmo texto, Freud também atentara para as transformações que a própria psicanálise poderia passar, no âmbito do espectro de sua aplicação aos diferentes públicos, deixando claro, entretanto, que, às variações do contexto socioeconômico não corresponderia às alterações nos fundamentos de sua doutrina, de modo a respeitar as bases sobre as quais a atemporalidade do inconsciente contempla, com atualidade e frescor, a diversidade dos momentos históricos vividos.

Nota-se nesta visada, portanto, uma preocupação com o esclarecimento acerca do que viria a ser esta busca por efeitos terapêuticos, no sentido de ressaltar que, à guisa da obtenção de índices de restabelecimento de pacientes, se incorreria no sério risco de englobar, a título de êxito da terapia, um manancial de práticas, diluindo os próprios alicerces sobre os quais elas se erigiram. Nas palavras de Freud (1919[1918]/1980, p.203), “limitar-me-ei a observar que se trata simplesmente de forçar tanto uma comparação, que ela deixa de ter qualquer sentido”. A extensão desta afirmativa pode ser contemplada nos dias atuais, no cotidiano de nossa clínica em hospital, por exemplo, quando não só nos deparamos com um certo psicologismo diluído em observações clínicas feitas pelos mais diferentes sujeitos, de profissionais a pacientes, mas também pela frequência na qual a própria terminologia psicanalítica é utilizada para a ratificação de procedimentos cujo intuito é exclusivamente calcado na eficácia de resultados. Aqui, novamente Freud já nos esclarecia que tal uso se vale

da perspectiva da semelhança superficial de alguns conceitos que, quando tomados detidamente em associação à prática da qual advêm, mostram sua fragilidade. Como o próprio autor comentara, trata-se de “uma exploração injustificável de um nome” (FREUD, 1919[1918], p.203) que, quando levada a termo, revela-nos o critério do qual se valem: “precisam apenas coincidir num único ponto, podendo ser inteiramente diferentes um do outro em tudo o mais”.

Assim, se valermos desta reflexão sobre a primazia dos efeitos terapêuticos e traçarmos uma analogia com a prática médica, tal qual Freud apreciara fazer em seus escritos e conferências, seria como se o advento histórico da medicina moderna, cuja égide se sustenta na figura do hospital, fosse dado a cada vez que um ferido de guerra, uma vez tratado, retornasse ao *front* (FOUCAULT, 1992, p.60). Em contrapartida, seguindo as linhas estabelecidas por Lacan em seu retorno a Freud, naquilo que comporta a retomada da psicanálise pelas bases e, com ela, um direcionamento à causa – o que, de modo algum, trata-se de denegar seus efeitos – veremos a importância do resgate dos fundamentos da psicanálise, donde, em sua negligência, “oblitera-se o sentido de uma ação que só extrai seus efeitos do sentido, e as regras técnicas, ao se reduzirem a receitas, suprimem da experiência qualquer alcance de conhecimento e mesmo qualquer critério de realidade” (LACAN, 1953/1998, p.241). Esta discussão, por conseguinte, nos conduz à necessidade da retomada do pensamento sobre a própria concepção de sujeito sobre o qual operamos, que, segundo Lacan (1966/1998, p. 873) “só pode ser o sujeito da ciência”, o que implica o despojamento de suas qualidades, tal como proposto por Milner (1996, p. 33) ao caracterizá-lo.

Não lhe convirão as marcas qualitativas da individualidade empírica, seja ela psíquica ou somática; tampouco lhe convirão as propriedades qualitativas de uma alma: ele não é mortal nem imortal, puro nem impuro, justo nem injusto, pecador nem santo, condenado nem salvo; não lhe convirão nem mesmo as propriedades formais que durante muito tempo havíamos imaginado constitutivas da subjetividade como tal: ele não tem nem Si, nem reflexividade, nem consciência.

Este sujeito, segundo o autor, “não é apropriado apenas à ciência moderna. (...) Ele também é necessário para fundar o inconsciente freudiano” (MILNER, 1996, p.34). Milner (1996, p.34) nos traz, então, o exemplo do sonho onde há pensamento, mas não há consciência de si, para formular que, ao se afirmar que *isso* pensa no sujeito, equivale a dizer que o inconsciente existe. Ao partir dessa tomada ética de se

tratar um sujeito não adjetivado, destacamos a importância da orientação freudiana em se levar o tratamento em abstinência, preservando-nos da ancoragem em ideais preconizada por vezes numa dimensão do cuidado orientada ao bem que, no caso da intervenção com o sujeito portador de fissura lábio palatal, pode também ser vislumbrada na vertente clínica de uma estética do belo.

Já no que diz respeito ao sujeito do inconsciente, para quem Freud tece perspectivas vindouras ainda em 1919, retomaremos a atualidade de suas palavras na declaração que se segue:

(...) é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a (...) sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quanto o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que, como esta, também não podem ser dedicadas aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade (FREUD, 1919/1980, p.210).

E prossegue em conclusão:

Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. As condições atuais podem retardar ainda mais este evento. (...) Mais cedo ou mais tarde, contudo, chegaremos a isso (FREUD, 1919/1980, p.210).

Passado quase um século deste pronunciamento, verificamos que, se a tuberculose ainda ameaça a saúde pública, sobretudo entre as classes menos abastadas de nossa sociedade, não podemos dizer menos das neuroses. Em contrapartida, hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro permite a inserção da assistência deste paciente na saúde mental, em que pese o fato do número de psicólogos inseridos neste âmbito ainda ser menor que o montante populacional que demanda este tipo de atendimento. Para isso, como Freud (1919[1918]/1980) atentara, talvez ainda necessitemos de um tempo. No que tange, contudo, ao tratamento público destinado ao paciente fissurado, temos notícia, não somente pela via da equipe que compomos, mas igualmente pelas trocas de informações efetuadas em congressos, em reuniões de equipe interdisciplinares, ou ainda, nas interseções promovidas com a participação de profissionais de outras unidades, que a presença do psicólogo se dá de modo crescente e promissor.

Mas se este fato pode por nós ser comemorado, novos desafios também podem ser igualmente vislumbrados. Dentre eles, quisemos aqui destacar a forte

presença de demandas de cunho pedagógico, incontáveis vezes articuladas ao primado da busca por efeitos terapêuticos imediatos, aliados ao clamor da eficácia e da produtividade, condições hoje prescritas para o funcionamento das próprias unidades, bem como para o repasse de verbas que implicam a sustentação destes serviços de alta complexidade. Como nos fala Darriba (2012, p.88), frequentemente

vemo-nos mergulhados em uma confusão, propagada muitas vezes por certa divulgação científica que se faz através dos meios de comunicação, entre o que é científico e o que funciona. Este discurso esvazia a discussão ética e não delimita adequadamente os campos da ciência e da técnica.

Por conseguinte, como vimos, isto implica pedidos para que funcionemos ora nos moldes de um mestre, doutrinando e informando pacientes acerca de procedimentos clínicos ora como veículos para a captação de dados estatísticos relacionados a critérios em voga, tais como índices de satisfação, qualidade de vida, autoestima ora, ainda, como local onde o paciente, tomado como objeto de intervenção, possa ser convencido a aceder a um procedimento para o qual manifesta resistência e para quem seus motivos poderão ser utilizados como argumentos que fornecerão insumos para justificar a própria manobra previamente concebida, ao alcance das mãos. Nas palavras de Lacan (1953/1998, p.244)

Trata-se da tentação que se apresenta ao analista de abandonar o fundamento da fala, justamente em campos em que sua utilização, por confinar com o inefável, exigiria mais do que nunca seu exame: a saber, a pedagogia materna, a ajuda samaritana e a mestria/dominação dialética.

Felizmente, contudo, temos encontrado espaço junto à equipe para realizarmos um outro tipo de trabalho, orientados à psicanálise, o que implica numa tomada ética distinta daquela com qual, por vezes, os diálogos clínicos são travados não só dentro da unidade hospitalar como também fora dela, na transmissão do trabalho realizado junto a outros profissionais, por exemplo. Na prática, isso compreende na possibilidade de apostarmos no sujeito que nos convoca, nos momentos de impasse, seja ele alguém da equipe seja o próprio paciente que encontra no serviço de psicologia um lugar para depositar sua fala e se questionar acerca do que vai mal em torno do seu tratamento. Neste campo, decerto, temos contado com a participação efetiva dos profissionais da instituição que, sensibilizados com o trabalho que realizamos, não só se mostram abertos a ouvir-nos como, por vezes, nos convidam a

escutá-los em seus consultórios, onde, frequentemente com algum comedimento, falam de suas dificuldades na lida com um paciente ou outro. São médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontologistas, dentre vários, que corajosamente nos expõem suas angústias, apreensões, frustrações. Aventuram-se, por assim dizer, a dar notícias dos sujeitos que são.

Vale lembrar que, a inserção num serviço caracterizado pela formação universitária, tem se mostrado de grande valia em nossa clínica, já que, se por um lado somos convocados à retomada de um trabalho, em seus fundamentos, a cada vez que uma nova equipe de residentes multidisciplinares adentra os corredores institucionais - o que poderia parecer um retrocesso para os mais afeitos à perspectiva do desenvolvimento – por outro, somos convocados em ato a fundar e consolidar o próprio percurso para o qual nos orientamos. Acaso não seria este o trabalho a se realizar a cada vez que apostamos na entrada de um sujeito em tratamento?

Por fim, lembramos a apresentação de um caso clínico recentemente feito por nós diante da presença de uma plateia formada pelos mais diferentes profissionais vinculados ao tratamento de fissurados, oriundos são só de nossa região, mas de diversas outras do país. Nela, propusemo-nos a dizer, em alguns minutos, do trabalho realizado pelo setor de psicologia com uma paciente que fora tema de muitas reuniões de equipe o que, de algum modo, convocou a participação de todo o corpo de saúde da época. Após a conclusão de nosso intento, um cirurgião de nossa unidade, conhecido por sua habilidade técnica e pelo gosto pela promoção de dados estatísticos relativos ao bem-estar de seus pacientes, aproximou-se silenciosamente e disse à psicóloga: “esta fala do Freud... nossa, gostei muito mesmo... Você teria como me mandar? Deixo meu e-mail com você...” E é à luz lançada por Freud que prosseguimos nesta caminhada.

Recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente, que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais, e, com o orgulho de um Criador, a formá-lo à nossa própria imagem e verificar que isso é bom (FREUD, 1919[1919]/1980, p.207).

REFERÊNCIAS

AICHHORN, A. [1925]. *Juventud descarriada*. Madrid: Talleres Gráficos Escelicer, S.A, 1956.

ALBERTI, S. *O discurso universitário*. 2009. Disponível em:
<<http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos/11-o-discurso-universitario.pdf>>

ALBERTI, S.; ALMEIDA, C. P. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: ALTOÉ, S.; LIMA, M., M. (orgs). *Psicanálise Clínica e Instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_azgarantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>

CLAVREUL, J. [1978]. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

DARRIBA, V. A psicanálise e o referencial de cientificidade que orienta a terapêutica: fundamentos para o debate na atualidade. In: WINOGRAD, M.; De SOUZA, M. (orgs). *Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro. Cia de Freud: 2012.

DARRIBA, V.; SILVA, A. A questão do fundamento em Freud: elementos para uma psicanálise aplicada. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 4, dez. 2012.

DARRIBA, V.; BOSSE, C. O terapêutico e o analítico em Freud. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, abr./jun. 2013.

ECO, U. *História da feiura*. Rio de Janeiro: Record, 2014.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

FERRAZ, I. G. (dir.) *O povo brasileiro*. (documentário). Rio de Janeiro: 2000.

FOUCAULT, M. 1926-1984. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREUD, S. (1950 [1892-1899]). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess – Rascunho L. Notas I (2 de maio de 1897). In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. I.

_____. [1893 -1895]. Estudos sobre a histeria. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. II.

FREUD, S. [1904 [1903]]. O método psicanalítico de Freud. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII.

_____. [1905]. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII.

_____. [1905 [1904]]. Sobre a psicoterapia. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. VII.

_____. [1908 [1907]]. Escritores criativos e devaneio. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. IX.

_____. [1910]. Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XI.

_____. [1912]. A dinâmica da transferência. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

_____. [1912]. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

_____. [1913 [1911]]. Sobre a psicanálise. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

_____. [1913]. Sobre o início do tratamento [novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I]. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XII.

_____. [1914]. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____. [1915]. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____. [1917 [1915]]. Luto e melancolia. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIV.

_____. [1919 [1918]]. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVII.

_____. [1920]. Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XVIII.

_____. [1923]. O ego e o id. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX.

_____. [1923]. A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX.

FREUD, S. [1925]. Prefácio à juventude desorientada, de Aichhorn. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XIX.

_____. [1926]. A questão da análise leiga. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XX.

_____. [1930 [1929]]. O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXI.

_____. [1933 [1932]]. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXII.

_____. [1933 [1932]]. Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise – Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e Orientações. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXII.

_____. [1937]. Análise terminável e interminável. In: _____. *Obras completas*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. XXIII.

LACAN, J. [1952]. *O mito individual do neurótico ou A poesia e verdade da neurose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. [1953]. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. [1955]. Variantes do tratamento padrão. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. [1958]. A psicanálise verdadeira, e a falsa. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

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

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

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

_____. [1966]. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, dez. 2001.

_____. [1966]. A ciência e a verdade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. [1967]. *Breve discurso a los psiquiatras*. Escuela Freudiana de Buenos Aires, 1976.

LACAN, J. [1968-1969]. *O Seminário, livro 16: de um outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

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

_____. [1974]. *O triunfo da religião*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. [1974]. Televisão. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LAMBERT, A. Psicanálise no hospital. *Revista Opção Lacaniana*, n. 37, set. 2003.

LÉVI-STRAUSS, C. *Mito e significado*. 1978. Disponível em: <<http://200.144.182.130/cje/anexos/pierre/LEVISTRAUSSCMitoesignificado.pdf>>

MALEVAL, Jean-Claude. *Étonnantes Mystifications: de la psychothérapie autoritaire*. France: Navarin/ Le Champ Freudien, 2012.

MILLER, Jacques-Alain. Não há clínica sem ética. In: _____. *Matemas I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

_____. *Efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 2008.

MILNER, Jean-Claude. O doutrinal de ciência. In: _____. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PETZOLD, C. (diretor). *Phoenix* (filme). Alemanha: Imovision, 2014.

RINALDI, D. *A ética da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

ROUDINESCO, E. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

STEVENSON, R. [1850-1894]. *O médico e o monstro; O estranho caso do dr. Jekyll e sr. Hyde*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2015.

SHAKESPEARE, W. [1564-1616]. *Macbeth*. Porto Alegre: L&PM, 2000.

RECALCATI, M. As três estéticas de Lacan. *Revista Opção Lacaniana*, n. 42, jan. 2005.