



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA LUIZA SARNO CASTRO

**ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO PALIATIVO:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andréa Hortélio Fernandes

Salvador
2009

MARIA LUIZA SARNO CASTRO

**ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO PALIATIVO:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andréa Hortélio Fernandes

Salvador
2009

-
- C355 Castro, Maria Luiza Sarno
Assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo: contribuições da psicanálise/ Maria Luiza Sarno Castro . – Salvador, 2009.
101f.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andréa Hortélio Fernandes
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2009.
1. Morte. 2. Psicanálise. 3. Discursos-teoria. 4. Pulsão (psicanálise). 5. Gozo.
I. Souza, Iara Maria de Almeida. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD – 616.8917

MARIA LUIZA SARNO CASTRO

**ASSISTÊNCIA A PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO PALIATIVO:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Aprovada em: 21/08/2009

Banca Examinadora:

Prof.^a. Dr.^a. Andréa Hortélio Fernandes (Orientadora)

Instituição: Universidade Federal da Bahia

Assinatura_____

Prof. Dr.^a. Maria Angélica Teixeira

Instituição: Universidade Federal da Bahia

Assinatura_____

Prof. Dr.^a. Maria Lívia Tourinho Moretto

Instituição: Universidade São Marcos

Assinatura_____

Ao meu avô Vicente Sarno que, embora tenha morrido na minha infância, deixou marcas que até hoje repercutem.

À minha mãe Lourdes Sarno Castro, por ter incentivado o início deste trabalho, porém, não presenciou sua conclusão.

AGRADECIMENTOS

A Andréa Fernandes, minha orientadora, que desde a especialização acompanha o meu percurso de produção. Sua leitura cuidadosa e suas contribuições estimularam-me no processo de construção de um saber a partir da clínica.

Ao Núcleo de Oncologia da Bahia, clínica de oncologia pioneira na Bahia na implantação de um serviço de psicologia. Pela sensibilidade em oferecer esse espaço aos pacientes e pelo apoio e incentivo na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim.

Ao meu companheiro Humberto, por se fazer presente na minha vida.

Aos meus filhos Lucas e Rafael, por iluminarem minha existência.

À Sônia Vicente, minha analista, que a partir do discurso analítico convoca-me a lidar com o não saber, permitindo-me avançar na pesquisa sobre o limite d(n)a vida e levando-me a apreender as grandes possibilidades que podem advir daí.

À professora e doutoranda Hortência Brandão, que se fez presente durante a graduação e, de maneira mais próxima, no mestrado. A amizade e a trocas de idéias e as indicações de textos e *sites* foram fundamentais para esta pesquisa.

Aos colegas de mestrado e doutorado, por compartilharem tanto o saber quanto as ansiedades inerentes à elaboração de uma dissertação.

Aos meus amigos e colegas do HAM, que continuam a contribuir na trajetória pessoal e profissional.

Aos amigos que puderam me apoiar durante os anos de dedicação ao curso de Mestrado.

Aos pacientes, que sempre me ensinam, em especial Cândida.

A Morte

*A morte vem de longe
Do fundo dos céus
Vem para os meus olhos
Virá para os teus
Desce das estrelas
Das brancas estrelas
As loucas estrelas
Trânsfugas de Deus
Chega impresentida
Nunca inesperada
Ela que é na vida
A grande esperada!
A desesperada
Do amor fratricida
Dos homens, ai! dos homens
Que matam a morte
Por medo da vida.*

Vinicius de Moraes (1965, p. 97).

RESUMO

Castro, M. L. S. **Assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo: contribuições da psicanálise.** 2009. 101f. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

A assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo evidencia uma clínica marcada pela transitoriedade, em decorrência da inexistência de recursos terapêuticos da medicina direcionados à cura ou ao controle da doença. A progressão da enfermidade inscreve, de maneira gradual, a debilidade no corpo do paciente, apontando para a possibilidade da finitude e gerando, em alguns deles, angústia diante de algo que não é simbolizável. A minha experiência profissional, neste contexto, gerou a questão que orientou a pesquisa: qual a contribuição da clínica baseada no referencial teórico da psicanálise, no atendimento ao paciente oncológico em tratamento paliativo? A investigação desta problemática partiu inicialmente das contribuições de Freud referente à impossibilidade de se conceber a própria morte, como também da existência no ser falante de uma pulsão que não obedece ao instinto de conservação: a pulsão de morte. Outro ponto abordado na fundamentação teórica foi a teoria dos discursos e os conceitos de primeira morte e segunda morte elaborados por Lacan, sendo possível identificar como os diferentes discursos envolvidos nesta clínica lidam com estas distintas dimensões da morte. A pesquisa, a partir da psicanálise, concebe teoria e práxis de maneira indissociável. Desta maneira, o estudo do caso clínico se constituiu como metodologia desta pesquisa, sendo selecionado um caso, a partir da minha experiência clínica, referente a uma paciente encaminhada pelo oncologista, quando iniciado o tratamento paliativo. O caso foi escolhido por evidenciar a possibilidade, neste contexto, do estabelecimento da transferência e do deslocamento da demanda médica para a demanda do sujeito. O caso foi abordado utilizando os três níveis de construção de caso clínico: registro, conceitualização e matêmico, permitindo articulá-lo aos quatro discursos propostos por Lacan e evidenciar como cada discurso lida com a morte, enquanto castração. A pesquisa pode revelar que a medicina científica, ao tomar o corpo enquanto orgânico, busca apreender a primeira morte, entretanto, ao excluir a dimensão de gozo intrínseca ao ser falante, estabelece o que Lacan nomeia como falha epistemossomática. A psicanálise, ao visar esta falha, evidencia a segunda morte que diz respeito à incidência do código da linguagem no ser falante que constitui o sujeito e subverte o corpo, ao torná-lo pulsional. Assim sendo, o estudo do caso clínico apontou para a possibilidade da escuta orientada pelo discurso do analista numa clínica marcada pela transitoriedade. Daí a conclusão de que a psicanálise em extensão, voltada para a assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo, pode viabilizar um modo distinto de lidar com a angústia, fazendo emergir um sujeito desejante que, através da fala, constrói, de um modo singular, uma forma de lidar como os enigmas intrínsecos ao ser falante: a morte e a sexualidade.

Palavras-chave: morte, psicanálise, teoria dos discursos, pulsão, gozo.

ABSTRACT

Castro, M. L. S. **Assistance to cancer patients in palliative treatment: contributions of psychoanalysis.** 2009. 101p. Masters Dissertation, Psychology post graduation program, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

The assistance to cancer patients in palliative treatment shows a clinic marked by transience, due to lack of medicine therapeutic resources directed to cure or control the disease. The progression of the disease forms, gradually, the weakness in the body of the patient, pointing out to the possibility of finitude and generating, in some, anguish before something that is not symbolizing. My professional experience in this context, led to the research guiding question: what is the contribution of the clinic, based on theoretical framework of psychoanalysis, in cancer care to patients in palliative treatment? The investigation of the issue initially took the contributions of Freud on the impossibility of conceiving the own death, but also on the existence on the speaking-being of a drive that does not comply with the instinct of conservation: the death drive. Another point addressed in the theoretical basis was the theory of discourse and the concepts of the first death and second death developed by Lacan, being possible to identify how the different discourses involved in this clinic handle the different dimensions of death. The research, from the psychoanalysis, conceives theory and practice as indivisible. Thus, the case study was the research methodology, was selected a case from my clinical experience, for patients referred by an oncologist, when the palliative treatment was initiated. The case was chosen to evidence the possibility, in this context, the establishment of transfer and of the shift from medical demand to patient demand. The case was discussed using the three levels of construction of a clinic case: registry, conceptualization and matemic, allowing to articulate the four discourses proposed by Lacan and to show how each discourse deals with death, while castration. The research may reveal that scientific medicine, while taking the body as organic, seeks to seize the first death, however excludes the intrinsic dimension of joy of the speaking-being, which sets what Lacan names epistemossomatic fault. The psychoanalysis, while focusing this failure, evidences the second death regarding the incidence of the language code in the speaking-being to form the subject and is undermining the body, to make it pulsional. Thus, the study of the clinic case pointed out to the possibility of listening to speech supervised by analyst discourse on a clinic marked by transience. Hence the conclusion that psychoanalysis in extension, directed towards the care of cancer patients in palliative treatment, may enable a different way to deal with the anguish, making the emersion of a desirous subject that through speech, builds on a peculiar way to deal with the intrinsic puzzles to the speaker: death and sexuality.

Key words: death, psychoanalysis, theory of discourse, drive, joy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Lugares do Discurso	28
Figura 2 - Matemas dos Discursos	29
Figura 3 - Construção do Discurso Capitalista	31
Figura 4 - Fórmula da Metáfora Paterna	57
Figura 5 - Discurso do Mestre	71
Figura 6 - Deslocamento do Discurso da Histórica para o Discurso do Mestre	73
Figura 7 - Discurso do Analista	73
Figura 8 - Discurso do Universitário	80

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Nó Borromeu	54
Diagrama 2 – Antes e Depois da Alienação	69
Diagrama 3 – Separação	71

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	10
II. A PSICANÁLISE APLICADA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	22
II.1. TEORIA DOS DISCURSOS: UMA ESTRATÉGIA PARA ABORDAR A PSICANÁLISE APLICADA	28
III. O SER FALANTE E A MORTE	34
III.1. PSICANÁLISE E MORTE	35
III.2. PULSÃO DE MORTE: MUDANÇA DE PERSPECTIVA	41
IV. O GOZO E O ENIGMA DA FEMINILIDADE	49
IV.1. O GOZO DISCURSIVO E AS VICISSITUDES DO SIGNIFICANTE	50
IV.2. DO COMPLEXO DE ÉDIPO À INEXISTÊNCIA DA RELAÇÃO SEXUAL	56
V. ESTUDO DE CASO COMO METODOLOGIA DE PESQUISA EM PSICANÁLISE	63
V.1. CASO DE CÂNDIDA: O SUJEITO DE QUE SE OCUPA A PSICANÁLISE	67
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	94

I. INTRODUÇÃO

[...] ao arco é dado o nome da vida [...] e sua obra é a morte.

Lacan (1964a/1990, p. 168).

O humano, por ter acesso à linguagem, constata que a morte é o final de tudo que é vivo, entretanto, o enigma do surgimento da vida e a inevitabilidade de sua finitude mobilizam cada sujeito, gerando diversas questões diante de doenças, como o câncer, que evidenciam a possibilidade da morte. Até quando intervir? Utilizar todos os recursos terapêuticos da medicina, visando impedir o encontro inevitável com o fim da vida, é prolongar o sofrimento da morte? Seria possível conceber uma clínica orientada pela escuta analítica em casos que a medicina designa como fora de possibilidade terapêutica? Quais as repercussões para o sujeito do estabelecimento de um diagnóstico e de um tratamento que apontam para a finitude? Todas essas questões, e outras tantas, se fazem presentes na assistência em oncologia, na qual estou inserida desde 1998.

A prática clínica fundamentada pela teoria psicanalítica em equipes de saúde que prestam assistência a pacientes oncológicos, na cidade de Salvador, Bahia, tem me convocado a refletir sobre a intervenção neste contexto. Seria possível a conjunção psicanálise e hospital geral? Uma primeira reflexão sobre este tema foi realizada na monografia de conclusão do curso de especialização em Teoria da Clínica Psicanalítica da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que abordou a psicanálise no hospital geral, seus limites e possibilidades. Nesse processo de investigação deste problema, novas questões surgiram. Dessa maneira, passei a interrogar a assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo numa clínica de oncologia, e as possíveis contribuições da psicanálise nessa práxis. É desta atuação que foi retirado o caso clínico apresentado nesta dissertação.

O tratamento paliativo refere a uma etapa do processo de assistência médica, quando não existem mais recursos terapêuticos direcionados à cura ou ao controle da doença. Desta forma, surge uma clínica específica onde, gradualmente, novos sintomas emergem no corpo evidenciando a iminência da morte. Inserida na equipe de saúde e acompanhando pacientes e familiares, passei a questionar sobre as diferenças na concepção da morte no campo da medicina e da psicanálise e a viabilidade da oferta da escuta psicanalítica nessa clínica.

No senso comum, a vida se constitui de ciclos, como o nascimento, o crescimento, a reprodução, o envelhecimento e a morte. Nessa perspectiva, as sucessivas perdas que se inscrevem no organismo, através do tempo, preparariam o humano para a morte.

A associação entre velhice e morte, segundo Mucida (2004), também é evidente no discurso da medicina. O organismo, com o passar do tempo, sofre mutações cromossômicas que alteram o DNA, levando a perdas gradativas das funções de seus órgãos. Essas perdas vão constituir as marcas do envelhecimento do organismo, que ao atingir um limite de perdas impõe o colapso do organismo, ou seja, sua morte. Clark (2006, p. 89) afirma que “A senescência é o relógio que marca nossa passagem pela vida; se escapamos de todas as outras formas de morte, quando este relógio pára, nós morremos”.

Diferente dessa concepção da medicina, a religião constroi outra maneira de lidar com o inominável da morte, propondo um além da morte ao retirar dessa experiência o significado de término da vida. Freud (1915a/1980, 1927/1980, 1930/1980) afirma que a religião deprecia o valor da vida, considerando-a como uma preparação para a morte. Desta forma, uma experiência de vida plena só seria possível após a morte, como recompensa do bem realizado. Freud (1927/1980, p. 30) refere que na concepção religiosa “A própria morte não é uma extinção, não constitui um retorno ao inanimado inorgânico, mas o começo de um novo tipo de existência que se acha no caminho da evolução para algo mais elevado”.

Nenhuma dessas formas de conceber a morte, ou seja, como processo natural da velhice ou como um meio para ascender a uma vida mais plena, aplacou a angústia de uma religiosa de 81 anos, que chamarei de Cândida, diante de sinais que remetiam à possibilidade de morrer. Ela foi acompanhada por mim durante sete meses no ambulatório da clínica de oncologia já referida. Verificou-se que os discursos da medicina e da religião não ofereceram recursos suficientes para Cândida lidar com os sinais da finitude que se inscreviam no seu corpo. A oferta de uma escuta, a partir do referencial teórico psicanalítico, viabilizou o surgimento de uma demanda diversa daquela do encaminhamento médico e o estabelecimento da transferência a um saber distinto do saber da medicina. Essas particularidades do caso de Cândida foram determinantes para a escolha do mesmo para o estudo de caso da presente dissertação.

O tratamento oncológico de Cândida iniciou-se em novembro de 1999, a partir do diagnóstico de câncer no pulmão. Após quimioterapia, manteve acompanhamento médico através de exames periódicos. Em julho de 2003, apresentou recidiva e reiniciou o tratamento, ficando com o quadro estável até março de 2005, quando surgiu nova recidiva, recomeçando a quimioterapia. Em agosto de 2005, o médico encaminhou a paciente para o serviço de psicologia da instituição, em decorrência de “nervosismo e depressão”, segundo registro em prontuário.

No primeiro atendimento, Cândida afirmou que “o câncer é a pior doença que existe, pois antecipa a morte” (sic). Descreveu com detalhes o processo de descoberta da doença e tratamentos realizados, referindo atraso no diagnóstico em decorrência de erro médico. Suas queixas foram avaliadas como “cisto cicatricial” (sic), decorrente de problemas pulmonares passados.

É sobre a descrença com relação ao seu discurso que circula sua fala no primeiro encontro. Na catedral, ao carregar uma criança que “mal sabia falar” (sic), esta colocou a mão

no peito de Cândida e nomeou “peito” (sic), logo em seguida, coloca a mão no seu próprio corpo e fala “pinto” (sic). As religiosas não acreditaram no seu relato, pois ninguém mais viu a criança.

Embora a demanda não tenha sido espontânea, a oferta da escuta possibilitou a Cândida abordar o mal-estar nos laços sociais estabelecidos tanto com o discurso médico como com a instituição religiosa, onde a sua fala, enquanto sujeito, não era valorizada. Ao final da entrevista aponto a possibilidade de retorno, referindo que, naquele contexto, qualquer coisa poderia ser dita. Foi oferecida uma escuta que se dirigia a Cândida enquanto sujeito de seu discurso, sendo o convite aceito.

É importante destacar que algo novo aparece seis meses após a segunda recidiva, havendo a necessidade do encaminhamento para o serviço de psicologia. Nesse momento, Cândida encontrava-se em tratamento paliativo, sendo que as mudanças dos esquemas quimioterápicos, visando refrear a doença, evidenciavam a existência de um limite com relação à possibilidade de deter a morte. Dessa maneira, Cândida defronta-se com sua própria falta e finitude, experimentando angústia diante da inominável morte.

Todo encaminhamento aponta para o fato de que o alcance de um campo do saber foi atingido, sendo necessário convocar outro saber para lidar com a questão que emerge. Cândida dirige ao médico uma demanda que se situa além do cuidado com o corpo concebido enquanto um organismo biológico. Na rotina da medicina científica é necessário buscar sinais que revelam alterações anatômicas, fisiológicas e químicas do organismo. Sendo assim, diante das queixas do doente, os significantes que podem ser elevados à condição de sintoma médico são selecionados, para então, a partir de um conjunto de sintomas observáveis, constituírem uma doença. Nessa perspectiva, o sintoma se torna um signo mórbido que representa a patologia para o médico (QUINET, 2000). Todo esse percurso evidencia uma práxis marcada pelo olhar sobre o corpo. No caso de Cândida, o surgimento de alguns sinais, que não se

inscreviam no orgânico, foram nomeados pelo médico como “nervosismo e depressão”, gerando o encaminhamento.

Foucault (1980/2003) descreve o surgimento da clínica centrada no olhar a partir da incidência do discurso científico sobre a medicina. Essa nova perspectiva de atuação não baliza sua práxis no discurso do paciente, pois a linguagem oferece diferentes possibilidades de interpretação. Desta maneira, não permite a precisão necessária para a implementação de intervenções pautadas no saber científico. O olhar se institui como novo método de acesso à doença, construindo uma nova epistemologia sobre o corpo, onde a verdade sobre a doença, por ser objetivada pelo olhar, é compartilhada pelos membros da comunidade médica. A constituição da clínica do olhar é descrita por Foucault (1980/2003, p. 138-139) da seguinte forma:

O golpe de vista é mudo como um dedo apontado, e que denuncia. O golpe de vista é da ordem não verbal do contato, contato puramente ideal, sem dúvida, porém mais ferino, no fundo, porque atravessa melhor e vai mais longe sob as coisas [...] não é mais o ouvido atento para uma linguagem; é o índice que apalpa as profundezas.

Em busca de um contato ideal com a doença, a clínica pautada no olhar cria índices, ou seja, significantes que possam estruturar um conjunto de conhecimento sobre a patologia, desconsiderando o doente e sua subjetividade. Diversos exames são concebidos visando esquadrihar a materialidade do sintoma e, dessa maneira, permitir a leitura do corpo humano a partir de uma rede de significantes, cujos significados são estabelecidos pelo discurso da medicina desde estudos científicos de uma determinada população de pacientes, visando possibilitar a construção de uma verdade universal, garantida e validada objetivamente.

Essa operação de sobreposição de uma rede de significantes para a apreensão do mundo, segundo Lacan (1970/1992), gera um resto que não se inscreve no simbólico por ser inassimilável pela linguagem, constituindo o real.

O efeito dessa operação do discurso científico sobre a relação da medicina com o corpo foi nomeada por Lacan (1966/2001) como falha epistemo-somática. A construção do saber científico sobre o corpo apresenta uma lacuna, pois não consegue apreender uma dimensão do corpo que a clínica evidencia: a dimensão do gozo. Nesse mesmo texto, “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966/2001, p. 12) define gozo como algo “[...] que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza”. O gozo, então, é algo que se evidencia na experiência clínica, porém, é excluído da compreensão que o discurso científico tem sobre o corpo.

Podemos contextualizar o surgimento da psicanálise a partir desse processo de incidência do discurso científico na medicina, buscando propor uma causalidade material para a compreensão do processo de adoecimento denominado de neuroses. Freud (1925/1980) refere que, no final do sec. XIX, o sintoma histérico era considerado simulação em decorrência da ausência de correspondência entre queixa e lesão orgânica. O avançar da medicina científica convocou que os médicos investigassem a existência de algum distúrbio orgânico associado à histeria. Charcot (apud FREUD, 1925/1980) demonstrou, através da hipnose, que os fenômenos histéricos eram autênticos e poderiam ser estudados com objetividade, entretanto, propôs apenas uma nosografia. Janet e Breuer (apud FREUD, 1925/1980) buscaram atribuir à histeria uma causalidade orgânica. O primeiro referiu a uma fraqueza de constituição, enquanto o segundo acreditava em alterações fisiológicas que geravam estados hipnoides, desencadeando a neurose.

Essas contribuições construíram hipóteses sobre a etiologia orgânica das neuroses, porém, não trouxeram modificações nas terapêuticas que consistiam em eletroterapia ou hipnose, duas técnicas baseadas na sugestão, não apresentando embasamento científico. Enquanto diversos médicos buscavam inscrever a histeria na lógica do olhar instituída pela medicina científica, Freud rompe com essa lógica ao propor investigar as queixas das

históricas a partir dos discursos das pacientes. Desta forma, construiu, a partir da clínica da escuta, uma nova maneira de apreender o sofrimento, na medida em que propôs uma concepção sobre os sintomas históricos que extrapolou as lesões ou distúrbios orgânicos. O sofrimento das históricas, para Freud, tinha relação com suas reminiscências.

O sintoma histórico passa a ser investigado, atribuindo-se sua etiologia a fatores psíquicos, decorrentes da alteração da cadeia associativa proveniente de algum evento marcante denominado de trauma. Dessa maneira, o afeto passa a ser expresso em sintomas somáticos de conversão, sem que o eu pudesse conhecer qual processo mental estava associado. É importante destacar que o trauma, abordado pela psicanálise, refere a uma realidade psíquica, pois, como aborda Fernandes (2005, p. 22), “[...] o valor traumático não está condicionado a uma experiência vivida pelo sujeito, mas ao fato de o sujeito, em diferentes momentos de sua vida, ser convidado a subjetivar sua existência e sua sexualidade”.

A histeria convocou Freud ao trabalho, possibilitando a construção da psicanálise. Embora médico, Freud gradativamente ultrapassa o corpo orgânico abordado pela medicina, propondo um corpo pulsional, ou seja, um corpo não separado do psíquico. Na perspectiva psicanalítica, qualquer fenômeno do corpo está relacionado à representação psíquica, mesmo que o sujeito não saiba que representação é essa (MORETTO, 2001). Como afirma Quinet (2000, p. 121), “Há algo no corpo que resiste a ser totalmente apreendido pela ciência, pois o corpo não está desvinculado do inconsciente e da pulsão e seu real não corresponde ao real da ciência”. Em diferentes momentos de sua obra, Freud aponta que os fenômenos psíquicos e orgânicos interferem mutuamente no processo de adoecimento do paciente.

Em “Linhas de progresso na teoria psicanalítica”, Freud (1919a/1980) refere que uma doença física ou um casamento infeliz frequentemente tomam o lugar de uma neurose, fazendo com que o tratamento analítico seja interrompido. O adoecer faz com que haja um

desinvestimento da libido do mundo externo, voltando-a para o próprio eu, sendo que a libido é compreendida como a dimensão de energia da pulsão que pode ser investida em objetos ou no próprio eu. Como afirma Freud (1914a/1980, p. 98), no processo de adoecimento orgânico "[...] a libido e o interesse do eu partilham do mesmo destino e são mais uma vez indistinguíveis entre si".

Numa outra vertente, Freud (1917/1980) menciona que, havendo predisposição para uma neurose, o seu desencadeamento pode ocorrer como consequência de uma doença orgânica. Nesses casos, o sintoma que se inscreve no real do corpo é transformado em representante das fantasias inconscientes. Freud nomeia essa situação como casos mistos e refere que o médico geralmente apresenta duas tendências: ou a priorizar a base orgânica do sintoma, ou abordar a neurose que emergiu daí.

Pode-se afirmar que a tendência em dar primazia a uma dessas dimensões do humano, o orgânico ou o subjetivo, implica em uma determinada práxis e indica qual a lógica que conduz à assistência: a lógica do olhar ou a lógica da escuta. Lacan (1964a/1990) define práxis como uma ação humana que propõe tratar o real pelo simbólico. No entanto, o paciente que vivencia sintomas inscritos no real do corpo e fantasias sobre o seu adoecer convoca as duas lógicas na assistência. Com a inserção de profissionais com formação em psicanálise nas equipes de saúde, tem sido possível abordar essas duas dimensões.

Decorre daí a problemática da pesquisa, pois o ambulatório de psicologia em uma clínica de oncologia convoca o profissional a atuar com pacientes em tratamento paliativo, ou seja, com pacientes cuja debilidade física aponta para a possibilidade da morte. Para a psicanálise a morte é inalisável, sendo que “[...] no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (FREUD, 1915a/1980, p. 327). Entretanto, o real da morte se inscreve no corpo do paciente em tratamento paliativo, fazendo com que alguns

deles passem a demandar uma escuta a fim de apaziguar a angústia diante de algo que não é simbolizável.

Outra questão que surge nessa clínica se refere ao tempo. A medicina trabalha com o tempo cronológico, pautando sua prática na urgência. O diagnóstico deve ser feito o mais breve possível, para não atrasar o tratamento, que tem sua frequência orientada através do relógio e do calendário. Nessa perspectiva, é possível estimar o tempo referente à proximidade da morte, estabelecendo mudanças nas condutas do tratamento, passando a adjectivá-lo como paliativo. Entretanto, Freud (1915b/1980) refere que o tempo pertence ao sistema da consciência, sendo que a psicanálise lida com o inconsciente que é atemporal, ou seja, não muda com o decorrer do tempo e não apresenta a distinção entre passado, presente e futuro. Baldiz (2008, p. 1) afirma que “Nesta perspectiva, o poder da análise consiste em passar os desejos do fora-do-tempo do inconsciente à temporalidade consciente”. Nos artigos sobre a técnica, Freud (1913a/1980) alerta que a psicanálise é um tratamento que requer tempo, sendo assim, qual seria a contribuição do discurso analítico nesse ambulatório onde o limite do tempo se faz presente a partir da progressão da doença?

A questão da pesquisa foi elaborada no decorrer do meu percurso profissional, pois minha inserção em uma clínica de oncologia atendendo pacientes com diagnóstico de câncer, conduzida a partir da escuta psicanalítica, gerou a pergunta: qual a contribuição da clínica, baseada no referencial teórico da psicanálise, ao atendimento ao paciente oncológico em tratamento paliativo?

Proponho como objetivo geral deste trabalho examinar as especificidades da clínica orientada pela psicanálise à assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo com vistas a fornecer subsídios teóricos para uma prática que leve em consideração a subjetividade. Tomando como referência a teoria dos discursos de Lacan, a subjetividade alude a distintos modos do sujeito e do gozo articularem-se, implicando nas formas de

estabelecer laços sociais que podem visar governar, ensinar, desejar ou analisar, sendo importante identificá-las a partir do caso clínico de Cândida.

Com esse intuito, buscarei alcançar os seguintes objetivos específicos: examinar como a psicanálise aborda a morte; analisar, a partir do caso clínico, os conceitos de pulsão de morte e gozo no ensino de Freud e Lacan; identificar os distintos modos de lidar com a subjetividade do paciente oncológico em tratamento paliativo tomando por base a teoria dos discursos de Jacques Lacan.

O tratamento paliativo convoca a equipe a lidar com o limite da morte, deste modo, a práxis, utilizada na assistência, estará relacionada à concepção de morte que cada campo do saber, implícita ou explicitamente, elabora sobre esse tema. Sendo assim, é importante situar como a psicanálise aborda a morte e qual a repercussão dessa elaboração nesse contexto. Os conceitos de pulsão de morte e gozo, formalizados respectivamente por Freud e Lacan, são fundamentais na discussão do caso ao evidenciar um aspecto paradoxal no humano, ou seja, a repetição de atos que podem opor-se à própria manutenção da vida. A teoria dos discursos de Lacan, que já foi utilizada por Clavreul (1978/1983) para estabelecer a distinção entre a práxis da psicanálise e da medicina, será usada como estratégia para identificar os diferentes discursos que circulam na assistência ao paciente oncológico, em tratamento paliativo, e o modo como cada discurso lida com a subjetividade.

A psicanálise, segundo Nogueira (2004), é uma pesquisa que tem como método de investigação a associação livre, sendo a exposição de casos clínicos o meio de transmissão sobre o percurso da pesquisa. Desta maneira, a fim de responder a questão suscitada a partir de minha experiência clínica, optou-se pelo estudo de caso clínico. Bianco (2003) aponta que a pesquisa nessa área é sustentada pela singularidade de cada caso, desta maneira, optou-se por realizar o trabalho a partir de um caso clínico. O caso selecionado para essa pesquisa foi escolhido, pois evidencia que, num contexto marcado pela transitoriedade, é possível o

deslocamento da demanda médica para a demanda do sujeito e o estabelecimento da transferência, apontando para a possibilidade da escuta analítica.

Para o estudo de caso clínico de Cândida foram utilizados os três níveis de construção do caso proposto por Nogueira (2004): o nível do registro dos atendimentos; o nível da conceitualização, que possibilita a articulação da teoria com o caso clínico; e o nível matemático, onde símbolos abstratos, que representam conceitos psicanalíticos, buscam transmitir o que não pode ser ensinado sobre a experiência singular da análise, como os matemas dos discursos. O percurso desse trabalho de pesquisa foi organizado da seguinte maneira:

O primeiro capítulo intitulado “A psicanálise aplicada em instituição de saúde” tratou inicialmente da psicanálise aplicada na instituição de saúde e da teoria dos discursos de Lacan que estabelece a estrutura dos laços sociais a partir de quatro discursos: o discurso do mestre, o discurso da histórica, o discurso do analista e o discurso do universitário. Figueiredo e Alberti (2006) referem que a teoria dos quatro discursos de Lacan, discursos entendidos como diferentes formas de articular os campos do sujeito e do Outro, ou seja, com o código da linguagem, pode orientar o trabalho do profissional com referencial psicanalítico na instituição.

No segundo capítulo denominado “O ser falante e a morte” buscou-se examinar o tratamento dado à morte pela psicanálise. Desta maneira, foi abordado inicialmente o sujeito de que trata a psicanálise, a partir da afirmação de Freud (1915a/1980) de que no fundo ninguém crê em sua própria morte. Para a psicanálise, a morte refere ao real, ou seja, ao impossível de se simbolizar, desempenhando uma função no psiquismo. Foi apresentado também o surgimento de novas perspectivas no campo psicanalítico a partir da elaboração do conceito de pulsão de morte, possibilitando o delineamento de um campo que foi nomeado por Lacan como campo do gozo. Os conceitos de pulsão de morte e de gozo evidenciam que a

morte é concebida pela teoria psicanalítica como intrínseca ao sujeito. A psicanálise não trata da morte do corpo orgânico, desta maneira, não se pode afirmar apenas que a vida leva à morte, pois, a partir do significante, a morte, enquanto falta, pode levar à vida.

O gozo e a feminilidade foram abordados no terceiro capítulo. Sendo a elaboração teórica lacaniana sobre o gozo extensa, os seis paradigmas do gozo propostos por Miller (2000) conduziram à delimitação das vertentes que orientaram o tratamento desse tema. A partir do paradigma cinco e seis, ou seja, do gozo discursivo e do paradigma da não-relação, foi possível abordar as duas vicissitudes do significante, a mortificação e vivificação do corpo, e seus efeitos de gozo. Pôde-se abordar o enigma da feminilidade que mobilizava Cândida a partir do campo do gozo, articulando com o que Lacan nomeou como um mais além do Édipo.

No quarto capítulo foi abordado o estudo de caso como metodologia de pesquisa da clínica psicanalítica e apresentados fragmentos do caso de Cândida, visando articulá-lo com a teoria dos discursos de Lacan. Buscou-se distinguir os diferentes discursos implicados na assistência ao paciente oncológico em tratamento paliativo e suas repercussões, permitindo uma reflexão sobre as possíveis contribuições da psicanálise nesse contexto.

Nas considerações finais, os deslocamentos realizados através da pesquisa foram retomados, permitido apontar as possibilidades e limites de uma práxis respaldada pela psicanálise num contexto onde a questão do tempo se evidencia, pois, em oposição à *a*-temporalidade do inconsciente, uma doença progressiva deixa marcas da debilidade do corpo, sinalizando que o tempo falta.

II. A PSICANÁLISE APLICADA EM INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

[...] quanto mais alguém se oferece para dar conta do impossível, mais cai na impotência.
Lambert (2003, p. 49).

A morte refere ao impossível de ser apreendido ou evitado, entretanto, em algumas doenças a inscrição gradual de diversos sintomas no corpo evidencia sua presença. Nesse contexto, quando a equipe de saúde sente-se convocada a conter esse impossível, termina confrontando-se com a impotência. A psicanálise, em contrapartida, é um discurso que concebe essa impossibilidade como inerente ao ser falante, buscando lidar com o limite ao invés de tentar detê-lo. Deste modo, pode-se conceber que a psicanálise aplicada na instituição de saúde voltada para a assistência aos pacientes oncológicos em tratamento paliativo possa trazer contribuições a essa práxis.

Tanto Freud quanto Lacan não concebiam a psicanálise restrita ao consultório. Freud (1919a/1980), além de refletir sobre a sociedade a partir da psicanálise, propôs a criação de organizações que pudessem tratar, a partir desse referencial teórico, a neurose que atinge amplamente a população. Lacan, por sua vez, atuava em hospital psiquiátrico orientado pela psicanálise e expressava a importância da psicanálise no mundo, como demonstram os documentos relacionados à organização da Escola Francesa de Psicanálise, fundada por ele.

No “Ato de fundação”, Lacan (1964b/2003) propõe a constituição de três seções responsáveis pela orientação dos trabalhos da Escola. Uma seção seria responsável pelo que Lacan nomeia de práxis da teoria, ou seja, a partir da ética da psicanálise fazer um levantamento crítico das produções em psicanálise e realizar articulações com áreas afins. As outras duas seções, de psicanálise pura e de psicanálise aplicada, visariam à práxis, a primeira direcionada à formação de analista e a segunda à aplicação da psicanálise na psiquiatria. É interessante destacar que Lacan (1964b/2003) propõe a participação de médicos na seção de

psicanálise aplicada, independente de serem sujeitos psicanalisados, permitindo uma interlocução com o saber da medicina ao abordarem questões relacionadas ao exame clínico, definições nosográficas e o projeto terapêutico. Campos (2003, p. 37) refere que, ao buscar a clínica médica como interlocutora, Lacan “[...] coloca à prova as estruturas e as categorias que sustentam a práxis lacaniana”.

Na “Proposição de 9 de outubro de 1967 - Sobre o psicanalista da Escola”, Lacan (1968/2003) visa contribuir no entendimento do que é feito com a psicanálise nas instituições, ao fazer a distinção entre psicanálise em intensão¹ e psicanálise em extensão. Segundo ele, a psicanálise em extensão seria a possibilidade de presentificar a psicanálise no mundo a partir dos seus referenciais teóricos e de sua ética, enquanto que a psicanálise em intensão é a didática, no sentido em que prepara os operadores, ou seja, forma os analistas. A psicanálise em extensão, ou psicanálise aplicada à terapêutica, possibilita a experiência do inconsciente e do sujeito do desejo, porém o analisando não atravessa a fantasia e não terá como efeito da análise tornar-se um analista. As diferenças estabelecidas entre a psicanálise em intensão e psicanálise em extensão referem-se ao objetivo final do processo analítico, entretanto, a direção ou condução do tratamento se mantém tanto na psicanálise que visa formar um analista, quanto na aplicação da psicanálise numa instituição de saúde.

A inserção de profissionais com formação em psicanálise em instituições de saúde tem convocado a apreensão da distinção entre a práxis da psicanálise e da medicina e, de modo concomitante, a reflexão sobre os princípios da prática analítica diante dos novos contextos de sua aplicação, demandados pela psicanálise em extensão. Campos (2003) afirma que a psicanálise e a medicina são indissociáveis na medida em que referem ao humano e ao seu corpo, entretanto, paradoxalmente, são campos inconciliáveis, pois concebem o corpo e o humano a partir de perspectivas próprias.

¹ Lacan, no decorrer do seu ensino, utilizou neologismos a fim de transmitir aspectos importantes da psicanálise. O termo intensão remete tanto à intensidade quanto à intenção, ou seja, propósito e intento de possibilitar a formação do psicanalista.

A experiência clínica com as histéricas convocou Freud a rever a concepção de corpo proposta pela clínica médica orientada pelo método anatomopatológico, evidenciando que, no humano, existe um além da anatomia. A anatomia refere aos órgãos que têm seus tecidos e funções geneticamente programados, estabelecendo um funcionamento orientado pelo instinto. Entretanto, na perspectiva psicanalítica, no humano ocorre uma ruptura com relação ao instinto. Pode-se exemplificar essa questão a partir dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, quando Freud (1905a/1980) evidencia que a sexualidade humana não é orientada apenas em relação à função biológica da reprodução, existindo diversos desvios, tanto com relação ao objeto, como ao objetivo sexual. Para abordar esse desvio da programação biológica, Freud (1905a/1980, p. 171) cria o conceito de pulsão e formaliza nesse texto da seguinte forma:

Por pulsão deve-se entender provisoriamente o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com um estímulo que é estabelecido por excitações simples vindas de fora. O conceito de pulsão é assim um dos que se situam na fronteira entre o psíquico e o físico [...] no que concerne à vida psíquica deve ser considerado apenas como uma medida da exigência de trabalho feita à mente.

Lacan (1964a/1990) retoma o conceito de pulsão proposto por Freud, estabelecendo-o como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, sendo os outros conceitos: o inconsciente, a repetição e a transferência. A pulsão é uma montagem de quatro termos: impulso (*drang*), alvo (*ziel*), objeto (*objekt*) e fonte (*quelle*). Lacan (1964a/1990) afirma que é possível evidenciar em cada termo que a pulsão não refere ao corpo concebido enquanto biológico e de sua regulação pelo instinto, mas ao corpo submetido ao simbólico, ou seja, ao campo da linguagem. Sendo assim, retomaremos brevemente os quatro termos da pulsão:

A pressão ou impulso da pulsão é uma força constante que ininterruptamente convoca o trabalho do aparelho psíquico, sendo uma excitação interna. Lacan (1964a/1990, p.

157) afirma que “A constância do impulso proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo [...] ela não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, que ela não tem subida nem descida”.

A fonte é o processo somático cuja excitação é representada no psiquismo pela pulsão, constituindo as zonas erógenas, que independem da zona genital. Lacan (1964a/1990) refere que as zonas erógenas são reconhecidas em pontos com estrutura de bordas.

O alvo consiste na satisfação da pulsão. Freud (1905a/1980) refere à existência de diferentes caminhos que visam à satisfação da pulsão, porém, a satisfação é sempre parcial, sendo possível, inclusive, uma satisfação inibida quanto ao seu alvo, como no caso da sublimação. Esse tipo de satisfação é impensável para uma função biológica.

O objeto é o que há de mais intercambiável e indiferente numa pulsão, não existindo uma ligação entre pulsão e objeto, como existe entre a necessidade de comer e o objeto alimento. Lacan (1964a/1990) afirma que no registro da pulsão o alimento não é o que satisfaz a boca, mas o próprio prazer da boca.

Buscando apreender a constituição da pulsão no ser falante e suas repercussões, Brousse (1997) refere que no humano a satisfação da necessidade depende da interpretação de alguém, sendo assim, precisa passar pelo significante através da demanda que é interpretada pelo Outro. Dessa forma, no humano as tendências biológicas que têm objetos pré-determinados, ao serem afetadas pelo significante, são pluralizadas, não existindo nenhum objeto que possa satisfazê-las, diferente do animal onde o instinto estabelece o objeto de satisfação.

O corpo, para a psicanálise, é indissociável do significante e de seus efeitos de gozo. Desta maneira, Valas (2001) refere que a carne, a partir do verbo, se faz corpo. Essa mudança de concepção do estatuto do corpo enfoca os significantes, afetando e recortando o corpo segundo uma anatomia erótica, particular a cada sujeito, diferente da anatomia da

neurobiologia. Assim sendo, para a psicanálise o corpo é apreendido enquanto corpo pulsional.

Soler (1989) refere que os efeitos desse ordenamento do corpo pelo discurso evidenciam-se na infância. Quando o adulto pergunta à criança enferma onde doi, ela pode responder por uma localização vaga de superfície. À medida que o Outro vai nomeando os órgãos, a criança passa a soletrar seus órgãos. Desta maneira, é “[...] pelo verbo, sem imagem e sem sinestesia, quando eles [os órgãos] entrarão em seu discurso” (SOLER, 1989, p. 9).

A particularidade da psicanálise é perceber que a linguagem, ao tempo em que nos constitui como ser falante, afeta o corpo deixando marcas, sendo assim, o sintoma para a psicanálise não refere apenas ao corpo biológico, como é posto na medicina. Quinet (2000) refere que o sintoma para a psicanálise revela a verdade do sujeito, dessa maneira, não é possível indicar um significado patológico ou generalizável. Para a medicina o sintoma indica a existência de uma doença que tem algum substrato orgânico, sendo possível, a partir de um conjunto de sintomas, definir uma patologia. Desta maneira, a doença é considerada como algo estranho que afeta o doente. Na perspectiva da psicanálise, é impossível dissociar a doença do doente.

O caso de Cândida evidencia como a doença pode ser apreendida de diferentes modos. Cândida, embora tenha dedicado sua vida religiosa a prestar serviços em um hospital, formula, em uma sessão, a questão: “o câncer é contagioso?”. Fux (2003) afirma que para a psicanálise toda pergunta contém em si uma resposta, sendo que cada demanda dirigida ao analista refere ao enigma que surge para o ser humano por habitar a linguagem: o sexo e a morte. Partindo desses princípios, questiono o que ela pensa sobre isso. Associa o câncer ao cancro, doença que sua mãe sempre alertava sobre os perigos, por ser sexualmente transmissível, decompondo o corpo em vida.

Existe um hiato entre a concepção de câncer elaborada pelo discurso da medicina e como Cândida abordou essa doença. No discurso da medicina o câncer é definido como uma doença decorrente de alterações genéticas que possibilitam a uma célula do organismo multiplicar-se desordenadamente e invadir outros tecidos e órgãos, através de metástases. Cândida relata suas fantasias referentes ao câncer/cancro, onde a sexualidade e a morte se fazem presentes. Deste modo, é possível retomar a afirmação de Lacan (1973/1985, p. 47) de que “[...] o significado não tem nada a ver com os ouvidos, mas somente com a leitura, com a leitura do que se ouve de significante [...]. O significado é efeito do significante”.

Pelo exposto, podemos apontar a importância do discurso analítico numa instituição de saúde, possibilitando que o corpo seja tratado para além do biológico. As contribuições da psicanálise na área de saúde não se restringem à psiquiatria, na medida em que possibilita a orientação da clínica em hospitais gerais e, no meu caso, numa clínica de oncologia. É importante evidenciar que numa instituição de saúde circulam diferentes modos de liame social, abordados por Lacan (1970/1992) através da elaboração da teoria dos discursos.

Partindo dessa teoria, Clavreul (1978/1983) abordou as distintas maneiras como a psicanálise e a medicina apreendem o sujeito e o adoecer e, desse modo, as repercussões na práxis dos diversos discursos. A importância dos discursos na orientação do trabalho conduzido a partir do referencial psicanalítico em instituições também foi destacada por Figueiredo e Alberti (2006). Com o intuito de avançar a pesquisa nessa direção, proponho abordar a teoria dos discursos.

II.1 TEORIA DOS DISCURSOS: UMA ESTRATÉGIA PARA ABORDAR A PSICANÁLISE APLICADA

Lacan inicia o seu ensino apontando que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e, com o decorrer de seu percurso, evidencia que as relações humanas também são organizadas a partir da lógica do significante. Gradativamente as modificações introduzidas no seu ensino conduziram à elaboração da teoria dos discursos que não privilegia o significante ao afirmar que as relações são permeadas pelo gozo. O gozo é definido por Lacan (1966/2001) como algo que não se inscreve no simbólico, sendo da ordem de uma tensão que refere a um mais além do princípio do prazer.

O percurso do ensino de Lacan, segundo Quinet (2005), pode ser dividido em dois campos operatórios: o campo da linguagem, que se refere ao universo dos significantes, e o campo do gozo. Embora os campos não sejam mutuamente excludentes, cada um deles funciona a partir de uma lógica própria. No campo da linguagem o termo discurso se refere à fala, enfatizando a conjunção entre o dito e o dizer, dessa forma, o significante é destacado (QUINET, 2005). Enquanto o campo do gozo evidencia que o discurso é sem palavras, sendo compreendido como o que estrutura o laço social, ou seja, diferentes formas de atos, condutas ou manifestações marcando distintas maneiras de tratamento do gozo na ligação que o sujeito estabelece com o Outro (QUINET, 2005). Os discursos elaborados por Lacan (1970/1992) no decorrer do Seminário XVII “O avesso da psicanálise” situam-se no campo operatório do gozo e são estruturados a partir de quatro lugares:

FIGURA 1: LUGARES DO DISCURSO

Fonte: Lacan (1970/1992, p. 87).



Lacan (1973/1985, p. 45) afirma que “Cada realidade se funda e se define por um discurso”, sendo que quatro estruturas discursivas são formadas pela rotação de quatro letras (S_1 , S_2 , $\$$ e a) nos quatro lugares fixos que estruturam o discurso. O $\$$ representa o sujeito do inconsciente, dessa forma, é um sujeito sem substância que emerge no discurso, na articulação entre dois significantes ($S_1 \longrightarrow S_2$), ficando sempre um resto que não pode ser simbolizável (a). O sujeito ($\$$) é concebido como dividido em decorrência de sua inserção na linguagem, ou seja, “[...] nenhum significante dá conta de dizer o que é o sujeito, pois algo sempre escapa” (SANTOS, 2002, p. 169). O S_1 é o significante mestre, um significante que se desprende dos significantes do Outro, tornando-se uma referência singular para o sujeito (JORGE, 2002). O S_2 é o conjunto dos significantes do campo do Outro, ou como coloca Jorge (2002), o saber do Outro, distinguindo-se dos outros significantes que possuem valor de S_1 para o sujeito. O objeto a marca o furo que existe na estrutura da linguagem, constituindo a possibilidade da existência do desejo. As quatro estruturas discursivas propostas por Lacan (1970/1992) são:

FIGURAS 2 – MATEMAS DOS DISCURSOS

Fonte: Lacan (1970/1992, p. 27).

Discurso do Mestre

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

Discurso do Analista

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

Discurso da Histórica

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

Discurso do Universitário

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

O discurso do mestre refere à dialética do Senhor – Escravo que Lacan retoma da “Fenomenologia do Espírito” de Hegel (LACAN apud SOUZA, 2003). Nesse discurso, segundo Lacan (1970/1992), o significante interveniente (S_1) atua no campo dos outros significantes (S_2) fazendo surgir, no lugar da verdade, de forma velada, o sujeito enquanto dividido ($\$$). Desta operação algo se perde, não conseguindo ser simbolizável, sendo

representado pelo objeto *a*. Sendo o discurso que evidencia a impossibilidade de governar, a intervenção do significante mestre (S_1) busca a univocidade de sentido a fim de apagar a alteridade. Dessa forma, exclui a singularidade de cada sujeito, porém, o produto dessa intervenção marca que algo escapa ao discurso totalitário (SANTOS, 2002).

O discurso do universitário tem como agente o saber (S_2), enquanto conhecimento organizado e acumulado, que se sustenta a partir do significante mestre (S_1), ou seja, nos índices de confiabilidade de seus autores (ALBERTI, 2002), que se dirige ao outro como objeto que pode ser apreendido pelo saber universitário. Jorge (2002) refere que o discurso do universitário busca tudo saber, criando procedimentos burocráticos para sustentar uma prática, havendo um apagamento do sujeito (\$).

Diferente dos outros dois discursos, o agente do discurso da histórica é um sujeito (\$) que, por ser dividido pelo sintoma, move-se pelo desejo de saber. A histórica demanda ao outro enquanto mestre (S_1) que trabalhe e produza saber (S_2) sobre o sintoma. A verdade intrínseca a esse discurso é o real (*a*) que causa o sofrimento. Alberti (2002, p. 47) refere que no discurso histórico o sujeito interroga o mestre “[...] sustentado pela verdade de um saber que não se sabe [...]” visando produzir o saber.

O único discurso em que o agente se dirige ao outro enquanto sujeito é o discurso do analista. Segundo Jorge (2002), o que sustenta esse discurso é o saber (S_2) articulado à verdade do inconsciente, diferente do saber associado ao conhecimento. Lacan (1970/1992), ao reler a teoria de Freud, assinalou que o psicanalista deve ocupar a posição de semblante² de objeto *a* para instalar o discurso do analista. Isso quer dizer que, ao não responder à demanda do paciente, situa-se como objeto causa de desejo, instaurando o Sujeito-suposto-Saber (SsS)

² Semblante, segundo Rubião (2006), é um conceito que surge no ensino lacaniano após a formalização da teoria dos discursos, revelando o domínio do parecer, ou seja, da impossibilidade de representar algo, apreender sua essência, instituído pelo significante. A autora afirma que “Ao interceptar os registros do simbólico e do real, os semblantes nos revelam algo da verdade de um sujeito, o seu substrato de ser” (RUBIÃO, 2006, p. 266).

e, desse modo, permitindo ao analisando, através da associação livre, interrogar o seu desejo e produzir significantes que referem à sua singularidade (S_1).

Para Lacan (1970/1992), os discursos não tratam de uma relação intersubjetiva, mas a maneira como cada sujeito se relaciona com o Outro, ou seja, com o código da linguagem. Dito de outra maneira, como cada sujeito do inconsciente (\$) lida com sua singularidade (S_1) e se posiciona frente ao saber do Outro (S_2), implicando numa forma particular de suportar o real, objeto a , e, com isso, estabelecer relacionamentos que visam governar, ensinar, analisar ou fazer desejar.

Além desses discursos designados como radicais, Lacan (1970/1992) refere que a ciência tem possibilitado modificações no discurso do mestre alterando o lugar do saber e, dessa maneira, gerando uma nova estrutura discursiva denominada de discurso capitalista. No discurso do mestre é o escravo que possui o saber fazer, entretanto, no decorrer da história do conhecimento, houve uma extração de saber do escravo que foi transmudado em saber do senhor, ou seja, um saber teórico. Souza (2003) afirma que essa modificação gerou um aparelho de saber para o mestre, possibilitando que o saber passe a “[...] circular no mercado com valores especiais de troca, de uso e ainda agregado de um certo poder” (SOUZA, 2003, p. 135).

Segundo Souza (2003), o discurso capitalista foi citado diversas vezes por Lacan, porém, a sua formulação ocorre apenas uma vez, em 1972, numa jornada de trabalho em Milão. Para escrever esse discurso, Lacan altera o discurso de mestre comutando os termos do lado do sujeito, mantendo o outro lado inalterado.

FIGURA 3 – CONSTRUÇÃO DO DISCURSO CAPITALISTA



O sujeito ocupa o lugar de agente no discurso capitalista, assim como no discurso da histórica, entretanto, uma nova maneira de lidar com a divisão subjetiva se apresenta nessa estrutura discursiva. Enquanto a histórica evidencia a divisão subjetiva através do sintoma, convocando o Outro a produzir algo que possa dar conta da castração, no discurso capitalista o sujeito acredita que, tendo acesso ao saber, é possível obter satisfação numa relação direta com o objeto mais-de-gozar. Souza (2003, p. 139) afirma que: “[...] no discurso do capitalista, Lacan sugere um certo tipo de rejeição da castração, em todos os campos do simbólico [...] que vem determinar no sujeito a suspensão de sua divisão subjetiva”. No âmbito da medicina o discurso capitalista tem sua incidência, criando a expectativa da existência de algum tratamento capaz de evitar a morte.

Uma leitura da clínica psicanalítica pode ser realizada através dos discursos elaborados por Lacan, deste modo, Carrabino (2006) propõe abordar a mudança da demanda no decorrer do processo analítico a partir dessa teoria. A relação analítica inicia-se a partir do discurso do mestre quando, através de uma demanda de ajuda, o paciente apresenta-se representado em um significante. Como por exemplo, “sou ansioso”, esperando que o Outro, que supõe o saber (S_2), possa produzir a resposta sobre o seu sofrimento. O analista, acolhendo essa demanda sem respondê-la, a partir do referencial do discurso do analista, pode possibilitar a histerização do discurso, ou seja, fazer com que o paciente passe a se questionar e se implicar no seu sintoma, entrando no discurso da histórica. A transição do discurso do mestre para o discurso da histórica reflete na mudança da demanda de ajuda para demanda de análise.

No contexto hospitalar, a demanda é dirigida ao saber médico, sendo o encaminhamento para o ambulatório de psicologia, geralmente, realizado pela equipe de saúde. Nesse ambulatório, inicialmente, o paciente demanda ser escutado, fazendo com que os atendimentos permitam a catarse, ou seja, a expressão dos afetos associados ao momento que

vivência. É necessário um tempo de fala e o manejo da transferência para que algum saber seja suposto ao analista e o paciente elabore sua própria demanda, diferente da demanda do encaminhamento da equipe, a partir da qual possa começar a se implicar no seu sofrimento. É importante destacar que, na maioria das vezes, o encaminhamento ocorre quando é dirigida à equipe uma demanda que ultrapassa os objetivos propostos pelo discurso da medicina. Dessa forma, na clínica de oncologia, frente ao real da morte para o qual não existem recursos na medicina para lidar, outros saberes são convocados, dentre eles a psicanálise.

Na clínica de oncologia, como em qualquer contexto humano, as relações são construídas e estruturadas pela linguagem estabelecendo diferentes discursos; dessa forma, é importante verificar quais estruturas discursivas ocorrem na assistência ao paciente oncológico em tratamento paliativo e os seus efeitos de significação. Nesse contexto, a psicanálise é convocada a lidar com o real da morte, ou seja, como a impossibilidade do sujeito em representar a própria morte. Essa impossibilidade permitiu a Freud (1915a/1980) apontar que só se tem acesso à morte a partir da morte do outro. A ausência de significante referente à morte do sujeito pode ser abordada a partir de Lacan como a morte no registro do real. Deste modo, torna-se imprescindível situar como a psicanálise trata a morte e quais as repercussões dessa concepção na clínica.

III. O SER FALANTE E A MORTE

O impulso de vida e o impulso de morte habitam lado a lado dentro de nós.
Freud (1926/2008, p. 20).

Para Freud (1920/1980), a morte é inseparável da vida, sendo que a vida surge do inanimado e tende a voltar a ele. Embora a morte seja inerente ao ser vivo, para o ser falante, tanto a vida quanto a morte constituem questões que mobilizam poetas, filósofos, cientistas e religiosos a produzirem textos buscando dar conta desses enigmas.

Loffreda (2003) aponta o seguinte paradoxo: o reconhecimento da finitude marca o surgimento da vida humana enquanto tal. Muito antes dos desenhos nas paredes das cavernas e dos hieróglifos mais antigos, o surgimento de um saber sobre o limite fez com que o humano passasse a produzir sinais significativos da presença de uma ausência: as tumbas.

A entrada do significante no mundo permitiu o começo do fenômeno humano e, simultaneamente, implicou o fim de seu pertencimento ao mundo da natureza (LOFFREDA, 2003). O mundo humano passa a ser um mundo marcado pelo simbólico, permitido construções de sentido. Garcia-Rosa (1986) refere que o uso da linguagem permite uma metamorfose no real, construindo um mundo distinto do mundo animal, desta maneira, o homem “Estrangeiro pela palavra [...] procurou ordenar o caos criando modelos para os acontecimentos presentes e futuros” (GARCIA-ROSA, 1986, p. 27).

A morte, para Lacan (1956/1995), é o limite do significado que jamais é alcançado pelo humano, sendo uma condição absoluta e insuperável da existência. Entretanto, o humano continua buscando explicações para o inexplicável da morte. Loffreda (2003) afirma que tradicionalmente existem dois caminhos para lidar com a morte. Para algumas pessoas a ciência pode ser um meio de compreender e, quem sabe, superar a morte. A religião seria

outra opção para lidar com a morte. Nesse caso, a fé permite crer que a chave para esse enigma está fora do alcance do homem, pertencendo a um ser superior.

Como afirma Elias (1983/2001), entre as criaturas que morrem na terra, a morte é uma questão apenas para o humano, pois, por estar inserido na linguagem, confronta-se com sua finitude. Se o mundo simbólico permite antecipar a morte, também oferece meios para lidar com essa questão. Cada sujeito inserido em uma cultura constroi uma resposta singular para suportar algo que é incognoscível, fazendo com que a intensidade do mal-estar diante da morte seja influenciada pelos seus recursos simbólicos e pelo contexto histórico em que vive.

III.1 PSICANÁLISE E MORTE

Para situarmos de que maneira a psicanálise lida com a morte, é importante abordar de que sujeito trata a experiência psicanalítica. Cirino (2001) refere que o conceito de sujeito foi elaborado no decorrer do ensino de Lacan, possibilitando a distinção entre o indivíduo, o eu e o sujeito.

O indivíduo refere ao organismo que se desenvolve através de processos de maturação, visando, através do comportamento, à adaptação ao meio. Desta maneira, o indivíduo é definido como uma unidade indivisível.

As manifestações do inconsciente, como sonhos, atos falhos e chistes, evidenciam a existência de uma divisão subjetiva, onde o eu não reconhece o seu ato ou seu dito. Esse desconhecimento que surge na experiência clínica impôs a Freud a elaboração do conceito de inconsciente, que segundo Lacan (1960/1998) subverte a concepção de subjetividade, havendo a necessidade de distinguir o eu do sujeito.

Lacan (1949/1977) refere que o eu surge a partir da experiência da criança que ainda não adquiriu sua maturidade neurofisiológica, porém consegue antecipar uma unidade corporal a partir do reconhecimento de sua imagem no espelho. Sendo uma dimensão imaginária do psiquismo, o eu é uma antecipação de uma unidade que naquele momento inexistente, sendo, portanto, uma ficção que visa dar consistência ao corpo. Essa experiência é nomeada como estágio do espelho e é descrita como “[...] um drama cujo impulso interno se precipita da insuficiência à antecipação [...] de uma imagem retalhada do corpo a uma forma que chamaremos ortopédica da sua totalidade [...]” (LACAN, 1949/1977, p. 25). Esse descompasso, entre a vivência da criança de um corpo fragmentado e a identificação com uma imagem completa do espelho, faz surgir o que Lacan denomina de “ciúme primordial”.

Fink (1998) refere que a criança consegue reconhecer a imagem no espelho como sua a partir do momento em que a linguagem presentifica-se, antes mesmo da capacidade da criança falar. Embora o eu seja uma função que se constitui na dimensão imaginária, a internalização pela criança das imagens especulares e das imagens de como ela é vista pelo Outro parental só é possível em função da ordem simbólica. Essas imagens fundem-se, fazendo surgir o eu como uma sedimentação de imagens ideais, sendo um lugar de fixação e de ligação narcisista. De acordo com Sigal (s/d), a criança aliena-se nessas imagens constituindo o eu como sede do desconhecimento, possibilitando a ilusão de completude e velando a fragmentação; desde modo, ela afirma que “[...] o ser do sujeito não se esgota no eu, este não é mais que uma miragem” (SIGAL, s/d, s/p).

O sujeito é compreendido por Lacan (1960/1998) como efeito do simbólico, sendo o que ultrapassa o enunciado, evidenciando um além e um aquém do que se pretende dizer. Dessa forma, é sempre pontual e surge nas contradições do discurso ou quando o eu não se reconhece no seu ato, denunciando a dimensão inconsciente do humano. A inserção na ordem simbólica faz com que, na relação de um significante com um outro significante, resulte o

surgimento do sujeito. A relação entre sujeito e inconsciente é estabelecida por Lacan (1964a/1990, p. 142) ao afirmar que “O inconsciente, são os efeitos da fala sobre o sujeito, é a dimensão em que o sujeito se determina no desenvolvimento dos efeitos da fala, em consequência do que, o inconsciente é estruturado como uma linguagem”.

Sauret (2008) refere que o sujeito só pode ser representado pela linguagem, sendo que “O real do sujeito constitui um furo no saber” (SAURET, 2008, p. 25). O efeito no humano do aparelhamento da linguagem é o surgimento do sujeito sem substância que emerge no discurso, porém, algo deixa de ser apreendido pela linguagem, constituindo o que Lacan nomeou como objeto *a*, objeto causa de desejo. É em torno dessa falta estrutural fundada pela linguagem que a subjetividade se organiza.

Após a distinção entre o indivíduo, o eu e o sujeito, é possível constatar no trabalho de Freud (1915a/1980) a existência de diferentes atitudes diante da morte, dependendo do referencial utilizado.

Tendo como referência o indivíduo, a morte pode ser compreendida como o colapso dessa unidade, sendo compreendida como um processo natural que acontece em todos os seres vivos. A medicina busca lidar com a morte dessa maneira, como morte biológica, não tratando da dimensão da falta e de enigma que a finitude institui para a subjetividade. Segundo Teixeira (2008), a subjetividade para a psicanálise constitui-se a partir da linguagem, do inconsciente, das pulsões e dos laços sociais, sendo inerente ao ser falante, deste modo, no humano a concepção de morte é afetada pelo significante.

As diferentes maneiras com que o eu tende a lidar com a morte são influenciadas pelas convenções estabelecidas pela cultura. Entretanto, de acordo com Freud (1915a/1980), existem diversas situações que assinalam a dificuldade humana em tratar da morte, tais como a tendência em buscar uma causalidade fortuita para o inexorável, a atitude de respeito e admiração diante de alguém que morreu e, finalmente, o sofrimento que se instaura pela perda

de uma pessoa próxima, em decorrência da perda de uma parte do eu que concebe o ser amado como uma parte de si.

A inclinação do ser humano em excluir a morte evidenciou para Freud (1915a/1980) a impossibilidade de subjetivar o próprio desaparecimento. Dessa maneira, afirma que “[...] no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (FREUD, 1915a/1980, p. 327). O inconsciente, segundo Freud (1915b/1980), desconhece o que é negativo, sendo constituído por representantes pulsionais que franqueiam a contradição mútua, desta maneira, torna-se impossível conceber a própria morte. Entretanto, assim como o homem primitivo, o inconsciente deseja a morte para os estranhos e inimigos, buscando livrar-se de alguém que é percebido como rival. Com relação à pessoa amada, existe uma atitude de ambivalência, pois, apesar do investimento libidinal, há nesse outro algo estranho, que o inconsciente deseja eliminar.

Além dessas distintas atitudes diante da morte, a teoria psicanalítica aborda a função da morte, concebida como perda, no psiquismo. No texto “Sobre a transitoriedade”, também publicado em 1915, Freud refere que diante da efemeridade das coisas, geralmente, as pessoas apresentam duas tendências: ou vivenciam um luto antecipatório ou se revoltam contra a possibilidade da perda, buscando negá-la. Contudo, ele aponta que a possibilidade de perder aumenta o valor do que pode desaparecer, ao afirmar que “O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição” (FREUD, 1915c/1980, p. 345).

Birman (2005) retoma Freud e propõe uma gramática da perda. A perda de um objeto, independente de ser um objeto concreto ou ideal, gera um sofrimento psíquico por provocar uma ferida na economia do narcisismo. O sujeito depara com o seu limite e é convocado a rever, no campo do imaginário, sua relação com o objeto perdido, questionando

sua responsabilidade na perda do objeto. Nesse processo, surge a culpa, fazendo com que o sujeito passe a questionar sua contribuição para que a perda ocorresse e como poderia evitá-la. A resolução desse impasse depende da possibilidade do sujeito acolher a perda, reconhecer a sua responsabilidade, para, então, conseguir simbolizá-la. O trabalho de luto envolveria a incorporação, a introjeção e a identificação do objeto perdido, sendo descrito por Birman (2005, p. 72) da seguinte maneira:

[...] no tempo inicial desse trabalho, o sujeito procura incorporar o objeto no seu corpo, pretendendo afirmar que ele não se perdeu, já que foi inscrito no seu corpo. Em seguida, o objeto se inscreve no psiquismo sob a forma de imagem, sendo, então, devidamente introjetado. Finalmente, se o sujeito pode reconhecer que o objeto efetivamente se perdeu, esse se transformaria numa marca e num traço que se inscreveria definitivamente como um símbolo no seu psiquismo.

A gramática da perda evidencia o processo em que, a partir da perda do objeto, é possível a criação de um traço simbólico no psiquismo. É possível exemplificar esse processo a partir da relação seio-bebê abordado por Fink (1998). Na primeira satisfação da fome de um recém-nascido, o seio não se constituindo como um objeto, sendo impossível para ele distinguir o seio como algo externo. É a intermitência entre presença e ausência do seio, independente do controle do bebê, que o constitui como objeto separado e fora do controle da criança. A constituição do objeto implica na sua inscrição no registro simbólico, impossibilitando a repetição da experiência primeira do seio não separado da criança. Sobre esse processo, Fink (1998, p. 120) afirma que um:

[...] tipo de inocência é perdida para sempre, e o seio de fato encontrado daí em diante nunca é exatamente aquilo. O objeto *a* é o resto desse processo de constituição de um objeto, os restos que escapam ao domínio da simbolização.

Um dos pontos mais essenciais da experiência analítica, segundo Lacan (1956/1995), é a noção da falta de objeto, sendo o que move a relação do sujeito com o mundo. O reconhecimento da perda do objeto permite a sua inscrição simbólica no psiquismo.

Desta maneira, Birman (2005) refere que o psiquismo freudiano se constitui como um laboratório de criação e invenção simbólicas de objetos perdidos, sendo um aparelho de simbolização. Esse processo depende do sujeito acolher as perdas e assumir seus limites, sendo regulado pela experiência da castração.

A castração é uma das três formas de falta de objeto, abordadas por Lacan (1956/1995) no Seminário IV “A relação de objeto”, estando atrelada à noção da instituição de uma lei, ou seja, a um ordenamento significante, a partir do complexo de Édipo. A castração refere a uma dívida simbólica, sendo o falo o objeto imaginário que falta. O falo não refere ao órgão genital masculino, entretanto, à diferença anatômica entre os sexos que é elaborada psiquicamente pela criança através de uma construção imaginária do objeto fálico. Dor (1989) afirma que o falo imaginário exerce um papel central na dialética edipiana, promovendo uma operação simbólica que permite o surgimento da metáfora do Nome-do-Pai e a instituição do falo como significante do desejo. Uma abordagem mais detalhada sobre o complexo de Édipo e a metáfora paterna é realizada no capítulo três, que trata do gozo e da posição feminina.

A morte é abordada nos trabalhos com referencial teórico psicanalítico como castração, ou seja, como algo que impõe um limite ao humano. Rodrigues, G. V. (2000) refere que a inserção do homem no campo da linguagem instaura a morte como função que delimita uma perda ao apontar que nem tudo se inscreve no simbólico, e constitui um operador capaz de impulsionar a criação humana, que sempre emerge frente a algo com o qual o homem não sabe lidar. Desta maneira, Mucida (2004) menciona que Freud não se interessou pela morte biológica, da qual nada se pode falar, mas dos efeitos da intervenção do Outro, ou seja, da ordem simbólica, no campo da necessidade, fundando a pulsão que não obedece ao instinto de conservação, ou seja, à pulsão de morte.

III.2 PULSÃO DE MORTE: MUDANÇA DE PERSPECTIVA

Em “Mais além do princípio do prazer”, Freud (1920/1980) revê a sua hipótese inicial de um aparelho psíquico regulado pelo princípio do prazer, formulando o conceito de pulsão de morte a partir da compulsão à repetição de diversas situações que geram desprazer.

Até então o aparelho psíquico era concebido a partir da finalidade de buscar o prazer e evitar o desprazer. Todo aumento de tensão do aparelho psíquico é sentido como desprazer, enquanto o prazer corresponde à sua diminuição, proporcionada pela sua descarga, possibilitando o relaxamento. Partindo desse princípio, o aparelho psíquico visa manter a quantidade de excitação tão baixa quanto possível, sendo um princípio de constância.

Para diferenciar esse processo de uma resposta reflexa que busca a adaptação, é necessário retomar como ocorrem as primeiras experiências de satisfação do recém-nascido. Dor (1989) propõe descrever esse processo a partir do exame da satisfação alimentar. O recém-nascido experimenta uma tensão interna, que causa desprazer em decorrência da necessidade de alimento, gerando como descarga o choro e o grito. Nesse momento, o processo ocorre no registro puramente orgânico e o objeto, que visa à satisfação, é proposto sem que o bebê busque e sem que tenha uma representação psíquica dele. Desta maneira, a satisfação ocorre sem mediação psíquica, proporcionando prazer decorrente da redução da tensão gerada pela fome enquanto necessidade. Nesse instante, a imagem/percepção do objeto que gerou satisfação deixa um traço mnésico no aparelho psíquico.

Ao sentir novamente a tensão, o traço mnésico será reinvestido; desta maneira, após a primeira experiência de satisfação, a necessidade encontra-se ligada a uma representação mnésica de satisfação. Num primeiro tempo, quando a tensão retorna, o traço mnésico é reinvestido, proporcionando ao bebê uma satisfação alucinatória de desejo. Com a repetição sucessiva da experiência de tensão/satisfação, o bebê passa a distinguir a imagem

mnésica do objeto da realidade que satisfaz a tensão. Quinet (2000, p. 88) refere que o movimento do desejo ocorre no reinvestimento da imagem mnêmica do objeto que reconstitui a primeira satisfação, afirmando:

O desejo é o vetor que se desloca de um significante (S_1), representado pelo traço da excitação da necessidade de comer (a fome), para outro significante (S_2), representado pelo traço do objeto que a satisfaz (o seio): $S_1 \xrightarrow{d} S_2$.

Desta maneira, o desejo é concebido como o próprio deslizamento na cadeia significante, referindo a algo que sempre escapa de ser simbolizado.

A tendência em alucinar o objeto, com a finalidade de reproduzir a satisfação original e assim possibilitar o escoamento da tensão, foi considerada por Freud (1911/1980), inicialmente, como um dos processos mais primários do aparelho psíquico, nomeando como princípio do prazer. A ausência da satisfação esperada e o desapontamento experimentado por essa via convocam o aparelho psíquico a considerar as circunstâncias do mundo externo, dando origem ao princípio da realidade. Desta maneira, o aparelho psíquico passa a acumular tensão e adiar a sua descarga, buscando no mundo externo os meios para escoar a tensão.

O princípio de realidade distingue o objeto alucinado do objeto do mundo externo e permite o estabelecimento de uma atividade psíquica orientada apenas pelo princípio do prazer: a fantasia (FREUD, 1911/1980). Desta maneira, segundo Valas (2001), no humano existe um ganho de prazer na própria alucinação da realização do desejo pela sua representação no sonho ou na fantasia, antes mesmo de conquistar os meios de encontrar o objeto na realidade. Sendo assim, o princípio de realidade prolonga a função do princípio de prazer, estando a serviço dele.

Essa concepção de funcionamento do aparelho psíquico foi revista a partir da experiência clínica. No lugar de dominância do princípio de prazer, Freud (1920/1980) propõe

uma tendência no sentido deste princípio, sendo que várias forças ou circunstâncias se opõem a essa direção.

O próprio princípio de realidade, ao propor uma tolerância temporária do desprazer, torna o caminho longo e indireto em direção ao prazer. Outra fonte de desprazer ocorre a partir do recalque de pulsões incompatíveis com o eu que, ao conseguirem obter, por caminhos indiretos, uma satisfação substitutiva, no lugar de gerar prazer passa a ser percebida pelo eu como desprazer. Freud (1920/1980, p. 21) afirma que “[...] todo desprazer neurótico é dessa espécie, ou seja, um prazer que não pode ser sentido como tal”.

Ao avançar nas suas pesquisas sobre os limites ao princípio de prazer, Freud (1920/1980) aborda circunstâncias em que ocorre uma compulsão à repetição de situações desagradáveis. Associa o surgimento da repetição a uma reação psíquica diante de uma situação externa inesperada, que ameace o eu. Pode-se relacionar essa situação ao encontro com algo inassimilável, que está relacionado ao trauma. Para exemplificar essas situações, Freud (1920/1980) aborda os sonhos nas neuroses traumáticas e as brincadeiras infantis.

Os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas têm como característica a repetição por diversas vezes da mesma situação que causa sofrimento ao paciente, embora, em vigília, ele não queira pensar sobre isso. O que precipita uma neurose traumática, para Freud (1920/1980), é o efeito surpresa, ou seja, confrontar-se com algo imprevisto.

Com relação às atividades lúdicas infantis, Freud (1920/1980) constata que o brincar não visa apenas à busca do prazer. Observando seu neto, verifica que ele ficava muito entretido num jogo que consistia em fazer os brinquedos irem embora. A criança, aos dezoito meses, atirava longe objetos e, com a expressão de interesse e satisfação, emitia o som “o-o-o-ó”, que foi compreendido, por Freud e a mãe da criança, como a palavra fort (embora). Num segundo momento, seu neto brincava com um carretel amarrado em um cordão. Ao lançar o objeto, que desaparecia de sua visão, falava “o-o-o-ó” (fort/embora), e, posteriormente,

puxando-o para si dizia “da” (ali). A brincadeira de desaparecimento e retorno era repetida diversas vezes pelo menino e, apesar do segundo ato estar mais relacionado ao prazer, muitas vezes, apenas o primeiro ato ocorria. Freud (1920/1980) interpreta essa brincadeira como uma tentativa de dominar de forma ativa a ausência e a presença da mãe, independente da situação ser agradável ou não. Freud (1920/1980, p. 28) supõe que “[...] o impulso para elaborar na mente alguma experiência de dominação, de modo a tornar-se senhor dela, pode encontrar expressão como um evento primário e independentemente do princípio de prazer”.

Lacan (1964a/1990), ao abordar a brincadeira do fort-da, coloca como fenômeno secundário a função de tamponar o efeito do desaparecimento da mãe, tornando-se um agente dele. O jogo aponta a função primária da hiância, introduzida pela ausência da mãe, convocando a criança a simbolizar.

A problemática da repetição de situações desagradáveis também emerge na clínica. O inconsciente insiste emergir na consciência ou em uma ação, porém, encontra a resistência do eu que provoca o recalque. A resistência do eu é regulada pelo princípio de prazer, pois evita o desprazer decorrente da liberação do recalcado. Nesses casos, não se contradiz o princípio de prazer, já que simultaneamente tem-se desprazer para um sistema e prazer para o outro. Entretanto, Freud (1920/1980) refere que o paciente não consegue recordar a totalidade do que foi recalcado, desta maneira, passa a repeti-lo como se fosse uma experiência atual. Essa reprodução tem como tema algo da vida sexual infantil e presentifica-se na relação transferencial. Nesses casos, muitas situações indesejadas e penosas são revividas não proporcionando prazer para nenhum dos sistemas. Deste modo, Freud (1920/1980, p. 34) constata que:

[...] a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais que desde então foram reprimidos.

A partir do exposto, Freud (1920/1980) propõe a existência de misteriosas tendências masoquistas do eu. O aparelho psíquico deixa de ser compreendido como orientado pelo domínio do princípio do prazer, pois tendências mais primitivas do que ele e dele independentes, evidenciadas pela compulsão a repetição, o dominam. Existe, então, um mais além do princípio de prazer.

A compulsão à repetição também se torna evidente em histórias de vida que apresentam situações que se repetem, dando a impressão da existência de um destino implacável, entretanto, verifica-se que o próprio sujeito constroi esse destino.

O caso de Cândida pode evidenciar esse destino implacável determinado pela compulsão à repetição. Nas sessões, Cândida narra diversos casos de mortes trágicas, contudo, uma situação particular é repetida em diferentes sessões: as noivas que se matam nas noites de núpcias. O enigma das noivas que morrem retorna ao abordar a origem de seu prenome, que refere à homenagem, da sua mãe, à noiva de seu irmão, que morreu antes do casamento. O prenome utilizado remete também ao nome de uma ordem religiosa. Aos 16 anos, Cândida decide torna-se freira e, na ordenação, a madre superiora escolhe o nome de uma jovem freira que havia morrido há pouco tempo.

O sentido dado à mudança de nome que acontece na ordenação visa representar a morte da religiosa para o mundo, denominado pela igreja como carnal, tornando-a noiva de Cristo. Desta maneira, Cândida torna-se, semelhante às noivas que se suicidam nas núpcias, uma noiva que, convocada a responder pelo seu desejo, opta pela morte, ficando alienada ao significante que a nomeou. Como Freud aponta, o “destino implacável” é uma construção do próprio sujeito orientado pela pulsão de morte.

A compulsão à repetição tem um caráter pulsional, entretanto, ao atuar independente do princípio de prazer, visa ao retorno ao inanimado (FREUD, 1920/1980). Essa pulsão, nomeada como pulsão de morte, orienta-se pelo princípio de inércia ou princípio de

Nirvana, um princípio mais primitivo do que o princípio de prazer, que tem como objetivo descarregar toda tensão do sistema. A hipótese de Freud (1920/1980) sobre o surgimento desse princípio parte da suposição de que a vida surge a partir de forças que permitem à substância inorgânica acumular tensão, ao invés de eliminá-la instantaneamente. Influências perturbadoras e desviadoras externas permitiram à substância viva realizar diversos desvios antes de chegar ao objetivo da vida, a morte, evitando uma espécie de curto-circuito. Freud (1920/1980, p. 56) afirma que “[...] tudo o que vive, morre por razões internas, torna-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que ‘o objetivo de toda vida é a morte’, e, voltando o olhar para trás, que ‘as coisas inanimadas existiram antes das vivas’”.

Dessa maneira, pode-se afirmar que, no referencial teórico da psicanálise, a morte é concebida como intrínseca ao viver. Sendo assim, essa perspectiva opõe-se à compreensão da morte como um fenômeno contingente, ou seja, como um acaso que talvez seja possível evitar. Freud (1926/2008, p. 20), em entrevista ao jornalista George Syvester, afirma:

[...] todo ser vivo, não importa quão intensamente a vida queime dentro dele, anseia pelo nirvana, pela cessação da ‘febre chamada viver’, anseia pelo seio de Abraão. O desejo pode ser encoberto por digressões. Não obstante, o objetivo derradeiro da vida é a sua própria extinção.

Garcia-Rosa (1999) refere o surgimento de um novo dualismo pulsional. A pulsão de morte age no sentido do apagamento das diferenças e, com isso, ao desaparecimento da unidade, enquanto a pulsão de vida conduz à construção de totalidades organizadas. A pulsão de vida encontra-se submetida ao simbólico, desta maneira, é ordenada a partir da rede de significantes, tornando-se visível a partir dos investimentos libidinais. A pulsão de morte é oculta e silenciosa, podendo ser remetida ao que não se inscreve no simbólico, ou seja, a dimensão de real proposta por Lacan.

Nesse novo dualismo, segundo Birman (2008), a sublimação, uma das vicissitudes da pulsão, passa a ser concebida como resultado do esforço da pulsão de vida contra a pulsão

de morte, deixando de ser apreendida apenas como a dessexualização da pulsão sexual, como Freud (1914a/1980) propõe no trabalho sobre o narcisismo. A sublimação, assim como a erotização, passa a ser um meio que visa tornar a vida possível para o sujeito ao buscar deter o trabalho silencioso da pulsão de morte com a criação de novos objetos para o investimento pulsional (BIRMAN, 2008).

Em “Mais além do princípio do prazer”, Freud (1920/1980) não distingue o princípio do prazer do seu mais além, denominado princípio de Nirvana, pois os dois estão a serviço da pulsão de morte ao visar à redução de tensão do aparelho psíquico, proporcionando, dessa maneira, prazer. Em “O problema econômico do masoquismo”, Freud (1924/1980) revê essa questão ao dissociar prazer e desprazer com relação à diminuição ou aumento de tensão, respectivamente. Sendo assim, passa a distinguir esses dois princípios. O princípio de Nirvana refere à tendência da pulsão de morte que tem como objetivo a redução quantitativa da carga de estímulo. O princípio de prazer refere a uma modificação do princípio de Nirvana em função da pulsão de vida, sendo orientado pelas exigências da libido. O princípio de realidade, por sua vez, refere a modificações no princípio de prazer em decorrência do mundo externo, visando suportar temporariamente o desprazer da tensão, adiando a descarga do estímulo de acordo com dados do mundo externo. Esses três princípios atuam mutuamente, entretanto, os diferentes objetivos podem causar, ocasionalmente, conflitos.

O conceito pulsão de morte é tratado por Lacan (1964a/1990) a partir da repetição, um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise propostos por ele. A repetição, segundo Lacan (1964a/1990), faz surgir o novo, apontando a existência de algo inassimilável que se repete, mas nunca da mesma maneira. Para abordar a repetição, Lacan (1964a/1990) recorre a dois termos utilizados por Aristóteles: tiquê e autômaton. O autômaton refere à insistência da cadeia significante comandada pelo princípio do prazer. A tiquê é tratada como encontro com

o inassimilável para o sujeito, sendo um encontro faltoso que repercute na clínica, remetendo ao que Freud trata como mais além do princípio de prazer.

Freud realiza uma nova perspectiva teórica ao introduzir o conceito de pulsão de morte evidenciando um paradoxo humano: repetir algo que não proporciona prazer, não visa à adaptação e pode opor-se à própria manutenção da vida. É importante destacar que Freud só utiliza o termo gozo, no lugar de prazer, em situações que evidenciam um excesso em relação ao princípio de prazer, rompendo essa barreira (VALAS, 2001).

A partir da construção do conceito pulsão de morte, Freud delineia um novo campo, que será definido por Lacan como o campo do gozo, sendo o gozo apreendido como prazer no desprazer. Valas (2001) afirma que na teoria lacaniana a pulsão de morte é tratada como uma pulsação de gozo, sendo o que insiste na repetição da cadeia significante inconsciente. O prazer remete à ordem do desejo que constitui uma barreira para o gozo. Pode-se situar o desejo, com seu deslizamento na cadeia significante, remetendo à ordem simbólica, enquanto que a repetição do gozo pertence à dimensão do real.

O conceito de pulsão de morte, segundo Lacan (1970/1992), aproxima o discurso freudiano da definição de vida proposta por Bichat, ou seja, que a vida “[...] é o conjunto de forças que resiste à morte” (apud LACAN, 1970/1992, p. 16). Para a psicanálise, a vida retorna ao inanimado somente do seu próprio modo, sendo que esse caminho para a morte é nomeado por Lacan (1970/1992) como gozo. Utilizada a teoria dos discursos para refletir sobre essa questão, Souza (2003, p. 92) refere que “O caminho para a morte [...] trata-se de uma condição discursiva que o sujeito experimenta como gozo”. Em outras palavras, pode-se afirmar que no ser falante a trajetória da vida à morte é marcada pela articulação do corpo com o significante implicando em repetição, ou seja, no gozo que marca o percurso singular do surgimento do sujeito ao seu desaparecimento. Desse modo, buscaremos situar no ensino de Lacan alguns aspectos do conceito de gozo que possibilitaram uma reflexão sobre o caso.

IV. O GOZO E O ENIGMA DA FEMINILIDADE

A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamarei relação epistemo-somática.
Lacan (1966/2001, p. 11).

Ao participar de um Colóquio sobre “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966/2001) refere que o corpo, ao ser apreendido a partir da dicotomia cartesiana, exclui a dimensão do gozo. Os diversos exames que vasculham o corpo permitem o estabelecimento do diagnóstico de uma doença que se inscreve na materialidade desse corpo, entretanto, como cada sujeito percebe e lida com o seu adoecer é suprimido. Essa forma de conceber o corpo constitui o que Lacan denomina de falha epistemo-somática, por não levar em conta o gozo que a linguagem engendra no ser falante. O caso clínico de Cândida evidencia que, na assistência, o diagnóstico de câncer tratado pela medicina é distinto da apreensão que o sujeito tem do seu sofrimento ao associá-lo ao cancro. É em torno dessa lacuna na relação epistemo-somática que a clínica psicanalítica constitui sua práxis, sendo fundamental abordar a dimensão recusada dessa concepção do corpo, ou seja, o gozo.

O ensino de Lacan, assim como o de Freud, fez um percurso de construção e revisão progressiva de conceitos, sendo importante a contextualização ao abordá-los. A trajetória da elaboração teórica lacaniana do conceito de gozo, segundo Miller (2000), pode ser apresentada a partir de seis paradigmas: imaginarização do gozo, significantização do gozo, gozo impossível, gozo fragmentado, gozo discursivo e, finalmente, o paradigma da não-relação. Esses paradigmas buscam delinear os deslocamentos realizados no decorrer do ensino de Lacan, implicando em mudanças de perspectivas na abordagem das questões clínicas. Miller (2000) visa, através da elaboração desses seis paradigmas, sinalizar esses redirecionamentos tendo como referência o conceito de gozo. Desta maneira, torna-se necessário delimitar a partir de quais paradigmas será abordado o gozo nesta pesquisa.

Sendo a proposta desta pesquisa identificar o tratamento dado à subjetividade do paciente em tratamento paliativo, tendo por referência a teoria dos discursos de Lacan, conduziremos a investigação a partir do gozo discursivo. O caso clínico convocou uma reflexão sobre a feminilidade, deste modo, abordaremos alguns fragmentos do caso a partir da disjunção homem e mulher evidenciada na perspectiva do paradigma da não-relação. Essa impossibilidade de interseção permitiu a Lacan (1972/1985) afirmar a inexistência da relação sexual, proposição que será tratada no decorrer da pesquisa.

IV.1 O GOZO DISCURSIVO E AS VICISSITUDES DO SIGNIFICANTE

Miller (2000) situa o paradigma do gozo discursivo no processo de construção da teoria dos discursos quando Lacan refere à impossibilidade de dissociar significante e gozo. A partir de então, o significante passa a ser concebido como aparelho de gozo. Na teoria dos discursos, a autonomia do simbólico é revista, passando Lacan a evidenciar que, na articulação entre os campos do sujeito e do Outro, o gozo está implicado e relacionado com o significante, sendo decorrente de sua ação. No decorrer do Seminário XVII, no qual Lacan (1970/1992, p. 168) elaborou essa teoria, há a afirmação de que:

[...] é efetivamente como ligado à própria origem da entrada em ação do significante que se pode falar de gozo. Com que goza a ostra ou o castor, ninguém jamais saberá nada disso porque, faltando significante, não há distância entre o gozo e o corpo.

O significante realiza uma clivagem que separa o gozo do corpo, tornando o corpo mortificado, ou seja, há um esvaziamento de gozo no corpo que passa a ser periférico e fragmentado, localizando-se fora do corpo a partir dos objetos da pulsão: o seio, as fezes, a

voz e o olhar (SOLER, 1989). Esses diversos objetos, segundo Lacan (1970/1992), são diferentes designações de algo que concerne ao objeto *a*, ou seja, o objeto que refere à hiância instituída pela ordem simbólica.

Lacan (1970/1992) sinaliza que, embora o significante cristalize o sujeito, mortificando-o, ou seja, implicando em uma perda de gozo, existe outro efeito de sua incidência sobre o corpo: a repetição. A repetição marcada pelo traço unário visa ao retorno de gozo. O traço unário, segundo Lacan (1970/1992), é a forma mais simples de marca, sendo a origem do significante e da instituição do gozo que se evidencia na repetição, deste modo, a repetição denota “[...] um traço unário [...] que comemora uma irrupção do gozo” (LACAN, 1970/1992, p. 73). Essa nova vertente da abordagem do significante, não apenas como promovendo a perda de gozo, mas como possibilitando a produção de um suplemento, foi abordada a partir de um conceito da termodinâmica denominado de entropia.

Esse conceito foi tratado no decorrer do Seminário XVII, “O avesso da psicanálise”, quando Lacan (1970/1992) afirma que a sobreposição da rede de significantes no corpo funda um sistema que apresenta entropia. Antunes (2002) refere que a entropia aponta a tendência do sistema para a desordem, sendo essa propensão inicialmente interpretada como o movimento dos sistemas para a destruição do próprio sistema, pelo nivelamento da energia do sistema com o meio. Posteriormente, a entropia passa a referir também à possibilidade da criação de novas ordens. A entropia, inerente ao funcionamento de qualquer sistema aberto, é abordada por Lacan (1970/1992, p. 47-48) quando refere a algo intrínseco à ordem estabelecida pela linguagem, que implica perda e também possibilidade do novo, estabelecendo o conceito de mais-de-gozar:

[...] é apenas nesse efeito de entropia, nesse desperdiçamento, que o gozo se apresenta, adquire um status. Eis porque o introduzi de início com o termo *Mehrlust*, mais-de-gozar. É justamente por ser apreendido na dimensão da perda – alguma coisa é necessária para compensar, por assim dizer, aquilo que de início é número

negativo [...]. Só a dimensão da entropia dá corpo ao seguinte – há um mais-de-gozar a recuperar.

O mais-de-gozar corresponde à repetição instituída pela inscrição de um traço unário que funda o corpo como aparelho de gozo. Segundo Leite (1993), na lógica freudiana, o termo traço unário, elaborado por Lacan, corresponde aos traços mnêmicos do registro da primeira vivência de satisfação da pulsão que é para sempre perdida, sendo que a busca da repetição dessa vivência será sempre falha, em decorrência da impossibilidade de se repetir o mesmo.

No caso de Cândida, a nomeação implicou em marcas que se repetem, como é evidente na escolha do presente que ela gostaria de oferecer ao menino que refere ter encontrado na catedral: um pássaro empalhado. O ato humano de empalhar um animal possibilita a preservação de um corpo destituído de gozo, assim como os corpos dos mortos que Cândida preparava ao trabalhar no hospital.

Pode-se também apontar um gozo a partir da pulsão escópica, nas descrições que ela faz dos corpos mortos e do processo de morrer do seu irmão, ao relatar os últimos minutos de sua vida durante um internamento por complicações renais. A partir disso, afirma: “assistir a morte de alguém faz pensar” (sic). Ao adoecer, Cândida passa a ser assistida pela equipe de saúde, tendo o seu corpo examinado e cuidado por um outro, porém, a angústia, que gerou o encaminhamento médico para o serviço de psicologia, ocorre quando o limite do tratamento aponta para a possibilidade da morte.

O diagnóstico de câncer tende a antecipar a morte, convocando o sujeito a lidar com a dimensão do real suscitada pela finitude, gerando, em Cândida, angústia. Uma escuta orientada pelo discurso analítico permitiu a expressão de questões associadas ao morrer, como quando afirma “se sinto um vazio imenso ao perder alguém, como será perder a própria vida?” (sic). Além disso, possibilitou um deslocamento do discurso que, partindo do medo antecipatório da morte, desliza para as questões suscitadas por um corpo que é afetado de

duas maneiras pelo significante, ou seja, pela mortificação e pela vivificação, como propõe o paradigma do gozo discursivo.

Ao tratar dessas duas vicissitudes do significante e de seus efeitos de gozo, é interessante situar como Lacan aborda a morte e a vida a partir da topologia introduzida pelo nó borromeano. Roudinesco e Plon (1998) esclarecem que o nó borromeano remete a três anéis enodados na forma de trevo, de tal maneira que o rompimento de um deles implica a soltura dos outros dois. Essa figura topológica foi utilizada por Lacan a partir de 1972 para ilustrar como se articulam as três instâncias que constituem a realidade, ou seja, o real, o simbólico e o imaginário. Entretanto, a concepção dessas três instâncias constituindo a realidade humana foi introduzida por Lacan em 1953 e desenvolvida no decorrer do seu ensino.

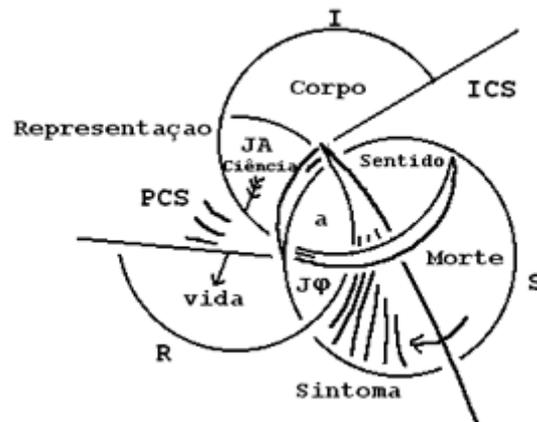
O real designa o que escapa ao simbólico, sendo um resto irreduzível que não é coberto pela rede de significantes. O simbólico é caracterizado como o campo dos efeitos da linguagem, onde os significantes são articulados, constituindo o sujeito do inconsciente. O eu situa-se no imaginário, instância que refere à relação dual do eu com a imagem do semelhante, sendo um lugar de ilusão e engodo.

No texto de Lacan (1974/2008) denominado “A terceira”, a vida e a morte são situadas nos registros do real e do simbólico, respectivamente. Lacan (1974/2008) questiona o que seria a vida e aponta que nada pode ser dito da vida, não existindo nada de mais real. É uma impossibilidade conceber o que possibilitou o agrupamento de elementos químicos que constituiu uma molécula de DNA, permitindo a instituição da função de duplicação. A partir do simbólico, pode-se constatar que a morte está posta para todos os seres vivos, porém, é importante distinguir a morte concebida no registro simbólico, da morte em sua dimensão real. Lacan (1959) trata a morte na dimensão real como primeira morte, tão irreduzível ao

simbólico quanto a própria vida e inerente a todo vivo. Entretanto, não é desta morte que trata o nó borromeu do texto “A terceira”.

DIAGRAMA 1 - NÓ BORROMEU

Fonte: Lacan (1974, s/p.).



A morte situada na instância simbólica refere ao que Lacan (1959/1991) nomeia como segunda morte, ou seja, a rede de significantes que se inscrevem no corpo do sujeito falante, implicando na morte de um corpo puramente real, organizado a partir dos instintos, e o surgimento de um corpo mortificado, marcado por pulsões parciais. Félix (1998) refere que a inserção na ordem simbólica instaura uma defasagem irreparável com relação ao corpo, pois não é possível capturá-lo na dinâmica do significante, deste modo, o corpo fica para sempre perdido. É importante destacar que só a partir da inserção no simbólico pode-se ter acesso à primeira morte, morte que se inscreve para todos os organismos vivos, desde modo, Lacan (1970/1992, p. 63) postula que “[...] a segunda morte está antes da primeira e não depois [...]”.

O significante não consegue recobrir completamente o real, existindo um aquém da linguagem. Nesse processo ocorre uma mortificação, pois o significante marca a presença de um objeto ausente, porém, não dá acesso ao objeto na dimensão real. O que não é mortificado pelo significante torna-se restos suplementares, ou seja, os objetos da pulsão. Iglesias (1996, p. 32) refere que “O significante mata a Coisa, mas não a mata toda, fica uma

marca, a voz, que acompanha toda enunciação e que se transformando em objeto *a* escapa à mortificação que acompanha o significante”.

Pode-se abordar a vicissitude do significante em torno da mortificação a partir do caso de Cândida. O seu prenome, que remete tanto a uma ordem religiosa quanto à morte do sujeito que ocorre ao defrontar-se com a sexualidade, a reduz ao significante e, desta maneira, tem como efeito petrificá-la. Neste caso, é possível afirmar que a marca do desejo enigmático do Outro inscreveu seus sinais na escolha da vocação religiosa e na própria atividade que decide exercer como freira, ou seja, atuar no hospital, tendo como uma das funções preparar os corpos dos mortos: corpos que não mais se inscrevem na dinâmica da pulsão, pois apenas o orgânico se faz presente.

A escolha pela vida religiosa remete à satisfação da pulsão, a partir da sublimação. A sublimação é uma das vicissitudes da pulsão que possibilita a transformação da libido do objeto em libido narcísica, oferecendo um objetivo, para a pulsão, dessexualizado (FREUD, 1923/1980). A religião é um dos campos mobilizados pela sublimação, assim como a arte e a ciência. Antelo et al. (2008, p. 208) afirmam que:

[...] podemos associar a sublimação à capacidade de invenção de algo que faça laço social a partir do que há de mais íntimo nas condições singulares de satisfação da pulsão, isto é, uma cifração do gozo pulsional, que permita ao sujeito uma saída que não seja pelas inibições, sintomas e angústias.

Entretanto, a sublimação também pode implicar em sofrimento. Segundo Antelo et al. (2008), a partir da segunda teoria pulsional de Freud, quando surge a pulsão de morte, a sublimação não implica apenas na dessexualização da pulsão. Na sublimação, existe a possibilidade da perda de força do componente erótico que visa à união, prevalecendo a tendência agressiva. Nesses casos, o ideal será marcado pelo dever imperativo do supereu, gerando sofrimento.

O adoecer de câncer convocou Cândida, enquanto sujeito, a mudar de posição. No lugar de cuidadora que sublimava a pulsão através da preparação de corpos mortos, passa a ser cuidada, relançando a questão para Cândida sobre o corpo pulsional e a sexualidade. A questão do corpo sexual emerge desde a primeira sessão, quando Cândida refere ter pego no colo uma criança que “mal sabe falar” (sic) e que, entretanto, buscava situar a diferença anatômica entre os sexos ao nomear “pinto” e “peito”. O mistério da feminilidade que mobilizava Cândida vai se delineando no decorrer dos atendimentos, permitindo que suas fantasias fossem abordadas e, com isso, ela pudesse se posicionar enquanto sujeito.

IV.2 DO COMPLEXO DE ÉDIPO À INEXISTÊNCIA DA RELAÇÃO SEXUAL

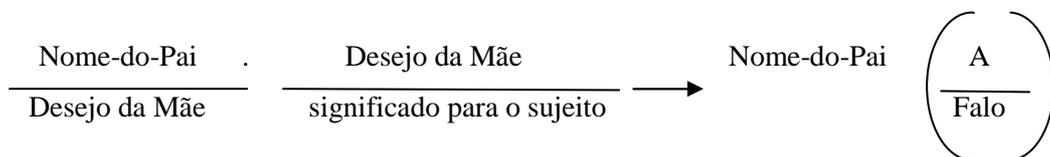
Soler (2005) aponta que no ser falante a diferença anatômica é transformada em significante e, deste modo, centra-se na problemática de ter o falo, evidenciada através do complexo de Édipo proposto por Freud. A sexualidade que a psicanálise se refere não é a biológica, pois a sexualidade humana é afetada pelo significante, sendo orientada para buscar uma filiação (BROUSSE, 1997). Para Lacan (1964a/1990), ser macho ou fêmea é um dado biológico que permite a cópula, porém, o humano tem que aprender o que deve fazer como homem ou mulher, sendo uma construção a partir do drama edípico que se coloca no campo do Outro.

O complexo de Édipo é um mito utilizado por Freud para abordar a dinâmica instaurada pelo significante, a qual se reflete na escolha de objeto amoroso do ser falante. Quinet (2003) refere que, antes de formular o conceito de gozo, Lacan retoma o drama edípico a partir de três tempos. No primeiro tempo, os elementos são a criança, a mãe e o falo

imaginário, sendo que a criança é identificada ao objeto de desejo da mãe, o falo. A mãe se constitui, para a criança, como um Outro absoluto sem lei. O segundo tempo inaugura a entrada da criança na ordem simbólica, através da inserção de um terceiro termo, o Nome-do-Pai, que faz a intermediação entre mãe e criança, introduzindo a lei de interdição a partir da castração simbólica. O Nome-do-Pai, segundo Quinet (2003, p. 11) refere “[...] ao que no discurso da mãe é evocado, significando para a criança que o Desejo da Mãe se encontra em outro lugar e que ela por sua vez também é submetida a uma lei”. A partir da castração, o falo imaginário adquire o estatuto de falo simbólico, permitindo ao sujeito situar-se enquanto homem ou mulher e entrar na dialética de ter ou não ter o falo, deste modo, ocorre o terceiro tempo com o declínio do complexo de Édipo. Lacan (1958/1998) resume esses três tempos com a fórmula da metáfora paterna:

FIGURA 4 – FÓRMULA DA METÁFORA PATERNA

Fonte: Lacan (1958/1998, p. 563).



O desejo da mãe que toma a criança como objeto de seu gozo é barrado pela lei paterna através do Nome-do-Pai. A partir dessa operação, o enigma do desejo dessa mãe, que aponta para o falo, é substituído metaforicamente pelo significante do Nome-do-Pai. Segundo Zalcberg (2003), essa operação deixa um resto que permanece sem significação, pois a metáfora paterna não recobre completamente o significante do Desejo da Mãe. Esse resto pertence ao registro do real. Ao final desse processo, a posição masculina se constitui orientada a partir da significação fálica que surge.

Deste modo, é possível Soler (2005, p. 17) afirmar que “[...] o Édipo produz o homem, não produz a mulher”. A metáfora paterna não fornece um significante referente ao feminino, não existindo no inconsciente nenhum significante que represente a mulher. Uma

mulher, ao se constituir como sujeito, a partir da metáfora paterna, deixa um lado sem cobertura simbólica, pela ausência de significante que represente seu sexo (ZALCBERG, 2003). A partir do exposto, Lacan (1972/1985, p. 46) conclui que “[...] a mulher não é todo, há sempre alguma coisa nela que escapa ao discurso”.

O avanço do ensino de Lacan em direção ao real e ao gozo aponta um além do Édipo, reformulando, segundo Soler (2005), a maneira como a diferença entre os sexos passa a ser abordada. A resolução do Édipo constitui o significante fálico, porém, para tratar da feminilidade é necessário ir em direção ao que escapa ao campo do significante. Deste modo, Lacan (1972/1985) propõe a lógica para lidar com o inatingível pela via significante, ao referir que o ser falante pode se inscrever na lógica do todo-fálico ou na lógica do não-todo fálico, correspondendo, respectivamente, ao gozo fálico da posição masculina e ao gozo suplementar referente à posição feminina. Buscaremos situar brevemente o gozo fálico e o gozo suplementar, com o intuito de tratar alguns aspectos presentes no caso de Cândida.

O gozo fálico concerne ao gozo enquanto sexual (LACAN, 1972/1985). André (1998) refere que o gozo fálico é o gozo delimitado pela linguagem, sendo decorrente do significante fálico e situado fora do corpo, deste modo:

Este gozo [...] situa extra-corpo: está ligado ao corpo apenas pelo fio delgado do órgão sexual ou da imagem falicizada da forma corporal. Ele não se refere, aliás, ao corpo, em seu conjunto, mas apenas a certas partes que podem funcionar como equivalentes do órgão sexual (ANDRÉ, 1988, p. 216).

O falar, estabelecido a partir do simbólico, produz uma outra satisfação, uma satisfação da própria fala. Essa satisfação, segundo Lacan (1972/1985), diz respeito ao gozo fálico. Antes da cifragem do gozo corporal pelo significante, produzindo o gozo fálico, existia o gozo Outro, gozo fora da linguagem, gozo do corpo vivo (VALAS, 2001). Deste modo, o gozo fálico é o gozo do blábláblá, manifestando-se através de uma satisfação verbal. Lacan (1972/1985, p. 156) afirma “Aonde isso fala, isso goza”.

Os seres falantes têm acesso ao gozo fálico, independente de se posicionarem enquanto homens ou mulheres. Entretanto, esse gozo não dá acesso à feminilidade. Lacan (1972/1985) refere que os seres falantes, quando se posicionam a partir do gozo que não se inscreve no gozo fálico, se alinham sob a bandeira das mulheres. Este gozo para além do falo é nomeado como suplementar, um gozo fora da linguagem, sobre o qual nada pode ser dito, apenas experimentado. Soler (2005) aborda que a lógica em questão no campo da feminilidade é a lógica do não-todo, ou seja, a lógica que visa à formalização do impossível de se dizer. Desta maneira, segundo Lacan (1972/1985), não existe A mulher, sendo impossível utilizar o artigo que serve para designar o universal. Sem uma identificação especificamente feminina, cada mulher, uma a uma, terá que encontrar uma solução para a sua condição feminina.

É justamente o mistério da feminilidade que inquieta Cândida. No decorrer dos atendimentos, passa a elaborar perguntas sobre como ocorre a parceria entre “alguém que tem” e “um outro que não tem”. Em busca da apreensão sobre como os casais são formados, questiona: “como uma mulher bonita casa-se com um homem feio?” (sic). Verifica minha aliança de casada e me pergunta se casei com um homem feio. Na ausência de resposta, revela que na sua família nenhuma das irmãs se casou. O enigma da feminilidade mobiliza Cândida e ela supôs a mim este saber. A partir de dois fragmentos do caso, pode-se supor que Cândida procurava insígnias da feminilidade através de construções imaginárias e na realização de um ato no qual não se reconhece, quando favoreceu o encontro entre um homem e uma mulher.

Elabora construções imaginárias sobre o relacionamento conjugal de Mário Covas. Refere ter acompanhado toda “a passagem agoniada” (sic) do político pela televisão, compreendendo a extensão de seu sofrimento, por também estar doente. Identifica-se com Mário Covas, que morreu de câncer, e atribui parte de sua agonia à falta de conforto de sua

esposa, que não ofereceu seu apoio de mulher. Cândida não consegue explicar em que consiste o apoio de mulher.

Em outro momento, Cândida narra que, a pedido de um médico, mentiu para a sua esposa, possibilitando-lhe o encontro com uma amante. Intrigada com seu ato, questiona-se “Como me prestei a esse papel?” (sic). Esse ato, que enquanto sujeito Cândida não se reconhece, evidencia o que a mobiliza. A histérica embaraçada com a feminilidade pode construir, como no caso Dora apresentado por Freud (1905b), um triângulo amoroso para interrogar o ser mulher. Será que a participação de Cândida na vida amorosa do médico não seria uma maneira de buscar responder a questão sobre o que quer uma mulher? Estaria Cândida vivendo imaginariamente a situação?

A relação entre os homens e as mulheres tropeça e todo mundo fala disto (LACAN, 1972/1985). O tropeço é atribuído à inexistência de um significante que represente A mulher, enquanto existe o significante fálico referente à posição masculina. No ser falante, os sexos são definidos a partir da relação de presença e ausência de um terceiro termo, o falo, sendo assim, não é possível qualquer relação direta entre os sexos (FINK, 1998). Lacan (1972/1985) refere à impossibilidade de escrever a relação sexual como xRy , sendo x o homem, y a mulher e R a relação sexual, pois não existe significante referente A mulher. A impossibilidade de complementaridade na relação homem e mulher é evidenciada pelo aforisma lacaniano “não existe relação sexual”, que poderia ser representado pela fórmula $x\cancel{R}y$.

Lacan (1974/2008) refere que diante da falta fundamental designada como a não-relação sexual ocorre o sintoma, que é a “[...] irrupção dessa anomalia em que consiste o gozo fálico, na medida em que aí se mostra, se desabrocha essa falta fundamental que qualifico de não-relação sexual” (LACAN, 1974/2008, s/p.). O sintoma câncer, que se inscreve no real do corpo de Cândida, ganha um outro estatuto ao ser abordado por ela enquanto cancro, doença

sexualmente transmissível. O câncer/cancro apresenta-se como representante das fantasias inconscientes associadas à satisfação do gozo fálico. É interessante assinalar que o sintoma câncer de pulmão de Cândida trazia as marcas das doenças associadas às mortes do par parental: o câncer do pai e a pneumonia da mãe. Será que o sintoma câncer/cancro não buscava realizar na fantasia a (im)possibilidade da relação sexual?

O caso de Cândida evidencia a afirmação de Lacan (1972/1985, p. 36): o “[...] significante se situa no nível da substância gozante”. O significante afeta o corpo produzindo gozo, sendo que o sintoma se constitui através dessa operação. Deste modo, o significante é causa de gozo, na medida em que tem incidência de gozo sobre o corpo (MILLER, 1998). Pode-se afirmar que o sintoma evidencia outra vicissitude do significante, a vivificação do corpo ao produzir gozo.

A linguagem e suas articulações, segundo Lacan (1972/1985), possibilitam a suposição de um aquém e um além da própria linguagem, entretanto, o seu efeito de significado é sempre lateral ao referente, ou seja, ao que os significantes designam. Deste modo, Lacan (1972/1985) afirma que não existe nenhuma realidade pré-discursiva. A linguagem funda a realidade a partir do discurso e, também, impõe o ser, que, entretanto, é impossível de se ter acesso.

Foi realizada, até então, uma trajetória que tratou de conceitos teóricos importantes para a construção desta pesquisa, visando sempre articular com fragmentos do caso clínico de Cândida. No próximo capítulo (4), proponho apresentar o estudo de caso clínico como metodologia da pesquisa em psicanálise e abordar com maiores detalhes o caso de Cândida, enfocando os discursos que circulam na assistência ao paciente oncológico em tratamento paliativo.

É importante destacar que a escolha do caso obedeceu a alguns critérios. O paciente deveria estar em tratamento paliativo quando iniciasse os atendimentos no

ambulatório de psicologia, sendo possível identificar, no decorrer dos atendimentos, o estabelecimento da transferência e, com isso, o surgimento do sujeito do inconsciente. Além disso, foi feita a opção pelo caso que não estivesse em andamento. Para a psicanálise, tratamento e pesquisa coincidem, no entanto, segundo Freud (1912/1980), uma reflexão teórica sobre o caso é indicada após sua conclusão, a fim de não interferir na condução do tratamento.

Os atendimentos de Cândida tiveram início no ambulatório de psicologia após seis meses da segunda recidiva do câncer de pulmão, quando o paliar passou a orientar o tratamento instituído pelo médico assistente, evidenciando o limite desse discurso através da progressão dos sintomas. Por outro lado, diante da iminência da finitude, o discurso religioso que apresenta implicitamente uma arte de morrer não ofereceu alívio à religiosa. Esses dois discursos constroem o liame social pautados, predominantemente, no discurso do mestre estabelecido por Lacan, ou seja, tendo como eixo o governar, buscam estabelecer as melhores condutas a serem seguidas pelo sujeito. Entretanto, diante da transitoriedade da vida apontada pelo adoecer, Cândida surge enquanto sujeito dividido, revelando a falha do discurso do mestre diante do mestre absoluto: a morte. No lugar de oferecer uma resposta sobre o limite, a escuta orientada pelo discurso do analista permitiu, através da associação livre, o surgimento das questões que mobilizavam Cândida e, desse modo, viabilizou que a singularidade de sua subjetividade pudesse ser levada em consideração. Desta maneira, torna-se importante utilizar a teoria dos discursos de Lacan como uma estratégia para refletir sobre a psicanálise aplicada nesse contexto, possibilitando a identificação dos discursos que circulam na assistência e suas diversas maneiras de articular o significante com o gozo, repercutindo em diferentes maneiras de lidar com a subjetividade.

V. ESTUDO DE CASO COMO METODOLOGIA DE PESQUISA EM PSICANÁLISE

Uma escrita é, portanto, um fazer que dá suporte ao pensamento
Lacan (1976/2007, p. 140).

A clínica psicanalítica concebe teoria e práxis como indissociáveis, deste modo, a formalização do caso clínico a partir de sua escrita oferece o suporte para o saber fazer dessa práxis, constituindo o que Freud (1919b/1980) refere como pesquisa analítica propriamente dita. No âmbito da universidade, cada vez mais tem sido possível realizar trabalhos de pesquisa a partir do referencial teórico da psicanálise, no entanto, deve-se estar atento à diferenciação que Freud (1919b/1980) faz entre duas formas de lidar com os conceitos psicanalíticos neste contexto. Seria possível apreender algo sobre a psicanálise, quando os estudantes de medicina ou de outras disciplinas obtêm algum conhecimento sobre a psicanálise em decorrência da interlocução entre suas disciplinas e os conhecimentos psicanalíticos. Entretanto, estes estudos seriam basicamente teóricos. Para apreender algo a partir da psicanálise seria necessário o acesso a um ambulatório que permitisse ao estudante realizar a pesquisa analítica, onde a teoria e prática se fazem presentes, possibilitando a construção de saber através do método de tratamento.

Birmam (1998) compreende que a psicanálise e a universidade apresentam uma relação de antinomia com relação ao ensino, pois, para a primeira, a experiência com relação ao inconsciente é da ordem da transmissão e não do ensino. Porém, a pesquisa é um ato de interrogação implicando um sujeito questionando suas certezas e, com isso, possibilitando novos rumos na construção do saber. Deste modo, neste ponto, psicanálise e universidade convergem.

Conforme dito anteriormente, a questão da pesquisa foi elaborada no decorrer do meu percurso profissional, orientada pela psicanálise, em uma clínica específica em que o

paciente pode ser designado como “fora de possibilidade terapêutica”, quando a conduta do discurso médico passa a visar ao paliar. Como a clínica baseada na psicanálise se dirige ao sujeito que emerge no discurso e sua relação com a castração, pode-se supor que tenha algo a oferecer nessa práxis. Deste modo, surgiu a questão que norteou esta pesquisa: quais as contribuições da clínica orientada pela psicanálise na assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo? Para responder ao problema gerado na minha prática clínica, retomo Freud (1913b/1980), que estabelece a pesquisa em psicanálise a partir do próprio processo de tratamento. Proponho, então, situar a metodologia de pesquisa da psicanálise.

Segundo Bianco (2003), a metodologia de pesquisa proposta por Freud para a psicanálise decorre da especificidade do objeto de estudo desse campo do saber. A autora relata o percurso de Freud como um reconhecido pesquisador em fisiologia e histologia na área de neurologia, que desloca seu interesse da neuropatologia para a psicopatologia ao se confrontar com os fenômenos histéricos nas enfermarias de pacientes nervosos crônicos no Hospital Salpêtrière. A experiência clínica levou Freud a construir a hipótese da etiologia da histeria estar relacionada a eventos que foram concebidos como traumáticos pelo sujeito. Esses eventos levavam o afeto a se expressar em sintomas no corpo através da conversão, sem que o eu pudesse conhecer qual o processo mental associado. Dessa forma, ele propõe a teoria da divisão da consciência para compreensão da histeria.

Como a metodologia de pesquisa que Freud dominava não conseguia apreender esse novo fenômeno, através da experiência clínica foi possível criar um novo método de investigação, a associação livre, adequando-o à especificidade de seu objeto. As mudanças metodológicas no início das suas pesquisas são evidenciadas no texto “Recordar, repetir e elaborar” (1914b/1980), quando o inventor da psicanálise remonta seu percurso de criação desse novo campo do saber, a psicanálise.

Os estudos de Freud apontam que o sujeito cartesiano não é senhor em sua própria casa, evidenciando um outro sujeito que, barrado pela linguagem e pelo desejo, mostra-se de forma evanescente nos fenômenos da linguagem: o sujeito do inconsciente (RODRIGUES, A. C. et al., 2005). A psicanálise interessa-se pela verdade particular e efêmera do sujeito do inconsciente, verdade do um por um que surge no tropeço da fala, na dúvida do discurso. O saber na psicanálise, embora esteja atrelado ao sujeito que o enuncia, é desconhecido para ele, emergindo através dos fenômenos do inconsciente, tais como os atos falhos, os sonhos, os sintomas e os chistes.

O surgimento do sujeito do inconsciente se dá numa situação artificial denominada de *setting* analítico, que não pode ser compreendido como o espaço físico em que ocorrem os atendimentos, mas a partir da transferência, ou seja, da suposição de saber que o analisante faz ao analista. Dessa forma, para produzir conhecimento nesse campo de saber é necessário, segundo Japiassu (1989, apud RODRIGUES, A. C. et al., 2005, p. 105):

[...] um outro tipo de relação [...] entre aquele que, em sofrimento, supõe na figura do analista um Outro, suposto saber o que lhe aflige, e o analista, em sua ética, que se furta a esta posição, permitindo, assim, a emergência, nessa relação, de um novo sujeito, o sujeito do Inconsciente. Este sujeito é aqui, pois, efeito, neste setting, de uma articulação significativa endereçada e colorida do afeto transferencial ao analista.

Fica evidente que a transferência é uma condição necessária para o desenvolvimento da pesquisa psicanalítica, dessa forma, como alerta Nogueira (2004), não é possível estabelecer *a priori* os sujeitos da pesquisa. O analista oferece uma escuta, porém, é necessário haver por parte do paciente um sofrimento, que traz em si uma demanda, e uma suposição de saber ao analista, possibilitando o estabelecimento do *setting* analítico e a pesquisa.

Concebendo a pesquisa em psicanálise como a própria formalização do caso clínico, Nogueira (2004) destaca três níveis de construção do caso. O primeiro nível é o do

registro, onde ocorre a passagem do evento vivido para a linguagem escrita, que deve ser feito após a finalização de cada sessão, visando não afetar a atenção flutuante do analista. O segundo nível é a conceitualização, momento em que o analista articula a descrição com a teoria da psicanálise, possibilitando a revisão da própria teoria, devendo ser efetivado, segundo as orientações de Freud (1912/1980), após a conclusão do caso para não interferir no processo do atendimento. Outro nível de elaboração do caso, criado por Lacan, é o matemático, que formaliza a experiência clínica através da conexão de símbolos, que representam conceitos psicanalíticos, visando enunciar a relação entre eles e, com isso, possibilitar a transmissão dessa práxis.

Sendo a proposta da pesquisa investigar as especificidades da assistência em tratamento paliativo a partir da teoria dos discursos de Lacan, foi realizado o estudo de caso clínico da paciente Cândida, visando distinguir os diferentes discursos que circulam na assistência e suas repercussões. Com essa finalidade, as indicações de Nogueira (2004) para a construção do caso foram utilizadas. Os registros foram realizados após cada sessão e a conclusão do caso ocorreu com o óbito de Cândida. Esses registros clínicos permitiram a conceitualização do caso, utilizando a teoria dos quatro discursos de Lacan na articulação teórica. O nível matemático de construção do caso possibilitou a articulação dos matemas das estruturas discursivas, buscando apreender, a partir da singularidade do caso, o que pode ser generalizado, visando, portanto, responder ao problema da pesquisa.

Produzir uma pesquisa psicanalítica a partir de caso clínico gera o impasse ético com relação à solicitação de consentimento prévio. Nos ambulatórios das Universidades, os pacientes são informados, na triagem, sobre a possibilidade do uso do tratamento para fins acadêmicos (ensino e pesquisa), assinando um termo de consentimento. Entretanto, essa não é a realidade do ambulatório de oncologia onde trabalho. Nesse contexto, geralmente o paciente não demanda o atendimento, sendo encaminhado para o ambulatório de psicologia pelo

médico ou familiar. É a oferta de uma escuta psicanalítica que pode gerar uma demanda de saber, possibilitando a instauração do *setting* analítico, dessa forma, na pesquisa nunca se sabe quem poderá se tornar o sujeito da pesquisa.

Dias (1998) refere à impossibilidade do analista pedir ao analisante o consentimento para o uso de seu caso com fins acadêmicos, em decorrência do prejuízo que isso causaria na dinâmica do tratamento. A associação livre ficaria inviabilizada e a demanda seria invertida, pois o analista passa a demandar algo ao paciente, deslocando-se da posição de Sujeito-suposto-Saber (SsS) necessária à transferência, dirigindo-se ao paciente como objeto de estudo. Impossibilitada de solicitar o consentimento prévio, tivemos o cuidado de criar um nome fictício e fizemos a opção de tomar recortes do caso clínico de Cândida que foi concluído após sua morte.

V.1 CASO DE CÂNDIDA: O SUJEITO DE QUE SE OCUPA A PSICANÁLISE

Vivo sem em mim viver
E tão alta vida espero
Que morro de não morrer.
Santa Teresa de Ávila (15--/2002, p. 957).

Estes versos de Santa Teresa d'Ávila referem ao início da poesia intitulada "Aspirações à vida eterna", abordando a promessa da religião de uma vida sem o limite da morte. Lacan (1977/2000) apresenta a eternidade como o sonho da ausência de tempo, sendo que o inconsciente constitui-se como a hipótese de que o sonho não ocorre apenas quando se dorme. Na ilusão do despertar, o sujeito, ao sonhar com a inexistência da temporalidade, confronta-se com o paradoxo apresentado nos versos de Santa Teresa: morre-se de não morrer. Entretanto, é a partir do transitório que a vida pode ganhar seu valor, como afirma Freud (1915a/1980, p. 329) no texto escrito após o início da Primeira Guerra Mundial:

A tendência de excluir a morte de nossos projetos de vida traz em seu rastro muitas outras renúncias e exclusões [...]. É evidente que a guerra está fadada a varrer esse tratamento convencional da morte. Esta não mais será negada; somos forçados a acreditar nela [...] e o acúmulo de mortes põe um termo à impressão de acaso. A vida, na realidade, tornou-se interessante novamente; recuperou seu pleno conteúdo.

As doenças de progressão lenta e gradual também convocam o sujeito a confrontar-se com a própria finitude. Nesses casos, é possível ter acesso ao que Lombardi (2008) refere como sendo o aspecto mais real do tempo, a irreversibilidade. No tratamento paliativo, os diversos sintomas que surgem sucessivamente e não recuam diante dos esforços da medicina marcam a irreversibilidade e descontinuidade do tempo, ou seja, um antes e um depois, que não se podem retroceder. Nesse contexto, a transitoriedade da existência torna-se evidente, podendo intensificar o valor da própria vida e, simultaneamente, suscitar angústia, pois desvela a vertente real do tempo.

No caso de Cândida, o despontar do limite da terapêutica precipitou o surgimento da angústia, que ao extrapolar a lógica do olhar que orienta a clínica médica possibilitou o encaminhamento para o serviço de psicologia. Frequentando o ambulatório uma vez por semana, o discurso de Cândida circulou inicialmente em torno da morte ao narrar o seu adoecer, ou relatar o seu trabalho em um hospital, onde a morte se fez presente. Todavia, no decorrer das sessões um enigma passa a ser delineado: as noivas que se matam nas núpcias. Diante do inexplicável, Cândida busca uma causalidade, ora atribuindo a culpa da tragédia à falta de gentileza do noivo, ora à ingenuidade da noiva que “não esperava ser aquilo na lua-de-mel” (sic). Todavia, ao abordar a origem de seu prenome e a mudança de nome na ordenação religiosa, pôde-se apreender que esse enigma orientou a vida de Cândida.

O desejo enigmático desse Outro que nomeia utilizando o prenome de uma noiva morta marca esse sujeito. A decisão de se tornar freira ocorreu aos 16 anos, na adolescência, período em que cada sujeito é convocado a subjetivar as alterações orgânicas impostas pela puberdade e se posicionar em relação à sexualidade, sendo que Cândida situa-se na sublimação da sexualidade. Tomando por referência Lacan, pode-se afirmar que, diante do

real do sexual, o tornar-se freira refere à construção de um sintoma, um modo de gozo, orientado a partir do nome que funcionou como um significante, afetando o seu corpo.

A fim de entender como um nome passa a orientar as escolhas do sujeito, faz-se necessário abordar o processo de constituição do sujeito através das operações de alienação e separação proposto por Lacan (1964a/1990). A construção dessas operações lógicas, segundo Laurent (1997), possibilitou a Lacan, no decorrer de seu ensino, elaborar a teoria dos quatro discursos, ao articular o significante mestre (S_1), o saber (S_2), o sujeito (\$) e o objeto a numa só fórmula.

A alienação refere ao processo em que uma criança ao nascer, para vir a se constituir como um sujeito, tem que se sujeitar ao Outro, enquanto código da linguagem. Fink (1998) refere que antes da alienação não há ser, sendo que a instituição da ordem simbólica abre a possibilidade pura de ser, criando um lugar onde existe a expectativa de surgir um sujeito, mas que, no entanto, permanece vazio, pois nenhum significante do Outro pode representá-lo. Desta maneira, a linguagem funda o sujeito enquanto um lugar que existe, porém, é vazio. Nascimento (1998) utilizou os seguintes diagramas para ilustrar esse processo:

DIAGRAMA 2 – ANTES E DEPOIS DA ALIENAÇÃO

Fonte: Nascimento (1998, p. 98).



A criança nasce mergulhada num mundo de linguagem e vivencia o completo desamparo, necessitando dos cuidados de um outro para que sobreviva. As necessidades físicas são vivenciadas, sendo o grito e o choro os únicos recursos que expressam seu desconforto. É a interpretação do Outro (S_2) que vai constituir os gritos em significantes (S_1), transformando-o em apelo. Dessa maneira, é o Outro, a partir de seu desejo, que vai oferecer os significantes com os quais o sujeito pode se alienar.

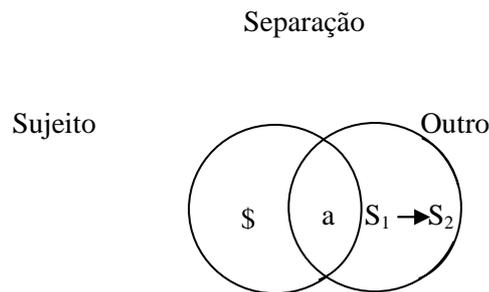
Nessa relação com o Outro, ou seja, com alguém que porte o código da linguagem, a criança é marcada pelo significante e inserida na ordem simbólica. Entretanto, ao se constituir como sujeito identificado ao significante mestre (S_1), a possibilidade de vir a ser imediatamente desaparece de cena, pois não é possível apreendê-lo pelo significante. Em outras palavras, o ser é inacessível e inapreensível, deste modo, o significante não alcança o ser, apenas busca representá-lo enquanto sujeito do discurso. Lacan (1964a/1990, p. 197) afirma que “O significante produzindo-se no campo do Outro faz surgir o sujeito de sua significação. Mas ele só funciona como significante reduzindo o sujeito em instância a não ser mais do que um significante, petrificando-o [...]”.

Segundo Fink (1998), enquanto a alienação relega o sujeito a existir como um marcador de lugar na ordem simbólica, a separação possibilita o surgimento do ser, porém, de forma evanescente e evasiva. Na separação, o sujeito que se institui como falta-a-ser tenta preencher a falta do Outro materno com sua própria falta, todavia, esta tentativa é frustrada. A criança busca ser o objeto de desejo do Outro materno, complementando-a, formando a tríade mãe-criança-falo, entretanto, o Nome-do-Pai, ao interditar essa relação, inscreve a falta no Outro materno. Deste modo, marca-se a impossibilidade de identidade entre desejo da criança e desejo da mãe, instituindo uma lacuna chamada de objeto *a*, o objeto causa de desejo. O desejo do Outro funciona como a causa do desejo da criança, ou seja, a criança deseja ser desejada pelo Outro. Fink (1998, p. 82) afirma que “O objeto *a* pode ser entendido aqui como

o resto produzido quando essa unidade hipotética se rompe, como um último indício daquela unidade [...]”. Esse rompimento possibilitado pela separação permite que o sujeito enquanto desejante se constitua, passando a relação com o Outro a ser intermediada pelo objeto *a*, sendo possível esboçar esse processo com o seguinte diagrama utilizado por Nascimento (1998):

DIAGRAMA 3 – SEPARAÇÃO

Fonte: Nascimento (1998, p. 103).



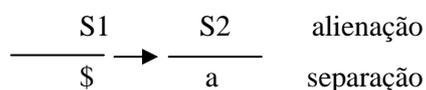
O processo de constituição do sujeito através das operações de alienação e separação foi abordado de forma sucinta por Fink (1998, p. 73) da seguinte maneira:

[...] a alienação consiste na causação do sujeito pelo desejo do Outro que precedeu seu nascimento, por algum desejo que não partiu do sujeito, a separação consiste na tentativa por parte do sujeito alienado de lidar com esse desejo do Outro na maneira como ele se manifesta no mundo do sujeito.

Laurent (1997) refere que essas duas operações lógicas permitem também apreender o tratamento analítico, que foi concebido por Lacan como sendo balizado pela alienação e separação, sendo o final da análise marcado pela separação. Segundo Laurent (1997), Lacan constrói um matema que formaliza essas operações no decorrer do Seminário livro 17, “O avesso da psicanálise”, ao elaborar o discurso do mestre:

FIGURA 5 – DISCURSO DO MESTRE

Fonte: Laurent (1997, p. 46).



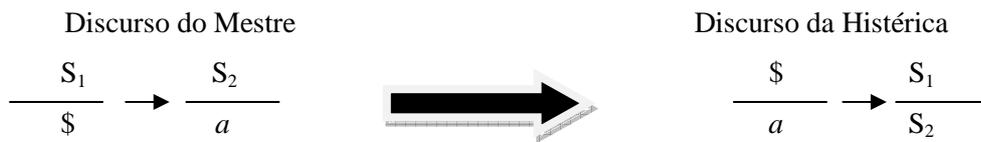
O discurso do mestre, segundo Fink (1998), é o discurso primário, matriz fundamental do vir a ser do sujeito através da alienação, constituindo o discurso do inconsciente por inaugurar a condição do humano na linguagem. Retomando o caso de Cândida, pode-se afirmar que sua identificação com o significante, oferecido pelo Outro para nomeá-la, funcionou como um significante mestre (S_1) passando a orientar sua vida.

Numa outra perspectiva, pode-se focar o discurso do mestre na assistência à saúde, como propõe Clavreul (1978/1983) ao referir que o discurso médico se aproxima do discurso do mestre. O saber médico ocupa o lugar de agente do discurso, funcionando como significante mestre (S_1), a fim de ordenar os indícios coletados nos exames do paciente (S_2) e, com isso, extrair sua significação, ou seja, o diagnóstico. Como o discurso do mestre visa à univocidade de sentido, tenta tamponar a singularidade do sujeito (\$) a partir do diagnóstico, que é universal. Entretanto, algo escapa a essa operação, gerando um resto irreduzível ao simbólico, o objeto *a*. Clavreul (1978/1983, p. 169) afirma que “A etapa do diagnóstico é um ato de mestria”. Desta forma, no caso de Cândida, o médico percebe algumas mudanças nela durante o tratamento paliativo e, funcionando como o agente do discurso do mestre, interpreta os novos indícios, estabelecendo o diagnóstico de “nervosismo e depressão” que apaga a divisão subjetiva (\$).

Antes de avançarmos no caso, é importante compreender que, como afirma Clavreul (1978/1983), os discursos, estabelecidos pela teoria lacaniana, representam polos de atração para os quais os discursos existentes convergem. Dessa maneira, nos laços sociais ocorre a circularidade dos quatro discursos, não sendo possível identificar isoladamente cada um dos quatro discursos propostos por Lacan nos discursos existentes. Sendo assim, ao utilizarmos a teoria dos discursos, buscaremos identificar quais discursos permeiam o caso de Cândida.

Embora o diagnóstico orientado pelo discurso do mestre não vise ao sujeito enquanto dividido, ele permitiu à equipe encaminhar Cândida para o Serviço de Psicologia. Os sinais que foram interpretados como “nervosismo e depressão” representam o sujeito dividido (\$) que demanda ao médico (S_1) um saber (S_2) sobre seu sofrimento (a). Pode-se afirmar que o tratamento paliativo possibilitou o encontro contingente com o real que a morte suscita, fazendo emergir um sujeito dividido e, desse modo, implicando numa mudança de posição subjetiva de Cândida ao permitir um deslocamento do discurso do mestre para o discurso da histérica. Essa mudança discursiva gerou o encaminhamento para o ambulatório de psicologia.

FIGURA 6 – DESLOCAMENTO DO DISCURSO DA HISTÉRICA PARA O DISCURSO DO MESTRE



O atendimento realizado no ambulatório de psicologia foi realizado a partir do referencial teórico da psicanálise, desta maneira, buscou-se privilegiar uma escuta analítica, orientada pelo discurso do analista. Lacan (1970/1992) refere que no polo oposto à vontade de dominar encontra-se o discurso do analista, desta maneira, o analista apresenta-se como função de semblante do objeto causa de desejo, possibilitando a instauração da transferência e, com isso, permitindo ao sujeito ocupar o lugar do outro que tem a associação livre como única regra a cumprir. A produção de significantes a partir dessa estrutura discursiva permite uma nova leitura das formações do inconsciente, possibilitando ao sujeito interrogar seu desejo (SOUZA, 2003).

FIGURA 7 – DISCURSO DO ANALISTA

Fonte: Lacan (1970/1992, p. 27).

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

A oferta de escuta possibilitou acolher a demanda de Cândida como distinta da demanda da equipe, e, com isso, o estabelecimento da transferência. Como foi apontado anteriormente, a transferência é um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise estabelecidos por Lacan no Seminário XI, não existindo psicanálise sem transferência. A relação que se instaura a partir do tratamento sustentado pelo referencial teórico psicanalítico não é recíproca, sendo que um supõe que um Outro saiba algo que concerne à verdade do seu sofrimento. O sintoma, segundo Soler (1991), faz emergir um furo nas significações, sendo que a transferência refere à suposição da existência de um saber que possa tapar esse furo. Soler (1991, p. 12) afirma:

Dirigir-se a alguém que é um intérprete, isto é um suposto, senão saber, pelo menos suposto saber fazer vir à tona o saber, dirigir-se a um interprete, a um psicanalista, é pedir ao saber para vir cobrir o real, o real do primeiro trauma.

Desta maneira, “A hipótese da transferência é a suposição de que se vai poder responder à pergunta: o que isso quer dizer?” (SOLER, 1991, p. 14).

Tal circunstância pode ser evidenciada pelo discurso de Cândida quando questiona como os casais se constituem. Intrigada com a união de uma mulher bonita com um homem feio, lança essa questão para mim: “Você se casou com um homem feio?” (sic). Mobilizada com o enigma da feminilidade, Cândida supõe este saber à profissional que a atendia, entretanto, a ausência de resposta permitiu que desvelasse algo singular de sua família: o casamento não foi possível para nenhuma das suas irmãs.

Souza (2003) menciona que a histórica busca saber algo sobre o que vem a ser a relação sexual e o que é ser homem e mulher, desta maneira, o mal-entendido das relações

sexuais é o ponto em torno do qual o discurso da histérica gira. Segundo Lacan (1970/1992, p. 31), o discurso da histérica existe independente do surgimento da psicanálise:

Procurei pontuar isto no ano passado ao dizer que esse discurso [da histérica] existia, e que existiria de qualquer jeito, quer a psicanálise estivesse lá ou não. Eu o disse de maneira figurada, dando a isto seu suporte mais comum, aquele de onde surgiu para nós a experiência principal que é, a saber, o rodeio, o traçado em ziguezague onde repousa esse mal-entendido que, na espécie humana, as relações sexuais constituem.

A experiência clínica instituída por Freud permitiu a criação de um novo laço social, formalizado por Lacan (1970/1992) como o discurso do analista, que fundamenta sua experiência a partir da histerização do discurso do sujeito. O discurso do analista visa dar, ao sujeito, o lugar de agente no discurso da histérica, instaurando um discurso movido pelo desejo de saber (\$). Pode-se afirmar, então, que o discurso analítico, além de deduzir e revelar os outros discursos, demonstra como a experiência analítica instrumentaliza um discurso que já existia: o discurso da histérica.

O lugar de dominância do discurso analítico é ocupado pelo analista que passa a funcionar como Sujeito-suposto-Saber (SsS) sustentando a transferência. Soler (1991) refere que a transferência depende do Sujeito-suposto-Saber, entretanto, não se reduz a isso. Existem modalidades da transferência, ou seja, manifestações diferentes de uma mesma coisa. Lacan (1964a/1990) aborda outras duas vertentes da transferência: a transferência como resistência e a transferência como a reatualização da realidade do inconsciente.

A transferência como resistência refere ao momento de fechamento do inconsciente. Por exemplo, quando Cândida inicia a sessão evitando a associação livre ao afirmar querer me matar, pois não tinha vontade de vir para o atendimento. Nessa vertente, “A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar” (LACAN, 1964a/1990, p. 125). Pontuo que ela veio à sessão. Cândida começa a falar dos últimos gestos de um irmão, que estava muito doente, até sua morte, referindo que “assistir a morte de alguém faz pensar” (sic). Passa então a abordar sua

cerimônia de ordenação. No momento em que o véu de freira foi colocado, uma agulha transfixou o couro cabeludo, sendo que só no final do dia, quando sentiu dor de cabeça, a madre superiora tirou o alfinete e o sangue jorrou. Será que podemos considerar o alfinete que perfura e o sangue que jorra como metáforas do ato sexual, que ocorrem na cerimônia de ordenação que representa o casamento com Cristo?

A transferência também é abordada como reatualização da realidade do inconsciente, sendo que Lacan (1964a/1990) situa essa realidade como sexual. Nesse texto, Lacan distinguiu duas realidades: uma dessexualizada, regida pelo princípio de realidade, e a outra, a realidade do inconsciente, afetada pela libido e orientada pelo princípio do prazer. A transferência, para ele, se refere a essa segunda realidade.

Numa semana anterior ao carnaval, ocorreu a última sessão realizada no ambulatório de psicologia. Cândida refere que o carnaval é uma festa religiosa que simboliza a “despedida da carne” (sic), dando início à quaresma, período de reflexão sobre a paixão e morte de Cristo. Relata que, quando jovem freira, indo ao médico foi “contaminada” (sic) pelo som do trio elétrico, seguindo-o. Refere que a televisão filmaria as estátuas de mulheres nuas que existem no bairro de Ondina. Nessa sessão, retira várias vezes o véu da cabeça e afirma: “Venho aqui falar de coisas que, como religiosa, não poderiam passar pela minha cabeça” (sic).

Após o carnaval, duas sessões foram desmarcadas pela acompanhante, que refere à impossibilidade de conciliar o horário do atendimento com os horários de diversos exames indicados pelo oncologista para avaliar se a quimioterapia, que visava conter o avançar da doença, estava tendo algum efeito. Na terceira semana, a acompanhante liga comunicando que os atendimentos serão interrompidos, pois os exames indicam piora do quadro clínico e a paciente passou a apresentar confusão mental. Afirmando que tenho disponibilidade de ir ao convento atender a paciente.

Chegando à instituição, sou recebida por uma religiosa muito triste que referiu não haver mais nada a fazer. A paciente passou a manhã chamando a mãe que morreu há muito tempo, não reconhecendo mais as pessoas. O médico acredita que é metástase cerebral e a paciente deve ser internada para fazer uma ressonância magnética a fim de verificar essa hipótese. Mantenho a determinação de vê-la.

Ao entrar no quarto, Cândida me reconhece e surpreende-se com minha presença no convento. Queixa de dor no braço e refere ter “uma cratera no tronco” (sic). Estranha ter chamado muito a mãe pela manhã, embora soubesse que ela estava morta. Começa a descrever com detalhes os últimos momentos da mãe internada na UTI em função de pneumonia, além das providências que foram tomadas após sua morte. Questiona a “doença estranha” (sic) que tem e afirma o sem sentido da vida: “você nasce, casa, tem filhos e morre. Nada você leva” (sic).

Discuto o caso com o médico, referindo que, ao atendê-la no convento, a paciente não apresentou confusão mental. A partir do relato de Cândida sobre a dificuldade em lidar com os novos sintomas que gradativamente surgem no seu corpo, levanto a hipótese de dissociação histérica em função da progressão da doença. O médico acredita que o uso de corticoide possa ter diminuído um possível edema cerebral em decorrência de metástase, possibilitando à paciente sair do quadro de confusão mental. A ressonância magnética foi indicada a fim de verificar a extensão da doença e quais os tratamentos paliativos viáveis.

Vou atender a paciente internada em um hospital para realizar a ressonância magnética. A paciente apresenta-me a acompanhante: “Essa é a ilustríssima doutora Maria Luiza, fisioterapeuta”. Questiono minha profissão. Ela retoma: “Sei que você é psicóloga. Eu estou te rebaixando” (sic). Refere estar cansada de ficar internada, na expectativa de resultados de exames e das possíveis indicações de tratamento. Afirma que “a vida é de altos e baixos e às vezes colhemos coisas que não gostaríamos de colher” (sic). Nesse atendimento, a

paciente apresentou-se mais calada e, no lugar do profissional que escuta o desejo, a paciente coloca um fisioterapeuta que cuida de um corpo.

Sendo o inconsciente compreendido por Lacan (1964a/1990) como algo da ordem do não realizado, que apresenta instantes de abertura e de fechamento, a mudança no discurso da paciente remete a um retorno radical à posição de não querer saber que caracteriza o neurótico.

Dois dias depois, quando retorno ao hospital, encontro a porta do quarto fechada e a irmã de Cândida chorando no corredor. A irmã relata que a paciente fez a ressonância magnética pela manhã e ao voltar para o quarto dormiu. Como já eram 14:00h, solicitou à enfermagem autorização para acordá-la e alimentá-la, porém, após a primeira colher de sopa, a paciente passou mal e, naquele momento, a equipe estava no quarto tentando ressuscitá-la. Relata que a irmã era alegre e muito nervosa antes de adoecer. Após o diagnóstico de câncer, deprimiu, melhorando depois que começou os atendimentos no Serviço de Psicologia. Antes de qualquer exame, ficava muito nervosa, entretanto, mostrou-se muito tranquila para aquela ressonância.

No dia seguinte, encontro Cândida sedada na emergência, por falta de leitos na UTI. A religiosa que a acompanhava afirma que a equipe ressuscitou a paciente por mais duas vezes. Questiona a necessidade desse procedimento e expressa o desejo de não encaminhá-la para a UTI, pois não seria possível acompanhá-la durante as 24 horas. A irmã e a religiosa abordam a possibilidade de Cândida morrer.

Na manhã seguinte recebo o telefonema da religiosa comunicando a morte de Cândida. Relata que estava próxima ao leito quando percebeu pelos aparelhos a diminuição da frequência cardíaca. Resolveu não comunicar à equipe, entretanto, um médico se dirigiu para o leito com uma injeção a fim de melhorar a frequência. A religiosa solicita que nada seja feito. Após uma resistência inicial, o médico cede e os sinais vitais, gradativamente, vão

diminuindo. A religiosa afirma que a paciente não sentiu nada, foi ela quem vivenciou a agonia da morte ao acompanhar a diminuição dos sinais vitais, através dos aparelhos.

No tempo denominado por Freud de *a posteriori*, passei a questionar se a paciente elaborou alguma maneira de lidar com a castração que o real da morte evidencia. As frases de Cândida: “você nasce, casa, tem filhos e morre. Nada você leva” (sic) e “a vida é de altos e baixos e às vezes colhemos coisas que não gostaríamos de colher” (sic) não apontam para um limite inerente à existência humana?

Nesse sentido, enfocamos que, quando Cândida adoeceu, o seu corpo passou a ser objeto de cuidado, sendo que as diversas alterações nos esquemas quimioterápicos sinalizavam a existência de um limite com relação à possibilidade de deter a morte. O encontro com o real, que o sexual e a morte apontam, fez emergir um sujeito dividido, cuja demanda foi interpretada pelo discurso médico como “nervosismo e depressão”. Entretanto, Cândida elaborou sua própria demanda, fazendo surgir o que a causava enquanto sujeito: a questão sobre a feminilidade e suas fantasias, sublimadas pela via da vida religiosa.

Na assistência em oncologia, quando se esgotam todos os recursos da medicina para evitar a morte, o paciente com o diagnóstico de câncer terminal passa a ser designado como fora de possibilidade terapêutica (FPT), nomeação que antecipa a morte tanto para a equipe, como para a família e, implícita ou explicitamente, para o paciente. Nessa perspectiva, a terapêutica refere a algo que possa conter e controlar o real, compreendido a partir de Lacan como uma dimensão inassimilável, inarticulável e irreduzível da realidade.

Para a psicanálise a morte não pode ser adiada ou antecipada, pois não é algo contingente e sim intrínseco ao sujeito. Considerando no humano a existência de uma dimensão que resiste à subjetivação por não ser simbolizável, a psicanálise possui uma compreensão particular da terapêutica, propondo não a contenção ou controle do real, que é da ordem do impossível, mas o seu tratamento através do simbólico, possibilitando que cada

sujeito possa construir, de modo singular, sua forma de lidar com o que resiste à simbolização. Dessa maneira, a partir da psicanálise, é possível conceber um tratamento possível para o paciente fora de possibilidade terapêutica.

A condução terapêutica na assistência em oncologia aponta outro polo de atração do discurso médico: o discurso universitário. Clavreul (1978/1983) menciona que o saber médico (S_2), constituído a partir da produção dos mestres (S_1), dirige-se à doença como objeto a ser cuidado (a), estabelecendo quais os tratamentos necessários. Esta conduta não visa ao sujeito, pois, ao dirigir suas intervenções à doença, o sujeito que adocece é excluído, constituindo-se enquanto resto produzido por esse discurso. A terapêutica estabelecida a partir do discurso universitário se dirige à doença que se inscreve no real do corpo, deste modo, a nomeação de fora de possibilidade terapêutica (FPT) indica o limite desse discurso em conter a doença, não levando em conta o sujeito que adocece.

FIGURA 8 - DISCURSO DO UNIVERSITÁRIO

Fonte: Lacan (1970/1992, p. 27).

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

Souza (2003, p. 124) refere que a ciência, a religião e a psicanálise apresentam diferentes posições com relação ao real, afirmando:

Uma posição diferente daquela das ciências, onde o real se cala, e das religiões, onde o real é transformado no “destino” e o sujeito tem que aceitá-lo como uma obediência a Deus. Na psicanálise, portanto, o real não dá as costas ao sujeito, não lhe dá férias, não lhe dá tréguas, sempre o encontra e constitui-se na causa de seu sofrimento.

A experiência analítica evidencia a irredutibilidade do real, que tem a angústia como seu sinal (LACAN, 1962/2005). Ao conceber a angústia de maneira distinta dos outros campos do saber, a psicanálise propõe outro manejo desse afeto. Retomando o ensino do

Seminário X, Lacan (1962/2005) refere que a angústia emerge quando a falta, constitutiva do sujeito, falta, ou seja, quando algo emerge no lugar do objeto *a*. Nessa perspectiva, o demandar se constitui enquanto objeto para o sujeito, sendo que, quando esse vazio, causa de desejo, é tamponado por uma resposta do Outro, faz surgir a angústia. Lacan (1962/2005, p. 76) afirma:

A existência da angústia está ligada a que toda demanda, mesmo a mais arcaica, tem sempre algo de enganoso em relação àquilo que preserva o lugar do desejo [...]. Há sempre um certo vazio a preservar, que nada tem a ver com o conteúdo, nem positivo nem negativo, da demanda. É de sua saturação total que surge a perturbação em que se manifesta a angústia.

Pode-se afirmar que, na clínica de oncologia, essa saturação ocorre quando se busca lidar com a finitude como objetivo último da vida, sendo ofertado ao sujeito um sentido que visa prever, controlar ou se conformar com a morte. Entretanto, a psicanálise, ao lidar com a terminalidade como inerente à vida, sendo da ordem do imponderável, permite “[...] relançá-la como o sem sentido, como incógnita, como diferença, *na* durante *a* própria vida” (CARNEIRO, 2007, p. 133), convocando cada sujeito a construir uma resposta singular frente ao real.

Sendo assim, o tempo é tratado pelo discurso da medicina, o discurso da religião e o discurso da psicanálise de formas distintas. Ao estabelecer o tratamento paliativo, o discurso médico instaura a falta de tempo para a cura, sinalizando não haver mais o que fazer a não ser minimizar os sintomas. Dessa forma, lança-se a vida para o passado, antecipando a morte. Com relação à religião, a vida se realiza no futuro, após a morte, mortificando também o presente. Para a psicanálise, o sujeito presentifica-se na fala, que ao se realizar produz gozo. Como tratamos anteriormente, “Aonde isso fala, isso goza” (LACAN, 1972/1985, p. 156).

O tempo para a psicanálise ganha outras dimensões que vão além do tempo concebido como cronológico. As formações do inconsciente evidenciam que as experiências vividas num tempo anterior se fazem presentes e mostram os seus sinais independentes do eu.

Nessa perspectiva, o inconsciente não conhece o registro temporal, permitindo Freud (1933/1980, p. 95) afirmar que:

No inconsciente não existe nada que corresponda à idéia de tempo; não há reconhecimento da passagem do tempo [...]. Impulsos plenos de desejo, que jamais passaram além do inconsciente, e também impressões, que foram mergulhadas no inconsciente pelas repressões, são virtualmente imortais; depois de passarem décadas, comportam-se como se tivessem ocorrido há pouco.

Para lidar com o inconsciente que insiste e resiste ao tempo, a psicanálise busca operar a partir do discurso do analista visando “[...] desfazer pela fala o que foi feito pela fala” (LACAN, 1977/2000, s/p), entretanto, esse trabalho requer tempo. Tempo para o estabelecimento da transferência, para a retificação subjetiva que implica o sujeito no seu sofrimento e tempo para concluir, como resume Mello (2008, p. 170):

Só o tempo próprio à análise – com o corte que faz separar o sujeito do significante do seu gozo repetidor – é capaz de fazer com que o Outro do S_2 possa cair e, então, o sujeito possa se descobrir ante ao recalcado que, agora, se faz novo a partir do deciframento do sintoma que sempre se fez seu parceiro. Resta tão somente ao sujeito, agora tendo como parceiros o resto do seu sintoma, a sua verdade, o seu desejo e a sua castração.

O tempo abordado a partir dessa perspectiva visa à psicanálise em intensão, que possibilita a formação do psicanalista. Entretanto, é importante abordar a práxis a partir da psicanálise numa clínica onde o tempo falta.

Lacan (1977/2000, s/p), ao distinguir a psicanálise e ciência, estabelece a psicanálise como “[...] uma prática de tagarelice, uma prática que durará o que durar”, que, entretanto, tem conseqüências por possibilitar o dizer. O dizer através da associação livre, segundo Fingermann (2007), é o meio encontrado pela psicanálise para tratar do que não se inscreve pela via do significante e sempre retorna. Voltando ao caso, Cândida, ao ser convocada a dizer, pôde realizar uma primeira separação diante do enigmático desejo do Outro, relançando a questão da feminilidade. A experiência de tagarelice durou o seu tempo,

entretanto, nesse tempo, foi possível a Cândida, no lugar de sujeito do discurso, falar da vida e da morte.

No entanto, nem todos os pacientes de uma clínica de tratamento paliativo apresentam angústia diante do adoecer e elaboram uma demanda enquanto sujeito. Para abordar esse aspecto é importante recorrer à distinção elaborada por Gerbase (2005, p. 43) entre duas mortes: a morte que faz sintoma analítico da morte que não gera questão subjetiva.

Ele afirma:

Gostaria, então, de distinguir duas mortes: a do corpo e a do sujeito. O temor da morte do corpo ou perda da vida, do corpo enquanto dimensão imaginária animal, dimensão especular, incita o impulso de autopreservação. Este não faz sintoma analítico. O temor da morte do sujeito, enquanto dimensão imaginária humana, dimensão escópica, incita a pulsão de morte, a compulsão à repetição. Este faz sintoma analítico.

Deste modo, o encontro apreendido como inesperado com o inevitável da morte pode ou não gerar um sujeito que no lugar de agente do discurso busque construir um saber sobre esse impossível. Nesse contexto, o discurso psicanalítico permite construir uma arte de viver, pois, diante do inominável da morte, cada sujeito tece, a partir dos significantes, uma maneira singular de amortecer o real. Amortecer, amor tecer, a morte tecer, não é disso que se trata a vida? Entrelaçado no simbólico, o ser falante se constitui, sofrendo o duplo efeito da trama de significantes sobre o corpo: mortificação e vivificação pela produção do mais-de-gozar. Assim, pode-se afirmar que, como tudo que é da ordem do humano, a morte não é natural, ou retomando Lacan (1970/1992, p.16): “[...] o caminho para a morte nada mais é do que aquilo que se chama gozo”.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O medo da morte deve ser considerado uma metáfora do medo da castração [...]. O sujeito reage à morte com a idéia de [...] não ter salvaguarda contra o poder do destino, isto é do Real.
Gerbase (2005, p. 43).

O desamparo humano, frente ao real, atualiza-se na assistência aos pacientes oncológicos. Neste contexto, o diagnóstico de câncer, para muitos pacientes, antecipa a finitude, enquanto a implantação do tratamento paliativo presentifica esta possibilidade. Deste modo, passei a questionar a minha atuação nesta clínica orientada pela concepção freudiana de inconsciente, que se caracteriza pela atemporalidade e pela impossibilidade de conceber a própria morte. Propõe-se abordar, nas considerações finais, os resultados alcançados com a pesquisa que permitiram delinear as contribuições da psicanálise para esta clínica.

A problemática da pesquisa emerge a partir dos limites evidenciados na assistência aos pacientes oncológicos em tratamento paliativo, regida a partir da disjunção estabelecida pelo paradigma cartesiano, priorizando basicamente a lógica do olhar. Esta lógica busca apreender o corpo somente por meio do registro simbólico, entretanto, o que não se inscreve no simbólico retorna através de demandas que geram encaminhamentos para outros discursos, permitindo, com isso, a inserção de profissionais com formação em psicanálise nas equipes de hospitais gerais e, no caso específico desta dissertação, em instituições de assistência direcionadas à oncologia. Contudo, como a psicanálise foi elaborada a partir da clínica da saúde mental, torna-se imprescindível pesquisar a práxis a partir desse saber na assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo. Deste modo, a seguinte questão pautou a presente pesquisa: qual a contribuição da clínica, baseada no referencial teórico da psicanálise, no atendimento ao paciente oncológico em tratamento paliativo? Como propõe a

psicanálise, o estudo do caso de Cândida foi a via através da qual se buscou abordar este problema que surgiu a partir da clínica.

Nesta pesquisa, foi importante distinguir as diversas formas com que se busca conceber esse inapreensível e suas repercussões na assistência. Com este intuito, a concepção de Lacan de duas mortes, a morte simbólica e a morte real, possibilitou nortear a investigação e, com isso, permitiu identificar como os diferentes discursos buscam lidar com estas dimensões da morte.

A clínica centrada no olhar realiza um esforço para apreender a primeira morte, a morte real que é inerente a todos os seres vivos, pela via simbólica, assim como faz com relação ao corpo. Nesta perspectiva, a morte passa a ser concebida como um evento gradativo referente à falência das funções orgânicas, sendo possível realizar intervenções médicas que visem deter este processo. Esta operação do discurso da ciência sobre a medicina repercute na assistência aos pacientes gravemente enfermos, gerando inicialmente a medicalização da morte, ou seja, a realização de diversos procedimentos que visam manter o funcionamento do corpo. Entretanto, diversos impasses se fazem presentes a partir do momento em que se torna difícil a definição de quando a vida termina, sendo possível a manutenção artificial dos sinais vitais de um paciente com o diagnóstico de morte cerebral. Neste contexto, o tratamento paliativo surge, apontando os limites do discurso da medicina científica frente à morte orgânica e, desta maneira, tentando evitar o prolongamento do sofrimento do paciente através da obstinação terapêutica. Neste novo modelo de assistência ao paciente gravemente enfermo, o foco deixa de ser a cura e passa a ser o cuidado que visa minimizar o sofrimento gerado pelos sintomas que se inscrevem no corpo.

Contudo, tanto a medicalização da morte quanto o tratamento paliativo buscam interrogar a morte como um evento eminentemente orgânico. Desta forma, as questões inerentes ao sujeito frente à castração, que a finitude aponta, são excluídas. Esta operação que

tenta apreender a morte real pelo simbólico exclui a dimensão de gozo intrínseca ao ser falante, terminando por mortificar o sujeito, no momento em que a conduta passa a ser orientada pelos sintomas que se inscrevem no corpo. Na obstinação terapêutica os procedimentos são dirigidos visando deter os sintomas da doença, independente do sujeito que adoeceu, enquanto no tratamento paliativo, a partir dos sintomas, antecipa-se a finitude ao estabelecer o diagnóstico de “fora de possibilidade terapêutica” (FPT). Nestas duas vertentes tenta-se conter ou controlar o real.

Entretanto, a psicanálise evidencia a impossibilidade do significante alcançar o real. A linguagem, ao tentar marcar e delimitar o corpo vivo do ser falante, engendra as vicissitudes do significante com relação ao gozo: a mortificação e a vivificação. Deste modo, no momento em que o simbólico institui o sujeito, concomitantemente, o corpo e a morte passam a ser afetados pelo significante, implicando na segunda morte que possibilita a instauração da castração e o acesso a um mais de gozo.

Ao enredar-se na rede de significantes, o corpo puramente real morre, dando lugar a um corpo pulsional, ou seja, um corpo onde o orgânico é subvertido pela articulação entre o significante e o somático, passando a ser marcado pelo desejo enigmático do Outro que o constitui enquanto sujeito. Desta maneira, surge um além da anatomia, como demonstra o caso de Cândida, no momento em que o câncer é concebido pelo sujeito como cancro, uma doença sexualmente transmissível, temida por sua mãe.

A segunda morte também instaura a compulsão à repetição, que pode ser exemplificada, do mesmo modo, com o caso abordado na pesquisa, através da repetição de um destino que parece implacável, porém consistiu numa construção do próprio sujeito: o enigma da noiva, que convocada a responder pelo seu desejo, opta pela morte. A repetição de situações que são consideradas pelo sujeito como desagradáveis evidencia um mais além do princípio de prazer, que foi nomeado por Freud como pulsão de morte. O sujeito sendo

constituído pelo simbólico, ao defrontar-se com o real, que remete ao inassimilável através de significantes, lança-se na repetição destas situações enigmáticas, gerando prazer no desprazer, ou seja, gozo. Desta maneira, a incidência da ordem simbólica no corpo orgânico subverte o instinto de conservação instituindo a pulsão de morte, que marca a trajetória singular do sujeito em direção à morte.

É em torno dessa segunda morte, ou seja, da morte que se inscreve a partir da inserção no registro simbólico constituindo o ser falante, que a clínica psicanalítica concebe sua práxis. A proposta freudiana para lidar com o real que emerge na clínica é a lógica da escuta, ou seja, no lugar de tentar tamponar o real através do simbólico, visa-se permitir que, através da fala, cada sujeito possa tratar do real por meio do simbólico, construindo um modo singular de lidar com o irreduzível ao significante.

Na clínica de assistência em oncologia, nem todos os pacientes, frente ao real da finitude que se inscreve no corpo, elaboram uma demanda enquanto sujeito, ou seja, apenas alguns sujeitos passam a ocupar o lugar de agente do discurso que, a partir da transferência, endereçam questões ao Outro, tomando a morte na sua dimensão de enigma. Como aponta Gerbase, existem dois modos de temer a morte, ou seja, o medo de perder o corpo ou o temor da morte enquanto sujeito. Apenas o segundo modo possibilita tomar a morte enquanto questão subjetiva suscitando angústia.

No caso de Cândida, o surgimento de um sujeito dividido diante do real que a morte aponta ocorreu quando se iniciou o tratamento paliativo. Neste contexto, as condutas da equipe, os cuidados dos acompanhantes e os sinais que se inscreveram no corpo passaram a antecipar a finitude, entretanto, Cândida não tratou apenas do medo da morte do corpo, referindo o incômodo da morte enquanto sujeito, queixando-se da desconsideração com relação ao seu discurso pelo médico e pelas religiosas. Logo na primeira entrevista, ao

reportar a criança que investigava a diferença entre os sexos, evidencia-se que Cândida trata do corpo enquanto pulsional e as questões associadas a isso.

Desta maneira, corpo e morte são abordados por Cândida de maneira distinta de como a medicina apreende essas questões. O saber médico toma como objeto de cuidado o corpo enquanto organismo e visa à primeira morte, ou seja, a dissolução deste corpo. Entretanto, o discurso de Cândida refere ao corpo enquanto pulsional e a segunda morte que se inscreve para o ser falante. A lacuna entre a concepção de corpo da medicina e como o corpo surge na clínica foi nomeada por Lacan como falha epistemossomática, que refere à exclusão do gozo inerente ao corpo, pois o discurso médico visa apreender o corpo apenas através do simbólico. O percurso realizado pela pesquisa permitiu apontar que esse hiato também se faz presente com relação à concepção da morte, sendo que Lacan, ao propor a segunda morte, evidencia que a articulação entre significante e corpo implica em gozo, marcando, através da repetição, a trilha singular do sujeito em direção à morte.

Pode-se afirmar que a psicanálise visa à falha epistemossomática que se evidencia a partir do discurso da medicina científica, sendo que os paradigmas do gozo demonstram os esforços realizados por Lacan, no decorrer de seu ensino, para tratar desta falha.

Nesta pesquisa, com o intuito de abordar a psicanálise aplicada numa instituição de saúde, optou-se pelo paradigma discursivo, pois os discursos apontam os diversos modos com que o significante e o gozo se articulam estabelecendo laços sociais, ou seja, diferentes possibilidades de o sujeito lidar com a segunda morte. Desta maneira, uma doença que evidencia a finitude confronta o sujeito diante do real, sendo que os discursos indicam diversos modos de tratar o real.

Diante dos sinais da debilidade do corpo que não respondem às intervenções médicas, o discurso do mestre estabelece o diagnóstico de paciente FPT. Este discurso evidencia a constituição subjetiva através da alienação, no momento em que o significante do

Outro busca nomear o sujeito. Entretanto, a nomeação exclui a singularidade do sujeito, que passa a ficar velada enquanto verdade desse discurso, sendo o gozo o produto dessa operação que visa governar.

Tanto a medicina, através do diagnóstico que antecipa a morte, quanto a religião, que propõe uma vida plena apenas após a morte, buscam lidar com o limite da existência a partir deste discurso. Nesta via, não existe espaço para o sujeito desejante, pois estes discursos mortificam o sujeito, no momento em que visam saturar o enigma da finitude ao oferecerem sentido para a morte. No entanto, Lacan aponta que a resposta ofertada pelo Outro, visando tamponar a falta intrínseca ao ser falante, suscita angústia.

O discurso do universitário, que orienta a terapêutica, tende a apagar a subjetividade ao visar apenas à doença. Nessa perspectiva, busca-se definir as condutas que devem ser utilizadas na assistência, inclusive diante da morte. Entretanto, como evidencia o caso de Cândida, as diversas intervenções da equipe de saúde, para ressuscitar a paciente, apontam a pretensão de um saber sobre a morte, sendo que essa ação esconde, paradoxalmente, o não querer saber sobre a morte aí implicado.

Em oposição a esses dois discursos que buscam controlar ou excluir a morte, foi possível perceber a presença do discurso da histérica na assistência ao paciente oncológico em tratamento paliativo. Não houve nenhum manejo visando à histerização do discurso, apenas a oferta de associar livremente. Entretanto, diante da finitude, Cândida surge enquanto sujeito dividido que, frente à castração, passou a desejar construir um saber sobre os enigmas intrínsecos ao ser falante: a morte e a sexualidade.

O discurso do analista, semelhante ao discurso da histérica, não exclui a dimensão do real que o gozo aponta. Enquanto a histérica através do seu sintoma busca um Outro que produza saber sobre seu gozo, o discurso do analista convoca o sujeito a produzir esse saber. Desse modo, não se tem um saber prévio sobre o real e, com isso, não se busca tamponar o

vazio referente ao objeto *a* enquanto objeto causa de desejo, inerente à constituição do sujeito, a partir da inserção na linguagem. Esse limite ao saber, próprio do real, opera como motor tanto no discurso da histórica quanto no discurso do analista.

Nessa perspectiva, pode-se referir que a morte, enquanto falta que se inscreve a partir da castração simbólica, permite lançar o sujeito à vida, ao constituir o desejo. Deste modo, a experiência de dizer, orientada por uma escuta pautada no discurso do analista, possibilitou a Cândida realizar uma primeira separação diante da mortificação em jogo na alienação ao desejo enigmático do Outro materno que a nomeia. Isso permite inscrever uma falta que possibilita o surgimento de Cândida enquanto sujeito desejante, que aborda na fala suas fantasias.

Deste modo, a psicanálise toma a morte como metáfora da castração, pois a morte na dimensão real é inacessível e impensável para o sujeito. No momento em que o sujeito se constitui e emerge na cadeia significante, entre S_1 e S_2 , não é possível representar sua própria ausência. Por essa via, é possível apreender a afirmação de Freud com relação à impossibilidade de conceber a própria morte, sendo que só é possível ter acesso a essa questão a partir da morte do outro. Apesar da inexistência de significante que possa representar A morte assim como A mulher, cada sujeito é convocado a lidar, um por um, com a finitude e o feminino. Sendo assim, na assistência ao paciente em tratamento paliativo, frente à progressão da doença e à perspectiva da finitude da vida, pode surgir um sujeito que demande tratar desse real através da fala, ao tentar dar sentido a diferentes momentos da sua vida e da sua existência.

Essa clínica específica lida com a transitoriedade, evidenciando que o tempo sempre falta. Enquanto a religião e a medicina científica buscam evitar o limite do tempo através da antecipação ou negação da perda, o discurso analítico propõe que a falta, ou seja, a transitoriedade implicada no tempo pode possibilitar uma vida com mais valor e intensidade,

ou seja, uma vida permeada pelo desejo. É interessante destacar o deslocamento do discurso de Cândida que inicia os atendimentos abordando o horror diante da finitude ao antecipar a perda, passando a tratar da sexualidade e da feminilidade, ou seja, a falar da vida. Nos últimos atendimentos, a morte surge como algo intrínseco ao ser falante, pois, como colocou Cândida, “Você nasce, casa, tem filho e morre. Nada você leva” (sic).

A psicanálise não orienta a clínica a partir do tempo cronológico, ou seja, pelo tempo estabelecido pelo Outro que a partir do significante pode mortificar o presente, ao antecipar ou criar expectativas com relação ao imponderável destino. O inconsciente é atemporal, pois as marcas da constituição do sujeito, através do simbólico, se fazem presentes no decorrer do tempo através da repetição que denotam gozo, fundando o infantil. Enquanto o infantil independe da passagem do tempo e evidencia a singularidade de cada sujeito, a infância refere às alterações que ocorrem no decorrer do tempo num corpo concebido enquanto biológico, tendo, portanto, um começo e um fim, ao chegar à adolescência. Deste modo, é possível, ao se trabalhar na lógica do tempo cronológico, estabelecer que a senescência ou o câncer avançado se constituem como a última etapa da vida, havendo a expectativa do lidar com a morte com naturalidade. Entretanto, o caso de Cândida evidencia que, independente da idade, da religiosidade ou da doença avançada, a finitude é uma questão para o sujeito.

Embora o tempo cronológico não norteie a clínica da psicanálise, esta práxis demanda tempo. No entanto, o tempo de que se trata nesta clínica é o tempo próprio de cada sujeito para, via a associação livre, circular através dos quatro discursos radicais propostos por Lacan, realizando deslocamentos na sua posição subjetiva, ou seja, no seu modo de lidar com o gozo. Neste percurso, o ato do analista busca implicar o sujeito no sintoma do qual se queixa, possibilitando o surgimento da divisão subjetiva, que possibilita o trabalho do inconsciente. A instauração do discurso do analista visa separar o sujeito do significante do

seu gozo repetidor, ao qual este se encontra alienado. Contudo, como conceber uma práxis que requer tempo, num contexto em que o tempo falta?

O caso de Cândida mostra a possibilidade de lidar com a angústia e as fantasias inconscientes a partir da psicanálise em extensão. Os discursos que circulam na assistência voltada para o tratamento paliativo, geralmente, tentam saturar a falta inerente ao tempo oferecendo um sentido para algo no qual não existe sentido: a finitude. Entretanto, esta conduta tende a gerar angústia, pois tampona a falta constitutiva do sujeito enquanto desejante. Escutar os medos e fantasias de Cândida com relação à morte, sem oferecer sentido, franqueou ao sujeito abordar as questões associadas à sua origem e à feminilidade, ou seja, tratar de coisas que, como referiu Cândida, passam pela cabeça independente da vontade.

Diante do sujeito dividido frente à dimensão real do tempo, ou seja, à irreversibilidade, a oferta de escuta possibilitou o estabelecimento do vínculo transferencial que permitiu tratar do que não se inscreve pela via significante e não cessa de retornar. Desta maneira, como sinalizado por Freud, diante de doenças que se inscrevem no corpo, fantasias inconscientes podem também surgir, permitindo a elaboração de uma demanda que vai além do discurso da medicina. Nesta perspectiva, as equipes interdisciplinares admitem distintos discursos circulando na assistência, viabilizando uma práxis que pode levar em consideração a subjetividade dos pacientes.

Dado o limite do tempo, chego ao momento de concluir esta pesquisa. O trabalho se iniciou em função das questões suscitadas na minha práxis junto a pacientes em tratamento paliativo. A oferta da escuta permitiu, em muitos casos, o estabelecimento da transferência e o tratamento de uma demanda que, embora inicialmente dirigida ao saber médico, o ultrapassa. Sendo uma clínica marcada pela transitoriedade e pelo real que isto desvela, a psicanálise em extensão possibilitou o que Lacan denominou como uma prática de tagarelice, que, independente do tempo, tem seus efeitos. Como evidencia o caso de Cândida, a angústia

suscitada neste contexto pode fazer emergir um sujeito dividido que busca tratar, pelo simbólico, o real que emerge.

Na prática de tagarelice, o lugar dos atendimentos ou a duração do tratamento não orientam a clínica, mas o desejo do analista, a transferência e a demanda do sujeito. Acredito que um trabalho posterior de pesquisa possa abordar a direção do tratamento na clínica da transitoriedade, visando fundamentar essa práxis. O tempo lógico elaborado por Lacan também pode contribuir nas reflexões deste contexto, onde a urgência do tempo se faz presente. Ao final deste percurso que evidencia as contribuições da psicanálise em extensão na assistência a pacientes oncológicos em tratamento paliativo, resta o desejo de continuar interrogando minha clínica, pois, assim como a falta movimenta o sujeito desejante, o não saber permite que algum saber possa vir a ser construído.

REFERÊNCIAS³

ALBERTI, S. Psicanálise e universidade e a instauração de discursividades. In: DORIS, R.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 43-52.

ANDRÉ, S. Gozos. In: _____. *O que quer uma mulher?*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 209-227.

ANTELO, M. et al. (2008). A suposta felicidade da sublimação. In: FUENTES, M. J. ; VERAS, M. (Orgs.). *Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI*. Rio de Janeiro: EBP; Salvador: Corrupio, 2008. p. 203-216.

ANTUNES, M. C. da C. *O discurso do analista e o campo da pulsão: da falta de gozo ao gozo com a falta*. 2002. 186f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ÁVILA, T. de. (15--). Aspirações à vida eterna. In: _____. *Escritos de Teresa de Ávila*. São Paulo: Loyola, 2002. p. 957-961.

BALDIZ, M. O tempo na cura: as sessões *a*-temporais. *ENCONTRO INTERNACIONAL DA IF- EPFCL*, 5 e 6 de julho de 2008, São Paulo. Disponível em: <[http://www.vencontro-ifpfcl.com.br/textos/volprepart/o tempo na cura as sessões a temporais manael baldiz.pdf](http://www.vencontro-ifpfcl.com.br/textos/volprepart/o%20tempo%20na%20cura%20as%20sess%C3%B5es%20a%20temporais%20manoel%20baldiz.pdf)>. Acessado em: 04/02/2009.

BIANCO, A. C. L. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em Psicanálise. *Psico – USF*, v. 8, n.2, Jul./Dez. 2003. p. 115-123.

BIRMAN, J. Psicanálise e Universidade na atualidade. *Revista do Programa de Psicanálise na Universidade Federal da Bahia*, n.1. Salvador: Pró-Reitoria de Extensão UFBA, 1998. P. 25-40 .

_____. Errância, invenção e melancolia: sobre a perda e seus destinos na cultura judaica. In: FERNANDES, A. H. ; SANTOS, A. de S. C. (Orgs.). *Questões cruciais para a psicanálise*. Salvador: Edufba, 2005. p. 65- 82.

³ De acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Criatividade e sublimação em psicanálise. *Psicologia Clinica*. Rio de Janeiro. v. 20, n. 1, 2008. p. 11-26.

BROUSSE, M-H. A pulsão I e II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Paralel o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 115-133.

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

CARNEIRO, C. Memórias do tártaro, erotismo e morte. *Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro. v. 39, 2007. p.129-140.

CARRABINO, R. Da demanda de ajuda à demanda de análise. Para uma topologia de entrada em análise. Texto da aula proferida por Ricardo Carrabino na Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Bahia, Salvador, 2006. 4f.

CLARK, W. R. *Sexo e as origens da morte*. Rio de Janeiro: Record, 2006. p. 204.

CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 155.

CLAVREUL, J. (1978). *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 274.

DIAS, S. *Paixão do ser: uma captura monstruosa*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998. p. 133.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. PortoAlegre: Artes Médicas, 1989. p. 203.

ELIAS, N. (1983). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 107.

FELIX, R. O. *A morte como mestre*. 1997. 143f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica)- Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FERNANDES, A. H. A clínica do ato e o sofrimento psíquico. In: FERNANDES, A. H.; SANTOS, A. de S. C. (Orgs.). *Questões cruciais para a psicanálise*. Salvador: Edufba, 2005. p. 21- 28.

FIGUEIREDO, A. C.; ALBERTI, S. Apresentação. In: _____ (Org.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 7-15.

FINGERMANN, D. O que falar quer dizer? *Ide*, v. 30, n. 45, São Paulo, dez. 2007. p. 24-27.

FINK, B. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 253.

FOUCAULT, M. (1980). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 241 p.

FREUD, S. (1905a). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. v. 7. Edições Standard Brasileira das obras completas de Freud, v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 129-255.

_____ (1905b). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. v. 7. p. 5-127.

_____ (1911). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. v. 12. p. 277-290.

_____ (1912). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. v. 12. p. 149-162.

_____ (1913a). *Sobre o início do tratamento*. v. 12. p. 164-192.

_____ (1913b). *Sobre a psicanálise*. v. 12. p. 265-275.

_____ (1914a). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. v. 14. p. 89-122.

_____ (1914b). *Recordar, repetir e elaborar*. v. 12. p. 193-206.

_____ (1915a). *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. v. 14. p. 311-339.

_____ (1915b). *O inconsciente*. v. 14. p. 191-232.

_____ (1915c). *Sobre a transitoriedade*. v. 14. p. 345-350.

_____ (1917). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. v. 15. e v. 16. p. 21-552.

_____ (1919a). *Linhas de progresso na teoria psicanalítica*. v. 17. p. 201-216.

_____ (1919b). *Sobre o ensino da psicanálise nas Universidades*. v. 17. p. 217-224.

_____ (1920). *Mais além do princípio do prazer*. v. 18. p. 17-90.

_____ (1923). *O ego e o id*. v. 19. p. 23-79.

_____ (1924). *O problema econômico do masoquismo*. v. 19. p. 199-216.

_____ (1925). *Um estudo autobiográfico*. v. 20. p. 17-106.

_____ (1926) O valor da vida: uma entrevista rara de Freud. Entrevista concedida a George Syvester. In: FUENTES, M. J. ; VERAS, M. (Orgs.). *Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI*. Rio de Janeiro: EBP; Salvador: Corrupio, 2008. p. 17-27.

_____ (1927). *O futuro de uma ilusão*. v. 21. p. 15-80.

_____ (1930). *O mal-estar na civilização*. v. 21. p. 81-178.

_____ (1933). *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise*. v. 22. p. 15-226.

FUX, S. P. Perguntas e respostas. *Latusa digital*, ano 0, n. 3, out. 2003. Disponível em: <http://www.latusa.com.br/latmarteximp3_2.pdf>. Acessado 5/05/2008.

GARCIA-ROSA, L. A. (1986). *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 128.

GERBASE, J. Trauma e morte. In: TEIXEIRA, A. (Org.). *Especificidades da ética da psicanálise*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2005. p. 39-43.

IGLESIAS, E. L. Aspectos topológicos do grafo do desejo. *Cogito*, 1996, v. 1. p. 29-33.

JORGE, M. A. C. Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: DORIS, R.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 17-32.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: SEIXO, M. A. (Org.). *Corpo e a letra: ensaios de escrita psicanalítica*. Lisboa: Arcádia, 1977. p. 21-28.

_____ (1956-1957). *Seminário 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. p. 456.

_____ (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 537-590.

_____ (1959-1960). *Seminário 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. p. 396.

_____ (1960) Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-843.

_____ (1962). *O Seminário 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p. 366.

_____ (1964a). *O Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. p. 269.

_____ (1964b). Ato de fundação. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 235-247.

_____ (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, dez. 2001. p. 8-14.

_____ (1968). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 248-264.

_____ (1969-1970). *O Seminário 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. p. 209.

_____ (1972-1973). *O Seminário 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. p. 201.

_____ (1974). A terceira. 7º Congresso da Ecole Freudienne de Paris. Disponível em: <http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?url_article=jlacan031105_2>. Acessado em: 6/10/2008.

_____ (1976). A escrita do ego. In: _____, *O Seminário 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. p. 139-151.

_____ (1977). *a tagarelice*. Aula de 15/11/77 do Seminário O momento de concluir. Texto estabelecido e traduzido por Jairo Gerbase em 29/02/00. Disponível em: http://www.campopsicanalitico.com.br/biblioteca/a_tagarelice.pdf. Acessado em: 18/10/2008.

LAMBERT, A. Psicanálise no hospital. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 37, set. 2003. p. 48-51.

LAURENT, É. Alienação e separação I e II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 31-51.

LEITE, M. P. S. O mestre e a histérica. Saber: meio de gozo e os discursos. Aula do dia 27 de abril de 1993. Ensino continuado. Disponível em: http://www.marciopeter.com.br/links/ensino/avesso/01_o_mestre_e_a_histerica.pdf. Acessado em: 20/06/2008.

LOMBARDI, G. O manejo do tempo. *ENCONTRO INTERNACIONAL DA IF- EPFCL*, 5e 6 de julho de 2008, São Paulo. Anais do encontro.

LOFFREDA, E. *La muerte: el psicoanálisis y los limites de la experiencia*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva, 2003. 154 p.

MELLO, R. Um novo tempo para o sujeito que se dá a partir do enfrentamento do real existente no intervalo significante. *ENCONTRO INTERNACIONAL DA IF- EPFCL*, 5e 6 de julho de 2008, São Paulo. Anais do encontro.

MILLER, J-A. Os seis paradigmas do gozo. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 26/27, Abr. 2000. p. 87-105.

_____ *O osso de uma análise*. Salvador: Biblioteca – agente, 1998. p. 131.

MORAES, V. A morte. In: _____ *Antologia Poética*. São Paulo: Companhia da letras. 1965, p. 97.

MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001. p. 217.

MUCIDA, Â. *O Sujeito não envelhece*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 232.

NASCIMENTO, M. B. *A constituição da realidade no sujeito humano: psiquismo, real e epistemologia*. 1998. 121f. Dissertação (Mestrado de Psicanálise) – Departamento de Psicanálise, Universidade de Paris VIII, Paris, 1998.

NOGUEIRA, L. C. A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*. São Paulo, v. 15 n. 1, 2004. p. 83-106.

QUINET, A. Função e campo do ato e do gozo na psicanálise. In: FERNANDES, A. H.; SANTOS, A. de S. C. (Orgs.). *Questões cruciais para a psicanálise*. Salvador: Edufba, 2005. p. 39-52.

_____. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 162.

_____. *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 238.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RODRIGUES, A. C. et al. Psicanálise, saber e conhecimento. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, v. 17, n. 2, Jul./Dez. 2005. p. 99-108.

RODRIGUES, G. V. Nem o sol, nem a morte podem ser olhadas de frente. In: MOURA, M. D. de. *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 49- 56.

RUBIÃO, L. L. A comédia e a ruptura dos semblantes: notas sobre “As nuvens”, em *Lituraterra. Agora*. v. 9, n. 2, Jul./Dez., 2006. p. 259-271.

SAURET, M-J. Psicanálise, psicoterapias, ainda... *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1, 1º semestre de 2008. p. 24-41.

SANTOS, A. P. dos. O discurso do analista no processo de reabilitação: uma proposta de trabalho. In: DORIS, R.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jaques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 165-172.

SIGAL, A. M. A formação do Eu (moi) em Lacan: comentários para uma leitura do Estádio do Espelho. Disponível em: [ttp://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/ana_sigal.htm](http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/ana_sigal.htm). Acessado em: 13/01/2009.

SOLER, C. *O corpo no ensino de Jaques Lacan*. Belo Horizonte: Papéis do Símposio. \$EPPSI, 1989. 24f.

_____. As modalidades da transferência. In: _____. *Artigos Clínicos*. Salvador: Fator, 1991. p. 7-20.

_____. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p. 245.

SOUZA, A. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003. p. 189.

TEIXEIRA, M. A. A violência no discurso capitalista: uma leitura psicanalítica. Revista eletrônica asephallus. v. 3, n. 5, Nov. 2007 abr. 2008. Disponível em: http://www.nucleosephora.com/asephallus/numero_05/artigo_07.htm. Acessado em: 15/12/2008.

VALAS, P. *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 116.

ZALCBERG, M. *A relação mãe e filha*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. p. 205.