

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia

AMANDA BUHLER RICCIERI

**Do outro lado do espelho: o desencontro entre a imagem e a
representação de si em pacientes com câncer**

Rio de Janeiro

2019

AMANDA BUHLER RICCIERI

**Do outro lado do espelho: o desencontro entre a imagem e a
representação de si em pacientes com câncer**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, área de Psicologia.

Orientador: Monica Marchese Swinerd

Rio de Janeiro

2019

AMANDA BUHLER RICCIERI

**Do outro lado do espelho: o desencontro entre a imagem e a
representação de si em pacientes com câncer**

Avaliado e aprovado por

Monica Marchese Swinerd

Maria Cristina da Cunha Antunes

Luzia Rodrigues Pereira

Data: __/__/__

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao INCA, e a todos que, direta e indiretamente, participaram ao longo dos dois anos de residência. De alguma forma, contribuíram em meu crescimento pessoal e profissional, pelas trocas e reflexões no trabalho sensível e voltado para o cuidado. Foram pessoas que possibilitaram que o período da residência, tão desejado, porém árduo, fosse mais leve.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em minhas escolhas, confiantes no caminho em que eu escolhi percorrer. A cada passo dado nesse percurso me incentivaram, com toda paciência exigida pelos momentos difíceis em que me encontrava sobrecarregada. Ao meu pai, especialmente, pelo ensinamento de dedicação transmitido que refletiu diretamente em como exerço com cuidado o meu trabalho. À minha mãe, pela força que demonstra em cada tarefa que realiza, independente dos obstáculos, e na qual me espelho.

À minha irmã, Carolina, que apesar de diferente em muitos aspectos, me equilibra.

À minha orientadora, Monica Marchese Swinerd, por quem tenho carinho e admiração. Pelo constante e incessável incentivo em meus estudos e em meu trabalho, sempre dando lugar a minha voz e valorizando as questões e problematizações que lhe dirigi. Pela escuta atenta e sensível, em um processo de orientação e parceria.

As minhas amigas Manuella Itapary, Nathalia Martins, Isabela Itapary e Ana Cecilia Viana, que me acompanharam ao longo de toda a jornada dentro e fora dos caminhos da psicologia. Sou agradecida pelos muitos incentivos e carinho.

Aos residentes, colegas de trabalho, e muitos outros que fizeram maior ou menor parte nesse processo de crescimento. Em especial a Marina Pires, Jaqueline Cabral e Ana Luisa Santa, por me acompanharem de perto.

À Maria Cristina Antunes, que ao longo dos últimos anos acompanhou meu processo de aprendizado dentro da psicanálise, e pela qual sou muito grata pela maneira que a cada dia me apresenta à Freud.

Meu agradecimento à banca examinadora, Maria Cristina da Cunha Antunes e Luzia Rodrigues Pereira, pela animação com que aceitaram participar e pela contribuição que sei que terão para esse trabalho.

À minha analista, Márcia Infante, que esteve presente durante toda essa travessia.

Agradeço por fim a cada paciente, cada um conferiu sua participação especial na escrita desse trabalho e na profissional que agora se forma.

RESUMO

O presente estudo resultou das reflexões surgidas ao longo do acompanhamento de pacientes acometidos por câncer, na enfermaria de oncologia e hematologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Esse estudo constitui-se como uma tentativa de compreender e dar voz ao estranhamento e angústia relatados pelos pacientes, buscando esclarecer o que parece haver se perdido para eles e, por conseguinte, abalado sua narrativa sobre si. Notou-se que, frequentemente, a marca deixada pelo câncer é, sobretudo, subjetiva. A doença, de caráter potencialmente traumático, desestabiliza e promove uma ruptura entre a representação que o sujeito construiu de si ao longo da vida e um novo lugar que é convocado a ocupar, de paciente. Existe uma defasagem que é traduzida pelos pacientes como estranhamento. Esse estranhamento não se reduz ao campo da imagem, das marcas físicas deixadas pela doença e dos efeitos do tratamento. Diante disso, torna-se relevante compreender as marcas subjetivas e as perdas que são vivenciadas em decorrência do câncer. Tratou-se de considerar, em especial, a particularidade e a significância do câncer no imaginário social, levando em consideração os seus efeitos. Além disso, convém abordar as possibilidades e saídas frente ao que foi perdido, possibilitando espaço para construção de uma ficção possível que possa movimentar novamente a narrativa do sujeito sobre si. Esse estudo é caracterizado como um estudo teórico-clínico em que foi realizada uma articulação entre a experiência clínica e a teoria psicanalítica, a partir das falas dos pacientes em acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: psicanálise, câncer, imagem, representação de si, estranhamento.

ABSTRACT

The present study resulted from the reflections that occurred during the follow-up of patients affected by cancer in the oncology and hematology ward of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA). This study constitutes an attempt to understand and give voice to the strangeness and anguish reported by patients, seeking to clarify what seems to have been lost to them and, therefore, shaken their narrative about themselves. It has been noted that often the mark left by cancer is, above all, subjective. The disease, which is potentially traumatic, destabilizes and promotes a rupture between the representation that the subject has constructed of himself throughout his life and a new place that he is called to occupy as a patient. There is a gap that is translated by patients as estrangement. This strangeness is not limited to the field of imaging, the physical marks left by the disease, and the effects of treatment. Given this, it is relevant to understand the subjective marks and losses that are experienced as a result of cancer. In particular, was considered the particularity and significance of cancer in the social imaginary, taking into account the effects of this. In addition, it is convenient to approach the possibilities and exits in front of what has been lost, allowing space for the construction of a possible fiction that can re-move the subject's narrative about himself. This study is characterized as a theoretical-clinical study in which an articulation between the clinical experience and the psychoanalytic theory was made, based on the speeches of the patients under psychological counseling.

Key words: psychoanalysis, cancer, image, self-representation, strangeness.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 4 |
| 1. O CORPO E SEUS DISCURSOS..... | 7 |
| 1.1.O corpo sob o silêncio dos órgãos..... | 7 |
| 1.2.O corpo fala para alguém que escuta..... | 14 |
| 2. QUEM, EU? | 23 |
| 2.1.O Eu e sua constituição na obra freudiana | 23 |
| 2.2.E agora: O Eu e o câncer | 30 |
| 3. PERDA, LUTO E INVENÇÕES..... | 41 |
| UM RECOMEÇO NO FIM..... | 49 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 54 |
| ANEXOS..... | 59 |

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi resultado das reflexões surgidas ao longo do trabalho clínico na enfermaria de oncologia e hematologia, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Constituiu-se em uma tentativa de compreender e dar voz aos sujeitos, visto que estão inseridos na instituição como pacientes, cujos corpos são suporte da afecção orgânica que vem a tratar. A manipulação constante de seus corpos e a sujeição ao saber médico, muitas vezes, silencia aquilo que excede a doença no campo físico. Esse excesso apareceu na fala dos pacientes, pelo estranhamento consigo e angústia sentidos ao serem convocados para o lugar de paciente com câncer. Assim, foram selecionados para o estudo aqueles que estavam sendo acompanhados na internação hospitalar e no ambulatório da referida clínica, que tenham despertado na minha escuta um corpo que se faz falar: em especial, questões relativas à imagem e a representação de si.

Através da experiência clínica, constatou-se que existe uma defasagem, um desencontro entre a suposta imagem que construíram de si e o novo reconhecimento que se demarca com a doença. Um novo lugar que é convidado a se submeter, de limitações e mudanças drásticas de vida. Independente da intervenção terapêutica proposta, notou-se que, para grande parte dos pacientes, a marca deixada pelo câncer é, sobretudo, subjetiva. Assim, não se tratou de reduzir as consequências da experiência de adoecimento ao campo físico e orgânico, mesmo que houvesse sequelas ou presença de deformações e mutilações, sem recair sob uma visão reducionista e cartesiana.

O diagnóstico de câncer está atravessado por representações do imaginário social, é acompanhado do estigma de morte e devastação. Essa particularidade, unida a real gravidade da doença, é potencialmente traumática para o sujeito. A ideia de sua própria morte era inimaginável e, além disso, as perdas concretas são quase inevitáveis. Resta saber quais seriam as perdas sob a perspectiva subjetiva. A questão que norteou minha escuta, portanto, foi o que se perdeu, para além das alterações corporais, consequências da doença e do tratamento. Perda esta que pode gerar um abalo na representação que o sujeito faz de si, uma queda das referências que tinha para si até então. Diante disso, os pacientes encontram-se as

voltas com a reconciliação dessa suposta imagem, buscando um reconhecimento no olhar do outro.

Para além da marca física cunhada no corpo pela doença, tratou-se de compreender e esclarecer a articulação entre a incidência da doença e o potencial abalo na construção que o sujeito faz de si. Com esse fim, foi realizado um estudo teórico clínico, pelo qual foi possível articular a teoria psicanalítica, especialmente as obras de Freud, com fragmentos clínicos obtidos pelo acompanhamento psicológico. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA em 14 de agosto de 2018, sob o parecer de número 90990218.2.0000.5274. Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pacientes, maiores de 18 anos, atualmente em tratamento. A escolha dos participantes do estudo foi orientada pela escuta, sendo selecionados a posteriori aqueles que apresentassem em seu discurso questões relativas à representação de si a partir do diagnóstico da doença. Essa seleção foi feita a posteriori uma vez que surge a partir do fluxo natural das falas dos pacientes atendidos, seguindo a associação livre. Para preservar o sigilo dos casos, como acordado através do TCLE, os nomes não irão aparecer e serão utilizadas iniciais. Optou-se por expor os fragmentos clínicos de forma dispersa à medida que a discussão e reflexão evoluíram, a fim de enriquecer o embasamento teórico.

No primeiro capítulo foi apresentado o lugar dado ao corpo por alguns discursos, compreendendo que o corpo foi e ainda é objeto de estudo das mais diversas ciências especializadas e suas respectivas abordagens. Privilegiou-se refletir principalmente sobre o corpo segundo a ordem médica, e o corpo para a psicanálise, traçando uma breve reconstrução histórica de seu aparecimento enquanto objeto de estudo. Essa apresentação faz-se necessária, na medida em que o corpo sobre o qual debruçaremos e orienta esse trabalho não é apenas suporte das afecções orgânicas, mas acima de tudo, aquilo que faz fronteira entre o sujeito e o mundo, destacando-se o componente psíquico.

O segundo capítulo, por conseguinte, aborda a dimensão subjetiva desse corpo, contextualiza a constituição do Eu, enquanto atrelada à existência deste, uma vez que Freud articulou o advento da subjetividade a experiência corporal. Compreende uma discussão teórica acerca da angústia e do sentimento de

estranhamento suscitados pela doença, enquanto o câncer não constitui apenas ameaça a integridade do corpo, mas também do Eu, que tem sua existência ameaçada da mesma forma.

O terceiro capítulo compreende o luto na obra freudiana, considerando o sentido atribuído ao câncer no imaginário social. Aborda as possibilidades e saídas frente ao que foi perdido, considerando a singularidade de cada sujeito. Nesse sentido, o dispositivo de escuta orientado pela psicanálise possibilita espaço para que o sujeito construa alguma coisa ao redor dessa perda. Isto é, que através do discurso possa fazer anteparo ao que lhe é potencialmente traumático.

Por fim, esse trabalho se encerra com algumas considerações sobre o percurso teórico seguido até então. Apesar de ao longo de todo trabalho comparecer falas dos pacientes em acompanhamento, nesse último capítulo serão destacados dois breves relatos a fim de terminar esse percurso com as narrativas que aqui não se encerram.

1. O CORPO E SEUS DISCURSOS

“Pois nego absolutamente que eu seja um corpo”

Descartes

1.1. O corpo sob o silêncio dos órgãos

Ao refletir sobre o conceito de corpo, parece simples traçar sua definição. Entretanto, o corpo foi e ainda é objeto de estudo de diferentes saberes, sob o enfoque das mais diversas ciências especializadas e suas respectivas abordagens. Sendo assim, cada campo da ciência parece se ocupar desse corpo de uma forma, o definir de modo particular, segundo certa ética. Logo, abordaremos o corpo sobre algumas de suas diferentes perspectivas, privilegiando a concepção da medicina e da psicanálise, com as quais dialogo no ambiente onde se realizou a prática clínica que originou o presente trabalho.

O corpo é, indiscutivelmente, objeto sob o qual a medicina se debruçou ao longo dos séculos. Enquanto a mente ficava sob a responsabilidade dos filósofos, o médico se ocupava da anatomia do corpo como seu objeto de estudo. Essa divisão do objeto de estudo pelas diferentes disciplinas é sustentada por uma visão dualista de mente e corpo, pensamento cartesiano que funda a ciência moderna, o qual define corpo e mente como realidades separadas e irreduzíveis entre si, a saber *res-extensa* (corpo) e *res-cogitans* (mente). Tal dualismo sustentou durante muito tempo a prática médica, e permitiu que seu corpo teórico se desenvolvesse a partir desse recorte de objeto ao isolar o corpo, ou o órgão doente, excluindo a subjetividade do seu campo de intervenção. Essa visão, porém, ainda apresenta seus resíduos até os dias atuais, em grande parte da formação médica.

É a partir do século XVIII, segundo Foucault (1979), que a medicina desenvolve uma prática médica centrada na melhoria do nível de saúde, se diferenciando do que até então consistia em contabilizar as taxas de mortalidade e natalidade, bem como de isolamento dos doentes. O autor faz uma análise histórica sobre a

forma como os enunciados sobre o corpo se desenvolveram, de forma a analisar os atravessamentos de poder sobre esse. Assim, localiza que a mudança na prática da medicina foi influenciada pela lógica do capitalismo, que socializou o corpo como força de produção, de trabalho. Para Foucault (1979) o controle não operaria simplesmente pela ideologia, mas se iniciaria, sobretudo, no corpo. Em outras palavras, o autor aponta para o interesse de controlar a sociedade através do indivíduo, investindo-se primeiro no âmbito biológico, somático, corporal.

Ao incluir o corpo em uma perspectiva sócio-política, inserindo-o numa realidade biológica, novas preocupações surgem e passa-se a privilegiar a restituição da saúde no caso de enfermidade. A medicina é, nesse sentido, estratégia que serviu e serve para o controle dos corpos a nível individual e social. Consequentemente o hospital atravessa uma transição com relação ao seu propósito. Até então era lugar de exclusão dos pobres e doentes, e suas condições espaciais não eram arquitetadas de forma a pregar uma determinada terapêutica, sendo seu personagem principal o religioso e não a figura do médico.

Já dentro do espaço hospitalar, a medicina inaugura seu saber sobre o funcionamento do corpo a partir da dissecação do cadáver, a anatomia patológica. Isto é, com o intuito de construir um arcabouço teórico que possibilitasse o aperfeiçoamento das intervenções terapêuticas e transmissão do saber, a medicina lançou luz sobre a anatomia do corpo enquanto morto. Abriram-se os cadáveres. O conhecimento seria alcançado mediante a abertura dos cadáveres, reduzindo o corpo ao máximo de peças possíveis, permitindo a compreensão da funcionalidade de cada peça no sistema corporal como um todo. Nesse sentido, Fortes (2013) situa que a pesquisa do espaço corpóreo se pautou na dissecação para esquadriñar, investigar e pesquisar as peças que compõe esse corpo. Essa lógica conduziu a visão médica de funcionalidade das partes, em que um contexto mais amplo dessas peças possibilitaria a apreensão do corpo humano pela ciência. Sendo assim, como apontado por Foucault (1980), é a partir do corpo enquanto morto que se inaugura uma clínica sobre o vivo.

Diante disso, observa-se que o saber médico surge debruçado sobre um corpo sem vida, que já não fala por si e só tem algo a falar mediante o olhar do médico sobre seus órgãos. Nasce assim pautado em um corpo no qual o subjetivo

não pode e nem precisa ser considerado. Nesse contexto, esse corpo será definido pela biomedicina como biológico, natural, sede de processos fisiológicos e orgânicos, sendo assim o aspecto subjetivo quase totalmente excluído.

O olhar médico buscava correlacionar sintomas ao observado no interior dos corpos, a nível orgânico e tissular. O espaço privilegiado para essa construção do saber era também, e especialmente por isso, onde o indivíduo ia para morrer. Assim o corpo teórico da medicina surge apoiado no espaço hospitalar, local privilegiado para aplicar as técnicas e o olhar clínico, a fim de instituir correlações sintomáticas e diagnosticar. Construção esta que só foi possível na medida em que o hospital se tornou instrumento terapêutico, e não apenas instituição de asilamento, como era até então. O hospital como instrumento terapêutico nasce em fins do século XVIII, modificado a partir da prática de visitação e observação sistemática e comparada dos hospitais pelas primeiras “viagens inquéritos” (FOUCAULT, 1979). Essas viagens possuíam a finalidade de definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, propondo mudar o modelo do hospital e, conseqüentemente, seu propósito.

O espaço hospitalar foi assim sendo modificado a partir de técnicas disciplinares para compor-se como um lugar de cura. Até hoje é possível observar a herança dessa organização: o espaçamento entre os leitos, a vigilância contínua, o registro sistemático e permanente do estado clínico dos pacientes. O modelo de esquadrinhamento do espaço do hospital também influenciou o modo como o corpo era delineado dentro desse espaço, em que era submetido a investigações minuciosas. Existe não apenas uma disciplinarização do espaço, como também dos corpos, que através da instauração de rotinas hospitalares possibilita o mapeamento dos corpos adoecidos. É a partir da determinação de regras e protocolos dentro de uma enfermaria que é possível sustentar um funcionamento para garantir o reestabelecimento da saúde do indivíduo.

A figura do médico, desde o princípio, apareceu vinculada a um discurso de verdade sobre a doença pelo saber que detém, bem como aquele que pode produzir a doença em sua verdade. Assim, detém uma marca de autoridade sobre a doença e, por conseguinte, sobre o paciente. Dentro desse contexto, o que ali veio a surgir para além de uma medicina particularizada dentro do âmbito social, foi a instituição

de categorias de normal, anormal e patológico. A medicina do século XIX regulou-se mais pela normalidade do que pela saúde, adquirindo a bipolaridade médica do normal e do patológico.

Como ciência, a medicina caracteriza-se especialmente pelo atributo do valor ao rigor científico e às suas técnicas. Enquanto baseada na cientificidade, funciona sob uma lógica que vale para todos, mesmo que considere as particularidades do caso a caso. Sendo assim, estabelece normas e protocolos a fim de adequar maior número de indivíduos aos fenômenos que estuda. Foucault (1980) aponta que ao buscar a objetividade necessária à prática, o respeito ao rigor científico e ao valor da técnica, o médico toma o paciente como algo externo àquilo que sofre. Resta, então, ao que escapa como singular do indivíduo, o caráter de imprevisibilidade da clínica.

No entanto, dentro do hospital, o imprevisível já está dado desde o início, na medida em que esse corpo não se resume apenas a processos fisiológicos e orgânicos. É com esse imprevisível que a figura do médico, ator principal do saber biomédico, se defronta e exclui como parte de sua função, transferindo essa incumbência para o psicólogo ou assistente social. O médico está amarrado a esse discurso de saber científico, e espera-se que siga esse fielmente e dele não fuja. Deve supostamente ao paciente nada mais que a fidelidade de articular a doença com seu aporte teórico, buscando reestabelecer uma normalidade.

O próprio conceito de normalidade, como sinaliza Canguilhem (1943), atravessa o saber biomédico como uma diretiva a ser seguida: atribui-se ao corpo certa normatividade, e aquilo que não se adequa à norma torna-se o objetivo do médico, eliminar a fim de reestabelecer uma ordem. Assim, o discurso médico abrange um conjunto teórico científico que se propõe a responder o pedido do paciente de um retorno a uma condição anterior de saúde. Não apenas se restringindo à normatividade da saúde, mas produzindo normas que ultrapassam uma homeostase do organismo, regularizando a normalidade e anormalidade em outros campos como a sexualidade e a estética. Define assim, o que é socialmente aceitável ou valorizado para um determinado grupo, em determinada cultura. No entanto, adentrar essa questão da voz da medicina em outros campos, resultaria em um desvio da atual discussão. Do ponto do qual esse estudo se propõe, trataremos do aspecto da incidência de uma doença no indivíduo e como esse corpo se inclui

no saber biomédico.

Alguns autores embasam suas reflexões sobre a relação médico paciente a partir de premissas supostamente básicas da perspectiva médica. Dentre eles, Helman (2009) aponta a racionalidade científica; a ênfase em medidas objetivas, numéricas e dados físicos químicos; a visão das doenças como entidades nosológicas; o reducionismo; a ênfase no paciente individual; e o dualismo corpo-mente. Este último ponto, segundo ele, traz consigo consequências para a prática médica em seu ato último, uma vez que não inclui dimensões sociais, culturais e psicológicas do problema de saúde e nem do contexto em que surge.

No entanto, considerando que discutimos e refletimos sobre a experiência com o câncer, torna-se difícil excluir a dimensão social do olhar médico sobre a doença. Recai-mos sobre o discurso de epidemiologia e fatores de risco, tão ressaltado pelos próprios médicos. Existem, notavelmente, alguns questionamentos sobre a afirmação do autor, que não apenas exclui a dimensão sociopolítica no qual nasce a clínica médica, como exclui que o contexto no qual surge a doença aparece como interesse para a medicina preventiva. Não basta apenas reestabelecer a ordem natural do organismo, mas orientar sobre estilos de vida e hábitos a fim de evitar a doença. A medicina dificilmente pode ser vista como uma entidade única e uniforme, na medida que existe uma fragmentação de seus saberes em especialidades. Apesar disso, a formação acadêmica ainda apresenta vestígios da exclusão da subjetividade, visto que a neutralidade e objetividade eram atributos valorizados na origem, as quais sustentavam a exclusão do subjetivo.

A partir dessa herança deixada pela origem do nascimento do discurso médico, considera-se que nesse o próprio doente não é mais que o objeto de estudo, sobre o qual a doença incide, e a ele é quase convidado a submeter-se. Existe nele um imperativo, o médico possui a verdade sobre a doença do paciente e, em vista disso, cabe ao paciente aceitar essa palavra. E de fato, como observado nas narrativas de pacientes, estes buscam raciocinar sua doença em termos médicos, e geralmente sem compreender o significado de tais terminologias. É frequente observar em pacientes recém-diagnosticados o discurso sobre o que lhe aflige orientado pelos termos médicos, sem aparentemente compreenderem do que se trata essa terminologia científica. Recorrentemente, frustram-se ao não recordar

as palavras exatas dos médicos, os termos complicados, os exames de nomes compridos. A contagem de plaquetas e as transfusões de sangue tornam-se, muitas vezes, uma maneira de se relacionar com sua doença, pois se essa contagem sobe, conseqüentemente se reduz a necessidade de transfusão e o paciente interpreta que há uma melhora do quadro clínico. Até certo ponto, raciocinar a doença em termos médicos possibilita ao paciente dar sentido aos seus sintomas ou a causa de sua internação, mas não deve resumir-se a isso.

Além disso, essa verdade aparece como modo de determinar o estado de saúde, ou a falta dele. Especialmente em pacientes hematológicos, o que muitas vezes se observa é a sensação de bem-estar, que não condiz com os exames e as palavras do médico. A inexistência de sintomatologia significativa, também em alguns casos oncológicos, gera estranhamento nos pacientes, que referem questionamentos mas são convidados a submeterem-se à verdade que os exames exibem, e sobre os quais o médico vem a encarnar o papel de tradutor.

Clavreul (1983) afirma ainda que existe uma mudança de papéis dentro da instituição, na qual a relação médico paciente é substituída pela relação médico-instituição. Ou seja, ao mesmo tempo em que o doente precisa ser destituído de sua subjetividade para que sua doença seja avaliada, ao médico também é exigido apagar a sua própria a fim de atender as exigências de seu saber. No entanto, constatamos uma outra realidade dentro da prática médica em hospital, em que a subjetividade da figura médica aparece, mesmo que de forma estrangulada. O profissional esbarra no cotidiano do trabalho com o paciente real, com uma história que lhe acompanha, fora dos livros e dos enquadres objetivos da teoria, que foge às expectativas e cuja atitude e comportamento muitas vezes influencia na adesão ao tratamento. Não é possível, no âmbito relacional, anular qualquer subjetividade que seja, e essa tentativa vai reaparecer de outras formas: nas decisões precipitadas, no recuo diante da morte do paciente, das medidas extremas para manter o paciente vivo, dentre outras situações.

Dentro do discurso apontado acima não se espera que o paciente saiba o que diz, e o médico não espera que ele raciocine sobre seu sintoma, uma vez que este só ganha sentido quando incluído em seu saber biomédico. Espera-se que o indivíduo possa, idealmente, descrever e apontar seus sintomas objetivamente de

forma que permita ao médico nomear a verdade de seus sintomas. O sofrimento do paciente dentro desse discurso se nomeia de dor, e entra em articulação com outros sintomas que se liguem a síndromes e outras manifestações que caibam na nosologia. Do sofrimento, o médico não quer e não pode saber, foge aos protocolos e fórmulas, evidenciando algo que escapa ao manual médico. Assim, tentam ao máximo, criar escalas e questionários que possam tornar objetivo aquilo que escapa ao saber científico e que podemos denominar de subjetividade.

Por conseguinte, os "fracassos" terapêuticos e erros diagnósticos abalam não apenas a figura do médico, mas a estrutura do saber com o qual se articula. Tal estrutura está apoiada pela tentativa de domínio dos infortúnios do corpo, desmentindo a vulnerabilidade e finitude do ser humano: trata-se do impossível da morte. A partir desses erros buscam realizar novas pesquisas, desenvolver novos remédios, fórmulas que possam tamponar o furo na ilusão de imortalidade. Segundo Clavreul, "é a promessa de sucesso, que é a promessa de um 'mais de gozar', que constitui a justificativa da medicina, promessa que não diz respeito unicamente ao indivíduo, mas a toda humanidade nas gerações futuras" (CLAVREUL, 1983, p. 145).

Ariés (1977) faz uma análise sócio-histórica dos comportamentos e rituais em torno da morte, sendo uma teoria dentre outras que busca elucidar a atitude do homem diante da morte. Em sua análise sobre a história da morte no ocidente, aponta para a noção de morte interdita, predominante nos dias de hoje. Com o advento da era industrial ocorreu um avanço científico no campo da medicina, que cada vez mais possibilitou o controle e tratamento de doenças que, até então, eram vistas como incuráveis ou de difícil manejo. Com isso, a medicina realizou progressos que possibilitaram um recuo na morte, e esta, gradativamente, perdeu sua qualidade de natural. Ela passa, então, a ser considerada como inimiga e batalhas são travadas contra ela a qualquer custo.

O autor ainda observa que houve uma inversão dos tabus na sociedade, da morte e da sexualidade, em que a morte passa a ser vista como tema que deve ser ocultado. Muitas vezes, romantizada a fim de contornar a repugnância que acompanha a ideia de morrer. Associa essa mudança ao hedonismo moderno, em uma constante busca e exigência de ser feliz e evitar as tristezas e aborrecimentos:

viver tornou-se um imperativo. Sendo assim, a morte ganha uma coloração de horror em virtude do excessivo apego ao viver. Uma visão da morte que é preconizada na cultura em que vivemos, mas que não reduz ou generaliza todas as atitudes, em diferentes sociedades, diante da morte.

A postulação de uma morte interdita, do século XX já sofre suas transformações e permutações. Até onde podemos observar, dentro de uma instituição hospitalar e do cuidado médico, já existem movimentos que valorizam a chamada 'boa morte'. Atualmente, pelo crescimento de correntes da humanização do cuidado, e da valorização da ética de cuidados paliativos, há um resgate da temática da morte. Esta passa a ser colocada sob a luz da consciência crítica, e o que era via de regra a tentativa de evitação da morte a qualquer custo passa a ser questionado. Quem dirá o lugar da morte e a atitude diante desta pela lógica médica em alguns anos, décadas? Parece-nos que a atitude diante da morte não pode deixar de levar em consideração o pensamento coletivo de uma determinada sociedade e cultura, em uma época específica.

1.2. O corpo fala para alguém que escuta

Diante do exposto no anteriormente, cabe refletir se o corpo também pode realmente ser descolado de uma cultura e contexto sócio-histórico. Inclusive, se seria possível falar de um corpo natural, do qual a medicina se ocupa. O conhecimento biomédico é uma representação do corpo entre outras, eficaz para a finalidade a que serve. No entanto, segundo a perspectiva antropológica o ser humano já nasce inserido em um conjunto de signos e símbolos preexistentes a ele, inserido em um coletivo que imprime suas marcas desde o nascimento. Como Prado Filho e Trisotto (2008) apontam, o corpo resulta de investimentos de poder e de enunciações de saberes, sendo sua própria natureza construída. Colado a um corpo físico, concreto, encontra-se algo que é da ordem da cultura: enunciados, normas, padrões, que atribuem ao corpo uma corporeidade que não se resume apenas a processos e sistemas pertencentes ao orgânico. A psicanálise considera ainda que essas marcas se imprimem antes mesmo do nascimento, uma vez que antes de sua concepção o bebê já pode ser imaginado e idealizado pelos pais.

Le Breton (1983), realizando uma análise da sociologia do corpo, defende a importância da relação com o outro na formação da corporeidade. Ressalta a necessidade de considerar inclusive as emoções como mediadas pelo meio cultural. Toma a dor como exemplo, a qual apesar de apoiada em processos fisiológicos e neuronais do corpo possui manifestações diferentes para cada pessoa. A atitude do indivíduo diante da dor está ligada diretamente ao tecido cultural no qual está inserido, com a visão de mundo, crenças religiosas, de sua própria história pessoal, lhe dando significação própria, “é o homem quem faz a dor conforme o que ele é” (LE BRETON, 1983, p.53).

Não é possível falar de um corpo resumido a sistemas orgânicos, visto que por meio desses mesmos sistemas o indivíduo é regularizado do que pode ou não se alimentar, de que atividades são socialmente valorizadas, livre para escolher mudar esse corpo de acordo com normas estéticas vigentes. A existência é antes de tudo corporal, mas não se deve esquecer que está atrelada a códigos sociais, por um corpo socialmente construído a partir dos discursos vigentes, sendo a biomedicina um deles.

Ora, não é de modo algum evidente que esse estado de tensão do organismo deva ser considerado apenas sob o ângulo da dor. Quando Leriche diz que a saúde 'é o silêncio dos órgãos', esquece que a tensão sexual (e também o da fome etc) não é seguramente o silêncio dos órgãos. Uma boa saúde, sem desejo sexual, sem fome, sem sede, sem cansaço, sem vontade de dormir etc, isto é, sem estados de tensão, não seria saúde. E esses estados de tensão não são em si mesmos desagradáveis, não apenas em função da promessa de uma saciedade, de uma distensão, de uma descarga por vir, mas porque são os testemunhos de uma exigência da vida. Não é, pois, de modo algum ilegítimo falar de uma erotização das sensações cinestésicas, mesmo se nos recusamos a incluir sob este termo fatos dos quais o masoquismo tira vantagem. (CLAVREUL, 1983, p. 152)

A partir da análise do trecho acima é possível supor que esse corpo natural e regido por leis e processos orgânicos, apresenta estados de tensão que não se apresentam como patológicos. Esse corpo que é lugar da saúde, descrita como estado perfeito físico, mental e social, e supostamente livre de tensão, é também um corpo marcado por uma exigência de satisfação constante, seja ela considerada de caráter sexual ou fisiológica, como a fome. Diante do diagnóstico de uma doença,

essas exigências não desaparecem em detrimento das necessidades e limitações impostas por ela. O corpo do paciente continua a demandar e isso, na maioria das vezes, entra em desacordo com as orientações médicas sobre os cuidados necessários durante o tratamento. E nesse sentido, o psicólogo se apresenta na cena hospitalar escapando à tentativa de recolocar o doente em linha de normalidade e obediente as ordens médicas, não é disso que se trata sua intervenção. Seu interesse está no que o paciente tem a dizer sobre si, enquanto autor de seu discurso, pois é neste que será possível recolher pistas de sua relação com o seu entorno, bem como de sua relação com a doença.

Aqui, apontamos a importância de nomear de “relação” a maneira como o paciente lidará com sua doença, pois é disso que se trata. Ele vai se relacionar com sua doença, conhecê-la, com suas qualidades e defeitos; se adaptar a ela; se deparar com os ganhos secundários. Essa relação vai ser constituída de brigas e reconciliações, de altos e baixos, de momentos duros e de momentos leves. À medida que conhece sua doença poderá determinar qual será seu vínculo com ela, como irá se adaptar e atravessar esse período de aposta na restituição da saúde. Para isso é necessário possibilitar o espaço para que o paciente fale sobre si, sobre sua doença, sobre o que foi perdido e como contornar essa perda, sobretudo, para além dos termos e jargões médicos.

A aposta é a de que o paciente tem algo a falar sobre si e sobre sua doença que não adequa-se aos descritores técnicos do discurso médico, mas que vai além. No descompasso entre o discurso do paciente e o discurso do médico, o termo técnico busca tamponar o buraco daquilo que não possui representação, do aspecto traumático que acompanha o diagnóstico, daquilo que ameaça sua existência.

A doença vai cunhar sua marca em um conjunto de identificações que existiam antes de seu surgimento, abalando a maneira que o sujeito tinha de transitar no mundo e na vida. Considerando, como já discutido acima, que o nascimento do sujeito precede o nascimento biológico, existe algo que marca o bebê: fantasias dos pais acerca de quem será essa criança, o lugar que ocupará na relação. Isto é, já nasce mergulhado na linguagem, no campo do simbólico, lhe conferindo um lugar no seio familiar e no mundo.

Freud subverte a lógica do discurso médico ao dar ao corpo uma nova

dimensão. Para compreender essa mudança no estatuto dado ao corpo é necessário retornar, inevitavelmente, ao século XIX. Nesse período, é a partir da clínica com as histéricas que Freud lança luz sobre o corpo dentro da psicanálise, dando espaço para o psíquico no que até então era colocado como da ordem do "fingimento". O caráter de simulação que os médicos atribuíam à histeria justificava-se pela ausência de afecções orgânicas que possuísem correlação com os sintomas apresentados, escapando a compreensão médica da época. Foi a partir do que fugia ao saber médico da época que possibilitou Freud incluir uma nova dimensão ao corpo: a dimensão psíquica.

Inicialmente, ele se baseou nos métodos de tratamento então correntemente recomendados para a histeria: a hidroterapia, a eletroterapia, as massagens, o repouso, bem como a hipnose. Este último método, lhe possibilitou apontar para a importância das ideias na determinação dos sintomas. Aliou a hipnose ao método catártico, no qual a paciente sob estado hipnótico era sugestionada a recordar eventos que poderiam ter contribuído para a formação do sintoma. Ao despertar desse estado induzido, o sintoma em questão desaparecia. Esse método, no entanto, se mostrou insuficiente, uma vez que os sintomas só eram sanados por tempo determinado e eventualmente retornavam. Existia algo que ainda ficava excluído do raciocínio das correntes médicas da época, que instigava Freud a questionar-se: por que sob o efeito da hipnose essas pacientes revelavam a série de ocasiões associada a formação do sintoma de forma tão clara, e fora deste eram incapazes de recordar? A partir dos obstáculos que ele encontrou na clínica, foi desenvolvendo sua teoria. Posto isso, o abandono da hipnose pelo método catártico foi o passo decisivo para Freud avançar na descoberta da existência de obstáculos que até então ficavam encobertos pelos métodos da época. Aponta na *História do Movimento Psicanalítico* (1914) que o uso da hipnose ocultava do analista a existência da resistência por parte do analisando; por conseguinte “a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose” (FREUD, 1914a/1996, p.26).

O método catártico consistia em permitir que seus pacientes falassem

livremente, sendo inclusive referido por uma de suas pacientes em 1881, Anna O¹., como “cura pela fala” ou também se referia a ele como “limpeza de chaminé”. Denominava assim o método, pois através da recordação de eventos tinha seus sintomas apaziguados. A fala é, portanto, o meio privilegiado pelo qual estes afetos eram eliminados. Observava através desse método que o corpo dessas pacientes estavam capturados pelas palavras, seus corpos eram afetados por elas. Notou, a partir da narrativa dessas pacientes, o quanto seus corpos estavam marcados pela linguagem. Assim, enquanto a medicina buscava esquadrihar o corpo em busca de relações causais, Freud lançou luz sobre a importância da escuta dessas pacientes, compreendendo que havia uma justificativa de ordem psíquica, determinada pelo funcionamento do inconsciente, ao qual só se tem acesso pela linguagem. Ele inaugura, diante disso, uma prática que apreende o corpo como recortado pela linguagem, introduzindo também, de acordo com Le Breton (1983), o relacional na corporeidade, isto é, na relação com o outro, que lhe confere uma dimensão simbólica.

Tendo essa clínica como base para a construção de sua teoria, não há como ignorar que antes mesmo já lançava luz sobre os fenômenos psíquicos a partir de sua formação em neurofisiologia. Em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895) tenta representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, isto é, os neurônios.

O corpo, além de capturado pelas palavras, detém uma certa intensidade que movimentaria o sujeito, mais tarde a nomeando de pulsão. A ideia de pulsão aparece ao longo de diversos trabalhos, aparecendo sob outros nomes: excitações, estímulos endógenos e assim por diante. Só nomeada como tal em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905) a ideia do conceito está presente na obra freudiana, no entanto, desde o princípio. Essa ideia é elaborada, no *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895), a partir da distinção entre os mecanismos de reação do organismo quanto aos estímulos que se apresentam ao aparelho neuronal, estímulos exógenos e endógenos. Aos estímulos exógenos o organismo

¹ Anna O. iniciou tratamento com Freud em 1880, e teve seu caso clínico publicado pelo autor em *Estudos sobre a Histeria* (1895).

reagiria segundo esquema de arco reflexo, que seria semelhante à função do princípio da inércia, uma tendência dos neurônios de se livrar da intensidade acarretada pelo estímulo, buscando se livrar desse pela fuga.

Dos estímulos endógenos a resposta de fuga seria ineficiente, visto que não há como escapar a essa excitação interna e constante, mesmo porque isso resultaria em ameaça a própria continuidade da vida. A função de tais estímulos é movimentar o organismo em direção a finalidade de manutenção da vida. Torna-se necessário uma ação específica que satisfaça essa exigência, e isso requer um trabalho psíquico, de regulação do aparelho. Tendo como exemplo a fome, como estímulo endógeno, da qual caso se escape o indivíduo deixaria de alimentar-se e, por conseguinte, teria sua existência comprometida. A postergação da satisfação do estímulo, através da ação específica, permitiria ao aparelho psíquico manter uma intensidade mínima.

Em *Os Instintos² e suas vicissitudes* (1915) Freud abandona os termos neurofisiológicos, distinguindo a pulsão como proveniente de estímulos internos. O conceito de pulsão é fundamental para refletir sobre a posição que o corpo ocupa dentro do desenvolvimento do indivíduo, e de sua relevância para a atual discussão. A pulsão é definida por ele como um representante psíquico de estímulos constantes de fonte endógena, sendo uma força constante que impulsiona o organismo em direção a uma finalidade, a satisfação do estímulo de forma a manter o equilíbrio do estado de tensão na fonte pulsional. Portanto localizando-se como um conceito limítrofe entre o psíquico e somático. Segue a mesma lógica presente no seu texto inicial, de que então o cessamento do estímulo só poderia ocorrer de outra forma, que não pela fuga. É necessária um objeto, como meio que cumpra a finalidade imposta pela fonte pulsional.

Uma consideração importante do texto citado acima foi a plasticidade

² O termo instinto, tradução de *Trieb* no alemão, corre o perigo de uma biologização de seu sentido. O termo em alemão pode ser traduzido por pressão, movimento, mas tem tantas outras traduções que lhe conferem uma riqueza de sentidos. Optou-se, no atual trabalho, pela utilização do termo pulsão, mantendo a fidelidade com a tradução inglesa no caso de citações e título da obra.

atribuída à pulsão. Isto é, seu objeto é o que tem de mais variável, sendo a finalidade sempre a satisfação. O que é importante destacar na contribuição do conceito de pulsão é que este particulariza o que chamamos de corpo, na medida em que ele é marcado por experiências singulares de satisfação, constituindo-se como fonte pulsional. De acordo com a contribuição de Freud, e como já apontado a pulsão é uma exigência de trabalho ao psiquismo, na medida em que possui a qualidade de ser uma pressão constante ao organismo. Ter um corpo pulsional significa considerar que o ser humano, diferentemente dos animais, não fica apenas regulado pelos processos fisiológicos.

Sendo assim, essa plasticidade da pulsão a diferenciará do conceito de instinto. Ao contrário deste, é independente de seu objeto e nem é determinado pelas qualidades desse. É no que diz respeito ao objeto que a pulsão se distingue radicalmente do instinto, uma vez que não existe objeto específico que a satisfaça, fazendo pressão contínua em busca de satisfação. No que há, porém, de supostamente flexível na escolha do objeto, ressalta-se que sua variabilidade encontra-se restringida pelos traços da fantasia do sujeito que o direcionam na escolha desse objeto. Só podemos perceber nitidamente as pulsões, na vida cotidiana, a partir da ideia que lhe representa, seu representante psíquico.

Dentro dessa perspectiva a teoria das pulsões é de suma importância para a psicanálise, tendo sofrido alterações importantes ao longo da obra freudiana. Em 1920, Freud postulou dois grupos de pulsões: as pulsões de vida e de morte, cada qual com sua finalidade. Sobre as pulsões de vida já havia formulado suas considerações, essa serviria tanto a autopreservação do organismo como a preservação da espécie, reafirmando a existência dúplice do ser humano. Em outras palavras reúne sob o nome pulsão de vida as pulsões de auto conservação e as pulsões sexuais, contrapondo à pulsão de morte. Distingue e admite, então, a existência dessa última como uma tentativa do organismo de um retorno a um estado anterior, inorgânico, a partir da constatação da compulsão à repetição. Essa compulsão é definida como uma tendência a repetição, mais além do princípio do prazer na medida em que o que se repete não é necessariamente da ordem da satisfação, isto é, não está regulado pelo princípio do prazer.

O corpo para a psicanálise é, então, um corpo marcado por experiências de

prazer e desprazer, marcas que ficam fixadas enquanto representações inconscientes. O que implica dizer que o psíquico não se reduz apenas a consciência. Portanto, diferindo da clínica médica que nasce a partir do olhar sobre o corpo, a psicanálise nasce a partir da valorização do campo da escuta, enquanto um corpo que fala e transborda traços do inconsciente, formações secundárias, substitutivas. Enquanto a medicina priorizou a soberania do olhar, a psicanálise realizou uma transferência do olhar para a escuta, sendo orientada pela lógica de que o sujeito só o é por ser capturado e recortado pela linguagem, via privilegiada de acesso ao corpo pulsional, sujeito do inconsciente. Mesmo no silêncio o corpo humano fala, está tomado pela palavra.

No hospital a psicanálise encontra com o discurso médico, mas não está submetida a este por ocupar outro lugar na equação de quem porta o saber. A medicina tem acesso ao corpo orgânico, esse atingido pela doença, que é manipulado, sujeito a cirurgias, quimioterapias, procedimentos invasivos. E é diante desse corpo que “o médico trabalha reverenciando e referenciado a eles, comparando sintomas descritos com aquilo que é apresentado, o que caracteriza essa clínica mais como uma clínica da observação do que da escuta” (KLAJMAN; FERREIRA & JORGE, apud Swinerd, 2016, p.28). Então, aquilo que escapa aos protocolos, que escapa a vista dos olhos, e atravessa o campo da escuta e dos sentidos atribuídos a experiência é o lugar privilegiado do trabalho do psicanalista dentro do hospital, é onde emerge o sujeito enquanto detentor de um corpo, que se expressa para além da doença. Não cabe desconsiderar a ordem médica, mas levar em consideração que o corpo que o psicólogo se debruça não é o mesmo corpo tratado pelo médico.

O corpo é, nesse contexto, suporte das afecções orgânicas, mas é acima de tudo a marca do indivíduo, a fronteira entre ele e o mundo, o que o distingue dos outros e o define dentro de um conjunto de identificações. Apoiado num corpo o sujeito advém enquanto autor de sua história. E diante de um diagnóstico de uma doença potencialmente ameaçadora da vida não é apenas o corpo que sentirá seus efeitos. Como já vimos anteriormente, esse corpo é também suporte de identificações e a incidência de uma doença como o câncer também gera efeitos de ordem subjetiva, um corte nessa cadeia identificatória. No

entanto, cabe compreender de forma mais ampliada sobre não apenas os efeitos da gravidade da doença, mas considerar também as particularidades do câncer e seu tratamento.

O corpo do paciente está inevitavelmente marcado pelo câncer, seja de forma visível seja apenas constatado por meio de exames. De diferentes maneiras, o que podemos afirmar ao acompanhar pacientes ao longo de um tratamento onco-hematológico, é que o corpo do paciente acometido pelo câncer está marcado por uma mutilação: seja ela mutilação concreta, seja mutilação imaginária. Esta última sendo resultado do corte, da ruptura causada pelo momento do diagnóstico. Para fins de melhor compreensão, apelar para a imaginação faz-se um recurso adequado: imagine um sujeito que transitou grande parte da vida de acordo com certas referências que lhe representavam, lhe davam identidade. Trabalho, *hobby*, esporte, vida social, vida sexual e amorosa, bem como de suas fantasias. A entrada da doença nesse cenário abala o modo de se localizar no mundo e para o mundo, expondo o que até então possivelmente estava velado. O corpo no adoecimento fica convocado a ocupar o lugar de objeto de manipulação e sujeição ao saber médico. Atravessado, além disso, pelo impossível de ser simbolizado, que é vivenciado pelo eu da maneira como é possível: pela angústia. Enquanto o médico reflete sobre as sequelas, nos debruçamos sobre seus efeitos enquanto um corpo que faz margem entre o eu e o mundo.

2. QUEM, EU?

2.1. O Eu e sua constituição na obra freudiana

“O importante não é o que fazemos de nós, mas o que nós fazemos daquilo que fizeram de nós”.

Sartre

Como vimos no capítulo anterior, a partir da obra freudiana, o corpo então não é simplesmente orgânico: foi considerado e destacado também o componente psíquico por Freud. Em sua teorização do aparelho psíquico, reconheceu através de sua experiência clínica que existem certas instâncias, com qualidades e funcionamentos próprios, que regem a vida mental do ser humano. Até então já havia realizado, em obras anteriores, reflexões que respaldariam sua hipótese da constituição do aparelho psíquico em instâncias psíquicas: *ego, id e superego*; ou *eu, isso e supereu* respectivamente. Adotaremos aqui os termos de acordo com o uso atual dentro da psicanálise, optando por não utilizar termos presentes na respectiva edição utilizada da obra freudiana como repressão e instinto.

A partir de uma leitura minuciosa e atenta da psicanálise, observa-se a retomada do corpo para um novo plano de discussão, e que conseqüentemente escapa do olhar reduzido ao orgânico. Para além de destacar o componente psíquico e sua conseqüente organização em um aparelho, Freud articulou o advento da subjetividade a experiência corporal. Apresenta essa ideia ao longo de sua obra, a partir de importantes textos, dentre eles *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895), *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), *O ego e o id* (1923).

A constatação da existência de um aparelho psíquico organizado, receptor de estímulos endógenos e exógenos, já possui seu esboço em 1895, com *Projeto para uma Psicologia Científica*. Freud, influenciado por sua formação médica e conseqüente preocupação com o rigor científico, buscou compreender os fenômenos psíquicos a partir da escuta de suas pacientes, levando em consideração a terminologia com a qual estava habituado. O resultado é uma obra repleta de

termos da neurofisiologia, com os quais buscava traçar relação com os fenômenos psíquicos, relacionando o funcionamento dos neurônios a esses. Apesar de abandonar a grande maioria dos termos utilizados nesse texto, o germe de suas ideias foi ali plantado e, em nova roupagem, ganharam sua apresentação em conceitos da psicanálise tal como conhecemos nos dias atuais.

A relevância que é colocada sobre a superfície corporal no desenvolvimento do homem enquanto sujeito possibilita afirmar que a constituição do Eu está pautada na existência do corpo. Essa afirmativa, por sua vez, permite que o indivíduo não seja simplesmente um corpo orgânico, mas que tenha um corpo. “Meu corpo já não é mais o mesmo” (E.M.) e, ao narrar sobre sua experiência no tratamento, aponta que com a quimioterapia grande parte de sua autonomia foi prejudicada: “já não consigo mais fazer as coisas como costumava, até para lavar a louça para descansar, é assim com tudo”. E está certa em sua declaração, assim como estaria certa também se alegasse que já não sentia-se mais o mesmo, considerando o lugar de importância ocupado pelo corpo dentro do desenvolvimento humano e na constituição do psiquismo.

Diferentemente de outros animais, a espécie humana torna-se autônoma após longos anos e numerosas aquisições evolutivas. O bebê humano nasce completamente dependente, desamparado. A noção de desamparo remonta aos escritos iniciais de Freud (1895b), em que postula o desamparo como constituinte do ser humano, na medida que é responsável por o inserir em um circuito que depende de um outro para atender as suas necessidades vitais. No início, a satisfação das necessidades vitais, necessárias à sobrevivência, deixa uma marca e é essa marca, que impõe ao pequeno bebê uma necessidade de repetição, obedecendo ao princípio do prazer, isto é, redução de excitação. O ato de mamar transcende suas finalidades iniciais e passa a se constituir como experiência de satisfação, marcando essa parte do corpo, a boca, como zona erógena, de prazer. Essas zonas erógenas não são fisiologicamente pré-determinadas, mas requerem em especial o investimento de desejo pelos pais, que vivifique certas partes do corpo como erógenas. Isto é, resultantes daquilo que marca cada indivíduo de forma particular, na sua relação com o outro, ao longo do seu desenvolvimento.

O ato de chuchar ganha assim uma marca de manifestação sexual. Essa

prática, tomada como exemplo, é uma das manifestações da pulsão sexual voltada para o próprio corpo do indivíduo, satisfaz-se no próprio corpo, é auto-erótica. Isto constitui uma tentativa de reproduzir a satisfação outrora sentida com o mamar. Essa ideia de um corpo pulsional, apoiado nas funções vitais, que por sua vez servem à autopreservação, será retomado em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905). Então, de acordo com a psicanálise, é possível afirmar que o ser humano não é instintual, mas que tem seu corpo marcado desde o início por exigências de satisfação que, no decorrer de desenvolvimento se dissociam das finalidades de sobrevivência.

Não sendo ainda dominante da fala, a criança precisa de um outro que possa antecipar, supor e atender as suas necessidades. Consequentemente o corpo do bebê é investido por esse outro. Investimento de desejo, especialmente e acima de tudo dos pais. A ideia de conceber um filho já inclui em si um conjunto de fantasias e expectativas para o bebê imaginado, ainda não real. Esse recém-nascido receberá dos pais, ou respectivos substitutos, nomeações que irão lhe dar lugar subjetivo no mundo. Esse investimento é o próprio narcisismo dos pais, projetados sobre o bebê, a quem se atribui toda perfeição e qualidades.

A conceituação de narcisismo apareceu primeiramente em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914). A inclusão desse conceito abriu espaço para novas reflexões sobre a dinâmica libidinal e a constituição do Eu. Freud, nesse texto, apontou que é necessária uma nova ação psíquica que inaugure a entrada no narcisismo. Essa nova ação operaria a partir do complexo edipiano, em que o corte pela função paterna permitiria o surgimento do Eu enquanto instância. Dessa forma, é a partir do desejo dos pais que é conferido ao bebê um lugar no mundo, permitindo-nos dizer, a partir do estudo do complexo de Édipo, que a constituição do eu só pode ser pensada a partir da alteridade. As elaborações sobre o narcisismo, como etapa do desenvolvimento normal, possibilitaram a Freud repensar sua construção teórica, especialmente do circuito libidinal e da importância deste no desenvolvimento do sujeito.

Sendo assim, as nomeações e expectativas dadas pelos pais à criança conferem a ela um lugar subjetivo no mundo, reforçando assim a importância de um outro que cuide, ame, nutra, introduza na cultura. Existe para o ser humano, então, a

necessidade de um outro que possa nomear, situar e facilitar o laço social. Posto que, é por estar introduzido em uma dada sociedade e cultura que a espécie humana progride. Portanto, existe um desamparo inerente que simultaneamente lhe insere e o enlaça a depender de um outro. Esse outro sendo a função dos pais, como algo que opere, que introduza a alteridade.

Com o narcisismo o eu adquire um lugar de objeto, passível de ser investido libidinalmente, postulando com isso, a existência de uma libido objetal e uma libido do Eu. O valor dessa distinção encontra equivalência quanto a distinção comum e popular entre fome e amor. Com essa comparação busca retratar as necessidades as quais o ser humano está sujeito, atendendo as suas necessidades vitais bem como também atendendo sua necessidade de amor, de inserir-se no laço social. Freud (1914b) situará, então, o narcisismo como o complemento libidinal do egoísmo da pulsão de autoconservação.

A escolha dos primeiros objetos de investimento libidinal serão, inevitavelmente, aqueles responsáveis por sua nutrição, cuidados e proteção. Em primeiro caso, quem toma esse lugar para a criança é a mãe ou quem quer que a substitua.

Dizemos que um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais - ele próprio e a mulher que cuida dele - e ao fazê-lo estamos postulando um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos pode manifestar-se de forma dominante em sua escolha objetal (FREUD, 1914b/1996, p.95).

O narcisismo primário, como apontado acima, é um estado inicial, visto que o Eu é originalmente o reservatório da libido. Apenas mais tarde, após investimento libidinal nos objetos, é que o retorno da libido para o Eu se caracteriza como narcisismo secundário. Esta regressão da libido para o Eu está presente, por exemplo, na economia do trabalho de luto, o qual será aprofundado no capítulo seguinte.

Como visto até aqui, através das marcas deixadas pelo outro, o corpo ganha aos poucos uma unidade. Nos anos iniciais da tenra infância, o mapa do circuito libidinal está localizado, por assim dizer, no corpo do infante, se evidenciando pela tradução da libido em motilidade. O que é da ordem de uma economia do aparelho psíquico está primordialmente debruçado sobre o corpo físico, sendo a existência de

um Eu coerente e unificado uma aquisição conquistada ao longo do desenvolvimento, com a entrada no narcisismo. O equivalente ao eu como unidade não existe, assim, desde o princípio no indivíduo, tal como Freud afirma:

(...) estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo, o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo - uma nova ação psíquica- a fim de provocar o narcisismo. (FREUD, 1914b/1996, p.84)

Como instância, o Eu é descrito por Freud (1923) como uma organização coerente dos processos mentais, o qual está em maior contato com o mundo externo, sendo responsável pela recepção das percepções. É considerado, então, sede das percepções, tanto das provenientes do mundo externo quanto das do mundo interno, das que se originam nos processos corporais e na mente. Essa concepção da consciência, uma das qualidades do Eu, data do *Projeto* (1895b), e Freud jamais a abandonou. Assim como compete ao Eu a percepção, cabe também a ele o tipo de resposta que dará as excitações, ficando assim responsável por controlar a motilidade, a descarga das excitações.

Com o trabalho intitulado *O Ego e o Id* (1923), Freud estava interessado em pensar a vida psíquica nos seus aspectos dinâmicos, e não apenas no sentido descritivo. Consequentemente, a consciência e o inconsciente ganham novo estatuto dentro de sua teoria, não sendo mais estritamente considerado sob o ponto de vista tópico. Freud abriu mão do termo inconsciente em seu sentido puramente descritivo, afirmando que "estar consciente" é uma qualidade, que pode estar ausente ou presente.

Nesse mesmo trabalho, aponta que parte do próprio Eu se comportaria tal como conteúdo inconsciente. Com isso, confirma o que antes já havia defendido: a essência do psíquico não se encontra simplesmente na consciência, admitindo a existência de ideias das quais nada sabemos, mas que possuem efeitos como se conscientes fossem, assim afirma: "Só podemos vir a conhecer, mesmo o lcs, tornando-o consciente" (FREUD, 1923/1996, p.33). Essa parte possui estreita relação com o que denominou de Id, o reservatório da libido, pólo pulsional do psiquismo. Não só estreita relação, mas o Eu não se diferencia nitidamente do Id, a ele se fundindo. Pois isso decorre da própria pré-história da constituição do Eu, que

é a parte modificada do Id por influência do mundo externo.

A fim de tornar-se consciente, o conteúdo inconsciente deve se articular com representações verbais que lhe sejam correspondentes. Portanto, qualquer ideia que busque se tornar consciente deve tentar se articular com resíduos de lembranças, traços mnêmicos que uma vez já foram percepções. Esses resíduos verbais derivam primariamente das percepções auditivas, de maneira que pode supor-se que é através do enlaçamento com a linguagem que o sujeito pode tornar algo consciente, por meio das palavras. Não se trata aqui de quaisquer palavras, sem sentido algum entre si, mas que entram em conexão e associação com o conteúdo inconsciente. O caminho inverso pode acontecer: uma percepção pode entrar em articulação com um conteúdo inconsciente recalcado e assim sofrer mesmo destino. É nisso que consiste um dos trabalhos da análise, facilitador no sentido de fornecer vínculos intermediários ao indivíduo.

Uma consideração importante nessa obra, inclusive para a presente reflexão, é a afirmação de que “o ego é, em primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923/1996, p.39-40). Isso coloca o Eu tanto como resultante da existência de um corpo físico como necessário para subjetivação deste. Em última análise, um sujeito não é simplesmente e apenas um corpo, mas também por se reconhecer como tal. Através das identificações depositadas nele pelos pais, sendo esse corpo, superfície e receptor de percepções do mundo externo, foi erogeneizado, investido.

A organização do aparelho psíquico não sendo apenas Eu e Id, é composta também por outra instância, a qual será apontada por Freud em 1914. Apesar da formalização dessa elaboração sobre o aparelho psíquico ser encontrada na obra do *Ego e o Id* (1923), podemos encontrar as primeiras considerações acerca do ideal do eu em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914). Freud coloca essa instância como uma diferenciação do próprio Eu, cuja formação coincide com a resolução do Complexo de Édipo e de castração, isto é, o investimento narcísico que estava no Eu, como eu ideal, antes de ser marcado pela castração é então deslocado e assume a forma de um ideal do eu, “o que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância, na qual ele era seu

próprio ideal” (FREUD, 1914b/1996, p. 101).

Para Freud (1924) esse ideal é formado pelos resquícios da função paterna como agente de castração e constitui-se, assim em diante, como uma maneira pela qual o Eu se mede. Sua formação é fator fundamental para o recalque, uma vez que é a partir dos padrões éticos instaurados que esse mecanismo de defesa se efetiva. Este ocorre quando os impulsos libidinais entram em conflito com as ideias culturais e éticas do indivíduo, não sendo proveniente de um mecanismo meramente intelectual e consciente, mas de um padrão para o qual o indivíduo se submete.

Ou seja, o investimento narcísico é abandonado e deslocado em direção a esse novo ideal, o qual, tal como o eu infantil, se acha possuído de toda perfeição e valor. Enquanto o eu ideal é expressão máxima de um eu idealizado, o ideal do eu apresenta-se como a introjeção de uma instância externa, como algo que se coloca diante do eu como ideal, que atua com crítica tão forte quanto tenha sido exercida a função paterna ao barrar a alienação da criança com a mãe.

(...) o que induziu o indivíduo a formar um ideal do ego, em nome do qual sua consciência atua como vigia, surgiu da influência crítica dos pais (transmitido a ele por intermédio da voz), aos quais vieram juntar-se, a medida que o tempo passou, aqueles que o educaram e ensinaram, a inumerável e indefinível coorte de todas as outras pessoas de seu ambiente - seus semelhantes - e a opinião pública (FREUD, 1914b/1996, p.102)

Como dito anteriormente, o Eu irá se medir pelo ideal construído a partir dessas influências. Quanto mais próximo encontra-se o eu real do eu ideal mais amor por si o sujeito tem e, por conseguinte, maior sua autoestima. Pela fluidez com que a libido se desloca, ora se esvaziando do Eu para investir em objetos e vice-versa, tem-se como resultado que a autoestima do sujeito varia de acordo com essa economia libidinal.

Uma parte da autoestima é primária - resíduo do narcisismo infantil; outra parte decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego), enquanto uma terceira parte provém da satisfação da libido objetual (FREUD, 1914b/1996, p. 107).

O ideal do eu coloca-se como representante do mundo interno, do Id.

Comporta-se como uma autoridade crítica, tal qual um dia os pais o foram e ao Eu, preservado seu caráter de tempos no qual era mais frágil, se submete ao imperativo categórico do ideal do eu. Uma consequência disso, seria a produção de sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, resultantes de uma tensão entre Eu e ideal do eu.

Portanto, como visto até aqui, o corpo encontra-se atrelado a própria constituição do eu como unidade. Constituído narcisicamente a partir do investimento de um outro, este dá contorno a fragmentação pulsional do bebê, “transformando o autoerotismo da exploração e da descoberta do corpo em uma borda corporal que se faz objeto de investimento da libido”. (FERREIRA; CASTRO ARANTES, 2014, p.47). A imagem corporal é, diante disso, passível de ser primeiro objeto de investimento objetal, através do narcisismo primário. A marca da doença no corpo, portanto, deve ser pensada para além de apenas marca concreta no orgânico. Sobretudo, cabe considerar o porquê da provável ruptura na suposta unidade e materialidade da imagem representativa que o sujeito faz de si.

2.2. E agora: O Eu e o câncer

Visto o percurso teórico realizado até então, como pensar os efeitos do câncer no sujeito? Para isso é primeiramente necessário não deslocar o câncer do lugar que ocupa dentro do atual imaginário social. Isto é, precisamos considerá-lo dentro de um contexto sócio-histórico, sem descartar as significações e representações que circulam em seu entorno, pensar suas particularidades e seus efeitos. Além disso, esse estudo é um recorte de uma classe social da população, de baixa e média renda, para a qual os efeitos e impedimentos que a doença coloca são possivelmente de radical desestruturação dos recursos financeiros e simbólicos.

Sontag (1984), uma das autoras que aborda essa temática, caracteriza o câncer como uma doença que revela tabu e estigma, sendo ricamente ornamentada de metáforas atreladas ao sofrimento, deterioração do corpo e morte. Apesar do estudo da autora datar de mais de três décadas atrás, ainda nos dias de hoje se observa no imaginário social o estigma de devastação e morte que acompanha a

doença. Tais significantes que circulam produzem efeitos particulares para cada paciente, que já chegam na instituição com suas próprias fantasias em relação à doença e ao tratamento, as quais estão inevitavelmente atravessadas por esse imaginário social.

Trata-se de uma doença de gravidade incontestável, uma vez que ameaça a vida e abala o sentimento de continuidade do ser. Além disso, a imprevisibilidade de sua cura coloca o sujeito frente a possibilidade de sua própria morte. O paciente submete-se a um tratamento que interrompe atividades de lazer, ocupacionais, mudança de rotina, planos de vida, bem como sofre de seus efeitos colaterais. Adicionalmente, há perdas particulares para cada um. Perante um cenário que lhe convoca a procedimentos invasivos e constantes consultas médicas, se introduz uma ruptura na sua vida.

Diante do diagnóstico de câncer, além das perdas concretas na vida, existe um abalo no circuito libidinal. Freud (1914b) afirma que em situações de enfermidade o homem retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio Eu, e as põe para fora novamente quando se recupera. É notável que uma pessoa afligida por um sofrimento orgânico pareça menos interessada pelas coisas do mundo externo. Mesmo em uma internação hospitalar, atividades de prazer, como leitura, muitas vezes são esquecidas frente a urgência e sofrimento acarretados pela doença. O homem enfermo sente falta não de sua casa, ou do jogo de domingo com amigos, mas de sua saúde. Tomo como exemplo um paciente que após uma longa internação, na qual apontava frequentemente dores e desconfortos, referiu que “não é de minha casa ou família que sinto falta, mas de minha saúde” (V.S).

A doença abala o sentimento de onipotência, da potencial realização do ideal do Eu, que para aqueles marcados pelo câncer, apresenta também a ameaça de descontinuidade, da não realização de sonhos e fantasias que pudessem concretizar os seus planos de vida e expectativas. Pode ser sentido como interrupção da vida, da proximidade com sua morte. Todavia, segundo Freud, a própria morte não possui representação no inconsciente. Trata-se daquilo que não pode ser subjetivado pelo ser humano, daquilo que a linguagem não compreende. Ou seja, permanecendo fora da linguagem, irrompe no aparelho psíquico como puro afeto, como mera

intensidade, e pode ser vivido como traumático. Isto é, trata-se da invasão do real³ no corpo, como aquilo que fica fora do simbólico.

Essa intensidade aparece na clínica, com pacientes onco-hematológicos, pela irrupção da angústia. Esses pacientes, além disso, apontam um estranhamento consigo mesmo, de um “não reconhecimento”. Esse estranhamento ficará mais compreensível no decorrer desse capítulo, visto que apenas associá-lo com autoestima e auto imagem parece não justificar o que surge no discurso desses pacientes. Uma vez que os relatos não se resumem a imagem, como também a uma perda de uma suposta ‘identidade’.

Durante muito tempo, a hipótese defendida por Freud sobre a angústia foi a de que esta possuía relação estreita com a libido, sendo apenas o resultante de uma transformação da libido que, impedida pelo recalque de obter satisfação, é convertida no afeto da angústia. Após o recalque “a parcela quantitativa [do impulso instintual, isto é, sua energia] não desapareceu, mas foi transformada em ansiedade” (FREUD, 1915b/1996, p.159). Todavia, em 1923, em *O Ego e o Id*, Freud elucida que a angústia estaria relacionada a um perigo iminente.

(...) de outro ponto de vista, contudo, vemos este mesmo ego como uma pobre criatura que deve serviço a três senhores e, conseqüentemente, é ameaçado por três perigos: o mundo externo, a libido do id e a severidade do superego. Três tipos de ansiedade correspondem a esses três perigos, já que a ansiedade é a expressão de um afastar-se do perigo. (FREUD, 1923/1996, p.70).

Freud equiparou a angústia, emitida pelo Eu, a três perigos, como apontado no trecho acima. Se o Eu é a sede da angústia, como colocado em sua obra, então a transformação automática da energia pulsional nesse afeto perde sua validade. Em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1926) Freud desistiu inteiramente de sua teoria da angústia como transformação direta da libido acumulada, propondo que esta emerge como uma reação a situações de perigo. A partir disso, a diferenciação

3 Apesar de não incluir referencia direta à obra lacaniana, a utilização do conceito foi feita a partir das leituras realizadas para esse trabalho, de autores lacanianos. O termo *real*, como articulado a noção de traumático aparece, no entanto, em Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise, *Seminário, Livro 11*, 1964.

que até então fazia entre ansiedade realística e ansiedade neurótica tornou-se desnecessária, e a nova distinção volta-se para angústia automática e angústia como sinal.

Antes de avançar, é necessário situar a noção de perigo sobre a qual nos debruçamos. Aqui, para cada um, a palavra perigo ativa representações mnêmicas diversas, no entanto, interpretamos instintivamente a palavra com perigos que ameaçam aquilo que torna primordialmente a existência possível: o corpo. Violência urbana, acidentes no trânsito, forças da natureza. Esquecemo-nos de tudo aquilo que nos ameaça em nosso íntimo. Inclusive, podendo, adicionar as doenças a esta classe. Mas não só: nem sequer admitimos, no geral, sobre a existência de forças as quais a consciência não sabe, possuindo pouco controle sobre essas.

Como dito acima, em 1926, Freud aborda o afeto da angústia o relacionando com situações de perigo. Reconhece a dupla origem para tal afeto, realizando a distinção entre angústia automática e como sinal. Enquanto a angústia como sinal é uma resposta do Eu frente a uma potencial situação traumática, que venha, assim, a constituir situação de perigo ao aparelho psíquico; a angústia automática relaciona-se com a ocorrência de uma situação traumática, sendo a essência dessa uma experiência e desamparo por parte do Eu, um acúmulo de excitação com o qual o sujeito não se encontra aparelhado a lidar. Assim, propõe a distinção de “uma como consequência direta do momento traumático, e a outra, como sinal que ameaça como uma repetição de tal momento” (FREUD, 1932, p.104). Independente do que se trate, nota-se que a angústia encontra-se atrelada a algo da ordem do traumático.

Como sinal, nem sempre o perigo ao qual reage fica claro, mas Freud supõe que este teria relação com o medo de ser aniquilado, o que outrora foi o temor da castração. A angústia aparece contra um perigo muito específico, o da separação. Além disso, Freud (1926) localiza que o perigo pode ser proveniente de duas direções: da realidade exterior ou das pulsões que atuam no Id. Apesar de reação ser a mesma, no segundo caso o perigo é inconsciente, deste o sujeito nada sabe exceto pela manifestação da angústia. Consequentemente, o sujeito sente angústia sem saber ao que esta está associada, sem saber o que teme.

Posto isso, a angústia como sinal é a resposta do Eu à ameaça de uma situação de perigo, seja este um perigo externo ou interno. Diante dos perigos

externos o Eu, como polo perceptivo, controla a motilidade de modo que a resposta do organismo seja a fuga. No entanto, para os perigos internos a eficácia desse mesmo mecanismo é questionável. O recalque pode se qualificar como um equivalente a tentativa de fuga.

Sobre a angústia automática, manifestação da pulsão de morte, Coelho Santos (2001) sustenta a tese, a partir dos textos de Freud, de que a angústia automática é a legítima representante da pulsão de morte na vida psíquica, defendendo de que esta não é apenas sinal emitido pelo Eu, mas encontra-se ligada as experiências mais primordiais de perda. A face traumática, para a autora, nesse sentido, constaria como um sinal na medida em que é emergência no campo psíquico do objeto irrecalcável, desde sempre perdido em razão do desamparo originário.

Logo, a angústia sobre a qual nos debruçamos até então não é qualquer expressão cotidiana de ansiedade, mas resposta específica ao que há de traumático para o sujeito. “É apenas a magnitude da soma de excitação que transforma uma impressão em momento traumático, paralisa a função do princípio do prazer e confere à situação de perigo a sua importância” (FREUD, 1932/1996, p.103). Há, então, diante do evento considerado perigoso, uma incapacidade do indivíduo de lidar com o acúmulo dessa excitação. Qual é, no entanto, a origem dessa ameaça? De onde provém o perigo?

Ao longo da vida os perigos se modificam de acordo com ao período em que nos encontramos, mas, a saber, possuem uma característica em comum. Essa sendo a perda ou separação que pode conduzir a uma revivência do desamparo.

Assim o perigo do desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo de perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo da castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem resistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo (FREUD, 1926/1996, p.141).

Poderíamos então aproximar a angústia diante da perda ao período da vida

em que a criança vivia o medo de perder o amor dos pais. Agora, não mais criança, o sujeito é confrontado pela radicalidade da doença, que constitui ameaça a sua vida, perda de sua existência no mundo. Pode ser lançado, assim, na revivência do desamparo primordial que lhe constituiu, proveniente de um período no qual era dependente de um outro que atendesse as suas necessidades mais básicas e que seu eu ainda encontrava-se em processo de desenvolvimento. Uma regressão a um período em que este não se distinguira ainda nitidamente do seu entorno. Isto é, apesar de já alcançada certa organização psíquica, ainda repousa no aparelho traços mnêmicos, marcas primitivas de quando este era mais rudimentar, de um tempo em que o eu ainda não teria se diferenciado nitidamente do mundo externo. A memória do que o eu um dia foi, mais primitivo, repousa ao lado desse Eu como instância organizada.

Do que se trata, então, a angústia sentida pelos pacientes? Como visto, a angústia está atrelada a uma potencial situação de perigo, seja proveniente de dentro como sinal, seja automática por aquilo que não consegue ser simbolizado. O indivíduo diagnosticado com câncer encontra-se diante de um perigo que podemos localizar como proveniente de fora, mesmo que originado de seu corpo, pois a doença ganha corporeidade, encarna o inimigo que deve ser combatido. As metáforas bélicas utilizadas para se referir a doença fazem alusão a essa retirada da doença do interior do corpo para um plano concreto no qual possa ser combatida, repetidamente atacada por diferentes métodos interventivos.

Os próprios pacientes tomam de empréstimo a linguagem bélica para tentar traduzir suas vivências diante do tratamento da doença e, através delas, podemos compreender que a batalha combatida é contra um inimigo que ameaça o corpo, a existência. Contra ela, os médicos disponibilizam de recursos tão radicais e ameaçadores quanto o inimigo combatido, à altura daquilo que progride sem controle dentro do corpo, com táticas e comportamento quase imprevisível. Além do mais, não ameaça apenas a integridade do corpo, mas também do Eu, que tem sua existência ameaçada da mesma forma. Nesse sentido, vale recordar que uma das fontes geradoras de mal estar, segundo Freud (1930), é o próprio corpo. A doença, assim, sentida como ameaça à vida, pode constituir-se por si só percepção aflitiva. A considerável parcela de angústia de alguns pacientes aparece como consequência

de um estranhamento consigo mesmo, acrescentando à reflexão novas considerações.

Existe ainda uma dificuldade do sujeito de localizar e associar tal estranhamento a uma perda específica. Seria possível que a origem da perda ficasse mais clara caso o estranhamento e angústia pudessem se associar concretamente a uma ideia, como por exemplo a perda do cabelo ou mesmo a alguma mutilação decorrente de cirurgia interventiva. Independente do plano terapêutico que cada paciente vai enfrentar, o diagnóstico em si já constitui nitidamente a perda da saúde. Além disso, o processo se fará acompanhar de outras perdas, tais como interrupção de atividades de lazer, afastamento da atividade ocupacional, dentre outras, as quais, muitas vezes, são referências para aquele sujeito se localizar em seu mundo.

O que se observa é que tais pacientes, apesar das perdas concretas consequentes da doença e do tratamento, não associam imediatamente seu afeto a essas. Sobressai o aspecto de enigma, de desconhecimento sobre o que lhes aflige. Esse estranhamento mencionado é um sentimento experimentado pelos próprios pacientes que aparenta encontrar respaldo na imagem refletida no espelho. Como uma sensação, é derivada do substantivo “estranho”, que remete a tudo que não é conhecido e familiar. Nem tudo, no entanto, que é novo será vivenciado com horror e angústia. Freud (1919), ao refletir sobre, afirma que parece que algo tem que ser acrescentado ao que é novo e não familiar para torná-lo estranho. Porém questiona até onde o horror sentido com o estranho não estaria associado a algo outrora familiar.

Na experiência clínica observou-se que o estranhamento relatado pelos pacientes é frequentemente acompanhado de uma parcela de aflição. Não se resume a imagem, mas o estranhamento vai além: parece constituir uma perda de uma ‘parte’ de si mesmo. Não me refiro à perda de si equivalente à dissociação ou fragmentação do Eu ocorridos na psicose, mas de uma sensação de perturbação na identidade que exige um ajustamento, uma reconstrução do que foi perdido.

R.V, paciente em tratamento hematológico, apresentava o que poderíamos considerar uma atitude de isolamento na enfermaria: sempre com a luz apagada, embrulhado no cobertor, sem interação com os pacientes próximos. Apesar da

posição reclusa, ao ver minha aproximação retirou brevemente seu escudo de panos e ao me apresentar como psicóloga, ali com o intuito de conhecê-lo e saber como estava, apenas chorou. Inicialmente apresentou dificuldade de colocar em palavras o que tanto parecia lhe afligir, porém com o espaço de escuta ofertado foi gradativamente desenrolando as palavras, e a coberta. A coberta, aos poucos, sendo substituída, então, pelas palavras, como maneira de fazer anteparo e dar sentido ao afeto que o fazia se isolar. Disse que “nem ao banheiro consigo ir mais, pois me olho no espelho [objeto que se encontrava imediatamente frente à porta do banheiro ao entrar] e não me reconheço”. Não sabia dizer o que havia mudado, o que havia se perdido no reconhecimento dessa imagem que lhe gerava tanta angústia e, até mesmo, certa parcela de horror. O que retornou para ele no reflexo do espelho parece não ter sido mais passível de reconhecimento, certo véu que resguardava sua imagem enquanto unidade material e estável desabou com a irrupção do traumático pela doença.

Como anteriormente citado, nem tudo o que é novo é necessariamente estranho. Ao fenômeno de estranhamento Freud (1919) pontuou que não se trata de estar diante de algo novo e desconhecido, como determinado pela língua do senso comum. Mas que, qualifica-se como um conteúdo algo familiar e há muito estabelecido na mente, tendo sofrido recalque. Isto é, ainda existente na mente, é regido por outras leis. Assim, segundo esse raciocínio, o estranhamento está ligado a algo que deveria ter permanecido oculto, mas que veio à luz.

Oculto, porém não escondido. Aquilo que permanece oculto está regido por leis diferentes das que regem a consciência, pois é da ordem do inconsciente. Lembrando que, para algo tornar-se consciente precisa se articular com representantes verbais e, em última instância, com a linguagem. Freud (1923), além disso, aponta que os sentimentos, diferentemente das ideias, não precisam se ligar a vínculos intermediários para tornarem-se conscientes, são transmitidos diretamente. Para os afetos o que prevalece é a ordem da intensidade. Isto é, só acedem à consciência alcançando certo limiar, gerando desprazer e requerendo do aparelho psíquico uma descarga.

Por conseguinte, um afeto ligado a uma ideia pode facilmente chegar diretamente a consciência, sem necessariamente necessitar se articular a um

pensamento, a um representante verbal. Em vista disso, o sujeito diante de uma doença potencialmente ameaçadora da vida é atravessado por sentimentos que, muitas vezes, não conseguirá imediatamente articular às palavras. A irrupção desses afetos não é um imperativo para todos aqueles acometidos pelo câncer, mas pode ser que na dificuldade de ligar a angústia apenas às perdas concretas, decorrentes da doença, exista algo mais que possa ser falado. Como afirmado por Freud (1895b), o conceito de trauma está ligado a um perigo físico ou pulsional que produz um excesso de excitação, uma sobrecarga que não consegue ser canalizada, excitação que excede as possibilidades do aparelho psíquico de inibi-la. Ou seja, o trauma é instaurado por um excesso pulsional, atrelado ao funcionamento de carga e descarga do aparelho.

Em determinada ocasião, um paciente internado para se submeter à quimioterapia e cirurgia, com um grande tumor que lhe desfigurava a face, me disse após a diminuição do mesmo: “já melhorou muito... sei disso porque como sabe sou eu que faço o curativo e gosto de medir com os dedos o quanto ele já foi. Mas esse não sou eu” (L.P). Diante de uma perda, perdem-se, mesmo que momentaneamente.

Ao longo dos atendimentos realizados com esse paciente, ficou claro que não se tratava apenas da imagem, apesar de nesta ser onde ficava evidente seu novo status de doente. Mas seu estranhamento também era traduzido por perdas em outros campos, via sua vida e seus planos interrompidos por uma doença a qual a garantia de cura é apenas uma aposta. Assim, diante das limitações impostas pela doença e pelo estigma e fantasia de morte que esta carrega, o indivíduo é atravessado, “atropelado”, “perde seu chão” e tem seu “mundo virado de cabeça pra baixo”. Todas essas figuras de linguagem parecem fazer alusão a um cenário de desestruturação, de um desmoronamento, de um furo na continuidade e, além disso, de um furo nas referências que o sujeito tinha para si. Não obstante, parecem ser a única maneira pela qual conseguem descrever suas vivências quando do diagnóstico da doença, constituem uma tentativa de dar sentido à experiência do sem sentido. Perdem referências que ajudavam a se localizar na vida e, diante desse cenário, se reorganizar e reinventar é uma possibilidade.

Através da escuta dos pacientes, evidencia-se que existe algo que se perde

que está para além da imagem, para além da marca concreta que o câncer deixa no corpo. E assim, parece que o sinal de angústia emitido encontra na imagem um porto onde ancorar-se. Esse desvio para o campo especular remonta ao fato de o Eu ser antes de tudo, corporal.

Como já visto, o Eu constitui-se instância organizada e estruturada, o qual toma de empréstimo forças das outras instâncias do aparelho psíquico, buscando controlar as poderosas exigências do Id e manter o amor do ideal do eu. No entanto, diante dos poderes do destino e fragilidade do corpo humano, contra a doença luta desarmado. O que ocorre, então, quando o paciente encontra-se perante a ameaça de morte? É diante desse cenário que a grande maioria dos pacientes encontra-se.

Aposta-se que o sentimento de angústia que se apossa do sujeito na vivência do câncer, pelo estranhamento consigo mesmo, é possivelmente da ordem do traumático, daquilo que atravessa o sujeito sem possibilidade de ser simbolizado. São os efeitos dessa irrupção do real no corpo que observamos na experiência clínica, uma vez que o esbarrão no real não encontra correspondência no mundo subjetivo do indivíduo. Um desses efeitos é que esse choque rompe com a cena na qual o Eu se reconhecia. Mostra a face potencialmente desorganizadora do diagnóstico, que só pode ter a extensão de seus efeitos avaliada considerando a história e a configuração psíquica de cada um.

Agora podemos nos aventurar a responder alguns dos questionamentos lançados ao longo desse capítulo, bem como lançar novas questões. O que se perdeu nessa forma completa do Eu, nessa ilusão de unidade, não é facilmente localizado pelos pacientes, supondo-se então que existe algo que se perde do qual a consciência nada sabe, ou apenas desconfia. Não sabe, pois ainda não foi possível traduzir em palavras aquilo que irrompe frente a doença. Cabe lembrar que, dessa perda, só poderá nos dizer cada um em sua singularidade.

Esclarecida a origem do sentimento de estranhamento, não parece mais ser tanto mistério sua relação com a angústia. Estão juntos e de mãos dadas na experiência relatada pelos pacientes. Frente a ameaça de morte, de um atropelamento no aparelho psíquico de uma intensidade que não tem correspondência na linguagem, há um conseqüente abalo no Eu. Essa vivência atinge as referências que localizam o paciente como sujeito e a angústia encontra no

corpo terreno onde fica traduzida como estranhamento.

A configuração do corpo como tal não está posta e, para que seja reconhecido como a imagem de si é necessária uma operação psíquica, dada pela alteridade. A imagem corporal, sobre a qual está apoiada o advento da subjetividade, é portanto mais fluida do que pensamos. Ferreira e Castro Arantes (2014), retomando Freud (1914b), afirmam que:

Dados certos afrouxamentos da imagem na operação de reconhecimento próprio, a imagem corporal exige do sujeito reconstruções frequentes, instaurando aí uma ferida narcísica, ou seja, na operação de investimento libidinal em sua imagem corporal idealizada. (Ferreira e Castro Arantes, 2014, p.47)

Essa imagem corporal sofre abalos ao longo da vida, e por sua fluidez comporta a necessidade de reajustes, uma vez que não serve tão perfeitamente como acreditamos. Confrontado pelo que há de traumático na experiência do câncer, o desmoronamento da ilusão de uma imagem com a qual possa identificar-se, como forma completa e inabalável, requer invenções.

São imagens, e relatos, que longe de se proporem a instituir uma universalidade dos fenômenos observados com relação à imagem no câncer, traçam um recorte da experiência clínica. Apesar de existir algo que une os pacientes de forma contundente, do caráter traumático, as pessoas acometidas pelo câncer possuem uma experiência única e singular diante da doença. Para aquilo que rompe com uma continuidade e certa integridade do Eu e do corpo, resta não só angústia, mas a possibilidade do trabalho de luto diante dessa perda. A possibilidade de o sujeito fazer um novo arranjo, uma nova construção.

3. PERDA, LUTO E INVENÇÕES

Frente ao diagnóstico de câncer o paciente é confrontado com a efemeridade de sua própria existência, com sua finitude. Ao receber aquilo que pode ser vivido como uma sentença, e ser convocado para o lugar de paciente, o sujeito tem que se haver diante de perdas e limitações que serão impostas, especialmente, pelo tratamento que virá, seja qual for. Independente do tratamento optado pela equipe médica – quimioterapia, cirurgia, radioterapia, imunoterapia, transplante – o sujeito já se defronta com a perda mais importante nisso tudo: perde-se a ilusão de imortalidade. Recorremos e até acolhemos, muitas vezes, as ilusões pois nos poupam de sentimentos desagradáveis, que nos causam desconforto. Como um véu que revela algo escondido estamos, porém, sujeitos a fragilidade na qual nossa ilusão de imortalidade se apoia.

A ideia de nossa própria morte não é algo que podemos encarar, como afirmado por Freud: “Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar 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, 1915c/1996, p.299). Não há em nosso inconsciente espaço para a crença na própria morte, e este se comporta como se fosse imortal. Revelamos uma tendência inegável de colocar a possibilidade de nossa morte de lado.

O que chamamos de nosso ‘inconsciente’ – as camadas mais profundas de nossas mentes, compostas de impulsos instintuais – desconhece tudo o que é negativo e toda e qualquer negação; nele as contradições coincidem. Por esse motivo, não conhece sua própria morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo (FREUD, 1915c/1996, p.306).

Freud justifica e apoia sua afirmação na consideração de que a qualidade da negação não existe no inconsciente, este desconhece tudo que é negativo. Não é passível de reconhecimento isto que o processo primário, predominante no inconsciente, não opera pela lógica de contradições, nele os impulsos convivem sem se contradizerem. Faz parte da qualidade de ser inconsciente a não admissão da negação, pois esta envolve processo de juízo e

pensamento, ambos regulados por processos secundários regidos pelo princípio da realidade.

A medicina adota postura similar à do inconsciente quando se trata da morte, e denega sua existência através dos recursos tecnocientíficos do qual dispõe. Do ponto aonde seu saber alcança, busca esgarçar o tempo de vida e evitar o tempo da morte. Naturalmente, os poderes da medicina esbarram no limite da ordem natural a que o organismo está sujeito, consegue exercer sua ciência magia, mas quando chegado o momento o homem perece. Aproximando essa constatação no observado durante um tratamento de câncer, nota-se a extensão e variedade de recursos utilizados, meios e instrumentos com o propósito de evitar a morte e agir em prol da vida. Com o objetivo de preservar a vida, muito se é feito pela medicina, restando pouca escolha diante da decisão entre viver e morrer.

Essa constatação não significa admitir que não reconhecemos a existência da morte, como extinção da vida, mas há parte de nós que a nega pelo caráter de irrealidade de se pensar sobre a própria ausência. Assim, torna-se mais claro o motivo de muitos pacientes qualificarem o momento do diagnóstico como “irreal”. Mesmo quando já tendo atravessado todo o percurso de tratamento e já esgotada a terapêutica de cura, o sentimento de irrealidade persiste. A.F., paciente em cuidados paliativos, recordou sobre o momento do recebimento de seu diagnóstico, o qual descreveu como “irreal”. Ao final, a irrealidade persistia em sua fala: “é irreal, eu tinha planos, me cuidava, sou jovem, acreditei que enfrentaria tudo isso... parece que não é real”, me disse alguns dias antes de falecer. Certamente não lhe parecia real, e pela dificuldade de contornar esse furo na ilusão transbordava angústia.

Cada vez mais existem situações que perturbam essa ilusão, vivemos em uma época que, apesar de todos os avanços no campo da ciência, somos atravessados pelo mal estar com as ‘novas doenças’ e com a violência dentre os nossos. O campo biomédico aumentou a longevidade, vive-se muito mais, porém o corpo não pausa no tempo e, com isso, nos defrontamos com o medo das doenças crônicas e degenerativas, dentre elas o câncer. Apesar de naturalmente preparados a sustentar que a única certeza que temos é da morte, o ser humano comporta-se como se assim não fosse. Busca assim dar sentido à experiência do morrer através da causação fortuita da morte, como acidentes, doença, idade avançada.

Às doses de angústia do cotidiano, cada um sobrevive como pode. No entanto, o paciente convive com o fantasma de sua vulnerabilidade, de mãos dadas, sua sombra, na cabeceira de seu leito. Desqualificar o acréscimo de angústia que essa doença proporciona seria menosprezar o impacto disso, seria diminuir a vivência de tais pacientes. São pessoas que, diante daquilo que lhes foi imposto, a doença, precisam estabelecer parceria com a parcela de angústia que lhes atingem. Parcela essa originada do abalo na ilusão da imortalidade, que coloca o sujeito diante da perspectiva da não existência, para a qual não há simbolização possível.

O diagnóstico de câncer constitui por si só um desestabilizador na vida da pessoa. Não é à toa que as metáforas utilizadas pelos pacientes para descrever o momento em que se transformaram em pacientes com câncer se assemelham: perdi meu chão, meu chão se abriu, meu mundo virou de cabeça para baixo. Essas metáforas fazem alusão a um furo, um vazio que é deixado ao receber esse diagnóstico. Podemos supor que o vazio deixado é consequência do dano ao véu que recobria aquilo impossível de ser subjetivado, há um desvelamento pela marca da doença. Essa experiência de adoecer abala algo mais que a ilusão de imortalidade. Pode-se dizer que, por constituir ameaça ao Eu, abala também sua ilusão de integridade e completude, como já apontado em capítulo anterior.

Se tomarmos como verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões internas, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer que 'o objetivo de toda a vida é a morte', e, voltando a olhar para trás, que 'as coisas inanimadas existiram antes das vivas' (FREUD, 1920/1996, p.48).

Mais do que a importância do recorte desse trecho, é a riqueza da obra acima. Nesse texto Freud sinaliza que existiria algo além do princípio do prazer, que não atenderia as pulsões de vida, postulando a existência da pulsão de morte. Apesar disso, o organismo pretende morrer a seu próprio modo, "o organismo vivo luta com toda a sua energia contra fatos (perigos na verdade) que poderiam auxiliá-lo a atingir mais rapidamente seu objetivo de vida, por uma espécie de curto-circuito" (FREUD, 1920/1996, p.49), influenciado por forças da pulsão de vida.

Nesse sentido, o câncer, referido e tomado como metáfora de morte, constitui severa ameaça à integridade do Eu, ato de crime contra a sua majestade, que com a morte não consegue lidar por esta ser inassimilável. Para esse perigo real como a

morte em si, o qual não é imediatamente localizado, o indivíduo não encontra-se aparelhado para lidar. É, assim, compreensível que diante do câncer o sujeito sintasse desamparado, e que tanto o mundo como a si mesmo se tornem estranhos. Esse desamparo traz consigo uma dor inominável, que possui estreita relação com a economia libidinal.

Muitas vezes essa dor não é dita em palavras, mas qualquer profissional que aborde o paciente em sofrimento psíquico poderá apontar que existe algo que respinga, atmosfera que gera mal estar nos profissionais de saúde, pois lhes lembram da existência da finitude. Não recuando diante disso, ouvi de um paciente sobre a dor que lhe afligia. Em meu primeiro contato com R.B, me constrangi, por estar além da minha capacidade imaginar pelo que passava: jovem, com o plano de ingresso na faculdade interrompido, com sua autonomia consideravelmente prejudicada e em fase terminal do câncer. Em virtude da localização de sua doença, inicialmente sentia dores de cabeça fortes, e estas progrediram para a perda de sua visão. O atendi durante uma de suas internações para realização do tratamento quimioterápico, na qual os médicos haviam decidido pelo encaminhamento para o hospital de cuidados paliativos. Durante o único e primeiro atendimento, me disse direto e simples: “tenho dor”. Contaminada pela experiência clínica, de outros pacientes que me traziam suas dores físicas, queixas que então podiam com o espaço de escuta se tornar demandas, lhe indaguei sobre se já havia tomado o medicamento prescrito para a dor. Então, me surpreendeu e disse que não era disso que se tratava, me explicou que “tenho dor, mas já tomei o remédio. Esse não é meu problema. Minha dor mesmo é outra, é dor na alma” (R.B).

A dor e desamparo que potencialmente afligem os pacientes escapam do saber médico, os medicamentos entorpecem, mas não anulam o sofrimento. A tentativa possível é de construir ao redor com palavras, de modo que através do discurso possa fazer anteparo frente ao traumático. Escutar, sem responder prontamente a isso, possibilita que haja um tempo entre o ver e o concluir, tempo para compreender, como apontado por Lacan (1945/1998). Uma vez que aquilo que o vocabulário falha em apreender, atravessa e transborda, retorna para o sujeito na forma de angústia. Freud nomeou o que não fica compreendido pela linguagem como da ordem do traumático e, pelo percurso teórico seguido até então, a morte

nisso se inclui.

Não é sem intenção trazer as imagens clínicas, para acrescentar riqueza e guiar a discussão. Intento, com isso, desenhar o cenário no qual esses pacientes estão imersos e, mais do que isso, são personagens principais. Trata-se de considerar os impactos e efeitos do traumático na concepção que esses sujeitos construíram de si. Com o câncer, o que parecia dar sentido a sua existência aparenta ficar destruído, despedaçado. É pela falta de sentido que o efeito do traumático se inscreve e, em última instância, possuindo estreita relação com o estranho e a angústia, na medida em que são o comparecimento do inconsciente.

Como já dito, mas sendo importante retomar: perde-se mais do que a ilusão de imortalidade, perde-se as referências que o sujeito tomou para si, a fim de se localizar no mundo. A perda da ilusão da imortalidade e a incidência de uma doença grave constituem, por conseguinte, ameaça a própria noção do Eu, da ilusão de completude e integridade.

Diante da perda, seja qual for, Freud (1917) afirma que existe a possibilidade de luto. O luto é, para ao autor, o trabalho que pode ser realizado pela perda do objeto amado e que ganha seu caráter doloroso pela perturbação econômica que gera.

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica. Também vale a pena notar que, embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele (FREUD, 1917/1996, p.249).

A fim de embasar o processo econômico envolvido no luto, assemelha esse com a economia envolvida no adoecimento. Em *Sobre o Narcisismo: uma introdução* (1914) afirmou que o homem adoecido, e frente a dor, “retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio Eu” (FREUD, 1914b/1996, p.89). O homem adoecido recolhe seu interesse no mundo externo para o Eu, e só o retorna novamente uma

vez que o trabalho de luto pode ser concluído. A caracterização do luto como um trabalho provém da consideração de constituir-se trabalho econômico pelo aparelho psíquico, de rompimento gradual da catexia investida no objeto. Constitui processo lento, árduo e doloroso, no qual não há fórmula ou medida de tempo que o caracterize. Significa que o sujeito precisa gradativamente desligar as parcelas de libido investidas na ideia ligado ao objeto perdido.

Em *Luto e Melancolia* (1917), Freud traça uma diferenciação entre o trabalho do luto e a melancolia. Visto o apresentado ao longo do trabalho, como o desconhecimento da natureza da perda e certa redução da auto-estima é indispensável não deixar dúvidas do que se trata. A resposta pela via da melancolia, diante de uma perda provocada pela doença, é uma das vias de resolução. Mas aqui não nos debruçamos sobre o campo patológico do luto. Os traços observados nos pacientes recortados para refletir sobre as presentes questões não os qualificam como melancólicos. Na melancolia, o Eu se identifica com o objeto perdido, ou como Freud aponta “a sombra do objeto caiu sobre o ego” (FREUD, 1917/1996, p.255). Existe nesse processo um empobrecimento do Eu, exibindo-se através de forte autocritica como uma autopunição.

O paciente representa seu ego para nós como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível; ele se repreende e se envilece, esperando ser expulso e punido. Degrada-se perante todos, e sente comiseração por seus próprios parentes por estarem ligados a uma pessoa tão desprezível. Não acha que uma mudança se tenha processado nele, mas estende sua autocritica até o passado, declarando que nunca foi melhor. Esse quadro de um delírio de inferioridade (principalmente moral) é completado pela insônia e pela recusa a se alimentar, e – o que é psicologicamente notável – por uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida. (FREUD, 1917/1996, p.252).

Com isso, Freud afirma que não é necessário compatibilidade e coerência entre as auto-recriminações e traços do caráter. Nesses casos, o paciente perdeu seu amor-próprio, mas foi uma perda relativa ao seu Eu. No entanto, nota-se que muitas dessas recriminações parecem dirigidas a um outro, o objeto amado, e julga-se que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente amado.

Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por

diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetual se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação. (FREUD, 1917/1996, p.255).

Thibierge⁴ (informação verbal) supõe que o paciente precisa lidar com algo real, no sentido que não se deixa imaginar, que não se deixa falar. E, por definição, esse real não comporta a finitude. A imagem é, nesse cenário, preciosa pois constitui para nós o limiar do mundo visível, possuindo função de orientação, em se localizar no mundo. Porém, segundo o autor, essa imagem especular é enganadora e defende que o corpo é um véu que jogamos sobre o real. É possível supor, pelas considerações de Thibierge e do caminho percorrido até aqui, que a superfície corporal não dá conta do que é o sujeito. Existe uma certa aparência enganadora, em torno da qual ocorre a constituição subjetiva. Isto é, a imagem refletida no espelho, por si só, não é suficiente para dizer quem o sujeito é, há algo para além dessa imagem enquanto mero reflexo especular. Isso permite falar que a localização da imagem como enganadora, pelo autor, é referente a imagem como ilusão. Em outras palavras, para o autor, o Eu como unidade, se constitui como uma alienação ao desejo do Outro, e por isso referido aos significantes (campo do simbólico e da linguagem), que marcam esse corpo conferindo-lhe uma identidade.

A perda provocada pelo encontro com o traumático não se reduz, assim, apenas ao campo da imagem, mas nesse algo além da imagem, do que dispensa o reflexo no espelho. Diante disso, Rudge (2009) aponta a importância de favorecer a reconstrução e investimento de fantasias para barrar a exposição permanente ao trauma. Ou seja, é importante devolver a palavra ao corpo que fala, pois diante do choque ela escapa. E, sobretudo, o choque se dá justamente pela impossibilidade da linguagem capturar a experiência de conviver com o câncer.

O psicanalista, inserido no hospital, buscará apostar que através do discurso é possível construir uma tela de proteção, tentativa pela palavra de tapar o furo

⁴ I Jornada Corpo e Finitude, *A escuta da dor*, realizada no INCA em 31 de outubro de 2018.

deixado pelo que é da ordem do traumático. Costurar um novo véu que possibilite amenizar o contato direto com esse real tão difícil de lidar, como forma de possibilitar trabalho de luto pela perda.

La Rochefoucauld dizia que nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente. De lá para cá, os astrônomos, com os artifícios infinitos de sua ciência – de toda ciência – pesaram o sol, calcularam sua idade, anunciaram seu fim. Mas a ciência continuou como que intimidada e trêmula diante do outro sol, a morte (MORIN, 1951/1988, p. 19).

Desta maneira, podemos dizer que é importante possibilitar ao sujeito reinventar-se, contando com a relação transferencial para construir campo propício em que possa tecê-las. E.M., paciente com câncer hematológico, em etapa final do seu tratamento já se permitia tocar no que lhe era particular de ter se tornado 'paciente de câncer'. Para além desse significante, refletia sobre o que, nessa vivência, lhe permitiu reconstruir aspectos de sua vida antes não visitados. Penso que isso lhe possibilitou uma restauração discursiva, que permitiu um giro no qual voltasse a se implicar como sujeito, menos passivo e mais autônomo em sua doença. Assim, o impulso para a mudança, para tecer novos arranjos, é uma possibilidade, assim como o é o trabalho de luto.

UM RECOMEÇO NO FIM

Ao longo da escrita desse trabalho, surgido a partir dos encontros e desencontros na clínica, observamos que há algo para além de estar doente e suas sequelas no corpo. Mesmo que não seja do conhecimento do sujeito o que se perdeu, a natureza da perda, sua presença é inegável. Da ordem do traumático, a perda que se nota a primeira vista, ao ouvir o paciente, é a fuga das palavras. “Não sei como te explicar”, disse-me um paciente durante sua primeira internação para tratamento. Não só da ordem do incompreensível para mim, por não viver a mesma experiência que o outro, mas alinhado com a falta de palavras que possam capturar a vivência desses pacientes. Como dito por Lacan, “o que se perdeu é impossível de se esgotar com uma nomeação” (apud BONFIM, 2016, p.8)

O aspecto traumático de determinada situação pode ser descrito “como impotência do discurso de ler o acontecimento” (LAURENT, 2014, apud BONFIM, 2016, p.4). Nesse sentido, o trauma como o comparecimento do real, aparece na impossibilidade de capturar a experiência em sua totalidade pela linguagem.

Visto o lugar privilegiado ocupado pela linguagem ao longo desse trabalho, recorro a ficção a fim de complementar a reflexão. Saramago, em *O homem duplicado*, narra a estória de um homem que, vivendo a sua vida, esbarra na existência de um duplo seu, alguém esteticamente idêntico a ele. Enlouquecido com essa constatação busca conhecer seu duplicado. Os desdobramentos dos acontecimentos são imprevisíveis. Atravessa ao longo do livro o questionamento sobre sua própria identidade, dialogando, em diversos momentos, com o bom senso. A partir daí, a narrativa da trama torna-se uma série de eventos que parecem ser caóticos, pois um dos dois aparenta estar sobrando no mundo. Como presente no epílogo, “pois as singularidades são irredutíveis, e quando um rouba a individualidade do outro, ainda que simbolicamente, ambos perdem a identidade, sem a qual ninguém vive”.

Como Saramago articulou “o homem não havia mudado, o homem era o mesmo”. Mas já não o era, tocado pelo traumático, experiência singular de cada um, algo se perdeu. Frente a essa perda, o personagem da trama atravessa impasses,

se questiona e se reconstrói como possível. Quem viria a se tornar, muito mais que em medidas de melhor ou pior, seria simplesmente diferente. Posto isso, o paciente permanece o mesmo, sua configuração psíquica não mudou, sua posição diante do mundo prossegue a mesma, mas é convocado pela ordem do real, que lhe sacode, a construir algo para si e de si que possa fazer frente a ameaça de morte constante com a qual convive.

O recurso literário é propício para refletir sobre a vivência dos pacientes com câncer, pois se encontram as voltas com a angústia, como modo de responder ao irrepresentável, e que ainda não cabe na ficção de sua história. Supõe-se que as referências perdidas para o sujeito, balizas que antes lhe ajudavam a se localizar no mundo, perdem-se e colocam o sujeito esmagado pelo que há de traumático. Por sua vez, gera no discurso uma suposta incoerência, consequência de um furo no sentido. Essa incoerência traduz-se na imagem como estranhamento consigo.

Uma vida é imaginada como narrativa encadeada e contínua que dá sentido a uma existência. Mesmo em situações dramáticas que põem em risco nossa unidade corporal, podemos supor uma continuidade natural entre as lembranças. Esse sujeito, porém, perdeu a possibilidade de futuro e, com isso, o sentimento de unidade que nos sustenta (VIEIRA, 2008, p. 512).

Sobretudo, o autor do trecho acima ressalta a importância do “fator subjetivo”, indicando que nem todos expostos a mesma situação serão traumatizados ou atravessados pela angústia. Bem como não há como supor ou impor as invenções a que o sujeito vai chegar para retomar o discurso e novamente se enlaçar com a vida. O adoecimento, assim, ressoa para cada um de forma distinta. O diagnóstico de câncer não torna necessariamente a experiência traumática e, além disso, como o traumático mobiliza cada um é particular.

Não é possível falar de uma perda só, e não nos cabe cair para o reducionismo ao supor como a experiência clínica vem a dialogar com a teoria. Mas de certo, considerando que a morte vem para todos, e em nosso íntimo acreditamos em nossa imortalidade, o abalo nessa ilusão apresenta suas consequências e aparece para nós, com o pedido implícito do paciente de que, referenciados a um saber, restauremos o sentido da experiência.

Na psicanálise trabalha-se com o varejo e não atacado, considerando a

singularidade de cada caso, ouvi certa vez uma psicanalista⁵ (informação verbal) O jogo de palavras é, nesse momento, pertinente e adequado. Pois aonde advém a singularidade de cada caso, nossa escuta está advertida para um corpo teórico que considera o sujeito do inconsciente. Podemos supor, então, considerando a singularidade de cada caso, que a angústia que atravessa o paciente e abala a integridade do seu Eu é a causadora do sentimento de estranhamento. Angústia e estranhamento podem, assim, caminhar de mãos dadas em meio à revivescência, sobretudo, de um desamparo primordial, no qual a existência do indivíduo poderia ser ameaçada caso não houvesse um outro que suprisse suas necessidades.

Vejamos o caso de E.M., já citada algumas vezes anteriormente. A paciente apresentou-se desde o início do tratamento as voltas com as perdas em sua vida. “Perdi tudo”, me referiu durante uma internação por intercorrência clínica e pedi que falasse mais sobre isso. Pouco teve a falar, mas prontamente colocou que o que havia se perdido era sua identidade. Ver-se careca, por exemplo, foi localizado por ela como um “cair a ficha”, o momento em que o câncer lhe confere uma nova identidade, a de ser paciente.

Na medida em que prosseguiam nossos encontros começou a finalmente conseguir transformar a ausência de palavras no que parecia especialmente lhe incomodar, sobre qual seria a perda a primeira vista. Ao longo de toda sua vida ocupou o lugar de cuidadora: cuidou de seus filhos, de sua mãe, de suas irmãs, e até de seu marido. Assim, deslizar para o lugar de ser cuidada foi uma tarefa extremamente árdua e, muitas vezes, contou de sua preferência em permanecer sozinha durante o tratamento. Ao longo deste, entre idas e vindas ao hospital, permitiu a introdução lentamente da família em seus cuidados. Além disso, consentiu em ocupar o lugar de ser cuidada sem, no entanto, abandonar o laço com a vida, não permanecendo apenas como objeto dos cuidados, familiares e da equipe de saúde.

Frente ao diagnóstico da doença, até então apresentava furos em seu discurso. Ao final, se havia perdido sua identidade, a reconstruiu: “uma nova E.M.

⁵ Fala da palestrante Natália Salviato Nespoli, Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade (UVA), durante VIII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2018.

está surgindo, literalmente”. Encontrou na fase final de seu tratamento, o transplante, ressignificação. Já que, literalmente, seu organismo estaria sendo ‘reiniciado’, com uma nova medula. “Era como se por parecer diferente, se tivesse tornado mais ele mesmo” (SARAMAGO, 2002, p.164).

Nesse cenário, como em tantos outros, o psicanalista se propõe a auxiliar na retomada de sentido do discurso. Todavia, sem responder ao pedido do paciente de restabelecer o sentido na experiência, mas de apostar que o que surge, com novos elementos, já não é a mesma construção. Pois mesmo diante daquilo que abala a narrativa do sujeito, alguma ficção é possível de ser construída, de modo que o que antes não possuía representação possa incluir-se na história de alguma forma. Sendo assim, “a partir do discurso analítico, ele [o trauma] passa a poder encontrar um lugar no relato” (VIEIRA, 2008, p.511).

J.C, paciente oncológico, ao refletir o motivo pelo qual buscou a psicologia, disse que apresentava dificuldade de sentir-se “normal” novamente, mesmo que já houvesse passado por todo tratamento da doença apontou para algo mais de sua experiência: constituía-se como a vivência de uma perda de natureza irreparável, capaz de lhe arrancar do status de normalidade. Frente as suas perdas concretas, repetidamente me apontou uma frase que se coloriu com todo o sentido que me faltava para começar a compreender esse fenômeno. Apontou como um dos destinos do câncer a mutilação, o outro sendo a morte: “o câncer quando não mata, mutila”. No seu caso, a mutilação foi uma bolsa de colostomia, mas que, no entanto, não se resumia a isso, visto que não era em cima disso que localizava sua perda. “Mutila mesmo, porque você vai perdendo, perdendo, perdendo...”, e complementou qualificando essa perda como irreparável. Já havia voltado para sua rotina diária, mas voltou para a vida, segundo ele, com medo de perder.

Assim, mesmo prosseguindo sua vida, retornou para essa “com medo de perder”, uma vez que “se a doença voltar vou me sentir derrotado”. O caráter de horror, da ordem do traumático, travou seu discurso, o fazendo conviver com o “monstro que criou para si” e com o qual não conseguia e, talvez, com o qual ainda não queria romper.

Portanto, considerando a singularidade de cada caso, o trabalho consiste na aposta de que o paciente possa se implicar nos acontecimentos que lhe escapam.

Consentir com a perda, seja ela qual for. Assim, não se reduz a ser paciente, mas sujeito de sua história, do desejo, construindo um sentido possível que lhe possibilite sustentar a doença e seu tratamento. Isto é, tecer novas referências que lhe representem para o outro e, conseqüentemente, para ele mesmo.

Minha leitura e estudo da obra freudiana, bem como algumas considerações sobre a leitura lacaniana, permitiram que pudesse realizar suposições, hipóteses. Humildemente, sei que ainda resta uma variedade de referências bibliográficas a serem estudadas, e uma diversidade de outros fatores que podem ser considerados na escuta dessas falas, que possibilitaria me aprofundar ainda mais. Portanto, encerro um dos caminhos teóricos que escolhi seguir, mas abro outros tantos caminhos para futuros trabalhos.

O título desse capítulo não se reduziu a licença poética, mas descreve um novo lugar no qual posso me colocar ao término dessa escrita. O percurso seguido até então foi um movimento despertado por questões surgidas com a experiência clínica. Muito escutamos na fala dos pacientes que nos guiam por qual caminho seguir, porém acredito que também há algo em nossa escuta que é capturado por algumas falas mais do que outras, sem distingui-las em grau de relevância. Com isso, recorrentemente minha escuta foi capturada pelas falas angustiadas de pacientes que se encontravam as voltas com perdas significativas. Aposta-se, diante da gravidade da doença, na clínica do possível, a qual considera a potência do discurso diante daquilo que ficou drasticamente rompido para o sujeito, entre o que deixou de ser, o que se tornou e o que ainda pode se tornar. Afinal, segundo Saramago, o caos é uma ordem por decifrar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÉS, Philippe [1977]. *A História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BONFIM, Flávia. Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista. *Opção Lacaniana Online*, ano 4, n.21, nov. 2016. Disponível em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_21/Trauma_e_perda.pdf . Acesso em 07 de dez. de 2018.

CANGUILHEM, Georges [1943]. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

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

COELHO SANTOS, Tania Coelho dos. A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 4, n. 1, p. 106-124, Mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142001000100106&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de dezembro 2018.

FERREIRA, Deborah Melo; CASTRO-ARANTES, Juliana Miranda. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica*, São João del Rei , v. 3, n. 5, p. 37-71, dez. 2014 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231651972014000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

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

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

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro. Editora Forense – Universitária, 1980.

FREUD, Sigmund [1893-1895a]. Estudos sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1895b] Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1905] Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1914a] A história do movimento psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1914b] Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1915a]. Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1915b]. Repressão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1915c] Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1917] Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1919] O estranho. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1920] Além do principio do prazer. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1923] O Ego e o Id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1924] A dissolução do complexo de Édipo. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1926] Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1930] O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund [1932] Conferência XXXII: ansiedade e vida instintual. In: *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos*, *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HELMAN, Cecil. Interações médico-paciente. In: *Cultura, saúde e doença*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 113 a 142.

LACAN, Jacques [1945]. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 197-213.

LAURENT, Éric. *O trauma generalizado e singular*. In: Site do Encontro Brasileiro do Campo Freudiano. 2014. Disponível em: 10/08/2014:http://www.encontrocampofreudiano.org.br/2014/02/otrauma-generalizado-e-singular_9241.html .

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MORIN, Edgar [1951]. *O homem e a morte* Rio de Janeiro: Coleção Biblioteca Universitária, 2.^a edição, 1988.

PRADO FILHO, Kleber; TRISOTTO, Sabrina. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 115-121, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a13.pdf>. Acesso em 13 de agosto de 2018.

RUDGE, Ana Maria. *Trauma: coleção psicanálise passo a passo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009.

SARAMAGO, José. *O homem duplicado*. São Paulo: Companhia das Letras, 2.^a edição, 2017.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SWINERD, Monica. *A subjetividade na clínica com pacientes com câncer*

hematológico – uma visão da psicanálise. Dissertação (mestrado em Psicanálise)-
Universidade Do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

VIEIRA, Marcus André. O trauma subjetivo. In: *Revista Psico*, Rio de Janeiro, RJ,
v.39, n.4, p. 509-513, 2008. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/2045>.
Acesso em 02 dez. 2018.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Do outro lado do espelho: o desencontro entre a imagem e a representação de si em pacientes com câncer.

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição e foi diagnosticado com câncer. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as conseqüências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

O presente estudo busca compreender os efeitos subjetivos do câncer, especialmente os efeitos do adoecimento na representação de si que o participante da pesquisa já teria construído ao longo de sua vida. Frente ao diagnóstico de uma doença grave como câncer e da pausa abrupta na continuidade da vida, consequência do tratamento, as perdas são efeitos inevitáveis; e cabe interrogar o

significado dessa perda para cada um. A natureza da perda, a qual aqui menciono, não é concreta, mas de ordem ideacional, e subjetiva.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Esse estudo consiste em uma pesquisa teórico-clínica, isto é, será realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema pesquisado, e a experiência clínica servirá para complementar o embasamento teórico. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder a autorização da utilização de falas selecionadas pelo pesquisador, que venham a surgir espontaneamente ao longo do atendimento psicológico e tenham relação com a questão abordada na pesquisa. Os resultados obtidos, através desta pesquisa, integrarão meu trabalho de conclusão de curso da residência, podendo também ser publicados em artigos científicos.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa não poderá oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso do material surgido durante os atendimentos, do modo descrito acima, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, uma melhor compreensão dos efeitos do adoecimento na representação que o sujeito faz de si, contribuindo para a psicologia.

RISCOS

Neste estudo, não estão previstos riscos físicos ou psicológicos significativos. É possível que ao longo dos atendimentos sejam mobilizados afetos e emoções sobre suas questões do adoecimento, os quais podem aparecer sob forma de ansiedade e/ou tristeza. Considerando que o estudo não se propõe a forçar

questões com os quais o participante do estudo não esteja confortável, tais afetos já viriam a surgir naturalmente ao longo do acompanhamento e como tal, este será o espaço no qual serão acolhidos. Caso seja identificada alguma sobrecarga emocional que inviabilize a continuidade serão encaminhados a outro profissional da psicologia para melhor acompanhamento. Além disso, se identificada a necessidade de acompanhamento psiquiátrico por sintomas prévios ao atendimento ou surgidos ao longo deste, o participante do estudo será encaminhado para rede de saúde mental, considerando proximidade com local de moradia.

O acompanhamento se seguirá até momento de saída da pesquisadora da instituição, e os pacientes que ainda apresentem necessidade do acompanhamento serão encaminhados para outro profissional da psicologia.

Caso venha a se sentir constrangido, em qualquer momento, ao expor informações profissionais e pessoais, poderá retirar-se do estudo, sem danos a continuidade do acompanhamento psicológico já em condução. Enfatizamos que a sua recusa quanto a participação neste estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição responsável.

Uma vez que a pesquisa constitui-se apenas um recorte de falas que já surgiriam no curso natural do acompanhamento psicológico, não é previsto danos resultantes diretamente da pesquisa. No entanto, caso o participante do estudo localize ter sofrido danos resultantes de sua participação, possui direito a assistência e a buscar indenização.

CUSTOS

Se você concordar com o uso das informações selecionadas pelo pesquisador, você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa.

Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Todo material será arquivado em local de acesso restrito a pesquisadora. Sendo utilizados dados, além das falas selecionadas, para propósito de publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais têm direito. Caso você decida interromper sua participação no estudo, a pesquisadora principal deve ser comunicada e o uso dos dados relativo ao estudo será imediatamente interrompido.

ACESSO AO RESULTADOS

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora-principal Amanda Buhler Riccieri no telefone (21) 988647796 durante o horário de 8 às 12 hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você

pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso de falas surgidas naturalmente ao longo dos atendimentos psicológicos. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

/ /

Nome e Assinatura do participante

Data

/ /

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha

Data

Imparcial

(quando pertinente)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

/ /

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do

Data

Termo