

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

**Psicanálise e Cuidados Paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico  
para uma equipe de saúde**

São Paulo

2022

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA – PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM  
PSICOLOGIA CLÍNICA

Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

**Psicanálise e Cuidados Paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico  
para uma equipe de saúde**

**Versão corrigida**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo como parte dos  
requisitos para a obtenção do grau de Doutor em  
Psicologia.

Área da concentração: Psicologia Clínica –  
Investigações em Psicanálise

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lívia Tourinho  
Moretto

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica

NOME: NETTO, MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUINDES

TÍTULO: **Psicanálise e Cuidados Paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Profa. Dra. (Orientadora) \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*Aos que não se furtam à escuta ...*

## AGRADECIMENTOS

Esse percurso de pesquisa não seria possível sem a marca deixada por algumas pessoas em minha vida. Por isso, gostaria de agradecer:

A Maria Livia Tourinho Moretto. Sua aposta e orientação afetuosa sempre me causaram o que há de mais fundamental em uma pesquisa: o desejo de saber.

A Ana Merzel KernKraut, que me deu a oportunidade de fazer um trabalho do qual me orgulho e me lembro com carinho.

Aos meus pais, Maria Izabel Rezende Fagundes Netto e José Carlos Raposo Fagundes Netto, que me deram condições de chegar até aqui. “A formação é a única coisa que não podem te tirar”. Essa fala continua a ecoar...

A Débora Rezende Fagundes Netto, minha irmã e meu primeiro grande amor. Você me faz vibrar! Obrigado, minha “little star”.

A Renato Yuquishigue Nose, meu companheiro com quem descobri uma outra forma de amar. Você nunca se furta de me fazer enxergar o melhor de mim. Obrigado, meu “rupiado”.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Psicanálise e Saúde, que testemunharam as dificuldades, mas também as conquistas dessa pesquisa.

Aos amigos Alinne Nogueira, Daniela Bezerra, Ana Paula Brito, Layla Raquel, Paula Maia, Thaís Pereira, Alyne Braghetto, Patrícia Bader, Gláucia Berg, Renato Coelho, Mariana Coelho, Livia Santiago, Laura Merli, Juliana Gibello, Jovita Lima, Niraldo de Oliveira, Eliane Costa Dias, Renata Geoffroy, Waleska Borges, Lilian Susuki, Larissa Leite, Ana Carolina Rezende, Enrico Torres, Tiago Caramelo, Sidney Freitas, Cleo Rodrigues, Claudio Roberto Perini, Gustavo Henrique, Letícia Arantes, Fábio Romano, Anderson de Souza, Bruno Marques, Polianna Mara, Andrea Pereira, Juliana Todaro, Bernard Prado, Erika Satomi e Ana Beatriz Galhardi. Nomeio aqui cada um, pois vocês, direta ou indiretamente, contribuíram para essa pesquisa. Afinal, sem nossos encontros inspiradores seria mais difícil e, com certeza, muito menos divertido!

À Alessandro Ribeiro Corrêa, amigo querido e artista talentoso. Essa tese não seria a mesma sem nossas conversas nas mesas de bar e sem as obras que aqui se encontram. Elas trouxeram frescor e inventividade não só para essa pesquisa, mas também para a minha clínica, da qual ela se precipita.

À Carlos Eduardo de Almeida Leite, cuja escuta atenta e insistente transforma em vida e desejo os momentos mortíferos de desistência.

À Banca Examinadora, cujos membros desempenham menos o papel de avaliadores e mais de interlocutores entusiasmados. Vocês demarcaram coordenadas técnicas, teóricas e éticas para o desenvolvimento dessa pesquisa.

## RESUMO

NETTO, M.V.R.F. (2022). **Psicanálise e Cuidados Paliativos na oncologia: efeitos da construção do caso clínico para uma equipe de saúde**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Os cuidados paliativos é uma especialidade médica e área de atuação multiprofissional que tem como principal objetivo controlar e manejar os sintomas de uma doença incurável e ameaçadora da vida, com vistas à promoção de qualidade de vida. Além disso, por mais que essa terapêutica coloque-se como uma forma ideal de tratamento para as doenças crônicas incuráveis tais como diabetes, HIV, Doença Pulmonar Obstrutiva, dentre outras, os cuidados paliativos ainda se encontra muito atrelado ao tratamento de pacientes oncológicos. Afinal, o câncer já se configura como um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Ou seja, independente dos avanços técnico-científicos para o diagnóstico e tratamento de neoplasias, que muitas vezes podem ser curadas, o câncer ainda é em alguns casos uma doença incurável e ameaçadora da vida. Assim, a clínica com pacientes oncológicos, convoca o analista, que encarnado na figura do psicólogo integra uma equipe multiprofissional a também dialogar com essa especialidade que se define como *um cuidado integral centrado no paciente*. Por integral, entende-se que o sofrimento extrapola a esfera física do cuidado e, portanto, os âmbitos espirituais, emocionais e socioeconômicos da vida do paciente também devem ser abordados por profissionais especializados. Ora, se os cuidados paliativos pauta sua ação em *um cuidado integral centrado no paciente* por meio de uma equipe interdisciplinar, na qual a psicologia, sem sombra de dúvidas, tem um lugar cativo, poderíamos nos antecipar e afirmar que esse seria um terreno fértil e sem resistências ao discurso da psicanálise. Todavia, sendo os cuidados paliativos uma especialidade médica, esta encontra-se regida pela moral aristotélica - a ética do Bem supremo -, subvertida por Jacques Lacan, quando o autor propõe que a ética da psicanálise é a ética da verdade do sujeito. Além disso, como toda ética é relativa a um discurso, a ética médica, inclusive aquela que norteia a ação do paliativista, é pautada pelo discurso do mestre. Estando avisado disso, através de seu ato, o psicanalista pode vir a promover um giro discursivo de modo que a subjetividade, que fura o saber médico, possa não só ser escutada, mas elevada à categoria de um saber que pode dar uma nova tonalidade à condução do tratamento médico. Uma das possibilidades de método de aplicação da psicanálise no âmbito institucional, amplamente utilizada nos dispositivos substitutivos de saúde mental é a Construção do Caso Clínico, proposta inicialmente por Carlo Viganò (1999). Considerando nosso contexto institucional e as especificidades da clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, em nossa atuação a construção do caso clínico se dá a partir de três condições: sensibilização da equipe ao inconsciente como saber; reinserção da relação transferencial na clínica médica e a tomada do diagnóstico e do tratamento médico pela via significante. A partir disso, percebemos, em nossa experiência, que a construção do caso clínico tem um efeito transformador, naquilo que diz respeito a posição subjetiva da equipe de saúde frente ao corpo que insiste em não ser apenas organismo, diante da relação transferencial estabelecida com os pacientes e familiares e ao se deparar com a inevitabilidade da morte. Como método que possibilitou o delineamento deste estudo, realizamos levantamento bibliográfico sobre o tema, registramos aquilo que foi escutado nos atendimentos, interconsultas e reuniões clínicas em diários metapsicológicos, assim como proposto por Iribarry (2003). A partir disso, realizamos a análise e discussão dos

dados coletados, utilizando os conceitos fundamentais da psicanálise, bem como, por vezes, a teoria dos discursos proposta por Lacan(1969-70/1998), com vistas a investigar os efeitos da construção do caso clínico como método de trabalho em uma equipe de saúde nos cuidados paliativos oncológicos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Psicanálise. Construção do Caso Clínico. Morte. Corpo.



## ABSTRACT

NETTO, M.V.R.F. (2022). **Psychoanalysis and Palliative Care in oncology: effects of the construction of the clinical case for a health team.** Doctorship thesis. Institute of Psychology, University of São Paulo.

Palliative care is a medical specialty and multiprofessional area of action whose main objective is to control and manage the symptoms of an incurable and life-threatening disease, with a view to promoting quality of life. In addition, even though this therapy is an ideal form of treatment for incurable chronic diseases such as diabetes, HIV, Obstructive Pulmonary Disease, among others, palliative care is still very much linked to the treatment of cancer patients. After all, cancer is already an important public health problem in developed and developing countries, accounting for more than six million deaths each year, representing about 12% of all causes of death in the world. That is, regardless of the technical-scientific advances for the diagnosis and treatment of neoplasms, which can often be cured, cancer is still in some cases an incurable and life-threatening disease. Thus, the clinic with cancer patients invites the analyst, who, incarnated in the figure of the psychologist, integrates a multidisciplinary team to also dialogue with this specialty that is defined as an integral care centered on the patient. By integral, it is understood that suffering goes beyond the physical sphere of care and, therefore, the spiritual, emotional and socioeconomic spheres of the patient's life must also be addressed by specialized professionals. Now, if palliative care guides its action in an integral care centered on the patient through an interdisciplinary team, in which psychology, without a doubt, has a captive place, we could anticipate and affirm that this would be a fertile ground and without resistance to the discourse of psychoanalysis. However, as palliative care is a medical specialty, it is governed by Aristotelian morality - the ethics of the supreme Good -, subverted by Jacques Lacan, when the author proposes that the ethics of psychoanalysis is the ethics of the subject's truth. Furthermore, as all ethics are relative to a discourse, medical ethics, including that which guides the palliative care worker, is guided by the master's discourse. Being aware of this, through his act, the psychoanalyst can come to promote a discursive turn so that subjectivity, which pierces medical knowledge, can not only be heard, but elevated to the category of knowledge that can give a new tone to medical knowledge. conducting medical treatment. One of the possibilities of method of application of psychoanalysis in the institutional scope, widely used in substitutive devices of mental health is the Construction of the Clinical Case, initially proposed by Carlo Viganò (1999). Considering our institutional context and the specificities of the clinic with cancer patients in palliative care, in our work, the construction of the clinical case is based on three conditions: sensitization of the team to the unconscious as knowing; reinsertion of the transference relationship in the medical clinic and taking the diagnosis and medical treatment through the significant path. From this, we perceive, in our experience, that the construction of the clinical case has a transforming effect, in what concerns the subjective position of the health team in front of the body that insists on not being just an organism, in the face of the transference relationship established with the

patients. patients and family members and when faced with the inevitability of death. As a method that enabled the design of this study, we carried out a bibliographic survey on the subject, recorded what was heard in the consultations, consultations and clinical meetings in metapsychological diaries, as proposed by Iribarry (2003). From that, we carried out the analysis and discussion of the collected data, using the fundamental concepts of psychoanalysis, as well as, sometimes, the theory of discourses proposed by Lacan (1969-70/1998), in order to investigate the effects of the construction of the clinical case as a working method in a health team in oncological palliative care.

Keywords: Palliative Care. Psychoanalysis. Construction of the Clinical Case. Death. Body.

## RESUMEN

NETTO, M.V.R.F. (2022). **Psicoanálisis y Cuidados Paliativos en oncología: efectos de la construcción del caso clínico para un equipo de salud.** Tesis de doctorado. Instituto de Psicología, Universidad de São Paulo.

Los cuidados paliativos son una especialidad médica y un campo de actuación multidisciplinar cuyo principal objetivo es el control y manejo de los síntomas de una enfermedad incurable y potencialmente mortal, con vistas a promover la calidad de vida. Además, si bien esta terapia es una forma ideal de tratamiento para enfermedades crónicas incurables como la diabetes, el VIH, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva, entre otras, los cuidados paliativos siguen estando muy ligados al tratamiento de pacientes con cáncer. Después de todo, el cáncer ya es un importante problema de salud pública en los países desarrollados y en desarrollo, y representa más de seis millones de muertes cada año, lo que representa alrededor del 12 % de todas las causas de muerte en el mundo. Es decir, independientemente de los avances técnico-científicos para el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias, que muchas veces pueden curarse, el cáncer sigue siendo en algunos casos una enfermedad incurable y potencialmente mortal. Así, la clínica con pacientes oncológicos invita al analista, quien, encarnado en la figura del psicólogo, integra un equipo multidisciplinario para dialogar también con esta especialidad que se define como un cuidado integral centrado en el paciente. Por integral se entiende que el sufrimiento va más allá del ámbito físico del cuidado y, por tanto, los ámbitos espiritual, emocional y socioeconómico de la vida del paciente también deben ser abordados por profesionales especializados. Ahora bien, si los cuidados paliativos orientan su acción en una atención integral centrada en el paciente a través de un equipo interdisciplinario, en el que la psicología, sin duda, tiene un lugar cautivo, podríamos anticipar y afirmar que este sería un terreno fértil y sin resistencias para el discurso del psicoanálisis. Sin embargo, como los cuidados paliativos son una especialidad médica, se rigen por la moral aristotélica -la ética del Bien supremo-, subvertida por Jacques Lacan, cuando el autor propone que la ética del psicoanálisis es la ética de la verdad del sujeto. Además, como toda ética está relacionada con un discurso, la ética médica, incluso la que orienta al trabajador de cuidados paliativos, está guiada por el discurso del maestro. Siendo consciente de ello, a través de su actuar, el psicoanalista puede llegar a promover un giro discursivo para que la subjetividad, que traspasa el saber médico, no sólo sea escuchada, sino elevada a la categoría de saber que puede dar un nuevo tono al saber médico. realización de tratamientos médicos. Una de las posibilidades de método de aplicación del psicoanálisis en el ámbito institucional, ampliamente utilizado en dispositivos sustitutos de la salud del metal es la Construcción del Caso Clínico, propuesta inicialmente por Carlo Viganò (1999). Considerando nuestro contexto institucional y las especificidades de la clínica con pacientes oncológicos en cuidados paliativos, en nuestro trabajo, la construcción del caso clínico se basa en tres condiciones: sensibilización del equipo al inconsciente como saber; reinscripción de la relación de transferencia en la clínica médica y llevar el diagnóstico y tratamiento médico por el camino significativo. A partir de

esto, percibimos, en nuestra experiencia, que la construcción del caso clínico tiene un efecto transformador, en lo que concierne a la posición subjetiva del equipo de salud frente al cuerpo que insiste en no ser sólo un organismo, frente a la relación transferencial que se establece con los pacientes, pacientes y familiares y ante la inevitabilidad de la muerte. Como método que posibilitó el diseño de este estudio, se realizó un levantamiento bibliográfico sobre el tema, se registró lo escuchado en las consultas, consultas y reuniones clínicas en diarios metapsicológicos, tal como lo propone Iribarry (2003). A partir de eso, llevamos a cabo el análisis y discusión de los datos recolectados, utilizando los conceptos fundamentales del psicoanálisis, así como, en ocasiones, la teoría de los discursos propuesta por Lacan (1969-70/1998), con miras a investigar los efectos de la construcción del caso clínico como método de trabajo en un equipo de salud en cuidados paliativos oncológicos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos. Psicoanálisis. Construcción del Caso Clínico. Muerte. Cuerpo.

## Lista de figuras

Figura 1 – Tautológico: Fig1	31
Figura 2 – A clínica	33
Figura 3 – A clínica psicanalítica no hospital	36
Figura 4 – Tautológico: Fig2	41
Figura 5 – A clínica	48
Figura 6 – A relação como dado clínico	49
Figura 7 – Signo linguístico	50
Figura 8 – A primazia do significante	51
Figura 9 – Tautológico: Fig3	59
Figura 10 – Lugares e elementos do discurso	64
Figura 11 – Discurso do Mestre	66
Figura 12 – Discurso da Histérica	67
Figura 13 – Discurso do Universitário	68
Figura 14 – Discurso do Analista	69
Figura 15 – A construção do caso clínico como produto do discurso	74
Figura 16 – Tautológico: Fig 4	78
Figura 17 – Algoritmo da transferência	89
Figura 18 – Tautológico: Fig5	98

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Um psicanalista nos cuidados paliativos: da intuição à construção	16
Objetivos	22
Objetivo geral	22
Objetivos específicos	22
Metodologia	22
Coleta e análise dos dados	24
CAPÍTULO I – A construção, o caso e a clínica	31
1.1) A clínica e o caso na medicina e na psicanálise	32
1.2) A construção em análise	37
CAPÍTULO II – A construção do caso clínico e o delineamento de um método de trabalho	41
2.1) A construção do caso em nossa clínica	46
2.2) Os sumiços de Jorge	53
2.2.1) Do encaminhamento à uma primeira construção	53
2.2.2) Transferência e posição subjetiva	54
2.2.3) O tratamento pela via significativa	55
2.2.4) Espaços de construção	57
CAPÍTULO III – Ética, discurso e corpo	59
3.1) A moral aristotélica e a ética da psicanálise	60
3.2) Toda ética é relativa ao discurso	63
3.3) Sophia: o cabelo ou a vida	67
3.4) Que do organismo se faça um corpo	70
3.5) Caso Isaac: “Sinto fome, não sinto vontade”	73
CAPÍTULO IV – Da resistência contratransferencial à potência terapêutica da transferência	78
4.1) Grupo com residentes médicos: um espaço possível para a construção do caso clínico	81
4.2) A transferência e os efeitos contratransferenciais na relação médico-paciente.	83
4.3) “Ela está agressiva com você ou para você?”	92
4.4) A construção do caso clínico e a potência terapêutica da transferência.	96
CAPÍTULO V – Tempo e morte	98
5.1) A temporalidade inconsciente	100
5.2) Ver, compreender, concluir ...	101
5.3) Cuidados paliativos e urgência subjetiva	103
5.4) A morte para a psicanálise	108
5.5) Jorge e seu desejo .... (de morte?): do diagnóstico psiquiátrico à construção de caso e seus efeitos	114
Conclusão	120
Referências bibliográficas	125

## INTRODUÇÃO

Durante aproximadamente 6 anos atuei como psicólogo referência da internação oncológica do Centro de Oncologia e Hematologia de um hospital da rede particular de São Paulo. Neste contexto, fui chamado a prestar assistência a um considerável número de pacientes portadores de neoplasias sem perspectiva curativa de tratamento. Nestes casos, os pacientes, além do acompanhamento feito por médicos oncologistas e equipe multidisciplinar, muitas vezes, eram também atendidos pela equipe de Cuidados Paliativos do hospital.

Propostos originalmente por Cicely Saunders, na década de 60, os cuidados paliativos, idealmente, deveriam ser estabelecidos como uma forma de cuidado a partir do diagnóstico de uma doença incurável e ameaçadora da vida e se estender até aos chamados cuidados de fim de vida. Além disso, essa modalidade de tratamento tem como objetivo principal priorizar o alívio dos sintomas mais debilitantes e preservar ao máximo a qualidade de vida do paciente (GOMES et al., 2016).

Entretanto, por mais que essa terapêutica coloque-se como uma forma ideal de tratamento para doenças crônicas incuráveis tais como diabetes, HIV, Doença Pulmonar Obstrutiva, dentre outras, os cuidados paliativos ainda estão muito atrelados ao tratamento de pacientes oncológicos, principalmente aqueles que se encontram em fim de vida (GOMES et al., 2016).

Afinal, o câncer já se configura como um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por milhões de óbitos a cada ano no mundo (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005). Ou seja, independente dos avanços técnico-científicos para o diagnóstico e tratamento de neoplasias, que muitas vezes podem ser curadas, o câncer ainda é, em muitos casos, uma doença incurável.

Assim, a clínica com pacientes oncológicos convoca o psicanalista, que integra uma equipe saúde, a também dialogar com essa especialidade, que, por sua vez, tem alguns princípios básicos e norteadores de sua atuação. De

forma resumida, mas que atende aos objetivos dessa pesquisa, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos(TAVARES DE CARVALHO; AFONSECA PARSONS; 2012), alguns de seus princípios são:

- promover o alívio da dor e de sintomas desagradáveis;
- afirmar a vida e considerar a morte como processo natural, não acelerando ou adiando a mesma;
- integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- privilegiar a tomada de decisões compartilhadas em equipe.

Cabe ressaltar ainda que, nessa especialidade, parte-se do pressuposto de que não é possível alcançar esses objetivos sem antes escutar e privilegiar as necessidades individuais dos pacientes e de seus familiares. Ou seja, se em outras especialidades, os protocolos muitas vezes definem os tratamentos, nos cuidados paliativos observamos que a clínica de cada caso ganha destaque e são as necessidades e demandas do paciente e de seus familiares que devem ser priorizadas (GOMES et al., 2016). Por isso, o tratamento paliativo seria *um cuidado centrado no paciente*, expressão essa muito utilizada pelos profissionais adeptos desse tipo de tratamento.

Todavia, a relação entre outras especialidades médicas - mesmo a oncologia - e os cuidados paliativos, não é sem conflitos que, aliás, parecem ser motivados por razões semelhantes às aquelas que geram resistência à psicanálise. Analisemos melhor essa afirmação



## *Um psicanalista nos cuidados paliativos: da intuição à construção*

*Tudo o que eu não invento é falso.*

*(Manoel de Barros, 1966)*

A medicina é em sua origem paliativista. Afinal, antes do advento da penicilina, a maioria das doenças não eram curáveis, sendo possível apenas o manejo e o controle de seus sintomas. Paradoxalmente, o que se percebe hoje no cotidiano hospitalar é uma grande resistência das equipes médicas para encaminhar um paciente à equipe de cuidados paliativos. Não à toa, no serviço do qual fiz parte, por exemplo, houve uma mudança na forma de se referir a essa especialidade. *Cuidados de Suporte* foi o termo escolhido e, a partir disso, a equipe de cuidados paliativos começou a ser acionada com mais frequência.

Ora, é inegável que há no imaginário popular uma relação de equivalência entre os cuidados paliativos e a morte, o que pode causar resistência nos pacientes e familiares em aceitar esse tipo de cuidado. Entretanto, percebe-se que a própria equipe de saúde muitas vezes entende *cuidados paliativos* apenas como *cuidados de fim de vida*, ignorando o fato de que essa especialidade não é indicada apenas para pacientes em processo de ativo de morte, mas também para aqueles portadores de qualquer doença incurável, como, por exemplo, a diabetes.

Evidentemente, a dificuldade envolvendo o encaminhamento aos cuidados paliativos, relaciona-se, muitas vezes, a uma falta de compreensão do que de fato é essa especialidade, atrelando-a inadvertidamente aos cuidados de fim de vida e à terminalidade. No entanto, é importante enfatizar que essa resistência aos cuidados paliativos não é apenas decorrente de falta de informação ou de uma falha na formação médica. Percebemos que essa dificuldade é também emocional e relaciona-se a possibilidade de se deparar com o real da castração, muitas vezes precipitado pela impossibilidade curativa de uma doença e que pode suscitar sentimentos de impotência e frustração na equipe.

Assim, quando acionada, a equipe de cuidados paliativos geralmente é convocada a lidar com o resto, com aquilo que causa horror àqueles que até então conduziam o tratamento do paciente. Por isso, geralmente, os profissionais que compõem essa equipe não são necessariamente convocados para auxiliar no tratamento do paciente com vistas a melhoria da qualidade de vida e minimização dos sintomas mais debilitantes, seja através de intervenções farmacológicas, como estabelecimento de esquema ideal de analgesia para sintoma de dor não controlado ou não farmacológicas, como o encaminhamento do paciente e/ou familiares para atendimento psicológico. O que se observa, na verdade, é o acionamento desta equipe para acompanhar pacientes e familiares nos momentos finais de um processo de adoecimento, comunicando por exemplo, a impossibilidade curativa de um tratamento ou, em última instância, acolhendo um paciente que já se encontra em fim de vida.

Isso, por sua vez, nos remete ao lugar que geralmente o psicanalista ocupa na transferência com a equipe: aquele ao qual se supõe um saber sobre o que escapa à simbolização possível ao discurso médico que, através do diagnóstico e do estabelecimento do tratamento, objetiva o retorno de uma condição patológica ao estatuto de normalidade (CLAVREUL, 1980).

Assim, tanto ao psicanalista, quanto ao paliativista cabe tratar daquilo que fura o saber médico, não encontrando explicação ou solução nos manuais ou nos protocolos de tratamento sendo, portanto, ponto de angústia para a equipe. Ou seja, tanto o psicanalista quanto o paliativista estão (ou deveriam estar avisados) de que o momento da morte e o sofrimento inerente a ele nem sempre pode ser evitado, mas pode ser tratado.

Além disso, se os cuidados paliativos pautam sua ação em *um cuidado centrado no paciente* por meio de uma equipe multidisciplinar, na qual a psicologia tem um lugar cativo, poderíamos nos antecipar e afirmar que esse seria um terreno fértil e sem resistências ao discurso da psicanálise.

Todavia, aqui duas questões se impõem: 1) poderíamos fazer uma aproximação deste *cuidado centrado no paciente* à clínica do caso a caso proposta por Sigmund Freud? 2) haveria de fato uma proximidade entre os cuidados paliativos e a psicanálise naquilo que diz respeito à maneira como cada

um desses saberes lida com a irrupção do Real, que pode aqui ser representado pela inevitabilidade da finitude?

Bom, para respondermos a essas questões, devemos nos lembrar que, apesar de aparentemente ocupar um lugar *extraterritorial*, assim como o da psicanálise em relação à medicina, os cuidados paliativos continua sendo uma especialidade médica. Sendo assim, está submetida ao modelo biomédico, que exclui o que é da ordem da subjetividade, para se constituir como um saber objetivo e científico sobre o corpo e suas manifestações (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014). Não sem razão, em nossa experiência, percebemos que, por mais que se diga que os cuidados paliativos configurem-se como *um cuidado centrado no paciente*, quando algo da subjetividade atravessa a clínica médica, isso se impõe como um enigma também para equipe de cuidados paliativos. Portanto, mesmo em se tratando dessa especialidade, o chamado ao psicanalista se dá em situações clínicas como as descritas abaixo:

- Pacientes que, apesar de terem sido comunicados sobre a impossibilidade curativa de sua doença, agem como se acreditassem na cura.
- Sintomas que se manifestam no corpo - como dor e dispneia<sup>1</sup> - mas que não cessam independente dos medicamentos administrados e, muitas vezes, não possuem uma etiologia orgânica.
- Quadros de insônia, ansiedade e depressão que não amenizam a despeito do uso de psicotrópicos.
- -Pacientes nomeados como “difíceis”, “agressivos” e/ou “poliqueixosos”, que não mudam seu comportamento, independente dos esforços da equipe de atenderem a todos os seus pedidos.

Além disso, devemos precisar que o modelo biomédico não exclui apenas aquilo que é da ordem da subjetividade do paciente. Para que a leitura dos sinais e sintomas seja objetiva e científica, a subjetividade daquele que trata do corpo do doente também não deve estar presente, pois poderia afetar o julgamento da

---

<sup>1</sup> Quadro respiratório caracterizado pela falta de oxigenação adequado causando sensação de falta de ar.

melhor conduta a ser tomada. Dizendo de outra forma, a objetivação é uma condição para que o discurso científico opere de forma eficaz, fazendo com que a dessubjetivação seja um efeito lógico inerente a essa economia discursiva (CLAVREUL, 1980). Entretanto, o que é excluído do lado do profissional que compõe a equipe de saúde e diz de sua subjetividade, acaba retornando e, sem lugar, causa estranhamento, angústia e dificuldades. Abaixo destacamos algumas das diversas situações nas quais isso é observado.

- Identificação maciça da equipe ao sofrimento do paciente e de sua família, o que, por sua vez, pode facilitar condutas que trazem prejuízo ao paciente e dificultar aquelas que poderiam lhe trazer conforto.
- Realização de procedimentos na tentativa de “não tirar a esperança da família”, mesmo que isso signifique aumentar o sofrimento do paciente.
- Dificuldade ou recusa de entrar no leito de determinado paciente, devido a um “desconforto” que não consegue ser nomeado.
- Expectativa de que, através do tratamento psicológico, todo sofrimento do paciente cesse, mesmo que esse seja inerente a situação em que se encontra.
- Imperativo de que o paciente e seus familiares “têm que aceitar e saber lidar com a morte”.

Ora, se até aqui fica evidente a dificuldade da equipe de lidar com a subjetividade (seja do paciente ou a sua própria), os exemplos dados acima também mostram o quanto o trabalho de um psicanalista em um hospital não pode se equivaler a sua atuação em um consultório particular. Isso significa dizer que seu trabalho não se dá sem atravessamentos institucionais e sem um constante diálogo com os outros saberes que compõem uma equipe de saúde.

Assim, como afirma Moretto (2016), quando um psicanalista encontra-se inserido em uma equipe de saúde, as questões cotidianas o convocam a construir dispositivos, levando em consideração a importância de interlocução com outros saberes, uma vez que é de seu interesse reintroduzir a subjetividade no campo

epistêmico do qual ela foi excluída, pelo imperativo metodológico que norteia a ordem médica (MORETTO, 2016).

Mas como isso pode ser feito?

Ora, fazendo ... Essa pode parecer uma resposta simplória e até mesmo displicente. Entretanto, não podemos nos esquecer que foi necessário a Freud (1912/1996), dedicar-se intensamente à clínica, para que, em um segundo momento, pudesse formalizá-la, naquilo que nomeou “Artigos sobre a técnica”, publicados em 1912, ou seja, anos depois das primeiras publicações psicanalíticas e após o relato de quatro de seus cinco grandes casos clínicos<sup>2</sup>.

Dessa forma, se em um primeiro momento minha atuação restringia-se ao atendimento de pacientes e familiares, mediante solicitação médica, posteriormente comecei a ser chamado para participar de reuniões e comitês com vistas à tomada de decisões e confecções de fluxos e protocolos institucionais e também a fazer parte de um grupo de trabalho responsável pela formação dos residentes médicos do programa de Cancerologia Clínica do hospital.

No entanto, devo confessar que, durante algum tempo, minha atuação no contexto hospitalar foi feita de forma quase intuitiva, apesar de sempre ter estado implicado em minha formação, articulando análise pessoal, supervisão e estudo teórico.

Então, até determinado momento, não era claro para mim o que de minha atuação engendrava um efeito transformador na equipe, que não só começa a endereçar a mim e, mais tarde, à própria psicanálise uma suposição de saber, mas também passa a se posicionar de forma diferente diante da subjetividade.

Entretanto, a partir de minha entrada no processo de doutoramento, aliado a uma maior sofisticação de minha clínica, pude perceber que aquilo que parecia ser da ordem da intuição em meu trabalho no hospital, na verdade, tem um nome: construção do caso clínico.

---

<sup>2</sup> O popularmente conhecido *Caso Dora* foi publicado em 1905 sob o título de *Fragmentos da análise de um caso de histeria*, seguido por *O Homem dos ratos* e o *Caso Hans*, ambos publicados em 1909. Já em 1911, Freud publica *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia*, também conhecido como *O caso Schreber*. O único caso clínico publicado após 1912 é sobre o conhecido *Homem dos lobos*, intitulado *História de uma neurose infantil*, que data de 1918.

Amplamente utilizada nos dispositivos substitutivos de saúde mental, a Construção do Caso Clínico, proposta inicialmente por Carlo Viganò (1999), configura-se como um método de aplicação da psicanálise no âmbito institucional com vistas a promover uma determinada lógica na condução dos tratamentos que não exclua a subjetividade. Isso significa dizer que esse método, entendido aqui como um dispositivo clínico, privilegia o sujeito e não as doenças, com ênfase em sua radical singularidade, que, por sua vez, se relaciona com sua história, com seu meio e com a forma de expressão seu sofrimento (MORETTO, 2016).

No entanto, não podemos ignorar que tendência inerente a todo discurso institucional é a prevalência do trabalho institucional em detrimento do sujeito. Nas instituições hospitalares, essa tendência é ainda acompanhada do declínio do pensamento clínico em favor dos protocolos, que buscam assegurar a eficácia das práticas institucionais (MOURA, 2016, p.18).

Assim, hoje observamos que, em nossa prática, a construção do caso clínico foi a via possível de inclusão da subjetividade, não só na condução dos tratamentos médicos, mas também nas tomadas de decisão de cunho clínico e/ou institucional.

Dessa forma, essa não é uma tese sobre a possibilidade ou não da construção do caso clínico como uma metodologia de trabalho nos cuidados paliativos em oncologia. O que pretendemos com este estudo é investigar os efeitos desse método de trabalho na equipe.

Afinal, consideramos que, quando um psicanalista se encontra em uma equipe de saúde, é importante que se questione sobre as contribuições de sua atuação neste contexto, já que sua presença não é necessária. Um hospital existe e funciona sem um psicanalista em seu quadro de funcionários. Por outro lado, fazemos aqui a aposta de que, na cena hospitalar, o trabalho de um psicanalista pode se tornar importante, dependendo dos efeitos que sua atuação gera na equipe da qual faz parte. Efeitos esses - e isso é fundamental salientar - que foram precipitados a partir de uma relação transferencial singular com a equipe. Afinal, estamos aqui falando da atuação e de uma pesquisa realizada em um campo específico: o campo psicanalítico.

Isto posto, passemos agora aos objetivos e a metodologia que nortearam essa pesquisa:

#### *Objetivos:*

##### *Objetivo geral:*

- Descrever os efeitos da construção do caso clínico como método no trabalho *com e para* a equipe de saúde, no contexto dos cuidados paliativos oncológicos.

##### *Objetivos específicos:*

- Circunscrever a forma como concebemos a construção do caso em nossa prática, levando em consideração as especificidades da clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos.
- Delimitar algumas questões preliminares concernentes a morte, ao tempo, ao corpo e a potência terapêutica da transferência para se pensar nos efeitos da construção do caso clínico neste contexto.

#### *Metodologia:*

A presente pesquisa é uma investigação teórico-clínica, que parte da recomendação de Freud (1912/ 1996) de que, em psicanálise, clínica e pesquisa coincidem. Atrelado a isso, também nos valem de Lacan (1959-60/2008) que, atento a essa proposição freudiana, afirma que a psicanálise é uma práxis, na qual teoria e clínica encontram-se em constante movimento dialético. Ou seja, a teoria norteia a clínica, mas é a todo tempo interrogada por ela.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que a construção do caso clínico se constituiu como um método de trabalho, também nos fez nos depararmos com seus efeitos no trabalho em equipe e, por isso, é também um método de pesquisa. No entanto, fazemos uso do aforismo lacaniano inspirado por Picasso de que em psicanálise não se procura, se acha (LACAN, 1964/2008). Ou seja,

não utilizamos a construção do caso clínico para causar um efeito específico e premeditado na equipe. Isso seria da ordem de um protocolo! Podemos dizer então que os efeitos foram causados, *a posteriori* percebidos e aqui são descritos e analisados.

Com isso, além da construção do caso clínico que foi o método de trabalho através do qual efeitos foram precipitados, essa pesquisa também seguiu os seguintes passos, que se entrelaçam, para que esse estudo se tornasse possível:

- Estudo e discussão da bibliografia a respeito da metodologia de Construção do Caso Clínico, produzida no campo da psicanálise de orientação lacaniana, desde as formulações originalmente feitas por Carlo Viganò (1999) em *A construção do caso clínico*, até as produções mais recentes acerca do tema. Entretanto, isso não foi feito sem levar em considerações a obra de Sigmund Freud, principalmente seu artigo *Construções em Análise*(1937/1996a) e seus *Artigos sobre a Técnica* (1912/1996a), bem como o ensino de Jacques Lacan, dando maior ênfase aos seguintes seminários: *O Seminário 7 – A ética da psicanálise*(1959/60/2008), *O Seminário 11 – os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008), *O Seminário 17 – o avesso da psicanálise*(1969-70/1992) e *O seminário 19 – O saber do psicanalista*(2000). Além disso, os escritos *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958/1998), *Variantes do tratamento padrão* (1966/1998b) e *A psicanálise e seu ensino* (1957/1998b) também foram de extrema importância. Assim, esse primeiro passo na confecção desse estudo visou identificar como a construção de caso clínico é proposta como metodologia de trabalho, mas também de circunscrever as possibilidades e limites éticos dessa metodologia em Cuidados Paliativos, na oncologia. Os textos que não fazem parte da obra freudiana e do ensino de Lacan foram acessados por meio da busca em bases de dados científicas referentes às áreas da saúde, psicologia e psicanálise: SIBiNET USP, BVS-Psi, PePSIC, PsycINFO, PEP- Psychoanalytic



Electronic Publishing, Web of Science, MEDLINE (PubMed), SCIELO. Além disso, as bases de dados de Associações e Escolas de Psicanálise de orientação lacaniana também foram consultados.

- Atendimento a pacientes e familiares da unidade de internação oncológica de um hospital da rede privada de São Paulo, bem como a interlocução constante com a equipe de saúde através de consultorias, interconsultorias, participação em reuniões clínicas e coordenação de Grupo Balint com residentes do programa de cancerologia clínica do hospital.
- Discussão dos casos clínicos, dos quais originaram as vinhetas aqui apresentadas, em supervisão, quando traziam alguma dificuldade em seu manejo.

#### *Coleta e análise dos dados:*

A respeito dos procedimentos metodológicos para coleta de dados, este estudo segue as proposições de Iribarry (2003, p.124) que afirma que “o primeiro e principal participante de uma pesquisa psicanalítica é o seu próprio autor”. Para tanto, propõe que a coleta de dados seja realizada por um diário metapsicológico, no qual o pesquisador (psicanalista) registra o material coletado. Em nosso caso, esse foi proveniente dos atendimentos clínicos, das consultorias, das interconsultas com a equipe, das reuniões clínicas e do Grupo Balint com residentes médicos coordenado pelo pesquisador.

Além disso, seguindo os pressupostos estabelecidos por Iribarry (2003), atos falhos, chistes e sensações como sono, estranhamento e desconforto, que irrompem na clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, foram incluídos nos registros dos diários metapsicológicos, uma vez que presentificam em ato, na relação transferencial com a equipe e/ou pacientes, o inconsciente enquanto um saber. Em nossa experiência, apostamos que, ao dar lugar as formações do inconsciente, possibilitamos com que a subjetividade (do paciente e do profissional de saúde), bem como a transferência/contratransferência, sejam elevados à categoria de importantes

dados clínicos. Dessa forma, como veremos ao longo desta tese, a apresentação das vinhetas provenientes dos atendimentos ou das situações clínicas vividas junto à equipe de saúde, tem como objetivo demarcar os efeitos transformadores da construção do caso clínico, naquilo que se refere ao posicionamento subjetivo da equipe frente ao corpo, à relação transferencial/contratransferencial e à morte.

Evidentemente, estamos avisados das críticas e questionamentos que alguns autores fazem ao uso de vinhetas clínicas. Le Gaufey apud Leite(2018), por exemplo, afirma que o uso de vinhetas teria propósitos mais sociais do que clínicos. Ou seja, para o autor, esse recurso seria utilizado com base no desejo do analista demonstrar sua qualidade profissional e, ao mesmo tempo, sua pertença a uma determinada comunidade psicanalítica. Ora, não nos opomos totalmente a essa crítica. O uso leviano de casos e vinhetas, sem dúvida alguma, existe e não é muito difícil de ser percebido. Entretanto, argumentamos juntos com Leite (2018) que a questão não seria o uso ou não de vinhetas, mas de nos lembramos que essas são fragmentos de um caso. Sendo assim, acreditamos ser mais interessante discutirmos o que de fato se constitui um caso clínico em psicanálise, pois será isso que dará ou não legitimidade a vinheta que se originou do mesmo.

Assim, segundo Leite (2018, p.19) um caso deve ser definido “em função da interrupção que ele impõe ao movimento usual da experiência perceptiva, com a qual se encontra em descontinuidade”. Ora, as vinhetas aqui presentes são oriundas justamente de casos que fazem enigma à equipe (incluindo o analista) e que, ao serem construídos fragmentariamente e com furos junto a essa mesma equipe não transmitem *uma experiência*, mas sim *o sentido de uma experiência*. Não à toa, Aires (2018, p.183), parece concordar com Leite (2018), ao sublinhar que “um caso se fará reconhecer justamente por seus efeitos de transmissão”.

Por isso, essa não é uma tese que objetiva demonstrar por meio de vinhetas clínicas a viabilidade da construção do caso clínico como metodologia de trabalho. O que pretendemos aqui é circunscrever, através de vinhetas, os efeitos dessa experiência para a equipe de saúde.

Com relação à análise dos dados coletados, ou seja, aquilo que se decantou de nossa experiência, essa foi feita utilizando os conceitos fundamentais da psicanálise para realizar uma análise psicanalítica de discurso de orientação lacaniana (DUNKER; PAULON; MÍLAN-RAMOS, 2016). Portanto, nossa intenção não é trabalhar exaustivamente esses conceitos, mas sim utilizá-los como operadores, que nos possibilitem formalizar a maneira como concebemos a construção do caso clínico em nossa prática e circunscrever seus efeitos no trabalho *com e para* a equipe de saúde.

Entretanto, para que isso fosse possível, foi importante que o analista mantivesse sua atenção flutuante não apenas nos atendimentos com os pacientes, mas também nos momentos de interlocução com a equipe. A nosso ver, foi isso que possibilitou a marcação das formações do inconsciente quando essas surpreendiam ou causavam estranhamento naquele que tomava a palavra. Afinal, a psicanálise “enquanto um método de investigação, segue princípios análogos aos da prática da psicanálise – tais como a abertura para a associação livre, a escuta equiflutuante, a interpretação de formações do inconsciente, a consideração da transferência.” (Dunker, Paulon, & Milan-Ramos, 2016, p.12). Não sem razão, Moretto (2005) delimita a associação livre e a atenção flutuante como as duas únicas regras deixadas por Freud. Para a autora, o resto é resto. Resto este que possibilita a invenção.

A partir disso, nos dois primeiros capítulos dessa tese foi possível demarcar não apenas como se deu a construção do caso clínico em nosso contexto, mas também condições que julgamos ser fundamentais para a viabilidade desse método de trabalho junto a equipe de saúde. A saber:

- a sensibilização da equipe para o saber inconsciente;
- a reinserção da relação transferencial na clínica médica;
- a tomada do diagnóstico e do tratamento médico pela via significativa.

Assim, nossa aposta é de que ao dar lugar 1) à dimensão inconsciente do funcionamento psíquico, 2) à atribuição de sentido feito pelo paciente a seu diagnóstico e tratamento, 3) bem como aos aspectos transferenciais e

contratransferências, os casos podem ser conduzidos não apenas com base no saber da especialidade sobre a doença, mas também tonalizados pelo desejo de saber da equipe sobre a subjetividade daquele que sofre.

Isso, por sua vez, percebemos em nossa experiência, gerar um efeito transformador na maneira como a equipe se posiciona subjetivamente frente ao corpo, diante da relação estabelecida com os pacientes e familiares e ao se deparar com a inevitabilidade da morte.

Dessa forma, no capítulo III abordaremos como na cena hospitalar, não raro, a equipe de saúde se surpreende com um corpo que resiste em ser tratado como um organismo. Ou seja, diferentemente do organismo, o corpo em sua vertente imaginária e pulsional não se enquadra na lógica protocolar e, às vezes, convoca a equipe a se haver com a radicalidade da subjetividade colocada em ato no corpo. No entanto, como veremos, essa mudança na abordagem do “para todos” do organismo ao singular de cada corpo não se faz possível sem que haja um giro discursivo que, por sua vez, tem relações estreitas com a ética que norteia a atuação do psicanalista.

Já no capítulo IV, partindo da asserção lacaniana de que a transferência se estabelece como a atualização da realidade inconsciente (1964/2008), nos debruçaremos sobre a manifestação deste fenômeno clínico na relação estabelecida entre o paciente e/ou familiares e a equipe de saúde e que, muitas vezes, gera impasses e dificuldades na condução dos casos. Para isso retomaremos Freud (1912/1996a) e suas primeiras teorizações sobre a transferência na sua vertente de resistência. O que nos interessa aqui é a genialidade do pai da psicanálise em perceber que aquilo que poderia se colocar como um entrave na clínica era, paradoxalmente, a mola propulsora do tratamento. Isso nos interessa pois diante dos fenômenos transferenciais, a equipe de saúde, muitas vezes, é surpreendida por sensações de sono, raiva, impotência e, em última instância, questionamentos sobre se deve ou não continuar a tratar determinado paciente. Por outro lado, observamos que, por meio da construção do caso clínico, a transferência e seu manejo podem ser compreendidos pela equipe como dados clínicos tão importantes como o diagnóstico e o tratamento e, com isso, as condutas passam a ser

estabelecidas considerando a subjetividade que emerge na relação transferencial.

Finalmente, no capítulo V, ressaltamos o quanto os pacientes em cuidados paliativos oncológicos fazem com que a equipe se depare dia após dia com a morte e, por consequência, sentimentos de frustração, tristeza e impotência podem permear essa clínica. Nessas situações, sem saber o que fazer, a equipe encontra no encaminhamento para o profissional de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra) e no estabelecimento de diagnósticos *psi* a resposta mais rápida para lidar com o sofrimento que ali se impõe. Entretanto, nossa aposta é que a construção do caso clínico articulada as noções de *urgência subjetiva* e *segunda morte* viabilizariam uma outra forma de abordagem do sofrimento trazido pela proximidade da morte.

Todavia, é importante ressaltar que como em qualquer pesquisa psicanalítica, esta não se propõe a generalizações, mas ao estudo de um fenômeno singular, à investigação do desconhecido, em busca de conceitualizações que possibilitem a ampliação de seu corpo teórico e metodológico (MEZAN, 2006).

Dizendo de outra forma, não pretendemos propor uma maneira única e protocolar de se pensar a construção do caso clínico em cuidados paliativos na oncologia. Na verdade, tal pretensão iria na contramão do trabalho de um psicanalista esteja ele onde estiver. Afinal, como nos adverte Freud(1933/1996a), a psicanálise, da maneira como ele a propôs, não deveria ser considerada uma *Weltanschauung* (visão de mundo), ou seja, uma construção intelectual, que almeja apresentar soluções prontas para os problemas de nossa existência, de maneira uniforme e sem deixar lacunas. Lacan (1974/1992a), por sua vez, seguindo a risca o alerta de Freud, localiza em todo discurso, inclusive no psicanalítico, o impossível de tudo simbolizar. Ou seja, toda experiência humana não é sem um resto, sem o que escapa ... Portanto, a pesquisa em psicanálise envolve sim a escolha de um objeto de pesquisa, mas não sem se considerar a impossibilidade de exaurí-lo, de dizer tudo sobre ele.

Não à toa, vez ou outra, o leitor irá se deparar com imagens, fotos e com fragmentos de poesias e de prosas. Em especial, as obras de Alessandro Ribeiro Corrêa inspiraram e foram inspiradas na escrita dessa tese e sua construção se deu a partir de materiais quebrados, cortantes, perecíveis e também de palavras afiadas. O resultado é algo que aponta para a ausência, para o furo, para a descontinuidade, presentes na arte, mas também na teoria e prática psicanalítica (RIVERA, 2005). Assim, em se tratando de uma pesquisa realizada a partir da clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, a arte teve aqui função potente de amortecer e contornar a angústia, inspirando a criação de caminhos outros, quando o furo inerente a todo saber era desvelado, quando a palavra parecia morrer antes do corpo e quando o silêncio não acossava o desejo, mas validava o gozo mortífero. Ou seja, a cada construção, uma invenção, uma criação necessária...

Portanto, devemos alertar o leitor de que não há uma forma única de se pensar a construção do caso clínico. A maneira como esse irá se configurar como um dispositivo de trabalho, depende da lógica intrínseca a cada caso e do contexto institucional, no qual essa metodologia é aplicada. Afinal, como nos adverte Moretto (2016, p.136), “a implantação de dispositivos clínicos idealizados (na instituição), baseados na crença da eficácia intrínseca de uma teoria e de sua técnica, aproxima qualquer profissional do risco de fracasso da comunicação interdisciplinar”.

Desde modo, apesar de partirmos dos pressupostos delineados por Viganò (1999), não se objetiva aqui estabelecer um método trabalho que possa ser replicado, tal como se dá em método científico de investigação. A construção do caso clínico, bem como seus efeitos para a equipe de saúde, que aqui são descritos e analisados, possui especificidades, alcances e limites, que são inerentes ao contexto no qual ocorreu e, principalmente, à relação de transferencial estabelecida com esta equipe.

Ou seja, como atesta Zanetti e Dunker (2018), o método de trabalho aqui utilizado se aproxima mais do que Freud chamou de *Forschung*: uma coincidência entre pesquisa e clínica, que não tenciona a provar algo, mas sim produzir e dizer dos efeitos do trabalho clínico. No entanto, fazemos aqui

também uma aposta calcada em Freud (1915/1974b), ou seja, de relatar uma experiência singular com vistas que dela jorre algo do universal.

## CAPÍTULO I

### A CONSTRUÇÃO, O CASO E A CLÍNICA



**Figura 1 – Tautológico: Fig1**

“Como nada sei do desdobrar de minhas próprias ações, antecipo e planejo... e só depois de muito tempo descubro se o caminho escolhido, a ação realizada, foi positiva ou desacertada.

Assim, é no passado que guardo as ações ideais, as não realizadas, as que trariam o presente perfeito:  
consciência tranquila,  
sono leve,  
existência que desconhece angústia.”

(Alessandro Ribeiro Correa, Objetos Tautológicos)



A noção de *Construção do Caso Clínico* traz de forma condensada três conceitos que a nosso ver merecem destaque: *construção, caso e clínica*. Acreditamos que tratar desses conceitos separadamente nos ajudará a delimitar as especificidades dessa metodologia em nosso contexto de atuação, bem como dizer posteriormente de seus efeitos junto à equipe de saúde.

Assim sendo, começaremos abordando o conceito de *clínica*, e ao mesmo tempo, estabelecendo as diferenças entre a *clínica médica* e a *clínica psicanalítica*, já que são justamente essas diferenças que possibilitam interlocuções e contribuições entre a psicanálise e os outros campos de saber, que compõem uma equipe de saúde. Em seguida, mais rapidamente, discutiremos o que se constitui como um caso, para que então possamos explorar a operação clínica proposta por Sigmund Freud, nomeada por ele de *construção*.

#### 1.1) A clínica e o caso na medicina e na psicanálise

Michel Foucault (1963/2006), filósofo francês, propõe que a invenção da clínica coincide com um novo olhar direcionado ao corpo. Ou seja, se antes o corpo era sagrado, sendo regulado e tratado pelo saber religioso, a partir do final do século XVII passa a ser tomado como objeto de estudo da medicina.

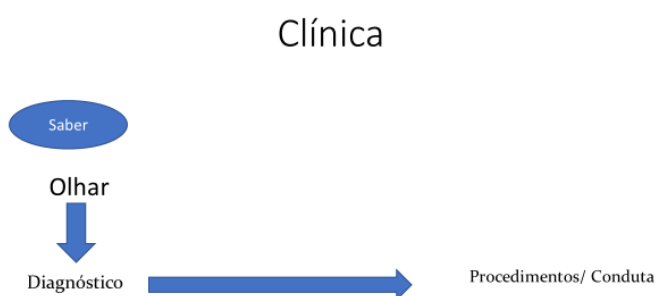
Com isso, a clínica nasce como um ato de dobrar-se, inclinar-se diante do leito de um paciente e, a partir desse olhar sobre o corpo, construir saberes e estabelecer procedimentos. Entretanto, qual seria a especificidade do olhar lançado para o corpo do paciente? Quais seriam os saberes e procedimentos determinados por esse olhar?

Ora, não seria imprudente pensar que o olhar ao qual Foucault se refere é o da especialidade e, com base nesse olhar, saberes e procedimentos são construídos. Essa seria a lógica, portanto, inerente ao estabelecimento de um diagnóstico e da escolha de determinado tratamento.

Na medicina, por exemplo, o olhar do médico, tributário de sua especialidade, possibilitaria o reconhecimento de uma série de sinais e sintomas

vistos no corpo do doente que, na literatura médica, engendrariam algumas hipóteses diagnósticas, confirmadas ou não por meio de exames laboratoriais e de imagem. A partir disso, os protocolos de tratamento, muitas vezes, indicam uma conduta, um caminho a ser seguido para o tratamento daquela enfermidade. Ou seja, nesse protótipo de clínica, muito presente na oncologia, não há lugar para a subjetividade. Afinal, protocolos tratam doenças e não necessariamente de doentes. Com isso, o olhar que determina o diagnóstico e, a partir dele, uma conduta é o saber da especialidade. De forma esquemática teríamos:

**Figura 2 – A clínica**



Mas e a clínica psicanalítica? Ora, afirmamos anteriormente que a maior contribuição da psicanálise no âmbito hospitalar seria possibilitar a inclusão da subjetividade, enquanto um elemento a ser considerado na condução do tratamento médico. Isso significa então que a clínica psicanalítica configuraria-se de uma maneira diferente, uma vez que se ocupa daquilo que é excluído da clínica médica: a subjetividade. Entretanto, aqui uma pergunta se impõe: o que entendemos como subjetividade? Para a psicanálise, subjetividade relaciona-se com aquilo que diz respeito à noção de sujeito. Ou seja, sujeito do inconsciente, que se manifesta através da fala, quando a consciência deixa escapar aquilo que há de mais singular: a verdade inconsciente. Dizendo de outra forma, a subjetividade relaciona-se à maneira singular como cada sujeito se posiciona e os recursos que tem para se a ver com o Outro, que pode ser encarnado na figura do analista, do médico, da doença ou até mesmo do próprio tratamento (MOURA, 2016).

Uma vez feita essa precisão conceitual, devemos marcar ainda que, assim como a medicina opera a partir de um saber (o saber médico), a inclusão da subjetividade que pode ser uma consequência da atuação do analista no contexto hospitalar também é tributária da relação entre psicanálise e saber. A diferença, no entanto, são os diferentes lugares que o saber deve ocupar no dispositivo analítico. Podemos nos adiantar e dizer o saber está do lado do analista, mas, ao mesmo tempo, também está do lado do daquele que fala sobre seu sofrimento. Expliquemo-nos.

Toda experiência analítica deveria ser decorrente da articulação entre um *saber sobre a psicanálise* e um *saber psicanalítico* (FIGUEIREDO; VIEIRA, 1997). O *saber sobre a psicanálise* diz da formação do analista e, portanto, sua escuta é norteadada pelo estudo da teoria psicanalítica, pela supervisão dos casos, bem como por sua análise pessoal. O *saber psicanalítico*, por sua vez, tem relações, mas não se equivale ao saber da teoria, pois é produzido sob transferência, a partir do que é dito e endereçado ao analista, que abre espaço para que o sujeito escute o que diz, para além do que diz, localizando-se subjetivamente diante de seu dito. Dessa forma, diferentemente da médico que tem sua ação norteadada pelo saber de sua especialidade, o psicanalista tem suas intervenções pautadas no saber sobre a psicanálise, mas essas também são tonalizadas pelo saber produzido na relação transferencial única com aquele que toma a palavra para falar de si e de seu sofrimento.

Entretanto, o que seria localizar-se subjetivamente? Miller (1997), ao propor sua formalização das chamadas entrevistas preliminares em psicanálise, dirá que esse momento anterior a uma análise propriamente dita é composto por três outros momentos lógicos: a avaliação clínica, a localização subjetiva e a introdução ao inconsciente.

A *avaliação clínica* seria a aposta do psicanalista com relação ao diagnóstico diferencial entre neurose, psicose e perversão, ao se escutar alguém em uma relação transferencial. A *localização subjetiva*, por sua vez, nas palavras do autor, é decorrente do ato do psicanalista de “por entre parênteses o que o sujeito diz, e fazer com que ele perceba que toma diferentes posições modalizadas para com seu dito” (MILLER, 1997, p.247). A partir disso, aquele que fala tem a chance de reformular sua demanda, ser

introduzido às formações do inconsciente, o que levaria o sujeito ao encontro do saber inconsciente. Esse, portanto, seria o terceiro momento das entrevistas preliminares, a *introdução ao inconsciente*.

Discorrer sobre as especificidades das entrevistas preliminares no hospital exigiria um estudo à parte. Por isso, nos limitaremos a dizer que o momento da localização subjetiva é o que mais nos interessa nessa pesquisa. Afinal, a maneira com que o sujeito se posiciona simbolicamente diante do Outro, nos dá pistas da maneira com que lida com seu processo de adoecimento e também com a equipe de saúde, pois ambos não deixam de ser representações do Outro.

Entretanto, isso quer dizer que a avaliação clínica e, portanto, o diagnóstico não nos importa? Ora, desde Freud (1917/1996e) sabemos que o diagnóstico é aquilo que nos auxilia e nos norteia na condução dos tratamentos. Todavia, nosso objetivo aqui é abordar os efeitos da construção do caso clínico em uma equipe de saúde. Partindo desse pressuposto, precisamos nos perguntar: O que de fato seria uma contribuição efetiva do psicanalista para uma equipe? Dizer do diagnóstico psicanalítico de alguém ou do que sofre essa pessoa? Não há uma resposta pronta para essas questões. O que não podemos perder de vista é que para a equipe de saúde, diagnósticos nomeiam sintomas, mas não dizem necessariamente da experiência de sofrimento. Sendo assim, no que tange a inclusão da subjetividade, talvez seja mais interessante que a equipe esteja avisada sobre o que causa sofrimento a um paciente ao invés de se dedicar a nomear o sofrimento por meio de um diagnóstico psicanalítico. (MORETTO, 2019).

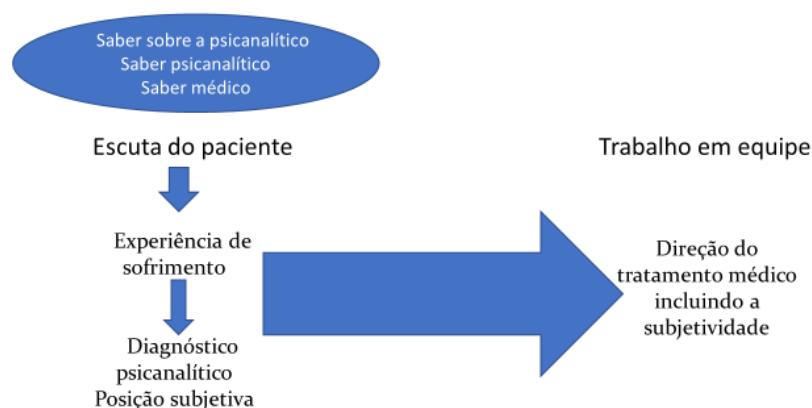
Entretanto, se nem sempre dizer do diagnóstico psicanalítico traz efetivas contribuições a uma equipe de saúde, não há como ignorarmos que algo do *saber médico* perpassa a escuta de um psicanalista que trabalha no hospital. Ou seja, conhecer o diagnóstico, as possibilidades e limites terapêuticos, bem como o prognóstico de um paciente dá instrumentos valiosos não só para que o psicanalista escute aquele que sofre, mas também possa estabelecer uma interlocução mais frutífera com a equipe de saúde.

Nos cuidados paliativos não raramente nos deparamos com pacientes que, por exemplo, devido a falência hepática e/ou renal, encontram-se

intoxicados e, com isso, desenvolvem quadros de sonolência e, por vezes, de confusão mental. Nestes casos, nossa atuação dificilmente será com o paciente, mas sim junto à família, acolhendo e legitimando seu sofrimento diante de um processo de morte ativo e, por vezes, facilitando seu contato com a equipe de saúde para que possa tirar dúvidas, que neste momento são frequentes e angustiantes. Ora, de forma caricatural, mas nem por isso improvável, um psicanalista desavisado das condições clínicas de um paciente como esse, pode interpretar a sonolência como uma defesa ou resistência e o quadro de confusão como um delírio psicótico. Assim, se a clínica psicanalítica no hospital não deve ser norteadada pelo saber médico, isso não significa, em hipótese alguma, que o desconsidere.

Com isso, propomos que, a partir da articulação entre *o saber sobre a psicanálise, o saber psicanalítico e o saber médico*, o psicanalista escuta a experiência de sofrimento daquele que fala e, com isso, delimita sua posição subjetiva diante dessa experiência. Isso pode ou não possibilitar uma aposta diagnóstica. No entanto, o que realmente importa é que, na interlocução com a equipe de saúde, o psicanalista possa dizer da maneira com que o paciente posiciona-se simbolicamente diante de sua doença, de seu tratamento e também frente à própria equipe.

**Figura 3 – A clínica psicanalítica no hospital**



Acreditamos então que o esquema acima expresse, de forma gráfica, uma maneira de se pensar a clínica psicanalítica no hospital, que traz

contribuições para a condução do tratamento médico, no sentido de incluir neste a subjetividade presente em cada caso.

Não à toa, Figueredo (2004) nos lembra que, ao falamos de um caso clínico, por exemplo, nos ajuda ter em mente que este se origina do latim *cadere* e significa *cair*. Dessa forma, o caso cai, precipita do todo, do saber totalizante sobre a doença e torna-se singular, uma vez que é atravessado pelo Real da experiência daquele sujeito diante de seu adoecimento.

Por isso, podemos dizer que o caso precipita-se de uma experiência de singular de tratamento e “constitui uma versão particular do método de investigação e pode aspirar, finalmente, a exprimir achados de evidências em uma linguagem universal, por meio de narrativas, conceitos ou matemas (DUNKER; ZANETTI, 2017, p.7).

Assim, a clínica torna-se, nessa perspectiva, tributária da consideração do caso como aquele que reflete a forma singular de inscrição de um sujeito na linguagem e em sua relação com o Outro (MENDES, 2015). Por outro lado, seja na clínica médica ou na clínica psicanalítica devemos estar avisados de que não há saber que diga tudo de um caso, uma vez que este resiste a ser totalmente simbolizado não só pelos manuais e protocolos médicos, mas também pelo próprio sujeito em sua relação com o Real.

Todavia, é justamente o Real que pode emergir de um processo de adoecimento e tratamento que faz constituir um caso, uma vez que “faz cair a certeza de que aplicação da soma dos saberes legitimados pela ciência seria suficiente para abarcar a especificidade daquele sujeito. Com isso, faz-se necessário retornar ao caso, retomá-lo e, a partir disso, construí-lo (MENDES, 2015).

Todavia, o que se configuraria como uma construção? Nos dedicaremos agora a essa noção, tão cara à Psicanálise, desde Freud.

## 1.2.) A construção em análise

Apesar de ter feito o uso do que hoje compreendemos em psicanálise como “construções” em alguns momentos de sua obra, principalmente no caso da jovem homossexual e em Homem dos Lobos, é em seu artigo *Construções em*

*análise* que Freud(1937/1996c) se dedica exclusivamente a precisar a noção de construção. Para isso faz uma analogia entre o trabalho do psicanalista e do arqueólogo. Ou seja, assim como o arqueólogo que reconstrói paredes e colunas e reconstitui ornamentos e pinturas a partir de resquícios, escombros e marcas deixadas no solo, “o analista procede da mesma forma quando tira suas conclusões a partir de fragmentos de lembranças, associações e declarações ativas do analisando” (FREUD, 1937/196c, p.368). Assim, para Freud (1937/1996c), ambos, psicanalista e arqueólogo, fazem reconstruções através de complementações e junções, tomando como fundamento os restos conservados. Evidentemente, neste trabalho de construção, psicanalista e arqueólogo, estão suscetíveis a dificuldades, imprecisões e também a erros.

Entretanto, é interessante notar que esse texto freudiano nasce quase como uma resposta a uma crítica – provavelmente feita por Havelock Ellis - de que quando o analista apresenta a seu paciente suas interpretações esse estaria agindo segundo o princípio “Cara eu ganho, coroa você perde”. Ou seja, se o paciente concorda com a interpretação, o analista estaria com razão. Entretanto, se o paciente o contraria, estaria sob alguma forma de resistência. Dessa forma, para esse crítico da psicanálise, o analista estaria sempre com a razão, não assumindo que pode vir a errar.

Freud, por sua vez, não só se posiciona com relação à crítica de Ellis, mas também nos presenteia com uma indicação clínica fundamental, ao localizar a importância da construção não pelo fato de descrever uma verdade factual, mas por seus efeitos. Assim, retomando a analogia feita entre o arqueólogo e o psicanalista, Freud dirá que, diferentemente do objeto arqueológico, o objeto psíquico não pode ser completamente destruído, tendo seus elementos essenciais preservados, mas inacessíveis à consciência.

Tendo isso em vista, um dos efeitos mais impressionantes da construção e verificáveis na clínica, é o fato desta possibilitar a emergência de uma série de lembranças colaterais ao conteúdo recalçado, mas que tem relações com o mesmo. Além disso, Freud ainda ressalta:

(...) com bastante frequência não conseguimos fazer o paciente recordar o que foi recalçado. Em vez disso, se a análise é

corretamente efetuada, produzimos nele uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada (FREUD, 1937/1996c, p.300)

Dessa forma, mesmo que a construção não descreva uma verdade factual, tendo, portanto, estrutura de ficção, isso não quer dizer que não tenha relações com a verdade do sujeito. Até porque, como nos adverte Lacan(1974/1993), diante do real da castração, resta a ficção, ou dizendo de outra forma, a construção de um mito individual.

Curiosamente, no hospital, quando o paciente toma a palavra, a veracidade e a coerência daquilo que diz sobre si, muitas vezes, é colocada em questão pela equipe.

*“Já falei para que ele não se levante da cama. Ele é “um risco de queda”. Tá muito fraco. Mas ai me diz que está bem, que sempre foi atleta.”*

*“Expliquei o prognóstico algumas vezes. Disse que essa será provavelmente a última internação, mas ela continua dizendo que precisa estar bem para ver o filho se casar ano que vem. Não sei mais o que dizer ...”*

*“Não gosto do jeito que o marido da paciente me olha. Parece que está me culpando pelo fato da doença não ter cura”*

Dessa forma, comportamentos entendidos como “incoerentes”, “inadequados” e “irracionais” mobilizam incômodo, revolta e, muitas vezes, angústia na equipe. Entretanto, é fundamental sublinhar que é justamente a partir dessas “incoerências” e “inadequações” em sua relação com o corpo, com o tratamento e com a equipe que algo da posição do sujeito diante do Outro se revela. Isso significa dizer então que, na grande maioria das vezes, as primeiras construções sobre um caso não são feitas pelo psicanalista, mas pela própria equipe de saúde, quando essa lhe faz um encaminhamento.

Afinal, para Figueredo (2004), a construção é fruto de um alinhavar dos elementos do discurso do paciente, colhidos a partir de seu contato com cada membro da equipe. Portanto, para essa autora, no âmbito institucional, a construção propiciaria o compartilhamento em uma equipe de elementos



singulares de cada caso que, por sua vez, podem vir a também tonalizar a condução do tratamento, fazendo com que esse não seja apenas norteado por um protocolo.

Ora, uma vez analisados os conceitos de clínica, de caso e de construção que se encontram condensados na noção de construção de caso clínico, nos dedicaremos no próximo capítulo a relatar como a construção do caso clínico se delineou em nossa atuação junto a equipe de saúde. Isso será importante para que, posteriormente, possamos delinear seus efeitos. Para isso, abordaremos, a partir de Foucault, aquilo que em psicanálise e, mais precisamente na obra freudiana, permite-nos propor um método de trabalho, que, como veremos, é da ordem de uma invenção.

## CAPÍTULO II

### A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO E O DELINEAMENTO DE UM MÉTODO DE TRABALHO



**Figura 4 – Tautológico: Fig 2**

“Com você a conversa flui, nunca acaba!  
É que me incomodam os silêncios, neles ouço ecos de coisas não ditas... e  
daquelas indizíveis, que ameaçam sair pela boca a qualquer momento.”

(Alessandro Ribeiro Correa, Objetos Tautológicos)

Em uma conferência proferida em 1969 na Sociedade Francesa de Filosofia, em Paris, Michel Foucault, dedica-se à seguinte questão: *O que é um autor?* O filósofo então nos mostra que, em sua concepção, haveria dois tipos de autores: os primeiros seriam os autores clássicos da literatura, bem como os autores dos textos canônicos e científicos; e os outros, destacando-se Karl Marx e Sigmund Freud, seriam aqueles considerados por ele como “fundadores de discursividade” (FOUCAULT, 1962/1992, p.58).

Assim, segundo Foucault, Freud e Marx produziram mais que suas próprias obras, uma vez que “criaram a possibilidade e a regra de formação de outros textos” e “estabeleceram uma possibilidade infinita de discursos” (FOUCAULT, 1969/1992, p.58). Entretanto, cabe aqui uma ressalva. Dizer que esses autores foram fundadores de discursividade, relaciona-se a algo que está para além do âmbito das analogias:

(...) quando falo de Freud e Marx como instauradores de discursividade, quero dizer que eles não só tornaram possível um certo número de analogias, mas também tornaram possível (e de que maneira) um certo número de diferenças. Eles abriram o espaço para outra coisa diferente deles e que, no entanto, pertence ao que fundaram (FOUCAULT, 1969/1992, p.59-60).

Dessa forma, “(...) a obra destes instauradores não se situa em relação à ciência e no espaço que ela desenha, mas é a ciência ou a discursividade que se relaciona com a obra deles e a toma como uma primeira coordenada” (FOUCAULT, 1969/1992, p.63). Isso significa dizer então, que a obra freudiana parece estabelecer certas coordenadas lógicas que circunscrevem possibilidades, mas também limites na instauração de discursos outros a partir da psicanálise.

Lacan, que fora convidado para participar desta conferência de Foucault e, desde *O seminário, livro 16: de um Outro a outro*(1968-69/2008b), mostrava-se interessado em tratar as questões freudianas pela via discursiva, faz a seguinte pergunta ao filósofo: “O que pode significar o retorno como momento decisivo na transformação de um campo discursivo?” (ALBERTI,

2002, p.43). Não podemos nos esquecer que essa pergunta ocorre em um momento conturbado na história do movimento psicanalítico, já que cinco anos antes dessa conferência, Lacan (1964/2008a) havia ministrado seu *O seminário 11 – quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, demonstrando grande preocupação com o lugar dado por alguns psicanalistas de sua época aos fundamentos da psicanálise. Ou seja, a pergunta de Lacan parece deixar implícita a ideia de que a transformação de um campo discursivo – no caso a psicanálise – não pode ser feita sem se considerar os fundamentos, as coordenadas instauradas por Freud e que, por sua vez, definem a psicanálise enquanto tal. A resposta de Foucault é precisa:

retorna-se ao próprio texto, ao texto em sua nudez e, ao mesmo tempo, retorna-se ao que está marcado como furo, em ausência, em lacuna do texto. Retorna-se a um certo vazio que o esquecimento esquivou-se ou mascarou, que recobriu com uma falsa ou errada plenitude e o retorno deve redescobrir essa lacuna e essa falta (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, P.44).

Ou seja, quando dizemos que Lacan fez *Um* retorno a Freud, quer dizer que o fez indo além de Freud, mas em Freud, seguindo suas coordenadas. Foi isso que deu a seu ensino a tonalidade do novo, da invenção. Não é coincidência, por exemplo, que Lacan (1964/2008a) tenha precisado de forma inovadora o conceito de *objeto a* – para ele, sua única invenção –, em *O Seminário, livro 11*, no qual se ocupava justamente dos conceitos fundamentais da psicanálise (NETTO, 2014).

Portanto, *Um* retorno a Freud vai muito além de citá-lo ou de voltar a pontos de insuficiência da teoria tentando dar-lhe unidade (NETTO, 2014). Pelo contrário, “o artigo indefinido (Um) sublinha a incidência do retorno a Freud no âmbito da entrada que cada Um psicanalista deverá fazer neste campo, apoiando o saber textual na experiência analítica” (LEITE; TROCOLE, 2008, p.23). Freud (FREUD, 1912/1996f, p.125), em um de seus artigos sobre a técnica, intitulado “*Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*”, já parecia ter clareza de que, em psicanálise, cada experiência é atravessada por aquilo que é da ordem da singularidade:

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcancei-as por minha própria experiência. Vese-a facilmente que elas (ou pelo menos, muitas delas) podem ser resumidas num preceito único. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa se ver levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que lhes apresenta.

Além disso, o artigo indefinido *Um* deve ser pensado partindo dos três registros propostos por Lacan: Real, Simbólico e Imaginário (LEITE; TROCOLE, 2008). No registro do Imaginário teríamos o Um como inteiro, como uma totalidade. Essa compreensão, obviamente, não nos é suficiente. Afinal, se fosse esse o caso, Lacan já teria feito Um retorno a Freud e novos discursos não seriam mais necessários. Partindo então para o Simbólico, o Um estaria relacionado ao que Lacan chamou de traço unário, o significante primeiro, aquele que inicia uma série. No que tange ao Real, o Um refere-se ao *Uniano*, aquilo que “enuncia que há Um sem o Outro. Nessa formulação é o Um a menos [...]” (LEITE; TROCOLE, 2008, p.24). Ou seja, no Outro não há consistência e o desamparo diante do furo não é uma possibilidade, mas uma condição, que propicia o novo, a invenção. No entanto, como vimos, essa invenção não é sem as coordenadas previamente estabelecidas.

Assim, podemos tomar a obra de Freud como um Outro que não nos traz garantias, já que Um retorno a Freud não nos torna analistas completos, preparados, prontos para o que der e vier. Não há como recobrir o real da experiência humana através de *Um* retorno ou até mesmo através de um discurso. O que se faz possível é instaurar uma série de retornos que possibilitarão, por sua vez, o engendramento de discursos outros, sempre *a posteriori* (NETTO, 2014). Como afirma Foucault,

(...) o reexame dos textos de Freud modifica a própria psicanálise (...). Não há qualquer hipótese de a descoberta de um texto desconhecido de Newton ou de Cantor vir a modificar a cosmologia clássica ou a teoria dos conjuntos tal como foram desenvolvidas. Pelo contrário, trazer a luz do dia um texto como os Três ensaios de Freud (...) pode sempre modificar não o conhecimento histórico da psicanálise, mas o

seu campo teórico – ao deslocar-lhe a ênfase ou o centro de gravidade (FOUCAULT, 1969/1992, p.66-67).

Aliás, Freud (FREUD, 1918/1996d) inicia sua conferência intitulada *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*, dizendo nunca ter se vangloriado de qualquer inteireza ou acabamento do conhecimento e da técnica psicanalítica. Pelo contrário, afirma ter sempre estado pronto a rever e, até mesmo, alterar seus conceitos e métodos caso fosse necessário. Por outro lado, neste mesmo artigo, não deixa de enfatizar que qualquer que seja a forma que a psicanálise possa assumir, os seus ingredientes mais efetivos e importantes continuarão a ser “aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa [tratamento pela sugestão]” (FREUD, 1918/1996d, p.181).

Poderíamos, então, nos questionar de quais preceitos um psicanalista não deve abrir mão, caso não queira se enveredar para um outro tipo de escuta, que não seja a analítica. Darriba e Silva (2012), em um trabalho revelador que objetiva percorrer a obra de Freud em uma tentativa de mapear quais seriam os fundamentos que autenticam a psicanálise como uma terapêutica como não há outra, mostram que a teoria do inconsciente, a sexualidade infantil, a teoria da transferência, bem como a interpretação das formações do inconsciente são os elementos dos quais não se pode abrir mão caso se pretenda fazer psicanálise.

Assim, pode-se depreender que toda experiência psicanalítica deve ser calcada em coordenadas lógicas estabelecidas pela obra freudiana, mas, ao mesmo tempo - e aí está sua originalidade -, deve também portar algo de uma invenção, uma vez que se dá em uma relação transferencial sempre singular. Não à toa, Lacan(1964/2008, p.120) enfatiza que “o conceito dirige o modo de tratar os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito”.

Deste modo, o que propomos neste capítulo é a formalização de uma maneira de se pensar a construção do caso clínico, que nasce *na e da* experiência clínica, em uma relação transferencial específica, com uma equipe de saúde. Assim, na coincidência entre clínica e pesquisa, foi possível, *a posteriori*, encontrar (o que não significa *procurar*) uma forma possível e

singular de se realizar a construção do caso clínico em cuidados paliativos, na oncologia.

Dizendo de outro modo, não temos aqui a intenção de estabelecer uma maneira de um psicanalista atuar em todos os casos de cuidados paliativos, para os quais é chamado em um hospital. Isso teria o mesmo efeito dos protocolos médicos que, ao serem seguidos cegamente, apagam o que é da ordem da subjetividade, em nome de se tratar uma doença e, não necessariamente, um doente. Portanto, o que pretendemos com esse estudo é aquilo que Freud esperava ao relatar o caso único. Ou seja, que deste relato jorre algo do universal e tenha ecos na atuação de outros psicanalistas que por ventura tenham interesse por esse texto.

Dessa forma, delimitaremos a partir de agora como se deu a construção do caso clínico em nossa prática, bem como três condições que, a nosso ver, são fundamentais para que esse método de trabalho em equipe se fizesse possível.

### 2.1) A construção do caso em nossa clínica

Como vimos, a construção do caso clínico configura-se como um método de trabalho em psicanálise idealizado por Carlo Viganò, entendido como uma prática em equipe que objetiva incluir a dimensão do sujeito na condução do tratamento.

Para isso, no entanto, é importante que aqueles que são protagonistas na condução de um caso que, em nosso contexto, são os diversos membros da equipe multidisciplinar, agreguem suas narrativas, de modo a evidenciar, como enfatiza Viganò (VIGANÒ, 1999), o ponto cego, a cegueira, o ponto de não relação que a ilusão de tudo saber sobre o paciente tenta camuflar. Afinal, é esse ponto de não saber que denuncia o lugar onde encontra-se o sujeito em sua relação simbólica com a doença, o tratamento e a própria equipe de saúde.

Por isso, na construção do caso a equipe “coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que

foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc” (VIGANÒ, 1999, p.2).

Entretanto, percebemos em nossa experiência que esse trabalho em equipe só se faz possível mediante transferência. Transferência com aquele analista, mas, se possível, com a própria psicanálise. Ou seja, é importante que a equipe possa ser sensibilizada para a existência de um saber, que não se encontra *a priori* em um enunciado, mas na enunciação e, principalmente, na posição daquele que fala diante de seu dito.

*“Está todo mundo questionando essa sedação. Começo a ficar na dúvida. Será que essa sedação é para o paciente ou para mim?” – se questiona um médico angustiado durante a discussão de um caso.*

*Essa é um pergunta importante, doutor? – intervém o analista.*

*É .., vou pensar melhor. – conclui o médico.*

*Para esse paciente tá tudo sempre bem! Não reclama de nada! Faz piada o tempo todo! Acho isso estranho. Por isso que queria falar com você desse caso, por mais que não faça muito sentido. Afinal, o paciente está bem. Talvez a questão seja essa: ele tá bem demais ... – diz um residente intrigado com a função do humor na maneira com que um paciente lida com seu diagnóstico de uma doença oncológica incurável.*

Dessa forma, para que a construção do caso clínico se configure como um método de trabalho, é importante que a própria equipe esteja marcada pelo o inconsciente enquanto saber. É isso que possibilitará com que a fala daquele que sofre seja escutada de uma outra posição e o saber da especialidade sobre o paciente – ou melhor, sobre a doença - dê lugar também ao saber do paciente acerca daquilo que lhe faz sofrer.

Julgamos então que essa seria a *primeira condição* para a construção do caso clínico: a disponibilidade da equipe para escutar que a causa do sofrimento não é sempre física e consciente. Evidentemente, essa disponibilidade não é dada. Ora, ao localizar o fenômeno clínico da transferência, Freud nos ensina que a palavra tem valor dependendo de onde



ela vem. Isso significa que a disponibilidade de uma equipe para escutar o que um psicanalista tem a dizer é tributária da relação transferencial estabelecida entre esse psicanalista e a equipe da qual faz parte. Ou seja, é importante que a equipe possa supor um saber ao analista para que então sua palavra, que aponta para o saber inconsciente, tenha relevância.

Dito isso, percebemos em nossa prática que quando uma equipe passa a considerar o inconsciente enquanto um saber, isso possibilita com que essa equipe passe a ter uma outra relação com a clínica, compreendendo seus elementos a partir de uma outra perspectiva. Mas o que isso quer dizer?

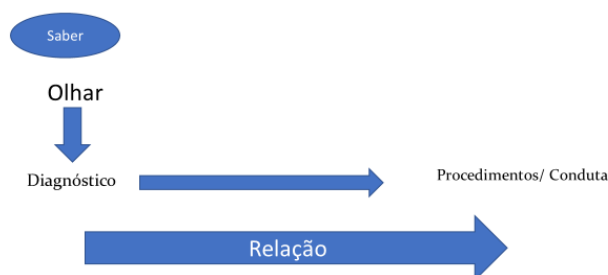
Anteriormente, inspirados por Foucault (1963/2006), precisamos de forma gráfica um protótipo de clínica composto por seus elementos dispostos da seguinte forma:

**Figura 5 – A clínica**



Assim, o saber da especialidade condiciona um determinado olhar para o corpo do paciente, a partir do qual chega-se a um diagnóstico. A partir de então uma conduta é estabelecida. Entretanto, propomos acrescentar neste esquema um outro elemento que, para nós, fundamenta a clínica: a relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Aliás, podemos adiantar que a reinserção da relação como parte constitutiva da clínica, configura como uma *segunda condição* importante para a construção do caso clínico em nosso contexto. Com isso, teríamos:

**Figura 6 – A relação como dado clínico**



Ora, elevar a *relação* ao status de um dado clínico é, ao mesmo tempo, considerar as questões transferenciais que perpassam a assistência do paciente e que muitas vezes podem trazer dificuldades à equipe de cuidado, que, por sua vez, de uma forma defensiva tende a desconsiderá-la. Não á toa, como nos adverte Viganò (1999) a forma contemporânea de se fazer clínica vem se pautando cada vez mais em uma tentativa de se neutralizar a variável da transferência.

Todavia, como vimos, é apenas na transferência que fica evidente a posição subjetiva do paciente diante do Outro, que pode estar encarnado na figura daquele que cuida, seja ele médico ou não, e também na representação que a doença e o próprio tratamento possuem. Ou seja, ao nos atentarmos para a dimensão da transferência, começamos a escutar o posicionamento simbólico do paciente diante da equipe de saúde, diante de seu diagnóstico e também de seu tratamento.

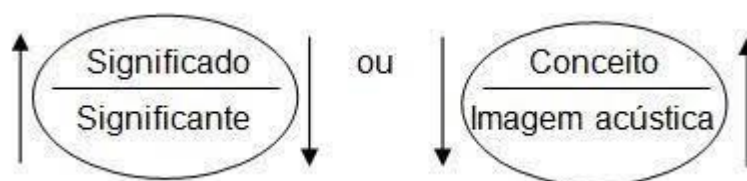
Dito isso, entramos então na *terceira e última condição* fundamental à construção do caso clínico: possibilitar com que o diagnóstico e o tratamento sejam compreendidos pela equipe não apenas como signos, mas também pela via significativa. Expliquemo-nos.

Lacan (1958/1998c) em *O seminário 5 – as formações do inconsciente*, inspirado na linguística de Ferdinand Saussure, faz uma distinção entre signo e significante. Assim, enquanto o signo significa algo para alguém, o significante representa algo para o sujeito em sua relação com outro significante. Para que essa diferença fique mais clara vale aqui, retomarmos a teoria de Saussure e,

em seguida, a subversão proposta por Lacan para pensar o funcionamento psíquico.

Em seu *Curso de Linguística geral*, Saussure(1963/2006) empenhado em alçar a linguística à categoria de ciência, faz um esforço para delimitar qual seria a unidade mínima de estudo dessa disciplina. Ora, assim como a biologia tem a célula como sua unidade mínima de estudo e na física todo conhecimento é engendrado a partir do átomo, para Saussure o signo seria a unidade mínima de estudo para linguística. Dessa forma, o signo seria composto de duas partes que possuem entre si uma relação de determinação: significado e significante. O significado seria a ideia, o conceito veiculado pelo signo. O significante, por sua vez, seria sua imagem acústica, a maneira como ele se manifesta foneticamente.

**Figura 7 – Signo linguístico**



Entretanto, Lacan, que durante todo seu ensino fez uso de outros saberes tais como a ótica, a lógica e a topologia para formalizar ao máximo a experiência analítica, recorrerá também à linguística. Assim, apostando na tese amplamente trabalhada entre os anos de 1953 e 1954 de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, Lacan fará uso da teoria de Saussure, mas a partir de sua subversão. Com isso, diferentemente do linguista, para formalizar como o inconsciente se estrutura e se manifesta, Lacan inverte a fórmula proposta por Saussure, propondo o que chamou de primazia do significante sobre o significado e afirma ainda que a barra que separa significante e significado é correlata à barra do recalque. Isso significa dizer então que o significado nunca está as claras, manifesto, mas sim velado, latente.

**Figura 8 – A primazia do significante**



Ou seja, se a única maneira que temos acesso ao funcionamento psíquico de alguém é pela fala, é sobre ela que devemos operar. Daí a ideia lacaniana de uma primazia do significante. Assim, no campo da linguagem, marcações, pontuações, interpretações e construções são alguns dos recursos utilizados por um psicanalista para poder operar não só uma leitura do significado desvelado na enunciação mas também e, principalmente, ter notícias da posição daquele que fala, diante do que diz.

Quando transpomos essa idéia para o contexto onde atuamos, podemos pensar que o signo câncer, por exemplo, significa para o saber médico uma doença desencadeada pelo crescimento acelerado e descontrolado das células. Já o signo tratamento, por outro lado, teria como significado o protocolo que pode curar ou controlar essa doença.

Todavia, quando um paciente recebe o diagnóstico de câncer, o sofrimento advindo dessa notícia não se relaciona com o significado que a mesma tem para a medicina. Afinal, o diagnóstico, como todo ato de nomeação circunscreve um campo simbólico e, portanto, não tem um significado em si, mas representa algo para além dele mesmo. Da mesma forma, quando um paciente recusa o tratamento oncológico, por exemplo, essa recusa não se relaciona necessariamente ao tratamento em si ou a seus efeitos adversos, mas ao que este e seus efeitos representam para quem o recusou. Assim, podemos dizer que para o paciente o diagnóstico de câncer e o tratamento são do registro do significante, pois encontram-se em uma cadeia circunscrevendo um campo simbólico e produzindo significações singulares.

Em nossa prática, observamos que tomar o diagnóstico e tratamento como significantes é uma ferramenta potente para a construção do caso clínico em equipe, já que possibilita a inclusão da subjetividade na condução do

tratamento. Afinal, compreender o diagnóstico e o tratamento pela via do significativo é ter notícias de como o paciente se posiciona simbolicamente diante desses elementos que, como vimos, compõem a clínica juntamente com a relação transferencial.

Evidentemente, estamos avisados de que o significativo aponta para além do simbólico em sua relação com o gozo e, o que nossa experiência nos mostra, é que esse é um norteador importante na clínica com os pacientes e na escuta dos familiares. No entanto, naquilo que diz respeito as contribuições para a equipe, o que nos compete é apontar de que há algo para além do princípio do prazer. Ou seja, de que a satisfação pulsional, sempre parcial, nem sempre se dá através de experiências prazerosas e que, por vezes, envolvem sofrimento. (FREUD, 1996d)

Como exemplo, podemos pensar nas situações em que a equipe se depara intrigada com um paciente que diz querer a cura, mas não adere ao tratamento. Em momentos como esse, não se trata de dizer das formas de gozo do paciente, mas de sensibilizar a equipe para o fato de que por detrás da não adesão há algo que foge da racionalidade apontando para a relação daquele paciente com seu sofrimento. Afinal, como nos lembra Maurano (2003), a partir de sua leitura de Lacan, o gozo é um modo de satisfação que não exclui a dimensão de sofrimento.

Assim, mesmo quando a equipe, está imbuída de alguns significantes da própria psicanálise como “ganho secundário”, este é geralmente entendido pela via imaginária e, as vezes, moralizante, como se o ganho fosse apenas da ordem de uma vantagem ou da obtenção de um prazer, adquirida com a doença. Nesses casos, portanto, é importante que se marque que esse ganho não é sem uma forma sempre singular (e, por isso, não facilmente compreensível) de sofrimento.

Dito isso, podemos propor que, em nossa prática, a construção do caso clínico ocorre a partir de três condições:

- Sensibilização da equipe para o saber inconsciente.
- Reinserção da relação transferencial como um dado clínico a ser considerado pela equipe de saúde.

- Diagnóstico e tratamento tomados não apenas pela via do signo, mas também pela via do significante.

Abaixo apresentamos um exemplo de construção de caso clínico, que possibilitou com que a posição subjetiva do paciente, desvelada na relação transferencial, bem como o tratamento tomado pela via significativa, dessem um novo tom à condução do caso.

## 2. Os sumiços de Jorge

### 2.2.1) Do encaminhamento a uma primeira construção

Jorge era um paciente de 42 anos, casado, com dois filhos, um pequeno e outro adolescente e foi diagnosticado com um câncer gástrico. Como já tinha um diagnóstico prévio de síndrome do intestino curto, que tem como sintoma diarreia, Jorge não poderia tomar a dosagem ideal do protocolo de tratamento quimioterápico, pois esse também tinha como efeito colateral principal a diarreia. Dessa forma, Jorge já iniciou seu tratamento não com o objetivo de cura, mas de controle da doença e dos sintomas mais incapacitantes.

O encaminhamento de Jorge para a psicologia vem de um estranhamento da equipe diante do paciente que era de origem oriental.

*“Como todo japonês, esse paciente é muito resignado, concorda com tudo. Não se posiciona. Mas de uns tempos pra cá anda dando trabalho. Não vem às consultas de retorno e, às vezes, não se trata da maneira correta, faltando as sessões de quimioterapia. Ele simplesmente “some”.*

Neste momento, me questiono se o significante “resignado” usado para dizer de Jorge, não dizia muito mais de um desejo da própria equipe. Além disso, não seria o “sumiço” uma maneira de se posicionar? Essas são questões que não deixam de ser colocadas para o médico de Jorge.

Ora, como vimos anteriormente, quando a equipe faz um encaminhamento ou um pedido de avaliação ao analista essa, na maioria das

vezes sem ter ciência disso, faz uma valiosa passagem do quadro clínico (paciente com câncer gástrico em cuidados paliativos) para uma primeira construção do caso: paciente que, apesar de se mostrar disponível e até mesmo resignado diante da necessidade de se tratar, *some* justamente nos momentos mais cruciais de seu tratamento.

Por isso, é fundamental que o analista que atua no contexto hospitalar tome o encaminhamento como uma primeira tentativa de construção acerca da posição do sujeito feita pela equipe. Por isso, dialetizar os significantes “resignado” e “sumiço”, marcando para equipe que há algo que foge da lógica da consciência, é uma maneira de possibilitar que um encaminhamento possa se tornar uma primeira construção, que aponta para algo da verdade do sujeito. *Será que pelo fato de ser japonês, Jorge é necessariamente resignado e aceita sem questionar as condutas? Qual será a função dos sumiços de Jorge? Não estaria ele tentando dizer algo por meio desses sumiços?* Essas foram algumas das questões levantadas em uma primeira conversa com a equipe no momento do encaminhamento.

#### 2.2.2) Transferência e posição subjetiva:

Ao escutar Jorge pela primeira vez minha hipótese se confirma. No “sumiço”, Jorge desaparecia enquanto paciente, mas ressurgia enquanto sujeito. Aliás, essa era sua posição diante do Outro. Sempre atento àquilo que acreditava ser o desejo do outro, atendia prontamente os pedidos que lhe eram feitos. Entretanto, quando o preço dessa alienação ao desejo do Outro era muito alto, Jorge “sumia”. Isso acontecia não apenas com a equipe médica, quando essa tomava alguma conduta que não lhe agradava, mas também com sua esposa e socio do trabalho. Assim, o “sumiço” era uma estratégia de separação, uma forma de fazer valer algo de seu desejo, mas que, ao mesmo tempo, ilusoriamente não causava confronto, conflito.

*“Às vezes é melhor fazer de morto, sumir, doutor.” – diz Jorge.*

*“Mas é isso que você quer neste momento de sua vida? Fazer de morto?” – intervenho.*

Essa pergunta promove uma inversão dialética, implicando e localizando Jorge subjetivamente diante de seu dito e, ao mesmo tempo, apontando em direção ao desejo em contraponto ao gozo de ficar na posição de morto. Assim, pouco a pouco, a palavra e não mais o ato (de sumir) vai sendo o recurso utilizado para Jorge se posicionar diante das condutas médicas. Por sua vez, nas discussões de caso em equipe, o significante “sumiço” passa a ser aquele que representa um sujeito para outro significante e, com isso, a equipe é convocada ao trabalho de como conduzir o caso, levando em conta a posição subjetiva de Jorge, que se colocava em ato (de sumir) na transferência com a equipe. Então para o estabelecimento das condutas, por exemplo, opções passam a ser dadas a Jorge e a ele é pedido que escolha aquilo que mais lhe convém.

### 2.2.3) O tratamento pela via significante:

Em uma internação motivada por efeitos colaterais do próprio tratamento oncológico, Jorge, solicita uma reunião comigo e com seu médico e fala sobre sua decisão de parar a quimioterapia, pois essa parecia estar lhe trazendo mais malefícios do que benefícios. O médico de Jorge concorda com a percepção do paciente e, com isso, seu tratamento passa a ter como objetivo apenas o controle de sintomas e não mais o controle da doença. Após estar mais fortalecido, Jorge tem alta hospitalar, fica um mês em casa, mas precisa se internar novamente devido ao agravamento dos sintomas, decorrentes da progressão da doença.

Assim, o médico paliativista, que já estava no caso desde o momento do diagnóstico, conversa com Jorge sobre a possibilidade de iniciar a sedação paliativa, mas o avisa que, devido ao fato de seu organismo estar bastante resistente às medicações, o nível de sedação teria que ser mais alto. Isso, provavelmente, deixaria Jorge inconsciente até que a morte chegasse. Em atendimento comigo, após conversa com médico, Jorge fala do quanto que a dor física o incomoda, mas o que de fato lhe faria sofrer seria estar inconsciente nos seus últimos dias de vida, sem poder, portanto, aproveitar da



companhia de sua mulher e filhos. A partir disso, uma reunião entre Jorge, o médico paliativista, sua esposa e eu é agendada para o mesmo dia e Jorge comunica que não gostaria de ser sedado. Assim, o signo “sedação” que para a medicina significa “promoção de conforto”, para Jorge representava uma ameaça ante a possibilidade de estar com seus familiares, em seus últimos dias de vida. O médico garante a Jorge que sua vontade seria respeitada e, neste momento, um chiste de Jorge irrompe dando contorno ao horror e tristeza inerentes àquela cena: “Viu só? Tô conseguindo falar ...”

Entretanto, a partir disso, a equipe médica e de enfermagem se divide. Alguns entendendo que era importante respeitar o pedido de paciente, enquanto outros defendiam que a sedação era a conduta médica indicada e que sem ela o paciente iria ser exposto a um sofrimento desnecessário. Com isso, sugiro ao médico que convoque uma reunião de equipe. Após ser escutada, o que fica claro é que toda a equipe queria o mesmo: “o melhor para Jorge”. Com isso, marco o ponto de congruência na fala de todos e questiono qual seria a melhor maneira de saber o que era “o melhor para Jorge”. O médico paliativista pede a palavra, retoma o caso e fala do quanto ficou claro que os “sumiços” de Jorge era uma maneira de dizer o que queria. Agora, momento de sua morte, estava conseguindo dizer que o que lhe causaria mais sofrimento não seria a dor física e sim ser privado de estar com seus familiares.

*“Ou seja, sempre nos queixamos de que ele não se colocava, que sumia. Agora que está se colocando, dizendo o que quer, o que queremos fazer? Sumir com ele?” – interroga o médico já emocionado.*

Essa fala tem peso de interpretação para equipe que, menos angustiada, percebe que era importante escutar o sentido atribuído por Jorge à sedação, que passa a ser tomada como significante e não como signo. Jorge morreu dois dias após essa reunião, na companhia de sua mulher e filhos.

#### 2.2.4) Espaços de construção

Como pode-se perceber a construção do caso acima não se dá em um espaço formal. Ou seja, não havia em nossa prática, por exemplo, uma reunião clínica frequentada por diversas especialidades intitulada *Reunião de Construção de Casos Clínicos*. Isso seria desejável e muito interessante. Todavia, naquele momento, não era possível. Então, podemos dizer que a construção de casos ocorre em diversas situações clínicas que aqui chamamos de *espaços de construção*. Pedidos de consultoria, atendimentos a pacientes e familiares, reunião com pacientes e equipe médica, discussões de caso, reuniões clínicas, reuniões familiares, “conversas” de corredor e o famoso e aparentemente descompromissado “cafezinho” são os momentos em que as diversas narrativas que engendram a construção de um caso são colhidas, acolhidas e trabalhadas.

Esse fato pode inicialmente gerar certo estranhamento. Entretanto, como aponta Moretto (2005), o setting analítico, ou seja, o lugar onde se dá o trabalho de um psicanalista, não é um lugar físico, mas sim simbólico. Isso significa dizer então que a psicanálise se faz possível onde há um psicanalista ofertando sua escuta de forma flutuante, em uma relação transferencial e dando o devido lugar às formações do inconsciente. Para isso, evidentemente, não é necessário um lugar físico.

Assim, uma vez que a equipe de saúde passa a supor um saber não apenas no psicanalista, mas no próprio inconsciente, apostamos que a construção de caso clínico possa ser um método de trabalho possível, independentemente de onde ocorra.

Como sabemos, o objetivo principal dessa tese é demarcar os efeitos da construção do caso clínico como método de trabalho, junto a uma equipe de saúde, no contexto dos cuidados paliativos oncológicos. No entanto, de que efeitos estamos falando? Moretto (2019) atesta que a maior contribuição de um psicanalista em uma equipe de saúde é o efeito transformador que seu trabalho pode ter naquilo que concerne à posição subjetiva da equipe diante do sofrimento e da subjetividade.

Ora, a assistência a paciente graves, tais como pacientes oncológicos em cuidados paliativos, convoca a equipe de saúde a lidar com situações de sofrimento que colocam em questão o saber já constituído a respeito do corpo, da morte e que, por sua vez, são precipitadas na relação entre o paciente/familiares e a equipe de saúde. Tendo isso em vista, percebemos que a construção do caso clínico neste contexto pode gerar efeitos naquilo que diz de uma mudança de posição subjetiva da equipe frente a subjetividade, que, por sua vez, é tributária de um novo posicionamento diante do corpo, da transferência e da morte.

Com isso, nos próximos capítulos dedicar-nos-emos aos seguintes efeitos transformadores operados a partir da construção de casos:

- Do organismo “para todos” ao singular de cada corpo
- Da resistência contratransferencial à potência terapêutica da transferência
- Da morte que leva a vida à morte que leva à vida.

CAPÍTULO III  
ÉTICA, DISCURSO E CORPO



Figura 9 – Tautológico: Fig3

“Eu e o Tempo possuímos a guarda compartilhada de um Corpo,  
o qual chamo de Meu.  
Mas é o corpo que nos possui,  
a Mim e ao Tempo:  
o Corpo tem o Tempo e nesse tempo haverá  
o Eu.  
Chegado o fim do Tempo que o Corpo possui,  
Eu me apago.  
Findo o Tempo e o Corpo,  
Eu só continuo na Linguagem.”

(Alessandro Ribeiro Corrêa, Objetos Tautológicos)

Os Cuidados Paliativos é uma área de atuação da medicina e, com isso, podemos afirmar que o discurso que rege sua ética não se equivale aquele que sustenta o psicanalista e seu ato. Afinal, como nos esclarece Lacan (1974/1993, p.73) em *Televisão* “a ética é relativa ao discurso”. Além disso, na conferência *O lugar da psicanálise na medicina*, Lacan precisa que “a dimensão ética é aquela que se estende em direção ao gozo” (1996/2001, p.12). Percebemos então uma articulação feita por Lacan entre ética, gozo e discurso. Entretanto, por que essa articulação estabeleceria uma diferença entre a ética da psicanálise e a ética médica e, portanto, a ética que pauta o trabalho da equipe nos cuidados paliativos?

### 3.1) A moral aristotélica e a ética da psicanálise

Lacan (LACAN, 1959-60/ 2008c, p.364) em seu *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*, afirma que o que faz um juízo sobre a nossa ação é essencialmente a ética. Dessa forma, a ética “só tem importância na medida em que a ação nela implicada comporta também um juízo, mesmo que implícito”. Além disso, ao adentrarmos no terreno da ética, não podemos deixar de notar que, frequentemente, a mesma é aproximada do conceito de moral. Entretanto, como sugere Martins(2008), atenta ao que propõe Lacan neste seminário, moral não coincide com ética. A moral prescreve um código que é estabelecido em torno de um ideal, enquanto a ética suspende o ideal a favor de um questionamento e visa um código válido para todo ser humano. A ética, com isso, tem o peso da universalidade.

No hospital, muitas vezes, essa distinção toma corpo e tudo deve ser feito para se evitar o sofrimento, mesmo que seja decorrente do horror que é estar ali internado com o diagnóstico de uma doença incurável. O ideal, portanto, é *o não sofrimento* e o código é *faça parar de sofrer!* Assim, no hospital, o sofrimento é visto como imoral e, mesmo nos Cuidados Paliativos, nota-se que a ação da equipe, muitas vezes, é norteadada por esse ideal. No entanto, paradoxalmente, é justamente esse ideal de conduta que gera sofrimento ao paciente e também à equipe.

*“Entrei no quarto e ela (paciente) tava chorando. Não sabia o que fazer, nem o que dizer. Acho que você precisa ir lá. Sei que acabou de receber o diagnóstico. O médico já disse que tem tratamento.” – uma enfermeira sobre uma paciente recém diagnosticada com câncer de mama metastático.*

A partir disso, podemos compreender a opção feita por Lacan de falar de ética e não de moral: "falando de ética da psicanálise escolhi uma palavra que não me parece por acaso. Moral, poderia ter dito. Se digo ética, verão porquê, não é pelo prazer de utilizar um termo mais raro" (LACAN, 1959-60/2008c, p.10).

Com isso, ao longo deste seminário, tomamos conhecimento de que, para Lacan (1959-60/2008c), a experiência moral é relativa a um ideal de conduta, de um sentimento de obrigação sancionado a uma lei e que está estreitamente relacionado à gênese e funcionamento do Supereu. O campo da ética, por outro lado, está para além de um ideal, de um sentimento de obrigação e, dessa forma, não se restringe ao funcionamento paradoxal do superegoico, que, entre Kant e Sade, tem como denominador comum o imperativo *goze!*

A partir disso, Lacan estabelecerá uma distinção entre a ética da psicanálise e a ética aristotélica, a ética do Bem Supremo. Discorramos sobre essa diferença.

A filosofia de Aristóteles nos apresenta um mundo hierarquicamente organizado, completo e onde tudo encontra-se em seu devido lugar. Somente com essa ordenação, que as ações poderiam atingir sua realização e se tornarem verdadeiras. Assim, como sugere Koyré(1973/1991), no mundo as coisas e seus movimentos têm como principal objetivo o equilíbrio e o encaixe na ordem cósmica que, por sua vez, tem como centro o Bem Supremo.

Com isso, no campo da ética aristotélica, o Bem a ser alcançado realizar-se-ia através do que Aristóteles denominou de ação virtuosa, que estaria sempre ligada ao bem-estar, à sensação de prazer que, tautologicamente, é o indicativo da verdadeira ação. Ou seja, a ação virtuosa deve em última instância fazer o Bem. Se não o fizer, não é verdadeira. É com essa concepção de ação virtuosa e de sua relação com o Bem Supremo, que podemos dizer que a ética proposta por Aristóteles engendra um discurso educador e ordenador.

Após essa breve introdução sobre a ética aristotélica, que se baseia no Bem Supremo e em um discurso pedagógico que visa o engendramento do Bem, podemos então adentrar nos corredores do hospital e perceber que, independente da especialidade, a ética que ali predomina é a ética do Bem Supremo.

### 3.2) Toda ética é relativa ao discurso

Nos cuidados paliativos é curioso perceber o quanto o analista pode ser colocado no lugar daquele que é capaz de estabelecer um ideal de homeostase emocional ou daquele que pode ensinar aos pacientes ou à equipe a lidar sem sofrimento com a morte. Tarefas da ordem do impossível!

Isso nos faz lembrar então a advertência de Lacan (1959-60/2008c, p.57) de que o desejo do analista deve ser prevenido. Ou seja, o analista não deve desejar o impossível, prometendo ao paciente alcançar “a felicidade sem sombras”.

*“É importante que ele aceite a morte. Por isso queria que você fosse lá. Ele precisa saber lidar com a morte.” – diz um médico angustiado.*

*“Você sabe? Eu não sei!” – o chiste do analista, não é sem uma relação de transferência de trabalho.*

*“É ... acho que tô querendo demais de você, né?” – responde o médico percebendo que existe um ponto de impossível naquilo que se refere a simbolização da morte.*

Arelado a isso, a partir da leitura de Lacan (1969-70/1992) em *O seminário 17: o avesso da psicanálise*, podemos dizer que todo discurso é uma forma de tratar o gozo. Sendo assim, do ponto de vista ético, aquilo que diferencia o discurso da psicanálise do discurso médico e, portanto, daquele que está na base de qualquer especialidade médica, é a forma de tratamento do gozo.

Assim, neste seminário, Lacan (1969-70/1992) nos apresenta sua teoria dos quatro discursos como modalidades de laço social, reguladoras das relações entre saber e gozo. Todavia, para estabelecer sua teoria dos quatro discursos além de lançar mão da linguística, da matemática e da lógica, será em Freud e nos conceitos fundamentais de transferência e repetição, que Lacan encontrará o germe de sua criação.

Ao fundar a psicanálise, Freud reconhece a existência de um laço social até então inédito naquilo que tocava a relação médico/paciente - a transferência. Esse fenômeno que, como nos adverte Freud (1912/1996a), não é exclusivo da relação analítica estando presente em outras formas de laço social é, todavia, o motor da

análise. Já Lacan (1969-70/1992) apresenta-nos em termos discursivos o que, para ele, seriam as quatro grandes modalidades de laço social.

Ora, ao tomar a palavra, o ser falante se depara com um impossível de simbolizar. A linguagem não dá conta de tudo. Há sempre uma perda articulada à cadeia significante que, com isso, faz do sujeito, sujeito dividido, efeito de linguagem. A essa perda, Lacan chamará de *objeto a*, mais-de-gozar, que, por sua vez, relaciona-se ao conceito de repetição para Freud. Entretanto, para compreendermos um pouco melhor o objeto *a*, considerado por Lacan sua única invenção, é importante retrocedermos um pouco em seu ensino.

Nos anos de 1962 e 1963, Lacan pronunciou um seminário sobre a angústia no qual afirma que esta não é sem objeto – objeto *a*. Entretanto, para isso, precisa, primeiramente, subverter não só a ideia de objeto, mas também propor uma nova maneira de se conceber a relação estabelecida entre sujeito e objeto. Assim, se até então o objeto era entendido como um objeto meta, um objeto de desejo, que poderia completar o sujeito, tornando-o feliz e adaptável à realidade, com Lacan, o objeto passa a ser causa, causa da divisão do sujeito e, portanto, causa de desejo. O objeto da angústia, dessa forma, é aquele que está em vistas de ser perdido, prestes a de se tornar faltoso e, por isso, causa de angústia, mas também de desejo (LACAN, 1962-63/2005).

Percebemos aqui que a articulação entre falta e desejo está estabelecida, mas é somente em *O seminário, livro 11 Os conceitos fundamentais da psicanálise*, que o objeto *a* será colocado como eixo do circuito pulsional, circuito este que, para Lacan (1964/2008a), não cessa, pois toda pulsão é parcial e a satisfação obtida não está em alcançar um determinado objeto, mas em fazer o circuito que o contorna. É a partir disso que será possível para Lacan nos falar sobre o conceito de repetição, não mais como pura reprodução, mas como uma operação que tem em sua base uma perda.

Assim, é somente após esse percurso teórico e clínico que Lacan poderá relacionar a ideia de objeto *a* à perda inerente a todo discurso e a repetida tentativa de tamponá-la com a produção de um saber que tem a pretensão de se fazer verdade, um saber como meio de gozo. Por isso, o objeto *a* é um objeto, “mas apenas no sentido de substituir definitivamente qualquer ideia do objeto sustentado



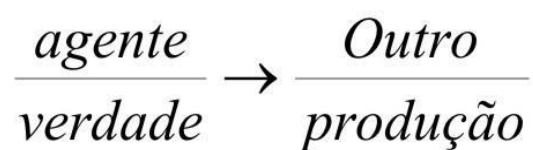
por um sujeito. [...] O objeto *a* só é objeto no sentido de estar ali para afirmar que nada da ordem do saber existe sem produzi-lo” (LACAN, 1971-72/ 2011, p.23-64).

Portanto, a essa perda produzida ao se tentar equivaler saber e verdade, Lacan articula as três tarefas designadas como impossíveis por Freud (1937/ 1996c) em *Análise Terminável e Interminável*: governar, educar e analisar, as quais Lacan acrescentou, também, amar. A partir disso, como destaca Jorge(2002), Lacan propõe respectivamente suas modalidades de laço social, seus quatro discursos: o discurso do mestre, o discurso universitário, o discurso do analista e o discurso da histórica.

Dessa forma, os quatro discursos regem as relações simbólicas que ligam os seres falantes entre si e estabelecem modalidades de saber e de gozo. Portanto, “esses quatro discursos constituem de maneira tangível de algo do real. Essa relação de fronteira entre o simbólico e o real, nós vivemos nela, pode-se dizer” (LACAN, 1971-72/2011, p. 61). Detenhamo-nos então na teoria dos discursos.

Primeiramente, são quatro os elementos que constituem todos os discursos: \$ (sujeito barrado, sujeito do inconsciente), S1 (significante mestre, aquele que inicia uma série), S2 (saber), e *a* (como mais de gozar ou objeto causa de desejo). Além disso, é importante dizer que esses elementos, dependendo do discurso, podem ocupar os seguintes lugares: agente, Outro, produto e verdade.

**Figura 10 – Lugares e elementos do discurso**



O agente é aquele que, por seu dito, determina a ação. O Outro, por sua vez, é motivado por esse dito à produção. O lugar da produção, portanto, é o resultado do dito do agente e do trabalho do Outro. No quarto lugar, encontra-se a verdade, aquela que o Outro deve considerar como não enganadora para operar a partir do dito do agente. Por isso, os lugares dos discursos são fixos, já que “todo e qualquer discurso é sempre movido por uma verdade, sua mola propulsora, sobre a qual assentado um agente, que se dirige a um outro a fim de obter deste uma produção” (JORGE, 2002, p. 26).

Assim, os discursos são maneiras de se fazer laço para se capturar com o saber a verdade. Todavia Lacan nos adverte:

Se há um saber que não se sabe, como já disse, ele é instituído no nível de S2, ou seja, aquele que chamo de outro significante. Esse outro significante não está sozinho. O ventre do Outro, do grande Outro está repleto deles. Este ventre é aquele que dá, como um cavalo de Tróia monstruoso, as bases para a fantasia de um saber-totalidade. É claro, porém, que sua função implica que de fora venha alguma coisa que bate à porta, sem que jamais sairá nada dali. E Tróia jamais será tomada (LACAN, 1969-70/1992, p.33).

Seguindo a trilha de Lacan, Maurano(2006) enfatiza que essa verdade insiste em ficar abaixo da barra, colocando-se como não-toda. Ou seja, há uma hiância entre o que pode ser produzido com o discurso e o que, de fato, apreende-se como verdade.

Para poder demonstrar as estruturas desses diferentes discursos, por meio de matemas, Lacan(1969-70/1992) propõe que, em movimentos de um quarto de giro, conjuguemos os elementos S1(significante mestre), \$ (sujeito dividido), S2 (saber) e a (mais de gozar ou objeto causa de desejo) nos lugares de agente, Outro, produto e verdade. São esses quartos de giros que darão origem aos discursos do mestre, da histórica, do universitário e do analista.

Passemos agora a apresentação de cada um desses discursos, bem como de como podemos observa-los em nossa prática clínica. Esse percurso será importante para demonstrarmos o quanto que, apesar de certa proximidade com alguns elementos também presentes no discurso psicanalítico, os cuidados paliativos são regidos pela lógica do discurso do mestre.

Para apresentar o discurso do mestre que, para Lacan (1969-70/1992) é o discurso do inconsciente, já que apresenta a relação fundante entre S1 e S2 e tem na sua base a fórmula da fantasia, o autor nos lembra neste momento da dialética entre o senhor e o escravo de Hegel. Ou seja, o mestre absoluto, privado de gozo, deseja que o escravo entregue para ele o gozo por meio de seu saber fazer.

Figura 11 - Discurso do mestre

$$\frac{S1 \rightarrow S2}{\$ // a} \quad \frac{\text{senhor}}{\text{sujeito barrado}} \rightarrow \frac{\text{escravo}}{\text{gozo}}$$

Ao articular a teoria dos quatro discursos ao tratamento dispensado aos pacientes no hospital psiquiátrico, Rinaldi(2002) afirma que o produto do discurso do médico é a doença. Essa indicação clínica obviamente não se restringe apenas à psiquiatria, mas se aplica a qualquer especialidade médica, inclusive aos cuidados paliativos. Assim o médico paliativista (S1), muitas vezes não ciente da verdade da sua divisão, dirige-se à sua especialidade (S2), esperando que, com isso, um saber se produza sobre a doença e que esse tenha peso de verdade, mesmo que essa não seja a cura, mas o controle ideal de sintomas. Ora, na grande maioria das vezes, isso não se cumpre, já que, diante da morte iminente, evitar todo o sofrimento não é possível.

Com isso, é neste momento que algo escapa, pois aquilo que diz respeito à subjetividade traz à tona o impossível de se equivaler o produto à verdade, sempre não-toda. Ou seja, a não adesão ao tratamento, a impossibilidade de dormir ou de se acalmar, mesmo com a administração de fortes psicotrópicos, a recusa de se alimentar, o desejo de morte, bem como outros fenômenos que permeiam a clínica dos cuidados paliativos na oncologia, furam o saber médico, denunciando sua inconsistência. Assim, é nesse momento lógico que se configura o discurso da histérica, cujo nome é tributário do lugar da histeria na invenção da psicanálise. Afinal, as histéricas com seus enigmáticos sintomas (\$) ao se dirigirem a Freud (S1), colocam-no em trabalho, fazendo com que seu mestre crie a psicanálise (S2) (MAURANO, 2006).

Dessa forma, o significante mestre (S1) está como aquele que detém a verdade da cifra, da divisão. Assim, como sujeito (\$), o agente dirige-se ao Outro do discurso, ao mestre (S1), na esperança de que este saiba sobre o seu gozo. Aqui o saber (S2) encontra-se abaixo da barra. A histérica não se coloca, portanto no lugar de escravo, mas coloca seu mestre para trabalhar, apontando sua divisão.

Figura 12 – Discurso da histórica

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2} \quad \frac{\text{sintoma}}{\text{causa de desejo}} \rightarrow \frac{\text{mestre}}{\text{saber}}$$

Vejamos como isso ocorre a partir de uma vinheta clínica.

### 3.3) Sophia: o cabelo ou a vida

Sophia, diagnosticada com câncer de vulva, já havia passado por intervenção cirúrgica extremamente invasiva (vulvotomia) e sessões de radioterapia local, que lhe renderam lesões bastante dolorosas. Iria iniciar tratamento quimioterápico, que poderia aumentar sua expectativa de vida. Entretanto, ao ser informada sobre os efeitos colaterais do tratamento, recusa-se a iniciá-lo. A médica solicita avaliação e atendimento psicológico, com o objetivo de que a paciente pudesse aderir ao tratamento.

Cabe ressaltar que o motivo pelo qual a paciente recusa o tratamento relacionava-se à possibilidade de queda dos seus cabelos. Dessa forma, algo que diz respeito à subjetividade interroga o saber médico. Afinal, se a paciente já havia passado por procedimentos e tratamento mais agressivos, o temor pela queda dos cabelos, parece não fazer sentido para equipe médica. Assim, percebemos que a recusa de tratamento colava em xeque o saber médico e, com isso, promove um giro na lógica discursiva preponderante. Do discurso do mestre passa-se para o discurso da histórica.

Com isso, é neste momento em que o discurso universitário proporciona que o analista seja chamado. Afinal, esse discurso tende a colocar todos os saberes em pé de igualdade - mesmo que certa hierarquização seja esperada e mesmo que a psicanálise, neste discurso, seja vista como uma terapêutica auxiliar(2000). Não importa! O que vale é a possibilidade do psicanalista, através de seu trabalho, construir um lugar psíquico na equipe e, conseqüentemente, estabelecer com esta transferência de saber que, por sua vez, engendrará sua inserção. Expliquemo-nos.

Se a entrada de um psicanalista em uma equipe de saúde é condicionada a um contrato, sua inserção, por outro lado, é da ordem do ato. Ato no sentido psicanalítico, como aquilo que estabelece um antes e um depois e que não se dá sem mal estar, ou seja, sem a angustia de se deparar com o Real da castração (MORETTO & PRISZKULNIK, 2014). Entretanto, para que isso seja possível, o analista não deve se deixar capturar pela lógica do discurso universitário e, dessa forma, precisa estar avisado de que, neste discurso, o saber opera como agente, já que porta uma ordem do mestre que subjaz abaixo da barra.

Assim, enquanto que no discurso do mestre quem se coloca em trabalho é o escravo, no discurso universitário é o estudante ou, no caso aqui em questão, o psicólogo que pode, seguindo um imperativo de saber a mais, ser convocado a produzir, ou melhor, reproduzir exatamente aquilo que o mestre quer: algo que suture a divisão, na tentativa de fazer *Um*.

**Figura 13 - Discurso do universitário**

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Mas o que se pode fazer frente à possibilidade do analista ceder as engrenagens do discurso universitário, no afã de querer se fazer necessário a qualquer custo?

Ora, ao falar sobre a ética da psicanálise, Lacan(1959-60/2008c) já nos alertava para uma produção de saber *ex-nihilo*, a partir do furo. Transpondo esse importante apontamento relacionado à ética para termos discursivos, podemos dizer que o discurso do analista é o único que está avisado de que há uma impossibilidade de se equivaler o saber à verdade e que o saber é meio de gozo.

Com isso, retomando o caso de Sophia, diante da solicitação da médica, percebe-se que, por mais que aquilo que se espera do trabalho do analista é da ordem do impossível (fazer com que a paciente passe a aderir ao tratamento), há uma suposição de saber. Trata-se, portanto, de sustentar o lugar de suposto saber,

motor da transferência de trabalho, para que a escuta seja possível. Entretanto, é importante marcar que, naquele momento, antes de se pensar na adesão ao tratamento, o fundamental era saber o que a perda do cabelo representava para a paciente a ponto de fazer com que a mesma se recusasse a se tratar.

Dessa forma, o analista, como objeto causa de desejo, pode sustentar a escuta do sujeito (\$) recolhendo os significantes mestres (S1), que não se equivalem à verdade (S2), mas tem relação com ela.

**Figura 14 - Discurso do analista**

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

No primeiro de dois atendimentos com a paciente algo chama a atenção. “Você é psicólogo ou psicanalista?” – pergunta Sophia, dizendo que ficou receosa em aceitar o atendimento psicológico, uma vez que já havia feito algumas tentativas frustradas. “Meu caso é muito difícil. Eu acabo tratando os psicólogos” – diz ela denunciando, ao mesmo tempo, o que parecia ser uma posição fálica de exceção, mas também uma possível transferência com a psicanálise.

Com relação ao cabelo, sempre forte, volumoso e bonito, atribuía-lhe o sentido de ser aquilo que a localizava perante o olhar do Outro e que, por isso, tinha a sensação de que, se o perdesse, automaticamente, iria se perder também. Assim, a oposição entre o valor fálico atribuído ao cabelo saudável, representante da vertente de *agalma* do objeto *a*, e sua dimensão de dejetivo quando está no ralo, parece fazer-se presente neste caso (BROUSSE, 2007). Além disso, fazer uso do *Sq* (significante qualquer) “psicanálise”, que parecia mobilizar a transferência, soava como um bom cálculo clínico.

Deste modo, a metáfora sobre a escolha entre a bolsa ou a vida utilizada por Lacan (1964/2008a), ao falar das operações de causação do sujeito, é o recurso utilizado para convocar a paciente a se questionar sobre a escolha que estava prestes a fazer. Se escolhesse o tratamento perderia o cabelo, mas ganharia a possibilidade de viver. No entanto, caso escolhesse o cabelo, perderia a vida e, de

forma lógica, o cabelo. Assim, dizer sobre essa elaboração lacaniana é fazer uso do imaginário para uma intervenção que, pela via do simbólico, pode instaurar uma questão, uma hesitação ante a certeza – perda do cabelo, portanto, perda do olhar.

A partir daí Sophia passa a se questionar se o valor atribuído ao cabelo não poderia ser encontrado em outro lugar. No dia seguinte, a paciente aguardava o analista como uma mensagem escrita pela sobrinha em resposta à pergunta elaborada pela paciente em atendimento. Para a sobrinha, aquilo que causava admiração pela tia não era o cabelo, mas sua força. O olhar do Outro então reposiciona o sujeito diante do enigma do desejo, desempenhando função fundamental para que a paciente pudesse fazer uma nova apropriação do corpo, apostando que haveria uma outra saída que não se alienar de forma mortífera na imagem, que se antecipara com a possibilidade de perda dos cabelos.

Assim, o deslizamento na cadeia significante cabelo-força como representante metafórico do desejo do Outro, possibilita um novo enlace ao imaginário e a perda do cabelo não mais é sentida como a perda de si, mas como signo de força.

Com isso, podemos perceber que é o discurso do analista que possibilita o giro discursivo, giro esse que coloca o \$ no lugar de outro do discurso. Apenas dessa forma, os significantes mestres, que regem a vida do sujeito e dizem de sua posição subjetiva e de seu modo de gozo, podem ser incorporados à condução do tratamento paliativo na oncologia.

Todavia, o caso aqui trabalhado aponta para uma outra possibilidade de discussão. O que mais amedrontava Sophia? O sofrimento físico que poderia ser gerado pela interrupção do tratamento médico ou o sofrimento ligado ao valor simbólico atribuído a perda do cabelo? Em outras palavras, Sophia temia o padecimento do organismo ou o padecimento de um corpo pulsional investido pelo olhar do Outro? Essas são perguntas que nos levam a questão central deste capítulo: a não equivalência entre corpo e organismo.

#### 3.4 Que do organismo se faça um corpo!

Sigmund Freud, neurologista do início do século XX, e seus colegas médicos da época, intrigavam-se com algo que marcava presença em sua

prática clínica: corpos que não obedeciam à lógica proposta pelos manuais de anatomia e fisiologia e apresentavam quadros sintomáticos, para os quais não se encontrava uma etiologia orgânica (JORGE, 2017).

A partir disso, passando da ausculta para a escuta do corpo, Freud delimitará os fundamentos daquilo que mais tarde nomeou de psicanálise e chegará a duas importantes conclusões que, na verdade, complementam-se: 1) o organismo é uma dimensão do corpo, mas não se equivale a ele, uma vez que; 2) o funcionamento do corpo, bem como suas vias de sofrimento e de satisfação extrapolam qualquer regra pré-estabelecida pela anatomo-fisiologia (JORGE, 2017).

Para discutir essas conclusões não abandonaremos o pai da psicanálise, mas vamos pedir auxílio também a Jacques Lacan, que tomou a obra freudiana ao pé da letra para conferir maior formalização à teoria e à prática psicanalítica.

Ao longo de seu ensino, Lacan enfatiza o quanto *não somos*, mas *temos* um corpo. Ou seja, no início, há um organismo. O corpo é *a posteriori*. Essa afirmação de Lacan não é sem Freud que, já em seu artigo *O eu e o isso*, alerta-nos para o fato de que o eu "é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é ele próprio a projeção de uma superfície (FREUD, 1923/1996h, p.40) e que, para sua formação, é necessária uma determinada ação psíquica (FREUD, 1914/1996l). Ora, se o eu é corpóreo e uma ação psíquica é necessária para sua formação, podemos concluir que o corpo não é dado desde o nascimento, mas sua formação faz parte da constituição do psiquismo, que também não se resume ao cérebro.

Para Lacan (1954/1996), a ação psíquica a qual Freud se referia relaciona-se ao reconhecimento que a criança tem de seu próprio corpo por meio da identificação a uma imagem. Essa teoria chamada de "Estádio do espelho", propõe que, por volta dos 18 meses de vida, a criança já consegue se reconhecer na imagem, no espelho que até então era vista como a imagem de um outro. Assim, frente ao espelho, a criança não apenas reconhece a imagem como sua, mas essa imagem é também nomeada pelo outro. "Este é você." – diz aquele que segura a criança ou está atrás dela.



É através do estágio do espelho, portanto, que a criança identifica-se de forma antecipada com a imagem de um corpo ilusoriamente unificado. Esse protótipo de identificação, por sua vez, leva a criança à estruturação de seu “eu”(ALMEIDA, 1997).

Todavia, a unidade imaginária com a qual o eu se identifica é frágil e sofre abalos constantes, necessitando de novas apropriações e reformulações ao longo da existência de um sujeito (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014). Não sem razão, na oncologia testemunhamos pacientes que dizem não saber mais quem são ao se depararem com seus corpos enfraquecidos, debilitados e, por vezes, mutilados.

Por outro lado, não é apenas o abalo na ilusão de unidade imaginária do corpo que gera sofrimento. Freud (1920/1996c), a partir do fenômeno clínico da compulsão à repetição, atestará que o corpo não é regulado apenas pelo princípio do prazer, mas é também atravessado por um outro tipo de satisfação que não é sem sofrimento e que Lacan, em seu retorno a Freud, dará o nome de gozo. Assim, o movimento pela manutenção da vida ocorre paralelamente a um empuxo para a morte:

“Onde é que isso habita, o gozo? Do que ele precisa? De um corpo. Para gozar é preciso um corpo. (...) Por quê? Porque a dimensão do gozo, para o corpo, é a dimensão da descida para a morte”(LACAN, 1966/ 2001, p.34).

Não raro, no hospital, os médicos, bem como toda a equipe de saúde, se deparam com pacientes oncológicos que, por mais que digam querer não sofrer, faltam às consultas, não aderem ao tratamento, recusam-se a se alimentar, colocando-se, conseqüentemente, em risco. Ou seja, há algo *do corpo e no corpo* que escapa a completa simbolização que, muitas vezes, o diagnóstico médico e a conduta estabelecida almejam produzir (NETTO, 2014).

Ora, o caso de Sophia nos ajuda a perceber a potência do discurso psicanalítico não só para o engendramento dos significantes mestres que regem a vida do sujeito, mas também como aquele que possibilita a dialetização e ressignificação dos mesmos. No entanto, se o discurso

psicanalítico norteia eticamente nossa escuta, o que dele possibilitaria uma mudança de posição subjetiva da equipe frente ao corpo, que não se equivale ao organismo? No caso de Sophia não foi possível fazer uma construção junto à equipe. Há situações no hospital, nas quais nossas intervenções são pontuais e, por isso, a interlocução com a equipe se resume a uma devolutiva à equipe médica o que, por sua vez, não se configura como uma construção do caso clínico em equipe.

Propomos então a apresentação de um outro caso, no qual percebemos como a construção do caso clínico pode promover a histericização do discurso da equipe. Observamos que isso tem efeitos na posição subjetiva da equipe diante de um corpo que não se resume ao organismo.

### 3.5 Caso Izaak: “Sinto fome, não sinto vontade”

Izaak, 70 anos, foi internado com quadro de desnutrição por recusa alimentar, apesar de ter tido alta médica após tratamento oncológico, que, segundo equipe médica, havia sido *um sucesso*. Naquilo que concerne sua história clínica e o motivo do encaminhamento para a psicologia, paciente havia sido submetido a tratamento quimioterápico e radioterápico, nesta ordem e, por isso, a recusa alimentar, sintoma adverso comum à quimioterapia, não se justificava. Dessa forma, a equipe médica, a partir de discussão de caso com a psiquiatria, suspeita que o paciente apresente anorexia nervosa e, com isso, solicitam o atendimento psicológico.

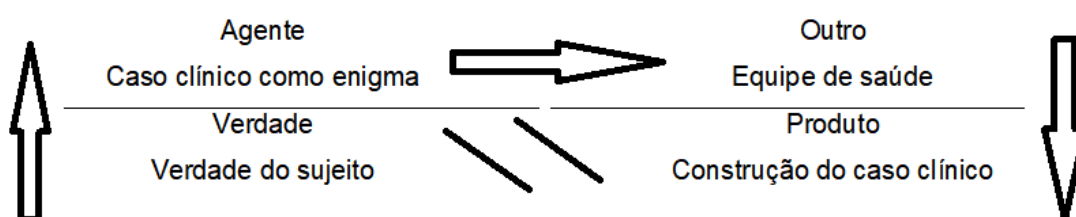
Como vimos, o encaminhamento já é uma tentativa de construção diante da subjetividade que se impõe na cena hospitalar. A hipótese diagnóstica de anorexia nervosa já demonstra que a equipe percebe que há algo que escapa à determinação orgânica de se nutrir. Entretanto, regidos pelo discurso do mestre, apressam-se em se dirigirem ao saber psiquiátrico, pretendendo com que o diagnóstico produzido tente dizer tudo sobre o sujeito, que está no lugar de verdade do discurso.

Entretanto, o sintoma de recusa alimentar continua a interrogar o saber médico esperando dele uma produção. Assim, encontramos aqui na lógica do discurso da histérica. Ou seja, o sujeito barrado (\$) como agente do

discurso dirige-se ao Outro (S1) para que esse produza um saber(S2), que não se equivale a verdade (a), que embasa o discurso.

Inspirando-nos em Dunker e Zanetti (2017) propomos então que no lugar do agente encontra-se o caso clínico. Este faz um enigma à equipe, que ocupa o lugar de Outro do discurso. Dessa relação, a construção do caso clínico seria o produto, que, por sua vez, não se equivale a verdade do sujeito, mas nem por isso deixa de ter relações com a mesma.

Figura 15 – A construção do caso clínico como produto do discurso



Apostamos então que o discurso analítico pode operar um giro do discurso do mestre para o discurso da histórica promovendo com isso uma historicização do discurso da equipe. Essa historicização, por sua vez, possibilita a construção do caso clínico como a concebemos em nossa prática. Como veremos a seguir, isso gera efeitos interessantes na posição subjetiva da equipe frente a um corpo, que resiste em ser equivalente ao organismo.

Durante os três atendimentos feitos ao paciente destacam-se algumas falas que nortearam a construção do caso junto a equipe.

### ***“Você veio aqui para me fazer comer?”***

A primeira fala destacada denota o quanto o analista é colocado de início em uma série. Todos aqueles que entravam no quarto, fossem membros da equipe ou familiares, informavam o paciente sobre a necessidade da alimentação e do quanto seu quadro de desnutrição poderia implicar na passagem de uma sonda nasointestinal<sup>3</sup>. Assim, Izaac parecia já dar notícias de

<sup>3</sup> Dispositivo utilizado com objetivo nutricional

qual posição o analista não poderia se colocar na transferência – como aquele que também objetivava fazê-lo comer.

Neste sentido, foi importante questionar com equipe e familiares a efetividade dessas informações, tendo em vista que havia algo que insistia e não cessava mesmo estando o paciente consciente das consequências de seu sintoma. Ou seja, aquilo que se repetia não seria elaborado por meio de um discurso pedagógico ou educativo, já que, neste caso, não se tratava de uma falta de conhecimento, mas da importância de se dar lugar ao que estava sendo dito através do sintoma da recusa. Portanto, foi importante sustentar junto à equipe e familiares o enigma: o que aquele sintoma queria dizer? Diante dessa questão o que fica claro para equipe e família foi o fato de que não havia mais o que ser dito para o paciente ou por ele .... Era preciso escutá-lo ....

***“Eu tenho fome, não tenho vontade.”***

No humano, a necessidade não se equivale ao desejo, já que este nunca pode ser satisfeito (QUINET, 2007). Com isso, essa fala denuncia que apesar de, biologicamente, paciente sentir fome, a condição lógica necessária para o desejo não tinha lugar: a falta. Afinal, só há desejo, mediante a falta. Cabe ressaltar que equipe e familiares “empanturravam” o paciente tanto com recomendações, como com as suas “comidas favoritas” que chegavam constantemente ao leito para, em seguida, serem recusadas.

Assim, a não equivalência entre o corpo orgânico e corpo pulsional atravessa a equipe por meio de uma recusa esfomeada. Com isso, foi pensado em equipe que uma medida possível seria não ofertar as refeições, mas deixá-las “à vontade” do paciente. Mais uma vez o enigma gerado pelo caso faz com que a equipe produza, invente uma maneira de conduzi-lo, levando em conta uma dimensão do corpo que se afasta do organismo, uma vez que se “tem fome, mas não vontade”.

***“Minha esposa acha que estou insinuando, quer dizer, encenando”***

O ato falho cometido desvela a verdade inconsciente. Algo se insinuava ao se recusar a comer. Ou seja, a recusa alimentar era endereçada ao Outro e, portanto, pedia interpretação. Era necessário, portanto, possibilitar que o sujeito se escutasse para que, com isso, um saber acerca de seu sintoma pudesse ser produzido. Aqui percebemos um giro do discurso do mestre para o discurso da histérica, quando o inconsciente se manifesta em ato, ato falho, produto do discurso do analista.

A partir disso, na interconsulta com a equipe médica, o ato falho, o equívoco, o que escapa a consciência, ganha lugar e, em um movimento de retro-ação, confirma aquilo que já estava posto. Não seria através de informações ou ofertas dos alimentos favoritos do paciente, que seu sintoma cessaria. A recusa era uma mensagem que pedia decifração.

O penúltimo encontro com Issac teve seu término lógico com a seguinte questão: o que você está insinuando? Essa intervenção tem como objetivo a elevar o sintoma à categoria de significante, inseri-lo em cadeia e, com isso, promover seu deslizamento. No dia seguinte, paciente relata que, após pensar sobre a pergunta que ecoava, decide pedir seu almoço. No entanto, vomita. Pede novamente e então se satisfaz.

***“Acho que vomitei tudo, tudo o que aconteceu, todas as pessoas!”***

Assim, a recusa alimentar, neste caso, não era justificada por nada que dissesse respeito à doença ou ao tratamento. O sintoma tinha a função de infligir uma falta no Outro, até então aparentemente sem barra. Ou seja, o saber médico que até então se mostrava todo, completo por meio do diagnóstico preciso e da prescrição do melhor tratamento era descompletado pelo sintoma. Para Isaac essa foi a saída encontrada de uma alienação mortífera ao desejo do Outro.

#### **Efeitos de construção:**

Em uma reunião clínica que ocorria todas as semanas e era frequentada por médicos e diversos membros da equipe multidisciplinar, todos os casos

eram discutidos de maneira objetiva com vistas a revisão e novas propostas para o plano terapêutico de cada paciente. Issac iria ter alta hospitalar naquele dia. Assim, juntamente com a equipe médica foi possível retomar o caso. Segue a narrativa construída por umas das médicas para relatar o caso:

*Izaak, paciente de 70 anos, deu entrada por um quadro de desnutrição grave. Hipótese inicial de anorexia nervosa discutida com psiquiatria e possibilidade de passagem de sonda nasogástrica. Apesar de orientações dadas a paciente e familiares, esse segue recusando se alimentar. Após entrada da psicologia, paciente evolui para alta hospitalar. Hipótese de anorexia nervosa descartada. Sintoma de recusa alimentar, foi uma forma de paciente mostrar que estava em sofrimento psíquico e que precisava de um espaço para si, pois sentia-se sufocado com tantos tratamentos e tantas intervenções.*

Nota-se que essa é a maneira com que a médica interpreta a construção do caso. Seu relato simples, porém sensível, dá notícias de uma outra maneira de conceber e abordar o sofrimento gerado não pelo organismo, mas por um corpo empanturrado, relegado à pura condição de objeto das intervenções médicas. O sintoma de recusa alimentar, portanto, coloca-se como um escudo para o desejo.

Dessa forma, em nossa prática, a construção do caso clínico mostrou-se não apenas como uma metodologia de trabalho que auxilia a equipe na condução dos casos, mas que também causa um efeito transformador na maneira com que a equipe passa a se posicionar diante do sofrimento, que se manifesta no organismo, mas se engendra no corpo. Ou seja, a partir da construção deste caso clínico percebe-se no discurso da equipe uma passagem do organismo “para todos” ao singular de cada corpo.

CAPITULO IV

DA RESISTÊNCIA CONTRATRANSFERENCIAL À POTÊNCIA  
TERAPEUTICA DA TRANSFERÊNCIA



**Figura 16 – Tautológico: Fig 4**

“Com frequência penso em outros caminhos,  
aqueles que deveriam ter sido trilhados:  
Ações ideais; decisões precisas que levariam ao acerto.  
Uma vida onde não houvesse erros, precipitações, trilhas incertas:  
Vida flecha, certa e veloz. Direta ao alvo, sempre.”

(Alessandro Ribeiro Correa, Objetos Tautológicos)

Na primeira parte desta tese, propusemos que a construção do caso clínico, como método de trabalho, tem efeitos observados *a posteriori* em uma equipe de saúde que presta assistência a pacientes oncológicos em paliativos.

Assim, no capítulo anterior abordamos o quanto essa metodologia de trabalho possibilita com que a equipe de saúde se posicione de forma diferente diante do corpo, tomando-o não apenas como um organismo, mas também a partir de sua dimensão de imagem e de gozo.

Neste capítulo, por sua vez, trataremos da transferência. Todavia, é importante prevenir o leitor de que nosso objetivo aqui não é fazer um estudo exaustivo sobre esse conceito fundamental da psicanálise. Na verdade, o que aqui nos interessa é nos atentarmos ao alerta de Lacan aos médicos presente em sua conferência *O lugar da psicanálise na proferida* na Faculdade de Medicina da Salpêtrière, em Paris . Para Lacan havia uma transformação do lugar do médico operada pelo discurso da ciência, a partir de duas balizas fundamentais: a resposta à demanda do paciente e o estatuto do corpo. Com isso, em sua fala, o psicanalista adverte os médicos do risco que correm ao abdicar de sua função clínica, em prol dos avanços tecnobiocientíficos, pois perderão seu lugar privilegiado de organizadores dentro das mais diversas especialidades e áreas científicas, passando a terem sua função regulada de fora(LACAN, 1966/2001).

Essa advertência quase profética de Lacan faz eco em nossos tempos, em que hospitais privados, por exemplo, não são mais regidos por médicos e sim por administradores, que, por sua vez, submetem-se as regras e concessões das operadoras de saúde. Naquilo que diz respeito ao campo da assistência, o que observamos cada vez mais é que a procura por determinado profissional de saúde tende a ser regulada mais pelo cadastro em determinado plano de saúde e menos pela transferência. Assim com o casamento entre ciência e capitalismo, a saúde é elevada ao patamar de objeto de consumo. Se antes o sujeito dividido pelo real do corpo se endereçava ao médico a procura de um saber sobre seu sofrimento, hoje o sujeito de direito vem pedir ao médico seu ticket benefício, com objetivo preciso, imediato e, de preferência, sem frustrações. Nos cuidados paliativos, por exemplo, essa lógica engendra a



oferta ou pedido por tratamentos fúteis, que além de não trazerem benefícios, expõem pacientes e familiares a sofrimento desnecessário não apenas do ponto de vista físico, mas também psíquico e, por vezes, social<sup>4</sup>.

Todavia, com Lacan, também somos avisados de que há algo para além e para aquém da demanda dirigida ao médico e que isso se deve a transferência. Não à toa Lacan é categórico ao falar sobre o pedido de cura muitas vezes endereçado ao médico.

Ele [o paciente] põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. Em muitos outros casos ele vem pedir, do modo mais manifesto, que vocês o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, ou seja, aquela que lhe permitirá continuar a ser um doente bem instalado em sua doença. (Lacan, 1966/2001, p. 10).

Ou seja, é no campo transferencial que aquilo que há de mais singular do sujeito se faz presente e que, muitas vezes, traz dificuldades para a equipe por seu aspecto de incoerência ou irracionalidade.

No entanto, se falamos de campo transferencial, não podemos nos esquecer que esse também envolve o profissional de saúde que não está imune aos seus efeitos. Sensação de sono ao atender determinado paciente, sentimentos de pena ou fracasso diante daquele com o qual se “identifica”, impaciência com outros tipos como poliqueixosos ou impotência frente a agressividade da doença oncológica são apenas alguns dos afetos que se precipitam do lado da equipe, trazendo impasse na condução dos tratamentos. Evidentemente, o leitor mais atento saberá que com esses exemplos estamos nos referindo ao fenômeno da contratransferência, o qual abordaremos de maneira mais profunda posteriormente.

Dessa forma, neste capítulo, faremos uso dos conceitos de transferência, mas também de contratransferência como operadores clínicos com vistas a discutir como a construção do caso clínico como um método de trabalho, que pode ter como um de seus efeitos a passagem da resistência

---

<sup>4</sup> Evidentemente, estamos avisados que tratamentos fúteis podem também ter relações com a dificuldade de pacientes, familiares e dos próprios profissionais de saúde lidarem com a finitude. Exploraremos melhor esse tema no próximo capítulo.

contratransferencial ao manejo da transferência. Em contrapartida, percebemos que esse efeito transformador da construção de caso possibilitou com que a equipe passasse a tomar a transferência como um elemento da clínica que, assim como diagnóstico e tratamento, possui significativo potencial terapêutico.

Para tanto, é importante lembrar que, ao longo dessa tese, mostramos que a construção do caso clínico não é algo que ocorre em um espaço físico/temporal definido. Ou seja, não havia um momento em que se pensava “vamos agora fazer uma construção de caso clínico”. Na verdade, só se sabe *a posteriori* que houve uma construção de caso justamente por meio de seus efeitos. Portanto, uma delimitação física, situacional ou temporal seriam apenas garantias imaginárias. Com isso, reuniões clínicas, interconsultas, discussões de caso no posto de enfermagem poderiam se configurar em espaços de construção.

Neste capítulo, por sua vez, traremos nossa experiência de realização de um grupo feito com médicos residentes que se tornou mais um desses espaços, em que a construção do caso clínico se fez possível e teve efeitos importantes

#### 4.1 Grupo com residentes médicos: um espaço possível para construção de caso

Ao longo de nossa atuação não raro nos deparamos com o sofrimento dos médicos, que fazem parte do programa de residência em cancerologia clínica. Afinal, apesar da descoberta de novas drogas que possibilitam a cura ou o aumento da expectativa/qualidade de vida dos pacientes, o câncer ainda é uma doença com alta taxa de mortalidade.

Assim, conviver dia a após dia com pacientes, familiares e cuidadores, que são atravessados pela violência e, muitas vezes, letalidade de uma doença oncológica não é sem efeitos. Dessa forma, dificuldades que extrapolavam o plano do conhecimento técnico e teórico, apontando mais para questões subjetivas, frequentemente apareciam de forma clara durante as discussões de caso ou reuniões clínicas ou de maneira mais velada, através de sintomas físicos ou acting-outs.

Assim, faltas sem explicações plausíveis, dificuldade de atender determinado paciente ou de estabelecer contato com um familiar específico, sono e cansaço em excesso, desejo manifesto de interromper a residência, cefaléias, diarréias, esquecimentos "inexplicáveis" de algumas atividades da residência, eram apenas alguns dos sinais de sofrimento.

Dessa forma, a criação de um grupo que pudesse se configurar como um espaço de compartilhamento de experiências, de elaboração do sofrimento e das dificuldades enfrentadas foi a intervenção sugerida à coordenação do programa de residência naquele momento. Ao longo dos encontros, percebeu-se que o sofrimento que, muitas vezes, manifestava-se de forma sintomática relacionava-se à dificuldade no manejo da transferência e da contratransferência dos casos, mas também à queda de ideais com relação ao saber e à impotência diante da impossibilidade curativa de um tratamento oncológico.

No entanto, neste capítulo, nos dedicaremos apenas a um dos objetivos desse grupo: por meio da construção do caso, demarcar a transferência como elemento fundamental e terapêutico na condução do tratamento médico. Para isso, é importante que, de forma breve, digamos como esse trabalho se deu.

O grupo com os médicos residentes aconteceu durante cinco anos, uma vez por semana e tinha duração de uma hora por encontro. Participavam do grupo médicos dos três anos de residência - nove ao todo-, que, a cada encontro, traziam casos que suscitam algum tipo de dificuldade ou desconforto.

Como demarcamos na introdução dessa tese, para fins de coleta, registro e análise dos dados aqui presentes na forma de vinhetas clínicas, utilizamos os diários metapsicológicos propostos por Iribarry (2003). Os registros feitos nos diários, após cada encontro, continham falas dos residentes médicos, bem como intervenções realizadas pelo analista ou por outro membro do grupo.

Atos falhos, chistes e sensações como sono, estranhamento e desconforto, que irrompiam durante o atendimento aos pacientes, foram

incluídos nos registros, uma vez que, ao nosso ver, presentificavam em ato o inconsciente enquanto um saber. Assim, sempre apostamos que, ao dar lugar as formações do inconsciente, possibilitamos com que a subjetividade (do paciente e do médico), bem como a transferência/contratransferência, sejam elevados à categoria de dados clínicos, que podem fazer diferença na condução do tratamento.

Sendo assim, o relato de uma situação clínica e seu posterior registro, por exemplo, poderia ser entremeado por questionamentos, lembranças e sentimentos. Além disso, as intervenções do analista ou de outro membro do grupo, quando um chiste, um ato falho ou uma palavra em entonação diferente surpreendiam aquele que falava, também foram registrados.

Além disso, é importante marcar que como nossa atuação sempre foi norteada pela psicanálise, desde o início foi importante manter uma posição ética diante do programa de residência: o grupo não tinha como objetivo eliminar por completo a angústia provocada pela clínica ou tornar os residentes médicos "prontos" ou "completos". Nosso objetivo, ao contrário, era transformar os sentimentos e sensações precipitados na relação com pacientes e familiares em matéria prima para incluirmos na condução do tratamento médico o campo transferencial.

Dito isso, passemos à experiência. Abordaremos agora o conceito de transferência, mas em articulação ao trabalho realizado junto aos residentes. Pretendemos com isso, demonstrarmos como a construção do caso clínico pode ter um efeito transformador, estabelecendo uma passagem da resistência contratransferencial à potência terapêutica da transferência.

#### 4.2 A transferência e os efeitos contratransferências na relação médico-paciente

Em seu artigo *Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades*, Freud (1918/1987) se questiona a respeito da pertinência da psicanálise nos currículos das faculdades de medicina, propondo que esse saber teria muito a contribuir para a formação médica, uma vez que o estudante de medicina

poderia aprender algo *sobre e a partir* da psicanálise. Afinal, ao aprender *sobre a psicanálise*, o futuro médico estaria avisado sobre o determinismo inconsciente e do quanto o adoecimento físico de seu paciente pode ter relações com seu estado psíquico. No entanto, ao propor um aprendizado *a partir* da psicanálise, Freud parece dizer de uma contribuição dessa disciplina para o estudante de medicina que vai para além de uma maior compreensão a respeito do funcionamento psíquico de seus pacientes. Ou seja, existiria algo que transcende o âmbito da aprendizagem de conceitos e que parece tocar na relação médico-paciente. Retomemos aqui uma curiosa afirmação de Freud:

"Essa falha (na formação) (...) o tornará inábil no tratamento dos pacientes, de modo que até mesmo charlatões e curandeiros terão mais efeito sobre esses pacientes do que eles" (Freud, 1918/1987, p.378-379).

Não podemos deixar de notar na citação acima a relação estabelecida por Freud entre o médico, charlatões e curandeiros. Afinal, a qual efeito estaria se referindo que poderia colocar os charlatões e curandeiros a frente do médico? Do que esse efeito seria decorrente? Ora, aquilo que permeia tanto a relação do paciente com o médico e deste com curandeiros e charlatões é o uso da palavra. Palavra esta que, dependendo de quem a profere, pode ter tom de interpretação, dando um nome, uma representação para o sofrimento. Neste sentido, devemos nos lembrar que a palavra tem peso dependo de onde vem.

Em seu ensaio *A eficácia simbólica*, Claude Lévi-Strauss(1985) demonstra o poder da palavra através da descrição de um ritual de encantamento indígena na tribo dos índios Cuna do Panamá, que tinha por objetivo ofertar tratamento xamanístico as parturientes em sofrimento. Dessa forma, chamado para auxiliar em situações nas quais as mulheres apresentam dificuldades no momento do parto, o Xamã, através de seu canto, possibilita a representação do mal-estar sentido pela parturiente, que então consegue dar à luz.

A partir disso, percebe-se que, para Freud, há algo que os estudantes de medicina podem aprender a *partir* da psicanálise que possibilitaria o reconhecimento da potência simbólica de sua palavra na relação médico-paciente. Afinal, já no início de sua obra, Freud nos alerta para o fato de que, após um certo período, os pacientes começam a se comportar de maneira muito particular em relação ao analista. Assim, o paciente que "deveria não desejar outra coisa senão encontrar uma saída para seus penosos conflitos, desenvolvia especial interesse pela pessoa do médico" (FREUD, 1912/1996, p.144).

A esse fenômeno observado em sua clínica Freud dará o nome de transferência, descrevendo-o como "um clichê estereotípico constantemente repetido [...] no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente às experiências recentes" (Freud, 1912/1996a, p.111). Em outras palavras, cada indivíduo desenvolve um método próprio para se colocar na vida erótica o que, por sua vez, envolve as condições que o sujeito estabelece para enamorar-se, as pulsões que o satisfazem e os objetos que deseja.

No entanto, Freud nos adverte que apenas uma parte dos impulsos que determinam a vida erótica do sujeito está dirigida para a realidade e encontra-se à disposição da personalidade consciente, fazendo parte dela. A outra, por outro lado, é mantida afastada da consciência e da realidade, sendo impedida de expansão ulterior - exceto na fantasia -, permanecendo totalmente inconsciente (FREUD, 1916/1996b). Assim, é perfeitamente normal e inteligível que essa catexia ou *quantum* de investimento libidinal em um objeto, que se encontra pronta por antecipação, dirija-se inconscientemente também para a figura do analista.

Sendo assim, para Freud, em se tratando do tratamento analítico: "[...] um dia, nuvens aparecem, [...] surgem dificuldades no tratamento; o paciente não obedece mais as instruções que foram dadas [...] (e) passa a comportar-se como se estivesse fora do tratamento" (Freud, 1916/1996b, p.442). Em resumo,

a transferência de intensos sentimentos para o analista pode tomar a forma de uma grande resistência e, portanto, ser a causa para o entrave que se coloca após um primeiro momento de cooperação do paciente em seu tratamento.

É curioso notar, portanto, que a transferência se coloca como uma resistência à associação livre, ou seja, uma recusa à regra fundamental que possibilitaria a psicanálise enquanto uma terapêutica. Ora, frequentemente, no hospital, o analista é chamado justamente quando, por mais que o paciente diga querer se curar e esteja informado da importância de se tratar, não adere ao tratamento médico. Não à toa, sempre atento aos fenômenos da vida cotidiana, Freud (1912/1996c), ressalta que a transferência também ocorre fora de uma psicanálise, pois deve ser atribuída à própria neurose.

Com isso, podemos inferir que, no hospital, a transferência não é exclusiva da relação paciente e analista, mas também se faz presente nas outras relações que se estabelecem neste local, inclusive na relação médico-paciente.

*"Esse paciente é do bem, tenho uma ótima relação com ele, mas às vezes, tenho a sensação de que entro no quarto para fazer social. Esse é um paciente que nunca faz aquilo que pedimos. Aliás, faz justamente o contrário. Aí fico me sentindo um inútil!"*

A fala angustiada da residente frente a um paciente que, apesar de não aderir ao tratamento, continua indo às consultas e pedindo aos médicos que entrem em seu quarto durante a internação, denota o quanto a transferência na relação médico-paciente também pode se colocar como resistência, mesmo que permeada por sentimentos positivos. Ou seja, o "bom vínculo" - como geralmente os médicos se referem a uma relação amistosa - nem sempre garante a cooperação do paciente com seu tratamento.

Ao mesmo tempo, é importante considerarmos, que não só sentimentos afetuosos permeiam a relação médico-paciente. Sentimentos hostis também entram em jogo, e, como nos alerta Freud, não é devido a sua tonalidade agressiva que deixam de se configurar como uma forma de manifestação da

transferência: "[...] os sentimentos hostis para com o médico merecem ser chamados de transferência, pois a situação, no tratamento, com muita razão não proporciona qualquer fundamento para sua origem." (Freud, 1916/1996b, p.444).

A advertência freudiana nos é valiosa, uma vez que dialetiza a ideia de que um "bom vínculo", ou seja, a relação permeada por sentimentos amorosos, possibilitaria a condução de um tratamento sem entraves, enquanto que uma relação difícil, atravessada por sentimentos de agressividade, por exemplo, equivaler-se-ia a uma impossibilidade de se tratar.

Não sem razão, em sua obra *A transferência*, Denise Maurano enfatiza que Lacan problematizará os conceitos de *transferência positiva*, *transferência negativa* e *ambivalência* trabalhados por Freud (MAURANO, 2006a). Ou seja, para o autor, a transferência - manifestando-se de forma positiva, negativa ou ambivalente – estará sempre vinculada a uma suposição de saber.

Evidentemente, ao fazer essa afirmação, Lacan está se referindo a relação de um paciente com um psicanalista. Todavia, isso não nos impede de fazer uma aproximação com aquilo que ocorre na relação médico-paciente. Expliquemo-nos.

Quando alguém procura um analista ou um médico, é porque subentende que este detém um saber sobre o que lhe causa sofrimento. Assim, ao se intrigar com um pensamento, sentimento, comportamento ou sintoma que foge à razão, procura-se um analista. Por outro lado, ao se deparar com um mal-estar físico que escapa ao saber construído a respeito do próprio corpo, é no saber médico que o paciente procurará uma resposta. Ou seja, diante do sofrimento e da impossibilidade de nomeá-lo, um saber pode ser creditado ao analista ou ao médico, que passa a ocupar um lugar de importância no psiquismo daquele que sofre. A essa operação, Lacan deu o nome de suposição de saber e a vinculou ao estabelecimento da transferência (MORETTO, 2005).



Entretanto, apesar da operação que concerne o estabelecimento da transferência ser a mesma, analista e médico devem se posicionar diante dela de maneira diversa. Enquanto o analista deve fazer semblant de grande Outro, sem responder desse lugar, o médico, por sua vez, não opera se não encarnar esse lugar.

Aqui, no entanto, temos que lidar com uma especificidade do hospital onde essa pesquisa aconteceu e que não é sem efeitos na prática clínica do médico residente. O programa de residência aqui em questão ocorre em um hospital particular, onde os pacientes escolhem seus médicos. Assim, geralmente, os pacientes já têm uma transferência estabelecida com seus médicos e, quando chegam ao hospital, deparam-se com os residentes, tendo dificuldade de creditá-los algum saber:

*"O médico do paciente é o chefe. Eu sou só o R1. Tem paciente que entra no consultório e já diz na lata: não vim aqui ser atendido por você. Vim ver o Dr. .... Ele é que sabe do meu caso." – relata um residente.*

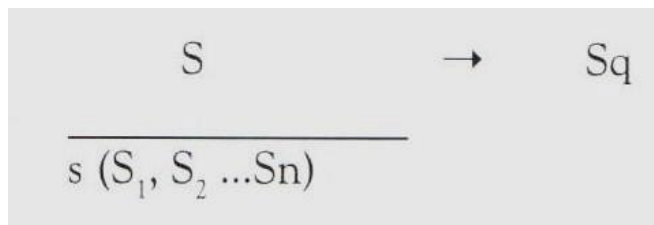
Por outro lado, antes de ingressarem na residência em cancerologia clínica, os residentes já cursaram a residência em clínica geral. Dito isso, observa-se, nessas situações, que há um saber que, muitas vezes, fica velado ou subtraído de seu valor diante do não saber concernente à oncologia.

Com isso, percebemos que um dos efeitos do grupo foi possibilitar uma reapropriação do saber relativo à clínica. Afinal, se ainda não havia um saber sobre oncologia, havia um saber sobre a clínica. A aposta era que então na relação médico (residente)/paciente algum saber pudesse ser suposto, não necessariamente ao estudante, futuro oncologista, mas ao médico, ao clínico geral que se encontra frente a frente com pacientes e familiares.

Atrelado a isso, não podemos nos esquecer de que a transferência é a colocação em ato da realidade inconsciente (LACAN, 2008a). Por isso, ao propor o algoritmo da transferência, Lacan nos ensina que o significante da transferência (Sq), ou seja, aquele dirigido a quem está colocado no lugar de grande Outro, é um significante qualquer. É, portanto, um significante fabricado

pelo sujeito e não necessariamente tem a ver com aquele a quem é dirigido (QUINET, 2007).

**Figura 17 – Algoritmo da transferência**



Assim, o significante que estabelece o enlace transferencial é inconsciente e permanece recalçado e, apenas em um processo analítico, pode ser desvelado. Esse obviamente não é o caso da relação médico-paciente. Entretanto, nela o significante que engendra a transferência também não tem a ver necessariamente com maior ou menor grau de conhecimento com relação à doença oncológica ou ao tratamento.

*"Não sei o que essa paciente viu em mim. Acredita que veio perguntar para mim se deveria fazer quimio? E ainda disse que a minha palavra é lei. O que eu dissesse ela faria. É muita responsabilidade para uma R1". – espanta-se uma residente.*

A surpresa na fala da médica com relação à pergunta da paciente mostra-nos o quanto o médico residente não está isento da transferência, mesmo não sendo ele o chefe, o professor, ou seja, aquele que "sabe mais".

Aliás, assim como a surpresa, outros afetos como raiva, amor e hostilidade frequentemente precipitam-se na relação transferencial e podem, muitas vezes, impactar a condução do tratamento médico.

*" Não sei o que acontece! Entro no quarto e ele (o esposo) me olha daquele jeito estranho. Tenho certeza que ele pensa: quem essa fedelha acha que é para vir aqui falar da minha mulher".*

Essa é a interpretação dada pela residente médica ao olhar de um familiar. No entanto, ao longo dos encontros do grupo, essa atribuição de

sentindo ao olhar do familiar revelou-se dizer mais da sua dificuldade em se ver como médica ...

Ora, aqui adentramos então no terreno dos efeitos contra-transferenciais, que também atravessam significativamente a relação médico-paciente e que se não identificados e manejados podem trazer dificuldades para a condução do tratamento médico.

Apesar de não amplamente abordada em sua obra, Freud não deixou de considerar a importância do analista ficar atento à contra-transferência, ou seja, aos sentimentos produzidos no analista ao escutar aquele que sofre. Afinal, "ninguém que evoca os mais malignos demônios que habitam o peito humano e procura combatê-los pode esperar sair incólume dessa luta" (Freud, 105/1996d, p.105).

Lacan, por sua vez, em seu *O seminário VIII – A transferência*, dedica-se mais detidamente ao tema: "a contra-transferência (...) é feita de sentimentos experimentados pelo analista na análise, e que são determinados a cada instante por suas relações com o analisando"(LACAN, 1960-61/1992, p.245). Todavia, além de relacionar a contratransferência aos afetos experimentados pela pessoa do analista, Lacan também a equivale a uma dificuldade do analista em calar seus princípios, seus preconceitos, seus julgamentos morais, passando a se posicionar no dispositivo psicanalítico como se esse se configurasse a partir de uma relação intersubjetiva, ou seja, entre dois sujeitos. Para Lacan, portanto, esse fenômeno seria uma resistência do analista frente a atualização da realidade psíquica inconsciente na relação transferencial, impedindo-o de se colocar no lugar de objeto, *objeto a* na sua vertente de causa de desejo(JORGE, 2017).

Assim, em nosso entendimento, a crítica de Lacan não é necessariamente sobre a validade do conceito de contratransferência, mas ao uso feito do mesmo. Como vimos com Freud, é inevitável que sejam despertados no analista afetos com relação a seus pacientes. Todavia, o que Lacan enfatiza é que tais afetos dizem mais da pessoa do analista do que de

seus pacientes e, com isso, devem ser tratados na análise pessoal do analista e não utilizados pelo analista como uma via de interpretação, tal como era proposto por alguns de seus contemporâneos (JORGE, 2017).

Assim, como forma de minimizar os efeitos da contratransferência, Lacan, evidentemente, demarca a importância da análise pessoal do analista, mas propõe uma instigante reflexão. Na letra de Lacan:

Diz-se que o analista tem de ser impassível”(...) “Para que o analista não esteja sujeito ao fenômeno da contratransferência é necessário então uma completa redução da temática do próprio inconsciente do analista? (...) Não temos como formular que seja isso que coloca o analista fora do alcance das paixões(LACAN, 1960-61/1992, p.187).

Como resposta a essa questão, Lacan afirma:

ao final das contas, ao menos isso não pode escapar aos ouvidos mais duros: que na dificuldade de abordagem desses autores, todos, a respeito da contratransferência, é o problema do desejo do analista que faz obstáculo(LACAN, 1961-62/1992, p.187).

Dizendo de outra forma, no dispositivo analítico, a contratransferência, para Lacan, seria o avesso do desejo do analista. Com relação a esse conceito tomamos aqui emprestada a definição precisa de Maurano (2006, p.64) que deixa clara a posição que o analista deve ocupar na relação transferencial:

O desejo do analista implica (...) emprestar-se como objeto, surpreendendo, o quanto lhe seja possível, seu próprio funcionamento como sujeito. É privando-se do sujeito que ele é, e prestando-se a ser objeto causa de desejo para o analisando que o analista viabiliza uma investigação acerca do desejo inconsciente que move o analisando.

Portanto, a noção de desejo do analista é um norteador clínico e ético para a condução do tratamento psicanalítico. Não à toa, sublinhamos a assertiva lacaniana que parece ter inspirado a definição dada por Maurano (2006) acima:

A que tem a responder o desejo do psicanalista? A uma necessidade que só podemos teorizar como tendo que produzir o desejo do sujeito como desejo do Outro, ou seja, fazer-se causa desse desejo (LACAN, 1967/2003, p.271).

Todavia, foge ao escopo desse capítulo uma discussão mais aprofundada sobre esse tema. Afinal, o que nos interessa aqui é demarcar o

quanto o tratamento médico pode ser dificultado, ou até mesmo impossibilitado, quando o médico se deixa capturar pelos afetos contra-transferenciais, sejam eles positivos ou negativos, precipitados na relação médico-paciente. Evidentemente, estamos avisados de que o lugar ocupado pelo psicanalista e pelo médico são distintos. No entanto, seria ingênuo de nossa parte pressupormos que médicos estão imunes aos efeitos transferenciais e contratransferenciais na relação com os pacientes e familiares.

Assim, passaremos agora ao relato de uma experiência vivida no grupo com residentes na qual Mariana, médica residente do primeiro ano, decide falar de um caso que lhe trazia dificuldades não teóricas ou técnicas, mas no manejo da relação médico-paciente. O objetivo então é percebermos os efeitos da construção do caso clínico quando é possível reconhecer a transferência como um importante dado clínico e, com isso, os afetos contratransferências podem ser escutados de um outro lugar.

#### 4.3 “Ela está agressiva *com* você ou *para* você?”

Em um dos encontros do grupo, Mariana, médica residente, chega angustiada e pede para falar de um caso.

*“Quero falar sobre um caso, mas acho que vou pedir para o chefe para não atender mais essa paciente.” – precipita-se angustiada a residente.*

Mariana fazia referência a Luiza, paciente de 50 anos, diagnosticada com câncer de mama já metastático e que havia sido submetida a mastectomia bilateral<sup>5</sup>e encontrava-se em tratamento quimioterápico. Essa informação foi trazida por um outro médico do segundo ano de residência, que complementa:

*“Mas a dona Luiza? Por que você não quer atendê-la? Ela é uma fofa com todo mundo. Quando atendi ela no ambulatório na semana passada ela estava super tranquila.”*

---

<sup>5</sup> Procedimento cirúrgico realizado para retirada total ou parcial da mama. No caso dessa paciente a cirurgia foi feita em ambos os seios, que foram retirados completamente.

É comum que na residência um mesmo paciente seja atendido por mais de um médico, pois os residentes se revezam entre as especialidades de cada médico titular, que no caso desta paciente era um oncologista especialista em câncer de mama. Dessa forma, durante as discussões, os casos iam sendo construídos por meio de diversas informações clínicas, mas também por diferentes compreensões dos casos e, ainda, sentimentos e sensações divergentes com relação aos pacientes.

Essa circulação da fala, por sua vez, possibilitava com que os residentes pudessem fazer intervenções nas falas um dos outros no sentido de não apenas compartilharem as dificuldades, mas, como neste caso, de também demonstrarem estranhamento diante de determinada fala e, com isso, trazerem percepções diferentes sobre os pacientes. Isso, com frequência, possibilitava identificar com qual médico residente localizava-se a transferência e permitia com que os afetos contratransferenciais pudessem ser precipitados e, por vezes, elaborados.

*“Todo mundo diz isso. Mas comigo ela é sempre agressiva. Foi assim desde o primeiro dia. E olha que ela nem me conhecia.” – argumenta Mariana.*

*Pois é ... tem alguma coisa estranha. Eu estava de plantão no sábado e quase que tivemos que leva-la para a UTI. Foi sinistro! Tava com a saturação baixa. Mas não tinha motivo para isso. Será que não é emocional? Deve ser por causa da mastectomia, isso sempre mexe com a cabeça da mulher, né? Pior que psicologia ela não aceita. Já tentei. – outro residente questiona-se.*

*É uma hipótese. Mas alguém já perguntou como ela está? Se está preocupada com alguma coisa? – marca o analista.*

Assim, o grupo configurava-se também como um espaço para discussões acerca de sintomas que não apresentavam no organismo sua causa. Nestes momentos, a não equivalência entre corpo e organismo ganhava força e, na tentativa sempre *des-completada* pelo analista de se localizar a causa do sintoma, a conclusão possível era que só a paciente poderia dizer sobre o que lhe fazia sofrer.

*“Fico achando que é comigo. Que não vai com a minha cara, que acha que não sei nada. Mas aí tem um outro problema: eu entro no quarto, e ela me trata mal. Mas me chama o tempo todo e não quer ver outro médico. O que é isso? Tortura? – relata Mariana angustiada.*

*“Você está trazendo algo importante: essa insistência de te chamar. Muitas vezes quando um comportamento se repete é porque algo precisa ser dito. Se essa agressividade só aparece na relação com você, será que ela está agressiva “com você” ou “para você”. Ou seja, será que a agressividade não é uma forma da Luiza dizer algo? Alguma coisa que só pode ser dita na relação que vocês estabeleceram? É curioso mesmo ela te tratar mal, mas não querer outro médico...” – intervém o analista.*

*“É verdade! Esse negócio de repetir comportamento para dizer alguma coisa é cabuloso. Comigo mesmo já aconteceu várias vezes. Nas relações amorosas acontece muito, né? – elabora outro residente.*

*“Isso o que você disse fundamental. Ou seja, não é porque existe amor que não podem existir outros afetos, como a própria agressividade.” – marca o analista.*

Uma semana depois, Mariana volta ao grupo:

*“Semana passada, fui ao leito da dona Luiza algumas vezes e ela continuava super agressiva, mas na quinta teve outra crise de dispnéia que vocês comentaram aqui. Aí quando já estava estabilizada, eu voltei ao leito e ela me tratou mal de novo. Tomei coragem e perguntei se podia ajudá-la de outra forma. Perguntei se ela tava chateada ou preocupada com alguma coisa. Foi estranho. Começou a chorar e me perguntou: Você gosta de homens mais velhos? Não sabia o que dizer e fiquei quieta para ver se ela desenvolvia ... Aí me contou que a relação com o marido já não estava boa antes do diagnóstico, mas que acabou descobrindo que o marido estava tendo um caso com uma menina e que estavam decidindo se separar. Aí falei que isso era muito triste e que talvez fosse bom ela falar com o psicólogo, mas ela recusou. No dia seguinte ela já tava diferente comigo e me contou várias outras coisas ...”.*

Como vimos, para Lacan, a transferência se faz possível a partir de uma suposição de saber. Todavia, é importante marcar que saber não se confunde ou se equivale a conhecimento. Portanto, o traço ou, dizendo de outra forma, o significante que mobiliza a transferência é, de fato, como aponta Lacan um significante qualquer (Sq). O olhar, o tom de voz, a maneira de andar, o nome, a inteligência e, até mesmo a sobrancelha, podem ser significantes que possibilitam a instalação da transferência e que encontram no analista, colocado no lugar de grande Outro, ecos para que um saber sobre o sujeito seja produzido no dispositivo analítico.

Entretanto, também como já dissemos anteriormente, essa operação não é diferente na relação médico-paciente. Ou seja, o significante que mobiliza transferência não necessariamente tem a ver com a competência técnica e teórica do médico. Na situação clínica aqui apresentada parece ser o significante “menina” que possibilita com que a transferência, mesmo que negativa, se instale. A pergunta feita por Luiza à Mariana nos aponta para qual suposição de saber que se tratava: *Você gosta de homens mais velhos?*

Além disso, o fato de Mariana não ter respondido diretamente à pergunta, possibilita com que Luiza fale sobre seu sofrimento. Não à toa, a partir desse manejo na relação transferencial, foi com Mariana que Luiza pôde falar do que lhe preocupava e causava sofrimento, o que, por sua vez, não só minimizou o sintoma de dispneia, mas também abriu espaço para fazer escolhas importantes. Dessa forma, quando o sintoma da dor não mais podia ser tratado pelas vias usais de tratamento, Luiza optou por parar a quimioterapia e decidiu pela sedação paliativa e não pela intubação na UTI.

Naquilo que diz respeito aos efeitos dessa experiência para Mariana, preferimos dar voz a própria residente:

*Foi estranho, mas foi bom. Se lá ... acho que me senti mais médica, sabe? Quando a gente entra na residência como R1 a gente acha que não sabe nada e só faz o que o chefe manda. Mas esse tipo de coisa que*



*aconteceu me mostrou que posso fazer outras coisas também para ajudar o paciente. – elabora Mariana.*

#### 4.4) A construção do caso clínico e a potência terapêutica da transferência:

Na década de 1950, Michael Balint, psicanalista, psiquiatra e bioquímico húngaro, desenvolveu uma série de seminários na clínica Tavistock, em Londres, cujo objetivo era treinar médicos generalistas em pequenos grupos, posteriormente denominados “grupos Balint”. Seu principal objetivo com esse trabalho era investigar aspectos da prática clínica por meio da discussão de casos que despertassem conflitos a partir da interação entre os médicos e seus pacientes. O interesse por esse tema partiu da observação da dificuldade dos médicos em lidar com aspectos psicológicos de seus doentes, que se atualizavam na relação transferencial. Os principais casos e as reflexões extraídas deles foram reunidos no livro *O médico, seu paciente e a doença*, publicado em 1955, no qual atesta a necessidade de uma melhor compreensão e manejo dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais na relação médico-paciente (KJELDMAND; HOLMSTRÖM, 2010).

Apesar de em nosso trabalho tomarmos a obra de Freud e o ensino de Lacan como norteadores teóricos, técnicos e metodológicos, a sensibilidade e iniciativa de Balint nos inspirou. Dele também citamos uma frase emblemática, que aponta para a importância e função terapêutica da transferência: “o médico, ao receitar, receita-se a si mesmo” (BALINT, 2000).

Por um lado, podemos supor, a partir dessa frase de Balint, que o fármaco, o remédio e sua ação terapêutica estaria ancorada e até mesmo determinada pela qualidade da relação estabelecida entre médico e paciente. No entanto, acreditamos que essa asserção de Balint também pode nos dar notícia de como a relação médico-paciente pode em si ter um efeito terapêutico. Na situação clínica acima, percebemos como o reconhecimento da relação transferencial, bem como a elaboração dos afetos contratransferenciais possibilitaram com que Mariana pudesse escutar o

sofrimento de Luiza, que se manifestava por meio da agressividade na relação com a médica.

Ora é interessante notar como Mariana e seus colegas residentes mostraram-se dispostos a dar um outro lugar a repetição de Luiza em chamar a médica para a agredi-la. Ou seja, atribuindo a esse fenômeno um sentido inconsciente, não o reduzindo a um traço de caráter, que inviabilizaria o atendimento de Mariana à paciente. Além disso, o diagnóstico de dispneia, não tendo sua causa encontrada nos manuais de medicina, é elevado à categoria de significativa, tendo apenas um sentido que poderia ser encontrado no caso. Finalmente, percebe-se que não tomar a relação médico-paciente apenas pela via do bom ou mal vínculo, mas também pela via da transferência, possibilita com que os afetos contratransferenciais encontrem um lugar de escuta e elaboração, para que a face terapêutica da transferência se revele.

Portanto, por meio desse relato de experiência com o grupo de residentes médicos, apostamos que um dos efeitos da construção do caso clínico para equipe de saúde seja estabelecer uma passagem da resistência produzida pelos afetos precipitados pela relação contratransferencial para potência terapêutica da transferência.

CAPÍTULO V  
TEMPO E MORTE



**Figura 18 – Tautológico: Fig5**

"Deus está morto! Deus está morto!" anunciou-se.

Se está morto, onde está seu cadáver?

O cosmonauta foi ao céu, investigar o paradeiro do cadáver de Deus, e disse "o planeta Terra é azul, e não encontrei Deus!

Onde então está o cadáver de Deus?"

(Alessandro Ribeiro Correa, Objetos Tautológicos)

Nos dois capítulos anteriores discutimos os efeitos transformadores operados pela construção do caso clínico, naquilo que concerne o posicionamento da equipe de saúde com relação frente ao corpo e a relação transferencial estabelecida com o paciente. Vimos, portanto, a partir deste método de trabalho em equipe, que o corpo pode passar a ser compreendido para além de sua dimensão orgânica e a relação transferencial, que em um primeiro momento é interpretada como um obstáculo para o tratamento, passa a ser reconhecida em seu potencial terapêutico.

Neste capítulo abordaremos dois elementos que se fazem presentes de forma pungente na clínica dos cuidados paliativos na oncologia: o tempo e a morte. Veremos que, dependendo do lugar dado a ambos - por meio da construção do caso clínico - a equipe pode se posicionar de maneira diferente diante da morte. Dessa forma, considerando a morte como parte inevitável da vida, a equipe deixa de equivaler *impossibilidade* à *insuficiência*, podendo oferecer um cuidado que coloca em cena a vida e a dimensão do desejo, mesmo frente ao limite intransponível da morte.

Para tanto, partiremos de uma diferenciação entre a cronologia do tempo e a temporalidade inconsciente para que, com isso, possamos delimitar o conceito de urgência subjetiva. Esse primeiro passo será fundamental para que possamos tratar do tema da morte a partir da psicanálise, demarcando: 1) a morte como um elemento organizador da realidade psíquica, junto à lei e à sexualização e 2) o conceito de segunda morte proposto por Jacques Lacan.

Esse percurso teórico nos dará fundamento para defender a ideia de que, por meio da construção do caso clínico em equipe, a morte pode deixar de ser apenas o que leva a vida para ser aquilo que leva à vida.

## 5.1 A temporalidade inconsciente

*Temos nosso próprio tempo.  
(Tempo perdido, Legião Urbana)*

*Eu vejo o futuro repetir o passado  
Eu vejo um museu de grandes novidades  
(O tempo não para, Cazuza)*

*Cause we're only here to love  
Like there's no tomorrow  
So let's live each moment like  
Our time is only borrowed  
(Borrowed time, Madonna)*

Em seu artigo *Escritores Criativos e Devaneios*, Sigmund Freud (1908, 1996b) ressalta quão profícua é a relação entre psicanálise e arte. Os versos acima são o testemunho de diferentes artistas que, ao se verem diante da passagem do tempo, trazem de maneira poética e precisa, questões importantes.

Se “temos nosso próprio tempo”, como canta Renato Russo, isso significa que há algo no tempo que diz de uma experiência singular, subjetiva. Cazuza, por sua vez, nos chama atenção para o fato do “futuro repetir o passado” e também para existência de “um museu de grandes novidades”, denunciando uma subversão da cronologia, quando passado e futuro coincidem e se ressignificam. Finalmente, nos versos de Madonna, se o tempo nos ultrapassa e está para além de nós, talvez seja possível pegá-lo emprestado, fazendo determinado uso dele para que algo do amor, do desejo se inscreva em nossa experiência.

Seguindo a indicação freudiana, para nós, as canções supracitadas evidenciam o papel determinante da subjetividade na percepção, vivência e uso do tempo feito pelo sujeito, bem como apontam para a impossibilidade de

se reduzir o tempo à cronologia. Assim, discutir inicialmente esses pontos será fundamental para que possamos nos dedicar ao primeiro objetivo deste capítulo: discorrer sobre a urgência subjetiva na clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos.

## 5.2 Ver, compreender, concluir ...

Em seu escrito *O tempo lógico e a asserção antecipada da certeza*, Lacan (1945/1998) se debruça em uma árdua tarefa: explicitar de forma lógica o que ele chama de asserção subjetiva, ou seja, a possibilidade do sujeito tomar para si sua questão. Não podemos nos esquecer que, neste momento de seu ensino, Lacan se esforçava para estabelecer uma diferença entre uma leitura da psicanálise feita apenas pela via do imaginário e um retorno à obra freudiana dando lugar também ao registro simbólico e ao real.

Neste texto, como sublinha Berta (2015), Lacan então se propõe, por meio do tempo lógico, introduzir uma diferenciação entre o eu (*moi*) e o eu (*je*), ou sujeito da asserção. Para isso, faz uso de um problema lógico que descreve da seguinte maneira: o diretor de uma prisão que, se vendo impelido - por razões que não revela - ter que liberar um de três prisioneiros. Para isso, propõe aos mesmos uma prova que terão que realizar de maneira lógica. Com isso, lhes diz que cada um terá pregado em suas costas um disco, sendo esse tirado de um conjunto composto por três discos brancos e dois pretos. Adivinhar a cor de seu disco, tendo apenas como informação a cor do disco vista nas costas de seus companheiros de cárcere é tarefa que, caso realizada com êxito, daria-lhes a liberdade.

Assim, após observarem-se por certo tempo, os prisioneiros se dirigem juntos à saída, dizendo:

Sou branco, e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inferido o seguinte: Se eu também fosse preto, o outro devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo não sou preto. E os dois teriam saído juntos, convencidos de ser brancos. Se não estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles. Ao sair porta a fora para dar conhecer minha conclusão (LACAN, 1945/1998, p.198)

Essa situação proposta por Lacan tem como objetivo ilustrar a relação do sujeito com o Outro, que, no dispositivo psicanalítico, pode ser encarnado pelo psicanalista, colocado em um lugar de suposto saber. Assim, a escansão de pensamentos feita pelos prisioneiros de forma lógica, mostra “aquilo que o sujeito produz a partir do trabalho que a psicanálise oferece, seja pelo cálculo em relação ao Outro, lugar de fala, e lugar de analista; seja pelas voltas de seus ditos para melhor saber de seu padecer” (BERTA, 2015, p.103).

Entretanto, Lacan acrescenta que esse momento de conclusão ao qual os prisioneiros chegam tem relação com outros dois tempos: um instante de ver e um tempo de compreender. Evidentemente, não se trata aqui de um trabalho de cognição, no qual, uma percepção leva a uma interpretação e, conseqüentemente, a uma conclusão. O que está em jogo, pelo contrário, é um trabalho inconsciente que Freud (1914/1996, p.210), em seu artigo “*Recordar, repetir, elaborar*” nomeou de perlaboração (*durcharbeiten*). Todavia, o autor nos adverte: “É preciso *dar tempo* ao paciente de conhecer bem a resistência que ele ignorava e perlaborá-la”. Dessa forma, desde Freud, a perlaboração é do paciente, sendo necessário um tempo. Lacan, por sua vez, irá relacionar esse processo ao tempo de compreender.

Com isso, o texto lacaniano nos ensina que, na temporalidade inconsciente, diante da irrupção do real da castração - instante de ver – um cálculo lógico e singular (tempo de compreender) precipita, no sentido de produzir, um momento de concluir, momento de asserção subjetiva, no qual aquele que fala se posiciona tomando para si seu dito.

Ora, discutir sobre a temática do tempo na clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos nos parece ser fundamental. Afinal, ele, o tempo, enquanto significante, apresenta-se extremamente investido na fala de pacientes, familiares e da própria equipe de saúde, podendo, portanto, modalizar e tonalizar o posicionamento diante da morte.

“*Quanto tempo ainda tenho? Preciso saber para me organizar.*”, “*Meu pai está em tratamento há muito tempo, está cansado, não aguenta mais. É hora de descansar.*” “*Agora precisamos pensar em qualidade e não mais em tempo de vida.*” Esses são apenas alguns exemplos de como o tempo pode

ocupar o lugar de referência simbólica que possibilita a *perlaboração* (tempo de compreender) e a precipitação de uma conclusão, frente a inevitabilidade da finitude (instante de ver). Dessa forma, a experiência nos mostra o quanto que, neste contexto, tempo e morte se articulam podendo apontar para o limite da vida mas, ao mesmo tempo, para o que ainda é possível viver.

Todavia, nem sempre essa é a saída encontrada frente ao horror que a morte pode causar. Ou seja, no ato final da vida de alguém, a morte pode se impor como protagonista roubando não apenas a cena, mas também a palavra, imergindo os outros atores (pacientes, familiares e equipe) em um mutismo simbólico e, produzindo, com isso, um *a mais* de sofrimento.

Para pensarmos em situações como essa, precisaremos abordar a noção de urgência subjetiva, não apenas para discutirmos a articulação entre tempo e morte, mas também para demarcar as especificidades que essa articulação produz na atuação do analista nos cuidados paliativos na oncologia. A nosso ver, esse é um caminho interessante para abordamos o efeito que a construção do caso clínico pode ter na relação estabelecida entre a equipe de saúde e a morte.

### 5.3 Cuidados paliativos e urgência subjetiva

*(...) procurando escapar a esta condição, Ivan Ilitch buscava consolo, procurava outros biombos, e estes apareciam e por algum tempo pareciam salvá-lo, mas imediatamente tornavam-se transparentes, como se ela (a morte) atravessasse tudo e nada pudesse encobri-la.*

*Deitava-se e novamente ficava a sós com ela. Frente a frente, mas sem ter o que fazer com ela. Somente olhá-la e gelar.*

(TOLSTÓI, 2006).

Nos cuidados paliativos a complexidade dos tratamentos e intervenções junto à radicalidade de algumas tomadas de decisão colocam pacientes, familiares e equipe diante de situações limites e angustiantes que, muitas vezes, motivam o encaminhamento do caso para um psicanalista. Destacamos alguns:



- O diagnóstico de uma doença oncológica metastática e, portanto, incurável.
- A colocação de uma bolsa de colostomia definitiva, após a retirada de uma parte significativa do intestino.
- Nutrir e se hidratar apenas por via endovenosa.
- Urinar apenas com auxílio de uma sonda vesical, devido a uma obstrução da uretra em decorrência da evolução da doença.
- Defecar pelo nariz, via sonda naso-gástrica.
- Decidir parar ou colocar em suspenso o tratamento oncológico, uma vez que esse passa a causar mais sofrimento do que benefícios.
- Escolher se a Unidade de Tratamento Intensivo se configura como uma opção, uma vez que intervenções mais invasivas dificilmente prolongarão a vida, mas podem sim prolongar sofrimento.
- Despedir-se de familiares e amigos, uma vez que a morte já não é uma possibilidade, mas uma certeza.

Dessa forma, como marca Moura (2000), “o hospital é um local onde as pessoas estão diante de acontecimentos inesperados em suas vidas, podendo destitui-los de seu ancoramento significativo”. Com isso, o sujeito pode se ver imerso na angústia, deparando-se com uma contingência que ultrapassa as coordenadas simbólicas e imaginárias, forçando as bordas da janela fantasmática. Situações como essa, de acordo com Berta (2015, p.103), configurar-se-iam como momentos de urgência subjetiva que “fraturam a temporalidade em um taxativo antes e depois” (BERTA, 2015, p.103) e que não podem ser tratados por meio dos mesmos protocolos utilizados em uma situação de emergência médica.

Evidentemente, não se trata aqui de negar a importância dos protocolos, mas de delimitar especificidades naquilo que concerne o trabalho de um

psicanalista nos cuidados paliativos. Primeiramente, cabe reconhecermos um equívoco que facilmente ocorre: tomarmos a emergência médica como causa da urgência subjetiva. Isso nem sempre é verdade! Afinal, a psicanálise nos ensina que não há uma situação traumática em si. O real traumático pode sim irromper a partir de uma situação em que o corpo biológico se encontra em perigo, mas não só ...

Afinal, o engendramento do traumático, próprio da urgência subjetiva, dependerá de um processo de significação ou de não significação, sempre singular, e *a posteriori*. Atrelado a isso, como precisa Moretto (2019), aquilo que se configura como trauma para o psiquismo está ligado a um não reconhecimento do Outro, diante de uma contingência para qual a cadeia significante não faz borda à irrupção do Real. Ou seja, o traumático se configura quando não há endereçamento e/ou legitimação e reconhecimento pelo Outro do discurso.

Dito isso, retomando as possibilidades e limites de articulação entre emergência médica e urgência subjetiva, se na emergência médica há coisas a se fazer, na urgência subjetiva há coisas a se escutar. Além disso, caso uma emergência médica não seja atendida prontamente, no horizonte temos a seqüela, o déficit e, em última instância, a morte. Na urgência subjetiva também é necessário um “pronto-atendimento”, pois se não há escuta, o que temos no horizonte é a tentativa de elaboração por meio do ato, na forma de *acting outs* ou das *passagens ao ato*, que neste contexto podem se manifestar, por exemplo, através uma agressividade desmedida endereçada a equipe ou, em última instância, por uma tentativa de suicídio.

Desse modo, a “pressa” por uma intervenção é um elemento presente tanto na emergência médica, quanto na urgência subjetiva. Todavia, uma ressalva é fundamental: na urgência subjetiva, a pausa, o intervalo, o espaço para fala endereçada ao analista também são importantes, pois possibilitam a inserção do simbólico e, portanto, a emergência do sujeito, fazendo frente a irrupção do Real. Assim, se na emergência médica o que se está em risco é a homeostase do organismo, na urgência subjetiva o que se encontra em risco é

o sujeito, que como sabemos é efeito de linguagem (JORGE, Marco Antônio Coutinho, 2017).

(...) a urgência (subjéitiva) aparece nos pontos de descontinuidade da cadeia significante. Há um rompimento desta cadeia, deixando o sujeito à deriva. Podemos verificar no hospital que a possibilidade de uma escuta pode possibilitar ao sujeito dar um contorno a esse traumatismo pela palavra (AZEVEDO, p.111, 2019).

Dessa forma, a depender do enquadre fantasmático de cada um, a urgência subjéitiva se configura em situações nas quais, o sujeito encontra-se como que eclipsado no campo do desejo, identificando-se ao lugar mudo de objeto do gozo do Outro. Voltando ao sofisma dos prisioneiros proposto por Lacan, no hospital, a inevitabilidade da morte, o perecimento do corpo, bem como a violência do tratamento oncológico, muitas vezes, podem ocupar o lugar do diretor da prisão, mas que, em alguns casos, não possibilita a chance de liberdade pela via do cálculo no laço com o Outro.

*“Não tenho o que dizer.”, “Falar não serve para nada.”* Na clínica com pacientes oncológicos em cuidados paliativos, o descrédito na palavra não é infrequente. Por isso, marcamos que frente à mudez simbólica característica da urgência subjéitiva, é fundamental a aposta de que pode haver sujeito, mesmo diante do desfalecimento de um corpo, que se aproxima da morte.

Assim, apesar de alguns autores relacionarem a urgência subjéitiva a uma elisão do tempo de compreender, havendo, portanto, uma precipitação entre o instante de ver e o momento de concluir (BERTA, 2015)(AZEVEDO, 2019), fazemos aqui uma outra leitura. Como vimos, Lacan (1945/1998d) propõe o tempo lógico para demarcar uma passagem do eu (moi) imaginário ao eu (je) simbólico, ou sujeito da asserção, sendo esse último justamente efeito da operação lógica dos três tempos.

Ora, se compreendemos a urgência subjéitiva como tributária de um eclipsar do sujeito do campo do desejo e de sua identificação ao lugar de objeto de gozo do Outro, estamos propondo que a própria urgência subjéitiva seria uma das respostas possíveis diante da irrupção do Real. Portanto,

entendemos que não há uma suposta precipitação do momento de concluir fruto da elisão do tempo de compreender, mas sim uma solução pela via da identificação ao lugar de objeto. Por isso, nestes casos, a condução do tratamento não está na *perlaboração*, própria do tempo de compreender, mas de dar voz ao que urge, ao que se apressou como solução, para que, a partir disso, os três tempos tenham a possibilidade de serem engendrados e aí sim algo da posição subjetiva possa se precipitar como conclusão, tal como no sofisma lacaniano.

Sendo assim, afirmamos, citando Moretto (2016), que a proposta de trabalho na instituição hospitalar não é a de um tratamento psicanalítico levado a seu termo, mas de uma clínica que vise à subjetividade. Ou seja, que introduza a dimensão do posicionamento subjetivo diante da opacidade e do enigma do desejo do Outro, que no hospital pode ser encarnado pela própria doença, pelo tratamento ou pela própria finitude. Isso pode ter como efeito uma outra solução, que não seja a da identificação ao lugar de objeto. Afinal, como enfatiza Miller(1997), a localização subjetiva promove um distanciamento do sujeito de seu dito, possibilitando com que este possa vir a se posicionar de outra maneira diante do que lhe causa sofrimento, abrindo espaço para a elaboração e para toda potência criativa do desejo.

Entretanto, vamos nos deter agora a uma situação frequente na clínica com pacientes em cuidados paliativos. Ou seja, quando a morte coloca-se não mais como uma possibilidade ou como algo apenas factível no campo do outro, mas como certeza também no campo do sujeito.

Em nossa clínica, percebemos que essa mudança de lugar dada à morte pode se dar em diversas situações, como no ato do diagnóstico de uma neoplasia incurável, a partir da percepção gradual de que o corpo, cada vez mais debilitado, não mais responde ao tratamento ou quando a equipe médica estabelece junto com o paciente e/ou seus familiares suas diretivas antecipadas de vontade<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> As diretivas antecipadas de vontade idealmente ocorrem quando paciente, família e equipe em conjunto determinam o plano de cuidado, uma vez que, se faz necessária a

Assim no momento em que a transitoriedade se coloca de forma clara e perturbadora, o tempo de vida que ainda se tem pode perder seu sentido e, com isso, para além da morte do corpo, faz-se também presente o que Lacan (1959-60/2008c) nomeou de segunda morte. Como veremos, esse fenômeno clínico ganha relevância nos cuidados paliativos, uma vez que denota, como vimos, um eclipsar do sujeito da cadeia significativa, o que pode engendrar, portanto, a urgência subjetiva. É sobre isso que nos dedicaremos a partir de agora.

#### 5.4 A morte para a psicanálise

Por volta de abril de 1915, cerca de seis meses após o deflagrar da Primeira Grande Guerra, Freud se dedica a escrita e publicação de dois textos paradigmáticos, naquilo que concerne à leitura feita pela teoria psicanalítica do fenômeno da morte.

*Reflexões para tempo de guerra a morte* (1915-16/1974) e *Sobre a transitoriedade* (1916/2010) trazem as maiores e - porque não dizer, as mais inspiradas - contribuições de Freud sobre a morte e sua relação com o inconsciente.

No primeiro texto, dividido em duas partes, Freud se dedica a estabelecer uma teoria metapsicológica a respeito da guerra para então, em um segundo momento, dissertar sobre os efeitos que a mesma gera na maneira como o homem se relaciona com sua própria finitude.

*Reflexões para tempos de guerra e morte* muitos nos interessa, uma vez que ousamos aqui estabelecer uma relação simbólica entre o câncer e a guerra, já que essa doença, assim como a guerra, é resultado de um conflito intrínseco ao organismo. O corpo do paciente oncológico passa a se comportar

---

transição do cuidado curativo para o cuidado paliativo exclusivo. Assim, a equipe de saúde oferece ao paciente sua família a possibilidade de o mesmo não ser submetido a intervenções invasivas, que não trarão benefícios, mas sim sofrimento. Com isso, define-se, por exemplo, que diante de uma intercorrência irreversível, o paciente não será levado para Unidade de Tratamento Intensivo e submetido a intervenções invasivas tais como hemodiálise e intubação. Além disso, caso venha a falecer, não será reanimado.

como um traidor de si mesmo, um agente duplo. As mesmas células que, em um movimento de vida, multiplicam-se, por algum motivo, passam a fazê-lo de forma descontrolada, desgovernada e, portanto, mortífera. No câncer, assim como na guerra, fica evidente o quanto os impulsos de vida e morte - *Eros* e *Thanatos* - podem trabalhar simultaneamente, travando uma verdadeira guerra *no corpo e do corpo* para combater a doença. Além disso, assim como a guerra, não há como negar que a doença oncológica também impactar de maneira importante a vida social e econômica do paciente. Não à toa, significantes beligerantes permeiam o discurso da equipe de saúde e dos próprios pacientes e familiares:

*“Eles (os médicos) passam, mas vão embora. Nós ficamos aqui.. Quero ver estar na linha de frente, na linha de combate.”* – diz um enfermeiro sobre os efeitos de se estar a todo momento com o paciente.

*“Vamos agora começar uma guerra e esses são meus soldados mais qualificados.”* – médico em visita ao leito de um paciente recém diagnosticado, referindo-se a seus médicos assistentes.

*Para mim o tratamento, a quimioterapia é uma verdadeira guerra. Quando fui diagnosticado pela primeira vez, há 17 anos, entrei no hospital e me vi em um verdadeiro campo de concentração. Pessoas sem cabelo, emagrecidas, lutando para continuarem vivas.* – relata paciente.

*“Ele não está bem. Estou vendo. Mas desde o começo eu sabia que estaria em uma batalha. Não podemos pensar na derrota”* – familiar angustiado ao falar sobre a percepção de piora de paciente.

Entretanto, infelizmente, a doença pode vencer a guerra e, com isso, o paciente, sem a possibilidade de cura, passa receber tratamento paliativo, tendo que conviver com a morte cada vez mais de perto. É neste momento que, muitas vezes, fica em evidência o sofrimento de se lidar com morte, que está para todos, paciente, família e equipe. Por outro lado, como nos adverte Freud (1915-16/1974)

é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. 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 é convencido de sua própria imortalidade.

Não raro, por exemplo, pacientes relatam sonhar com seus funerais. Ou seja, são expectadores do ritual de sua própria morte, velando o seu próprio corpo. Outros relatam sonhar com situações mortíferas como a queda de um precipício ou estarem sendo perseguidos por alguém que quer mata-los, acordando antes do ato da morte. Assim, o sonho, como uma das formações do inconsciente, mostra-nos o quanto que em nosso psiquismo somos, na verdade, imortais, já que o ato da morte é irrepresentável. Afinal, se o inconsciente enquanto saber se estrutura sempre em um movimento de retroação, *a posteriori*, o ato da morte impõe aí um limite nessa operação. Não há depois para que uma significação se dê retroativamente.

Entretanto, se antes “revelávamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida (FREUD, 1915-16/1974, p. 299), com o diagnóstico de uma doença incurável a tentativa de negar a morte ou silenciá-la pode trazer ainda mais sofrimento para paciente e para aqueles envolvidos em seu cuidado.

Assim, mesmo nos cuidados paliativos e, principalmente, nos cuidados de fim de vida<sup>7</sup>, percebe-se que pacientes, familiares e mesmo a equipe de saúde podem ter dificuldades em aceitar a morte como algo que faz parte da vida e, com isso, fazendo-a alvo de denegação<sup>8</sup>. Dessa forma, em alguns momentos a equipe se engaja em “uma batalha já perdida, mas não impossível” - como diz um médico -, tentando “fazer de tudo” para adiar ao máximo a morte, mesmo que ao preço de muito sofrimento.

As práticas de *distanásia* e *eutanásia*, por exemplo, denunciam essa atitude diante da morte. Afinal, enquanto na primeira o corpo é exposto a intervenções desnecessárias, que mais prolongam o sofrimento do que preservam a vida, na segunda, tenciona-se adiantar a morte de forma artificial,

---

<sup>7</sup> Tratamento dispensado aos pacientes que se encontram em processo ativo de morte.

<sup>8</sup> Usamos o termo denegação na acepção psicanalítica da palavra. A denegação, juntamente ao recalque e a forclusão, são os tipos de negação utilizados ante o real da castração. No caso da denegação ou desmentido, o que se observa é uma posição de percepção e recusa da castração. Se pudéssemos traduzir em palavras essa posição teríamos algo como: “eu sei, mas mesmo assim ...”

na esperança de não se experimentar as perdas e o sofrimento inerentes ao processo de adoecimento e terminalidade. Portanto, se há um sofrimento inevitável pelo fato de se estar próximo a morte, há *um a mais* de sofrimento que pode ser gerado ao não se dar um lugar à finitude.

No entanto, o ensino de Jacques Lacan nos ajuda a compreender que a morte leva a vida, mas também leva à vida. Ou seja, dependendo do lugar que se dá a morte essa pode ter um efeito organizador com relação a vida, colocando-a em foco e possibilitando uma ressignificação da mesma. Expliquemo-nos.

Na psicanálise lacaniana a castração assume 3 figuras, ou melhor, três significações: a lei, a sexuação e a morte. A primeira tem sua base na leitura estruturalista do Complexo de Édipo freudiano feita por Lacan e a segunda ganha concretude ímpar com o advento da “Teoria da Sexuação”. Por fim, a *castração como morte*, é geralmente apresentada como “um pedaço real”. Argumento esse, ao nosso ver, bastante utilizado, mas nem sempre reconhecido em seu valor clínico.

Ora, em geral, Jacques Lacan fala da castração como agente da lei, tomada como o elemento organizador, uma vez que, incidente sobre a constituição subjetiva, a castração acaba por legar ao sujeito uma ordenação fálica. Assim, a partir da castração, na neurose, o falo assume o lugar do “4º termo” - mãe, pai, criança e falo e, com isso, o funcionamento psíquico passa a ser “ordenado falicamente”. Entretanto, o tratamento de pacientes em cuidados paliativos na oncologia parece mobilizar o avesso disso, já que, como vimos, há uma tentativa de se denegar a morte e, portanto, a castração.

Assim, perguntamo-nos: *o que ocorre no funcionamento psíquico de um paciente (ou da equipe) quando a castração é convocada em sua imagem de destruição e não em sua imagem de lei organizadora?* Nesse sentido, portanto, a morte é suposta como agente de desconstrução do ordenamento.

No entanto, Jacques Lacan, oferecerá a morte um lugar de ordenamento no caso “Homem dos Ratos” (FREUD, 1909/1996). Ali, Lacan (1958/1998c)



coloca a significação da morte como o 4º elemento organizador da fantasia do sujeito, ou seja, ao lado da função do falo.

Além disso, não podemos deixar de lembrar da questão levantada por Lacan em *Subversão do sujeito e dialética do desejo* como forma de marcar a potência do simbólico: “Trata-se de saber qual morte, a que a vida traz, ou a que traz a vida?” (p. 825). Ou seja, enquanto a morte que a vida traz é aquela inevitável ao ser vivente, a morte que traz a vida é aquela efetivada pelo significante, quando esse mata a coisa e a faz existir no significante, no simbólico. Essa operação seria exclusiva do ser falante.

O argumento de que a morte pode ser um elemento organizador da realidade psíquica nos é caro, uma vez que nos auxilia a pensar em uma certa direção na condução dos tratamentos dos sujeitos, que se deparam com a inevitabilidade da morte. Por outro lado, também nos possibilita certas intervenções junto a equipe de saúde.

Em seu artigo *Sobre a transitoriedade* Freud (1916/1996d) reflete sobre uma conversa com dois colegas a respeito dos efeitos que a percepção da transitoriedade das coisas pode ter no valor dado as mesmas, matando-as simbolicamente. Com isso, defende que, psiquicamente, a finitude de algo não necessariamente diminui seu valor. Essa tese freudiana parece ter dado base para que Lacan (1959-60/ 2008) em seu *O Seminário 7: A ética da psicanálise*, a partir de sua leitura da tragédia grega *Antígona*, pudesse propor a noção de segunda morte.

Resumidamente, *Antígona*, última peça que compõe o ciclo tebano, tem seu início com a morte de Estéocles e Polineces, irmãos de Antígona, que se matam ao lutarem pelo trono de Tebas. Com isso, Creonte assume o poder e determina que Estéocles deveria ser sepultado e seu corpo desfrutar de todos os ritos e cerimônias destinados aos mortos. Polineces, por sua vez, seria deixado a esmo para que aves de rapina e cães selvagens dilacerassem seu corpo. Creonte apostava que com esse ato poderia inibir todos aqueles que pretendessem se rebelar contra seu governo. Entretanto, ao saber da determinação de Creonte, Antígona decide que irá sepultar o irmão e submeter

seu corpo a todos os rituais simbólicos dispensado aos mortos, mesmo que, para isso, colocasse em risco sua própria vida.

Não nos estenderemos por demais no relato da tragédia sofocleana, uma vez que isso extrapolaria os objetivos deste capítulo e desta tese. Aqui nos interessa a leitura que Lacan faz da escolha de Antígona de sepultar o irmão, a despeito do risco que sua vida corria. Vale lembrar aqui o diálogo entre Antígona e Ismene, quando essa nega ajuda a irmã para o sepultamento de Polínice: “Mas, minha pobre irmã, em tais condições, em que posso eu valer, quer por palavras, quer por atos?” (SOFOCLES, p.07, 1999).

Assim, enquanto Antígona mostra-se certa de sua decisão de sepultar o irmão, Ismene, que também gostaria de dar ao corpo de Polínice um destino digno, recua e escolhe proteger sua vida, temendo a represália de Creonte. Lacan, como vimos no capítulo 3, debruça-se sobre o tema da ética da psicanálise, contrapondo-a à ética Aristotélica, à ética do Bem Supremo. Sendo assim, assevera o ato de Antígona é trágico, uma vez que lhe custou a vida, mas, ao mesmo tempo, ético, já que se dá pelas vias do desejo. Ismene, por outro lado, salva-se da morte de seu corpo, mas apaga-se enquanto sujeito de desejo e morre em vida. A essa morte, Lacan dará o nome de segunda morte.

Ou seja, o conceito de segunda morte para Lacan diz da morte relacionada à cadeia significante da qual o sujeito é um efeito. Nas palavras de Lacan (1959-60/2008, p.346): “É no significante e uma vez que o sujeito articula uma cadeia significante que ele sente de perto, que ele pode faltar a cadeia do que ele é(...)”. A segunda morte, portanto, é diferente da morte do corpo, da morte do Eu, da instância que toma decisões adequadas, tal como a escolha de Ismene. A segunda morte ocorre em vida, quando o sujeito, efeito da cadeia significante, encontra-se elidido da mesma.

Trazendo essas elaborações para o terreno dos cuidados paliativos na oncologia, observamos que é principalmente nos momentos de tomadas de decisão diante da inevitabilidade da morte, que se configura a urgência subjetiva. Ou seja, momento de mudez do sujeito, de quebra da cadeia significante, nos quais, - e isso não se pode perder de vista -, a própria equipe de saúde está implicada. Afinal, na pressa de tomar decisões frente a

emergência de um corpo que se encontra em franco declínio, a equipe também pode se encontrar identificada ao lugar de objeto. Objeto precioso e onipotente ou objeto dejetivo, impotente diante do Outro, encarnado aqui pela inevitabilidade da morte. Nessas situações, as tomadas de decisões podem tender a ser menos clínicas e mais sintomáticas.

Assim, passemos agora para uma vinheta clínica, na qual a construção do caso clínico possibilita fazer falar a urgência subjetiva, que foi a primeira solução encontrada não só pelo paciente, mas também pela equipe. Como perceberemos isso terá um efeito transformador no que diz respeito à posição subjetiva de alguns membros da equipe frente a morte.

#### 5.4 Jorge em sua relação com o desejo .... (de morte?): do diagnóstico psiquiátrico à construção de caso e seus efeitos

Jorge deu entrada no pronto atendimento com desconforto respiratório e, depois de avaliado e medicado, foi encaminhado para a unidade de internação. Após algumas investigações, foi diagnosticado, aos 86 anos, com recidiva de neoplasia pulmonar metastática. A partir disso, esse paciente, que fez seu primeiro tratamento com a mesma equipe há 4 anos e sempre se mostrou confiante com relação ao tratamento, encontrava-se apático, negando-se a aderir às terapêuticas auxiliares como a fisioterapia e recusando alguns cuidados da enfermagem, como banho e a administração de alguns medicamentos.

A equipe médica, por sua vez, hipotetiza, naquele momento, que o paciente sofria de depressão maior. Entretanto, após perceber que o uso de antidepressivos não estava surtindo efeito, solicita avaliação psicológica para o paciente.

*“A única coisa que ele diz é que quer morrer.”*- relata médico oncologista.

Nos primeiros atendimentos, Jorge fechava os olhos e se recusava a falar, apesar de ter concordado em ser abordado pela psicologia. Com o passar do tempo, aceitava me receber, mas a única coisa que conseguia dizer era que queria era morrer. Essa fala, por sua vez, fazia com que, para a equipe, o diagnóstico de depressão maior se reafirmasse. Todavia, em uma discussão de caso com o médico de Jorge, algo novo pode ser escutado a partir da repetição, que sempre traz consigo o germe do novo (LACAN, 2008a).

*“Não sei mais o que fazer. Hoje ele me disse: Doutor eu só quero morrer.”* – diz o médico angustiado.

Ou seja, o que Jorge tentava dizer repetidamente era que para ele, ao contrário do que era escutado pela equipe, havia sim um objeto de investimento: a morte. Jorge, portanto, estava no terreno do desejo e não na falta completa de volição, traço sublinhado pela psiquiatria como característica principal do chamado Transtorno de Depressão Maior (TDM). Jorge dizia a todo tempo o que queria: a morte.

Se pensarmos do ponto de vista fenomenológico, o que, por sua vez, é algo avesso a forma de se realizar o diagnóstico diferencial em psicanálise, poderíamos “forçar” uma certa aproximação entre o diagnóstico psiquiátrico de depressão maior e o diagnóstico de melancolia, que, por sua vez, seria um tipo clínico dentre as psicoses. Freud foi o primeiro a se atentar para diferença entre o luto normal e a melancolia, afirmando que, apesar de ambos poderem ser considerados maneiras do sujeito se posicionar diante de uma perda, enquanto que “no luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio eu” (FREUD, p.251 1996c). Dessa forma, a melancolia:

se caracteriza por um desânimo profundamente penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda a produtividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima – “sentimento de estima de si” – a ponto de encontrar expressão em se recriminar e em se degradar, culminando ainda numa expectativa delirante de punição. No luto, “a perturbação da estima de si” está ausente, assim como a expectativa delirante de punição (SIQUEIRA, p.72-73, 2007)

Com isso, se no luto a perda é de um objeto, na melancolia há uma identificação do eu com o objeto perdido e, por isso, “o melancólico representa seu eu como sendo desprovido de valor, incapaz de qualquer realização e moralmente desprezível” (SIQUEIRA,p.73, 2007).

Assim, se na melancolia há a impossibilidade de escolha de um novo objeto de investimento, isso não acontece após o período de elaboração de um luto nomeado por Freud de “normal”. Dessa forma, Jorge, apesar de triste, não estava deprimido. Na verdade, o luto pela perda de si parecia estar sendo elaborado e o resultado era poder novamente eleger um objeto de investimento: a morte.

Evidentemente, isso causava horror e ensurdecia a equipe, que não admitia que um paciente, com uma doença incurável e extremamente agressiva, pudesse querer falar de sua própria morte. Por isso, era importante dar voz ao que Jorge parecia estar querendo dizer, desde o início de sua internação.

Assim, no atendimento que procedeu a discussão do caso com o médico titular, a fala “eu só quero morrer” pôde ser escutada para além do plano do enunciado e, portanto, da equivalência imaginária entre desejo de morte e depressão. Alçado ao âmbito simbólico da enunciação, o dito “eu só quero morrer”, pôde ser escutado de modo que algo da posição subjetiva do sujeito diante do seu sofrimento pudesse ser questionado, produzindo certa implicação com o dito. “*Você quer morrer dessa forma?*” – questiona o analista. Neste momento, “eu só quero morrer”, deixa de ser apenas uma queixa relativa ao cansaço decorrente do sofrimento e passa ao estatuto de questão: *como quero morrer?*

Com isso, Jorge começa a falar sobre o que para ele representava a própria morte. Aos 86 anos, recém diagnosticado pela segunda vez com câncer, tendo perdido sua esposa há dez anos e seu único filho há cinco, Jorge lidava também com o fato de ver seus amigos “morrendo ou demenciando”. Assim, encontrando-se preso em uma vida solitária e em uma história repleta de memórias, mas escassa de experiências que pudessem ancorá-lo na vida, Jorge vê na morte a única saída para seu sofrimento.

Dessa dialetização, portanto, decorre a implicação do sujeito com seu sofrimento: *“como posso fazer para morrer sem tanto sofrimento?”* – questiona-se Jorge. Neste momento as condutas propostas pela equipe passam a fazer sentido: sair do leito e tomar banho poderiam evitar úlceras de pressão e, consequentes infecções e quadros de dor; a fisioterapia, por sua vez, poderia diminuir seu sofrimento respiratório. Ou seja, se antes Jorge colocava-se em um lugar de objeto à espera do ideal de morte – *“Quero morrer em um estalar de dedos.”* – naquele momento passa a condição de sujeito, fazendo uso da vida que lhe restava para que pudesse ter um processo de morte com menos sofrimento.

A partir das elaborações de Jorge, relatadas durante as interconsultas e reuniões clínicas, a equipe pôde rever sua dificuldade de escutar a necessidade do paciente de falar de sua própria morte, já anunciada desde o momento que foi diagnosticado com uma neoplasia pulmonar metastática. Com isso, o diagnóstico de TDM é problematizado e compreendido como uma forma de apaziguar a sensação de impotência da própria equipe.

*“Quando a gente faz um diagnóstico, a gente tem a sensação de que está fazendo alguma coisa, né?”* – reflete um dos médicos que cuidava de Jorge.

*“Sim, mas, pelo jeito, estamos fazendo mais pela gente do que pelo paciente.”* – contrapõe a médica paliativista

*“Mas será que não há mais nada a se fazer, além de diagnosticar e medicar?”* – questiona o analista.

*“Bom ele já falou que quer morrer com o mínimo de sofrimento possível. Ou seja, sabe que vai morrer. Do ponto de vista médico, podemos tentar fazer isso, estabelecendo as diretivas antecipadas de vontade. Não levar para UTI, não intubar, não reanimar, essas coisas. Talvez isso o tranquilize também”* – médico titular tenta encontrar uma saída.

*“Isso é importante, mas talvez possamos perguntar para ele o que ele quer fazer, agora que sabe que vai morrer.”* – enfermeiro percebe a necessidade de dar voz ao paciente.

“Sim, senão as diretivas antecipadas podem ter a mesma função do diagnóstico psiquiátrico.” – interpreta o analista.

A partir dessa discussão ocorrida em uma reunião clínica, Jorge é abordado por seu médico e é decidido que, quando estivesse melhor clinicamente, teria alta hospitalar e não faria mais quimioterapia, já que essa, para Jorge, não prolongaria sua vida, mas sim seu sofrimento. Jorge morreu dormindo dois dias depois dessa conversa...

Através desse caso, percebemos que o diagnóstico de uma doença incurável coloca paciente, familiares, mas também equipe de saúde, frente a frente com aquela que pode se configurar a maior representante da castração: a morte.

Isso, por sua vez, pode produzir um certo empuxo à identificação ao lugar de objeto de gozo do Outro. Objeto esse que tenta suturar a falta, seja pela onipotência, seja pela impotência. Jorge queria morrer (...sem sofrimento). O diagnóstico psiquiátrico, portanto, impedia com que a segunda parte do pedido, que apontaria para divisão subjetiva e, portanto, para o desejo, encontrasse saída do encarceramento do enunciado que justificava o diagnóstico.

Ou seja, para além da morte do corpo, no momento de urgência subjetiva, paciente e equipe de saúde podem ser afetados por aquilo que, como vimos, Lacan (1959-60/2008c) nomeou de segunda morte. A saber, momento de retirada do sujeito da cadeia significante e, portanto, impossibilitado de circunscrever simbolicamente a experiência de sofrimento e incorporá-la em sua história subjetiva (MOHR, 2013). *Só quero morrer!* Jorge e a equipe de saúde encontravam-se paralisados frente a irrupção do real, sem possibilidade de promover a subjetivação da experiência, por meio da construção de uma narrativa sobre o morrer. *Morrer, porquê? Morrer, como?* Era preciso escutar... o que era possível dizer.

Assim, neste caso, apostamos que, ao dar lugar à urgência subjetiva como única resposta possível até então, a construção do caso clínico viabilizou

com que o sujeito, como efeito de linguagem, pudesse se fazer representar entre dois significantes: morrer / sem sofrimento. A partir disso, o engendramento do tempo lógico proposto por Lacan pôde se dar. Ou seja, Jorge e equipe, ao se depararem com essa divisão subjetiva (instante de ver), puderam se colocar em trabalho de *perlaboração* (*tempo de compreender*) diante do dito (“*morrer sem sofrimento*”) para que, só então, conclusões pudessem se precipitar.

Naquilo que diz respeito aos efeitos da construção desse caso para equipe, percebeu-se que essa, *a posteriori*, pôde questionar-se sobre a função e significado de suas intervenções e perceber a importância de se incluir a morte como algo de que se precisava *tratar*. Tratar de forma medicamentosa para se evitar ao máximo o sofrimento físico, mas também compreendendo que falar da morte é dar um tratamento simbólico, elevando-a, como aponta Lacan (1958/1998c), ao status de elemento organizador do psiquismo. Ou seja, ao se reconhecer a finitude como um limite radical, delimita-se, a partir dela, as possibilidades. Possibilidades essas, que se encontram na vida...



## CONCLUSÃO

Em setembro de 1918, pouco antes do fim da Primeira Grande Guerra, Sigmund Freud fez um pronunciamento intitulado “*Linhas de Progresso da terapia analítica*”, no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, em Budapeste. Sua fala, naquele momento, tinha como principal objetivo marcar o que ele, Freud (1918/1996), vislumbrava para o futuro da psicanálise: sua extensão. Ou seja, a psicanálise não deveria mais ficar restrita aos consultórios particulares e os psicanalistas deveriam começar a se dedicar a levar este saber e método de tratamento para as instituições (LAIA, 2003).

Nos anos que sucederam o fim da Grande Guerra, o pronunciamento quase profético de Freud se concretizou e psicanalistas foram solicitados por instituições militares para tratar não só de soldados traumatizados pelos campos de batalha, mas também de uma população, cujos recursos financeiros já não eram mais os mesmos depois da devastação econômica causada pela guerra. Com isso, durante os anos de 1918 e 1919, assistiu-se a criação de centros clínicos dedicados ao tratamento psicológico daqueles que sofriam com os efeitos da guerra. Foi nesse cenário que se deu a criação do Instituto de Berlim, o primeiro serviço ambulatorial de orientação psicanalítica (LAIA, 2003).

A criação do Instituto de Berlim, no entanto, representou mais que a extensão da psicanálise. Afinal, se a clínica psicanalítica construiu suas bases a partir da histeria, o pós guerra teve que se a ver com o que, naquele momento, poderiam ser considerados “novos sintomas”: a fobia e a neurose obsessiva com os contornos daquele movimento simbólico. Assim, como enfatiza Laia (p.71,2003), “tratava-se de, sem dispensar os conceitos fundamentais, adaptar a técnica as novas condições que a psicanálise havia sido convocada a enfrentar com o final da guerra”.

No entanto, diante do real presente nessa nova demanda de trabalho precipitada pelo fim da guerra, era natural que uma defesa se erigisse. Com isso, foi criado no Instituto de Berlim um programa de estudos dedicado tanto aqueles que queriam se tornar analistas como aos interessados na psicanálise.

Percebemos então uma preocupação com a formação do analista. Todavia, frente ao real do pós guerra, quando os referenciais simbólicos se encontravam fragilizados e as formas de subjetivação e de sofrimento eram tonalizadas pelos efeitos da guerra, foi no imaginário que se buscou alguma garantia com relação a formação e atuação do psicanalista. Portanto, através do programa do Instituto de Berlim muitos procedimentos clínicos foram objeto de um processo de padronização. dando origem ao que hoje conhecemos como *standard*:

Estabelecimento de tempo fixo para cada sessão; exigência prévia de periodicidade semanal mínima para configurar o tratamento como análise; e a possibilidade, no caso da clínica destinada aos pobres, de realizar “análise fracionada”, ou seja, passível de ser suspensa quando objetivo terapêutico fosse alcançado.

Assim, podemos perceber que, em seus primórdios, a extensão da psicanálise se fez acompanhar de uma preocupação com a formação, mas que agarrava-se ao *standard* como uma tábua de salvação.

Muitas décadas depois, e em uma orientação que critica severamente o *standard*, compreendendo a diferença entre rigor e rigidez, a psicanálise continua fazendo o mesmo movimento iniciado com a criação do Instituto de Berlim e não mais se define como uma prática que se restringe às quatro paredes de um consultório particular. Há psicanalistas atuando em escolas, penitenciárias, empresas, universidades, hospitais e em inúmeras outras instituições. Entretanto, se, por um lado, a difusão da psicanálise nos mostra a concretização do projeto freudiano, por outro “faz com que ela corra constantemente o risco de se diluir no campo das psicoterapias, de se perder na promoção de tratamentos que visariam simplesmente restabelecer o princípio do prazer, o equilíbrio”(LAIA, 2003).

Não à toa, já em *Linhas de Progresso* Freud (1918/ 1996, p. 181) nos alerta para o fato de que “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia possa assumir, (...) os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa [tratamento pela sugestão]”. Aqui encontramos em Freud, portanto, a possibilidade de instauração do discurso analítico em uma

instituição de saúde, como é o caso de um hospital geral, desde que se mantenha “os ingredientes mais efetivos e importantes” da psicanálise.

Assim, extraímos dessa orientação freudiana que aquilo o que possibilita a psicanálise nas instituições, não é a psicanálise em si, mas os psicanalistas, através da sustentação de um determinado discurso, o discurso psicanalítico. No entanto, como nos alerta Moretto (2019)<sup>9</sup>, precisamos aqui diferenciar *narrativa* de *discurso*. Narrativa não é o mesmo que discurso! Essa diferenciação é importante, uma que nas instituições de saúde (e o hospital geral não é uma exceção) há psicanalistas que sustentam uma narrativa repleta de significantes da psicanálise, mas há aqueles que operam por meio do discurso psicanalítico. Ou seja, estão avisados de que o discurso diz da posição subjetiva de onde se fala, que, por sua vez, possibilita a constituição de um determinado tipo de laço com o Outro, a partir do qual algo é produzido como efeito dessa relação.

Dessa forma, aqueles que sustentam uma *narrativa* sobre a psicanálise podem ainda assim estarem submetidos a um discurso que tem como *efeito* a produção de um saber universal e não singular sobre o sofrimento. Por outro lado, aqueles que operam por meio do discurso psicanalítico estão avisados de que o agente do discurso, ou seja, o psicanalista, sempre considera o outro a quem se dirige como um sujeito. Deste modo, esse discurso tem como efeito a produção de um saber singular sobre aquele que sofre. Como exemplo, podemos pensar na diferença de efeitos entre o trabalho de um psicanalista que oferece para equipe diagnósticos *psi* e aquele psicanalista que faz uso do diagnóstico diferencial para ajudar a equipe a produzir um saber que possa responder a seguinte pergunta: *Do que sofre este paciente?*

Com isso, abordar as contribuições da psicanálise para as instituições de saúde não pode ser feito sem falar dos efeitos do trabalho de um psicanalista. Assim, se o psicanalista, encarnado na figura do psicólogo entra em uma equipe de saúde é porque há uma dificuldade dessa equipe em lidar com aquilo que é da ordem da subjetividade. Entretanto, este analista só irá se

---

<sup>9</sup> Aula que fez parte da disciplina “Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde”, ministrada no dia 19 de Novembro de 2020, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

inserir e poderá permanecer nessa equipe dependendo dos efeitos de seu trabalho. Efeitos esses que, a nosso ver, produzem uma transformação na maneira como essa equipe aborda o sofrimento e lida com a subjetividade.

Evidentemente, não podemos prever ou objetivar produzir efeitos, pois desses sabemos apenas *a posteriori*. No entanto, a psicanálise é ancorada em métodos e técnicas que lhe conferem sua especificidade em termos de terapêutica e que também norteiam eticamente o trabalho do psicanalista. Partindo dessa premissa, esta tese teve como objetivo principal analisar e discutir os efeitos da construção do caso clínico enquanto método de trabalho em uma equipe de saúde, que presta assistência a pacientes oncológico em cuidados paliativos.

Ao longo de nossa pesquisa, portanto, percebemos que a construção do caso clínico produziu efeitos transformadores na maneira como a equipe se posiciona subjetivamente diante da subjetividade e do sofrimento, principalmente quando estes se relacionam ao corpo, a transferência e à morte. Ou seja, o corpo passa a não ser reduzido ao organismo e sua dimensão de imagem e pulsional passam a ser compreendidas como geradoras de sofrimento. Além disso, a transferência ganha status de dado clínico tão importante quanto o diagnóstico e o tratamento e a equipe pode reconhecer seu potencial terapêutico. Finalmente, a morte pode ser não apenas aquela que provoca o empuxo à posição mortífera de impotência, mas pode também ocupar o lugar de elemento simbólico e organizador da realidade psíquica, abrindo as portas para o desejo, mesmo diante do limite colocado pelo fim da vida.

Entretanto, é importante marcar que esse percurso clínico e de pesquisa não foi sem fracassos. Um acaso em especial ainda nos traz questões ...

*Elaine, paciente jovem, foi diagnosticada com uma doença neoplásica incurável aos 33 anos e dizia se tratar para poder ver a filha de três anos crescer. Decidida, recusa a oferta de ser escutada: "Falar me angustia ainda mais." O analista não insiste. A equipe, por sua vez, propõe um tratamento sabendo que este não mudaria o curso da doença, com base na justificativa de que não se poderia tirar a esperança da paciente de estar mais tempo com a*

*filha. No entanto, Elaine não resiste aos sintomas colaterais do tratamento e morre “achando que não havia sido forte o suficiente para se tratar pela filha” – revela seu médico angustiado.*

Este, dentre tantos outros casos, apontam para o fato de que não há garantias, há algo em cada caso que, como nos ensina Lacan (1959-60/2008), permanece velado ao analista. Entretanto, os fracassos também tem seus efeitos...

A supervisão do caso por parte do analista e a proposta de incluí-lo em uma reunião clínica, mesmo após a morte de Elaine, foram saídas possíveis ante a frustração e sofrimento da equipe. *O que deixou de ser escutado na recusa de Elaine? Qual era a função dessa recusa? Manter a esperança do paciente pode ser a tentativa de manter um ideal que vela a inevitabilidade da morte?* Essas foram algumas das perguntas que surgiram, mas permanecem sem respostas. No entanto, ao mantê-las em seu estatuto de questões, essas produziram na equipe um desejo de saber (sobre a subjetividade), que foi norteador para outros casos.

Com isso, seja por meio das construções possíveis, seja pelos fracassos inerentes e estruturantes de toda experiência no campo psicanalítico, esperamos que essa tese também possa produzir efeitos transformadores na atuação de cada um psicanalista, que se encontra nos hospitais.

Referências bibliográficas:

AIRES, S. **Endereçamento, reconhecimento e transmissão: um caso clínico em psicanálise**. In: LEITE, N. V. de A.; MORAES, M. M.; MILÁN-RAMOS, J. G. (Orgs.). *O caso entre exceção e transmissão*. Campinas: Mercado das letras, 2018.

ALBERTI, S. **Psicanálise: a última flor da medicina**. In: ALBERT, S.; ELIA, L. (Orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ALBERTI, Sônia. **Psicanálise e universidade e a instauração de discursividade**. In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, Verdade e Gozo: Leituras de O seminário, livro 17 de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

AZEVEDO, E. **Autorizar-se a aplicar a psicanálise no hospital geral: o psicanalista aplicado**. *Da pressa à urgência subjetiva*. 1 ed. Curitiba: Appris editora, 2019. p. 127.

BALINT M. **The Doctor, His Patient and the Illness 2nd edn**. *Edinburgh: Churchill Livingstone*; [s.l.], v. 268, nº 6866, p. 683–688, 2000. ISBN: 0443064601, ISSN: 0959-8138, DOI: 10.1136/bmj.39384.467928.94.

BARROS, M. De. **Livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1966.

BERTA, S. L. **Localização da urgência subjetiva em psicanálise**. [s.l.], 2015.

BROUSSE, M. H. **Objetos soletrados no corpo**. *Latusa digital*, Rio de Janeiro, v. 31, nº 4, 2007.

CLAVREUL, J. A. **A ordem médica – poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1980.

DARRIBA, V. A.; SILVA, A. C. Da. **A questão do fundamento em Freud: elementos para uma psicanálise aplicada**. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia*, [s.l.], v. 15, nº 4, 2012.

- DUNKER, C. I. L.; PAULON, C. P.; MÍLAN-RAMOS, J. G. **Análise Psicanalítica de Discursos - Perspectivas Lacanianas**. 2 ed. São Paulo: Estação das letras e Cores Editora, 2016. 320 p.
- DUNKER, C. I. L.; ZANETTI, C. E. **Construção e Formalização de Casos Clínicos**. In: DUNKER, C. I. L.; RAMIREZ, H. de A.; ASSADI, T. (Orgs.). *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva*. São Paulo: Annablume, 2017.
- FERREIRA, D. M.; CASTRO-ARANTES, J. M. **Câncer e Corpo: uma leitura a partir da psicanálise**. *Analytica - Revista de psicanálise*, [s.l.], v. 3, nº 5, 2014.
- FIGUEIREDO, A. C. **A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, [s.l.], v. 7, nº 1, p. 75–86, 2004.
- FIGUEIREDO, A. C.; VIEIRA, M. A. **Sobre a supervisão: do saber sobre a psicanálise ao saber psicanalítico**. *Cadernos IPUB (UERJ)*, [s.l.], v. 9, 1997.
- FOUCAULT, M. **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, 1992.
- \_\_\_\_\_. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- FREUD, S. **Reflexões para tempos de guerra e morte**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974a.
- \_\_\_\_\_. **Sobre o narcisismo: uma introdução (1914)**. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1974b.
- \_\_\_\_\_. **Sobre o ensino da psicanálise nas universidades (1918)**. *A questão da análise leiga e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- \_\_\_\_\_. **A dinâmica da Transferência (1912)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: O caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros Trabalhos. V.XII*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996a.
- \_\_\_\_\_. **A questão de uma Wetanschauung (1933)**. *Edição standard*

*brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

\_\_\_\_\_. **A transferência (1916)**. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: Conferências introdutórias sobre a psicanálise (Parte III) V.XVI*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996c.

\_\_\_\_\_. **Além do princípio do prazer (1920)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996d.

\_\_\_\_\_. **Análise terminável e interminável**. *Moisés e o monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996e.

\_\_\_\_\_. **Artigos sobre a técnica**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 12*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996f.

\_\_\_\_\_. **Construções em análise (1937)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 12*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996g.

\_\_\_\_\_. **Escritores Criativos e Devaneios (1908)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, volume IX*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996h.

\_\_\_\_\_. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1918)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Uma neurose obsessiva e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996i.

\_\_\_\_\_. **Luto e melancolia (1917)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996j. p. 128–142. ISBN: 978-85-8086-038-2, ISSN: 0103-5665, DOI: (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

\_\_\_\_\_. **Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909)**. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996k.



\_\_\_\_\_. **O Caso Schreber artigos sobre técnica e Outros Trabalhos.** *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* [s.l.]: [s.n.], 1996l. v. 12, p. 92–190. ISBN: 9788531206238, ISSN: 1098-6596, DOI: 10.1017/CBO9781107415324.004.

\_\_\_\_\_. **O ego e o id ( 1923).** *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol.XIX.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996m.

\_\_\_\_\_. **Os caminhos na formação do sintoma (1917).** *Edinburgh: Churchill Livingstone;*, vol.XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996n.

\_\_\_\_\_. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912).** *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol.12.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996o.

\_\_\_\_\_. **Sobre a transitoriedade (1916).** *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996p.

\_\_\_\_\_. **Sobre o narcisismo: uma introdução.** *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol XII.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996q.

GOMES, A. L. Z. et al. **Cuidados paliativos.** *Estudos Avançados,* [s.l.], v. 30, nº 88, p. 155–166, 2016. ISSN: 0103-4014, DOI: 10.1590/s0103-40142016.30880011.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. De; MENDONÇA, G. A. E. S. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** *Revista Brasileira de Cancerologia,* [s.l.], v. 51, nº 3, p. 227–234, 2005. ISBN: 9283214110, ISSN: 2176-9745, DOI: 10.1590/S0100-72031998000100007.

IRIBARRY, I. N. **O que é pesquisa psicanalítica?** *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica,* [s.l.], v. 6, nº 1, p. 115–138, 2003. ISSN: 1516-1498, DOI: 10.1590/S1516-14982003000100007.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan: A clínica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

KJELDMAND, D.; HOLMSTRÖM, I. **Difficulties in Balint groups: A qualitative study of leaders' experiences.** *British Journal of General Practice*, [s.l.], v. 60, nº 580, p. 808–814, 2010. ISBN: 1478-5242 (Electronic)r0960-1643 (Linking), ISSN: 09601643, DOI: 10.3399/bjgp10X532585.

KOYRÉ, A. **Galileu e Platão.** *Estudo de História do Pensamento Científico.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

LACAN, J. **O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-60).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. ISBN: 0415101832, DOI: 10.1037/013801.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-70).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992a.

\_\_\_\_\_. **O seminário - livro 8: a transferência (1960/61).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992b.

\_\_\_\_\_. **Televisão (1974).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. **O estádio do espelho como formador da função do eu (1954).** *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. **A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958).** *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998a.

\_\_\_\_\_. **A psicanálise e seu ensino (1957).** *Escritos.* [s.l.]: [s.n.], 1998b.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1958).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c.

\_\_\_\_\_. **O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1945).** *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998d.

\_\_\_\_\_. **Variantes do tratamento padrão (1966).** *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998e.

\_\_\_\_\_. **O saber do psicanalista.** Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2000.

\_\_\_\_\_. **O lugar da psicanálise na medicina (1966).** *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*, São Paulo, nº 32, 2001.

\_\_\_\_\_. **Discurso na Escola Freudiana de Paris (1967)**. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 10: a angústia (1962-63)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais de psicanálise (1964)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 16 - De um Outro ao outro (1968-69)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008b.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-60)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008c.

\_\_\_\_\_. **Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Saint-Anne (1971-72)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

LAIA, S. **A prática analítica nas instituições**. In: CALDAS, H. (Org.). *Os usos da psicanálise: primeiro encontro do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.

LEITE, N. V. de A. **Entre a exceção e a transmissão**. In: LEITE, N. V. de A.; MORAES, M. M.; RAMOS, J. G. M.- (Orgs.). *O caso: entre a exceção e a transmissão*. Campinas: Mercado das letras, 2018.

LEITE, N. V. de A.; TROCOLE, F. **Um retorno a Freud**. Campinas: Editora Mercado das Letras, 2008.

LÉVI-STRAUSS, C. **A Eficácia Simbólica**. *Antropologia estrutural*. [s.l.]: [s.n.], 1985. p. 201–220. ISBN: 9788575032497 8575032496.

MARTINS, C. R. **Fundamentos da prática: considerações sobre a ética da psicanálise de Freud a Lacan**. - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

MAURANO, D. **Para que serve a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. **A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006a.

- \_\_\_\_\_. **Um estranho no ninho ou a psicanálise na universidade.** In: JORGE, M.A.C. (Org.). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006b.
- MENDES, A. A. **O efeito-equipe e a construção do caso clínico.** Curitiba: Editora CRV, 2015.
- MEZAN, R. **Pesquisa em psicanálise: algumas reflexões.** *Jornal de Psicanálise*, [s.l.], nº Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise, 2006.
- MILLER, J. A. **O método psicanalítico.** *Lacan Elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- MOHR, A. M. **Psicanálise, depressão e a segunda morte às margens do Nilo** *Psychoanalysis, depression and the second death on the Nile Allan.* *Revista da SBPH*, [s.l.], v. 16, nº 2, p. 178–195, 2013. ISSN: 1516-0858.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. **Dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento psicológico nas instituições de saúde.** In: KAMERS, M.; MARCOM, H. H.; MORETTO, M. L. T. (Orgs.). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: EScuta, 2016.
- \_\_\_\_\_. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde.** São Paulo: Zagodoni Editora, 2019.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho; PRISZKULNIK, L. **Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde.** *Tempo psicanalítico*, [s.l.], v. 46, 2014.
- MOURA, M. D. **Psicanálise e Urgência Subjetiva.** *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. ISBN: 85-7309-378-1.
- MOURA, M. D. De. **Um lugar para o sujeito a partir de diferentes práticas discursivas.** In: KAMERS, M.; MARCON, H. H.; MORETTO, M. L. T. (Orgs.).

*Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde.* São Paulo: Escuta, 2016.

NETTO, M. V. R. F. **Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação.** - Universidade do Rio de Janeiro, 2014.

QUINET, A. **4+1 condições de análise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

RINALDI, D. **O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário.** In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Orgs.). *Saber, Verdade e Gozo: Leituras de O seminário, livro 17 de Jaques Lacan.* Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

RIVERA, T. **Arte e psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SAUSSURE, F. De. **Curso de linguística geral.** São Paulo: Cultrix, 2006.

SIQUEIRA, É. de S. E. **A depressão e o desejo na psicanálise TT - The depression and the desire in psychoanalysis.** *Estud. pesquis. psicol. (Impr.),* [s.l.], v. 7, nº 1, p. 68–77, 2007.

SOFOCLES. **Antígona.** Porto Alegre: L&P editores, 1999.

TAVARES DE CARVALHO, R.; AFONSECA PARSONS, H.; (ORGANIZADORES). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado.** *Academia Nacional de Cuidados Paliativos,* [s.l.], p. 1–592, 2012. ISBN: 9789729349225.

TOLSTÓI, L. **A morte de Ivan Ilitch.** Rio de Janeiro: editora 34, 2006.

VIGANÒ, C. **A construção do caso clínico em saúde mental.** *Revista Curinga,* Belo Horizonte, nº 13, 1999.

ZANETTI, C. E.; DUNKER, C. I. L. **Os discursos da construção do caso clínico.** In: LEITE, N. V. de A.; MORAES, M. M.; MÍLAN-RAMOS, J. G. (Orgs.). *O caso entre exceção e transmissão.* Campinas: Mercado das letras, 2018.