

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Claudia Sofia Ferrão Baroni

**Possibilidades da Psicanálise Lacaniana diante da terminalidade:
uma reflexão sobre a clínica da urgência**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**São Paulo
2011**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Claudia Sofia Ferrão Baroni

**Possibilidades da Psicanálise Lacaniana diante da terminalidade:
uma reflexão sobre a clínica da urgência**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção de título de MESTRE em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Profa. Dra. Edna Maria Peters Kahhale.

**São Paulo
2011**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Claudia Sofia Ferrão Baroni

**Possibilidades da Psicanálise Lacaniana diante da terminalidade:
uma reflexão sobre a clínica da urgência**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2011

Aos meus pais, **Guiomar e Lourenço** por toda a herança de amor e valores de vida.

Ao meu marido, **Ronaldo** pelo amor, companheirismo e pela família maravilhosa que construímos juntos.

Aos meus filhos, **Gabriela e Rafael**, por me ensinarem a amar de maneira tão especial.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Edna Peters Kahhale**, pelas contribuições, compreensão e companheirismo durante todo o processo da realização deste trabalho.

Aos professores e colegas do **Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar** por todos os momentos que passamos juntos e pelas trocas de aprendizado.

À **Profa. Dra. Regina Fabrini** e à **Profa. Dra. Maria de Fátima Belancieri** pelas importantes contribuições dadas na banca de qualificação.

À **Maria Josefina Fuentes**, pelas preciosas contribuições teóricas, indicações de bibliografia e escuta dos casos clínicos presentes neste trabalho.

Ao **Dr. Paulo Shiller** e **Dr. Franklin Goldgrub** pelas indicações de bibliografia que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos meus pais **Guiomar** e **Lourenço**, e minha irmã **Ana Clara** por todas as ajudas com meus filhos.

Ao **Ronaldo**, **Gabriela** e **Rafael** pela compreensão diante de todas as ausências.

À minha amiga, **Sandra Rozenblit Tiferes** por todos os empréstimos e sugestões de bibliografia.

Ao **CNPQ** pela bolsa de estudos oferecida para a realização deste trabalho.

“Tempo haverá, tempo haverá
Para moldar um rosto com que enfrentar
Os rostos que encontrares,
Tempo para matar e criar,
E tempo para todos os trabalhos e os dias em que mãos
Sobre teu prato erguem, mas depois deixam cair uma questão;
Para ti, para mim tempo haverá
E para cem indecisões
E um cento de visões e revisões,
Antes de uma torrada e xícara de chá
(...)
E na verdade tempo haverá
Para me interrogar: “Ousarei?” e “Ousarei?”
(...)
Ousarei perturbar o universo?
E haverá tempo em um minuto
Para resoluções e revisões que em um minuto
Terão o seu reverso.”

Canção de amor de J. Alfred Prufrock
(ELIOT, 1992, p.23)

RESUMO

O presente trabalho pretende refletir a respeito das possibilidades do atendimento da psicanálise lacaniana diante da terminalidade na clínica de urgência. A proposta de trabalho foi realizar um estudo teórico, a partir de uma prática clínica lacaniana de 15 anos junto a pessoas vivendo o estado terminal do tratamento oncológico. Objetiva-se apontar os principais operadores lacanianos como inconsciente, desejo e estruturação do sujeito, que auxiliam na escuta analítica da história de pessoas vivendo a finitude somática de forma que elas possam reconstruir as cadeias significantes que as constituem como sujeitos singulares. Para ilustrar esta possibilidade de ampliação dos conceitos lacanianos utilizou-se “vinhetas” de casos clínicos, fruto da prática lacaniana da autora. Para fundamentar este trabalho, em um primeiro momento foram escolhidos, além de Freud e Jaques Lacan com suas obras originais, autores que são referência na formação da psicanálise lacaniana e outros que são psicanalistas lacanianos com prática no atendimento a pessoas com câncer e atendimento hospitalar. Depois foram escolhidos alguns autores que são referência nacional e internacional no estudo sobre a morte e terminalidade, fazendo uma descrição do fenômeno da morte. Coloca-se como fundamental escutar o *porquê* que cada sujeito confere ao seu adoecimento, pois esta explicação lhe atribuirá um sentido subjetivo, possibilitando a construção de uma significação. O inconsciente é atemporal e frente ao aparecimento do Real o tempo passa a ter uma nova dimensão para o sujeito, havendo a precipitação do sujeito do inconsciente. O estreitamento do tempo, pode fazer surgir a demanda por dar um significado à vida que se viveu. O que possibilita que a análise ocorra é o manejo da transferência, nos fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e no desejo do analista e para que isto ocorra não é necessário um *setting* ideal. A urgência pode ser vista como uma oportunidade para um novo posicionamento do sujeito diante de suas questões, fazendo com que construa novas saídas para seus impasses subjetivos. Conclui-se que cabe ao psicanalista que se insere na clínica da urgência estar sustentado pelos conceitos da clínica da demanda que precisará ser apresentada em palavras, pois se refere a uma aposta no sujeito, buscando modificar a situação de urgência onde o sujeito está desprovido de palavras, inserindo-o novamente na cadeia significativa.

Palavras-chave: câncer, clínica da urgência, terminalidade, psicanálise lacaniana.

ABSTRACT

This work intends to reflect on the possibilities of a Lacanian psychoanalysis treatment facing terminality at a Psychological Urgency Attendance. The proposed work was a theoretical study drawn from 15 years of Lacanian clinical practice with cancer terminally ill patients. It aims to identify the main Lacanian operators such as unconscious, desire and structure of the subject, which help in the analytical hearing of the story of people living a somatic finitude so they can rebuild the signifying chains that constitute them as a unique subject. To illustrate the possibility of expansion of Lacanian concepts it was used the "vignettes" of clinical cases, resulted from the Lacanian practice of the author. To support this work, at first, it was chosen, along with Freud and Jacques Lacan and their original works, authors that are reference for Lacanian psychoanalysis formation and Lacanian psychoanalysis and others who have the practice in caring for people with cancer and hospitalization. Then it was chosen some authors who are national and international reference in the study of death and terminality, making a description of the phenomenon of death. It arises as critical, the listening to the reason that each subject gives to the illness, since this explanation will assign a subjective sense, allowing the construction of a meaning. The unconscious is timeless and in front of the Real time is replaced by a new dimension for the individual, with the precipitation of the unconscious subject. Narrowing of time can give rise to a demand for giving a meaning to the life lived. What enables the analysis to occur is the handling of transference, in the grounds of ethical and technical procedures and the analyst's desire and for this to occur it is not necessary a perfect setting. The urgency can be seen as an opportunity for a new position of the subject towards his own questions, enabling him to build new outlets for his subjective troubles. We conclude that it up to the psychoanalyst who falls within the emergency clinic to be sustained by concepts of the demands of the attendance that will need to be presented in words, because it refers to a bet on the subject, seeking to modify the emergency situation where the subject is devoid of words, by entering him again in the signifying chain.

Keywords: cancer, emergency attendance clinic, terminality, lacanian psychoanalysis.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	09
1 A TRAJETÓRIA PARA A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO.....	15
2 CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO LACANIANO.....	18
3 TEMPO E PSICANÁLISE.....	37
4 O QUE É CÂNCER E QUAIS SUAS INCIDÊNCIAS.....	45
5 SOBRE A MORTE E A TERMINALIDADE.....	49
5.1 Morte e Psicanálise.....	49
5.2 Panorama da área de luto e terminalidade no campo da saúde.....	54
6 DIRETRIZES DO ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DO PACIENTE EM PROCESSO DE TERMINALIDADE: A PRÁXIS DA URGÊNCIA.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	91

APRESENTAÇÃO

“Nada há de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação na fala.”

(LACAN, 1998, p.242)

A ideia de realizar um trabalho sobre Psicanálise lacaniana e terminalidade veio a partir da minha experiência voltada ao atendimento psicanalítico de pessoas vivendo a terminalidade no tratamento oncológico, realizada desde 1994. Estes atendimentos aconteceram em consultório, hospitais, clínicas oncológicas e em domicílio.

Nos últimos cinco anos, recebi uma demanda maior de pessoas que não possuem mais a possibilidade de cura, o que, em termos médicos, significa estar sob cuidados paliativos.

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos, colocando ênfase na prevenção do sofrimento:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (OMS, 2002)¹

Apesar dos avanços na área da oncologia, o câncer continua sendo uma doença estigmatizada e carregada de preconceitos, associada a uma sentença de morte, cujo diagnóstico comumente afeta não só quem é acometido, como também toda sua rede familiar e social.

A ruptura da forma habitual de vida, a frustração de sonhos e projetos, o caminho do tratamento – por vezes incerto, doloroso e prolongado – a incerteza e a insegurança de futuro são aspectos que alteram a subjetividade das pessoas, tornando-as fragilizadas e vulneráveis.

¹ Disponível em: <www.praticahospitalar.com.br>. Acesso em: 07 set. 2010.

É comum relatos de medos e fantasias, culpas e questionamentos, revolta e dúvidas, inquietações e desamparo como algumas reações emocionais desencadeadas pelo impacto do adoecimento e processo do tratamento em busca da cura. Tais sentimentos acabam se agravando e se intensificando mais, quando se trata de pessoas que não possuem mais a possibilidade de cura, passando a receber cuidados direcionados ao alívio de sofrimento somatopsíquico.

É a partir da história de cada sujeito, do momento de vida em que se encontra quando recebe o diagnóstico da doença e das próprias questões subjetivas, que se configuram os efeitos singulares do adoecimento e do tratamento. Desta forma, não é possível generalizar sentimentos, nem sofrimentos, nem tampouco uniformizar/homogeneizar formas de tratamento psicanalítico. Cada sujeito tem uma vivência própria e singular de todo esse processo. No entanto, o processo fundante da dimensão psíquica unifica a humanidade, e deste ângulo é possível construir explicações e propostas de atendimento a partir da singularidade de cada pessoa. É desta perspectiva que este trabalho foi desenvolvido.

O que tenho visto nesta clínica tão específica, é uma série de questionamentos relacionados às expectativas de futuro, ao significado e revalorização da vida, à questão da morte, à privação de projetos, alterações e manipulações do corpo, angústia diante da impossibilidade de cura, busca de um significado para a dor somatopsíquica, procura de um significado para a doença, dúvidas nos cuidados com a saúde, com a escolha de profissionais e direção do tratamento (quando possível), busca pela ressignificação da vida, angústia e desamparo diante da possibilidade da morte, alívio por estar próximo do fim de uma vida de sofrimento, entre uma série de outras questões e demandas psíquicas.

O que percebo, na maioria dos casos que foi acompanhada por mim, é que ter uma doença que não possui cura desestabiliza, não só o sujeito, como seus familiares, na medida em que o ser humano não costuma estar preparado para enfrentar a doença, a morte, o imprevisível. Nesta situação, as respostas e explicações que o sujeito sustenta já não são mais suficientes, pois algo ocorreu que desestabilizou suas verdades e certezas. Parece que se configura um momento de crise.

Com relação a isto o sujeito não tem escolha – a finitude corporal e das possibilidades de tratamento oncológico - a mudança já está posta, só existe um

antes e um depois. Em geral, não se está preparado para este encontro com o Real, Real este que do ponto de vista da psicanálise lacaniana é a dimensão daquilo que resiste a toda simbolização, pois ele nos deixa sem palavras e o que surge é um sentimento de angústia.

Este trabalho foi realizado a partir do pressuposto teórico da Psicanálise Lacaniana, entendendo que a psicanálise trabalha com a possibilidade de que cada pessoa constrói formas particulares de respostas aos impasses e sofrimentos da vida.

O tema geral deste estudo é pensar, a partir da perspectiva lacaniana, as possibilidades do atendimento a sujeitos que estão diante da terminalidade. Pensar nas diretrizes do atendimento nesta clínica específica que envolve a doença terminal, em que a morte do sujeito está presentificada, é pensar no Real que se impõe demandando um processo de significações. Processo este desenvolvido dentro de um *setting* variado: em UTI, em enfermarias, em casa, em ambulatório, muitas vezes permeado por interrupções, barulhos, mal estar dos sujeitos, entre outros.

A ferramenta básica utilizada pelo analista neste processo de assistência é a escuta do discurso livre do sujeito.

Os processos psíquicos inconscientes, descritos por Freud desde o início de seu trabalho, apresentam-se “[...] submetidos à dimensão psíquica da linguagem e aos pontos de apoio nos quais esta dimensão se sustenta através da transferência.” (DOR, 1989, p.11).

A análise, então, será construída a partir da análise da transferência onde haverá a investigação do inconsciente por parte do sujeito, confrontando-o com a questão do seu desejo.

Foi através da referência das obras de Freud, que Lacan construiu a articulação entre a linguagem e o inconsciente.

[...] tomando a linguagem como uma estrutura simbólica, tendo como referência o estruturalismo saussureano... a concepção lacaniana de inconsciente está relacionada àquilo que, dessa estrutura simbólica, claudica, é traço de abertura, é fenda, ausência. Quer dizer, há uma insistência do desejo inconsciente em se significar num discurso, ao mesmo tempo em que, nessa insistência, deixa um resto que não se inscreve. (OLIVEIRA, 2000, p.36)

Isso quer dizer que, mesmo quando se busca alcançar uma significação, existe alguma coisa que escapa, que se perde. Não é possível o desejo ser apreendido totalmente pelo significante. É um resto que não se satisfaz, sendo esta uma situação que faz parte da estrutura do ser humano. Oliveira (2000, p.36) continua: “[...] o *Simbólico*, representado pela estrutura da linguagem, deixa escapar algo que não se inscreve, a que Lacan denominou *Real*.”

A partir da situação do adoecimento e da proximidade da morte, o sujeito se defronta com a idéia ilusória que possuía de eternidade e de completude, denunciando a finitude. Depara-se com uma série de impossibilidades, se vê frente ao desamparo e à castração. Como diz Silva (2003, p.14): “[...] a práxis da urgência possibilita que o sujeito tenha um ancoramento significativo e se constitua a partir de certos modos de articulação em sua relação com o tempo.”

Para estruturar este trabalho e permitir contextualizar todo o processo que está por trás da terminalidade, inicia-se com a descrição de alguns operadores psicanalíticos (Inconsciente, desejo e constituição do sujeito) que fornecem as diretrizes do atendimento. Introduce-se um capítulo sobre o tempo e psicanálise, que é seguido pelo capítulo sobre o câncer e suas incidências. Na sequência, o relato e análise do que vem sendo investigado na área de cuidados paliativos em oncologia, de como a área do estudo da morte e terminalidade está sendo construída, e finaliza-se com as possibilidades da psicanálise na terminalidade pensando na clínica da urgência, exemplificada por algumas vinhetas clínicas.

Esses operadores lacanianos irão permitir apreender o processo do sujeito na terminalidade, como possibilidade de construir cadeias de significantes, foco do trabalho do analista que o assiste.

É importante salientar que a via da constituição do sujeito dá-se pela estruturação psíquica expressa na linguagem, no discurso. Assim, compreende-se aqui que cada sujeito possui um discurso singular relacionado à sua própria história. É necessário que o sujeito possa se perceber também como responsável por aquilo que o faz sofrer. Nesse sentido, segundo a psicanálise, existe um pensar que é inconsciente, um pensamento que constitui um saber para o sujeito, mesmo que um saber não sabido. Ou seja, existe um processo inconsciente que configura o sujeito, que organiza suas vivências, que se expressa no discurso, na linguagem. A psicanálise é, então, uma experiência de discurso, onde cada um produz a sua

singularidade. É uma experiência que possibilita a cada sujeito assumir sua responsabilidade frente ao desejo.

Ao se pensar no sujeito que tem o diagnóstico de uma doença grave, este diagnóstico está inserido num contexto muito mais amplo e que é singular a cada um que o recebe, ou seja, relaciona-se com sua história de vida. O inconsciente do sujeito se desenvolve para além do real do sintoma no corpo, imprimindo em seu adoecer as marcas de sua história, diretamente relacionadas ao seu processo subjetivo individual.

De forma geral, o diagnóstico de uma doença crônica desencadeia nos sujeitos sentimentos variados, os quais são individuais e particulares, pois se relacionam às suas próprias cadeias de significantes que são construídas a partir do processo de castração (recalque original) e entrada da lei (significante Nome-do-Pai, substituto do desejo da mãe).

O Complexo de Édipo, terreno onde acontece o Complexo de Castração e cujo desenlace Lacan sintetiza na Metáfora Paterna, é constituído de pelo menos dois momentos: o primeiro quando ocorre a tríade mãe-criança-falo, seguida da entrada do pai simbólico, o Nome-do-pai, que permite metaforizar o desejo materno, a falta no Outro. Quer dizer, o pai simbólico torna legítima a falta no Outro para o *infans*, tornando a razão de seu desejo o falo, o significante do desejo que torna presente a ausência.

A metáfora do Nome-do-Pai é um processo inaugural da evolução psíquica, pois possibilita à criança tornar-se sujeito, ascendendo ao simbólico e institui uma estrutura de divisão psíquica no sujeito. A metáfora paterna é sustentada pelo recalque originário, ou seja, pelo advento do inconsciente. Estes conceitos que são fundamentais para a compreensão da estruturação do sujeito, são aprofundados no decorrer deste trabalho.

Como se pode pensar no atendimento de orientação psicanalítica em hospitais, clínicas, residências? Como se dá esse atendimento a pessoas em processo de terminalidade? Como se coloca a questão do *setting* analítico? Quais são as condições fundamentais para que um processo analítico possa ocorrer inserido na clínica da urgência?

Proponho neste trabalho fazer uma relação entre o momento de terminalidade em que o sujeito se encontra, com a possibilidade da prática psicanalítica da urgência. As urgências subjetivas podem ou não estar relacionadas a urgências objetivas, embora no caso de terminalidade, muitas vezes isto coincida. O que se percebe nesta clínica é um sujeito diante do impossível de suportar e é isto que precisa ser escutado.

Frente ao diagnóstico de câncer, o paciente precisa realizar um trabalho de 'conhecimento subjetivo' que, a partir da elaboração do luto, implica num movimento libidinal que envolve a imagem do corpo, o narcisismo, o ideal de eu, a relação com os outros e o mundo externo. (FRANZEN & ZANINI, 2001, p.131) (tradução nossa)²

Neste sentido, o psicanalista que se insere na clínica da urgência, que se sustenta nos conceitos da clínica da demanda, a qual necessita ser apresentada em palavras, pois refere-se a uma aposta no sujeito, visando alterar o momento de urgência onde o sujeito está desprovido de palavras, inserindo-o novamente na cadeia significante.

² "Frente al diagnóstico de cancer, el paciente necesita realizar un trabajo de 'anoticiamiento subjetivo' que, al modo del trabajo de duelo, implica un movimiento libidinal en donde quedan involucrados la imagen del cuerpo, el narcisismo, el ideal del yo, la relación con los otros y el mundo exterior." (FRAZEN & ZANINI, 2001, p.131)

1 A TRAJETÓRIA PARA A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO

“...o passado, o presente e o futuro são entrelaçados pelo fio do desejo que os une.”

(FREUD, 1908/1988, p.138)

A construção de um trabalho reflexivo teórico a partir de uma experiência clínica de atendimento a sujeitos com doença oncológica, requer decisões e escolhas sobre o caminho a percorrer. Neste relato a seguir reconstruo a trajetória e as decisões tomadas.

Primeiro passo - decisão sobre a temática: clínica da urgência, expressa na terminalidade, a partir da psicanálise lacaniana.

Esta etapa envolveu uma sistematização e escolha de fragmentos da assistência oferecida a pessoas vivendo a terminalidade no tratamento oncológico. Isto foi necessário para avaliar se a prática apontava e/ou demandava uma reflexão teórica, que ampliasse as possibilidades da escuta lacaniana.

No decorrer do trabalho foram utilizadas algumas vinhetas de casos clínicos atendidos por mim ao longo destes 15 anos, com diferentes diagnósticos, diferentes idades, mas que em comum apresentavam o diagnóstico de câncer sem possibilidade de cura e em fase terminal. Na apresentação de todas as vinhetas³ foram utilizados nomes fictícios, e foram descritos pequenos fragmentos dos atendimentos que tiveram como objetivo ilustrar alguns conceitos psicanalíticos e demonstrar como o atendimento foi sendo construído, apontando sobre as possibilidades de ampliação das diretrizes da assistência da psicanálise lacaniana.

Segundo passo – levantamento da produção em psicanálise sobre terminalidade.

Iniciou-se esta tarefa entrevistando especialistas na área, para indicação das obras de Freud e Lacan fundamentais para consulta e análise da pertinência do tema. Entrevistou-se dois psicanalistas com orientação lacaniana, Dr. Paulo Schiller

³ Vale salientar que este estudo não se configura como relatos de caso ou estudos clínicos como é acordado na área. Os fragmentos são ilustrações do conceito em discussão. Por esta razão não se fez necessário um parecer da Comissão de Ética em pesquisa. (nota da autora).

e Dr. Franklin Goldgrub, que dominam tanto as obras freudianas quanto lacanianas, e, no caso do Dr. Paulo Schiller, ele também tem experiência clínica no atendimento a pessoas com diagnóstico oncológico.

Os dois foram unânimes ao dizer que desconhecem na obra lacianiana referência à terminalidade. Com relação às obras freudianas houve a indicação de algumas referências.

Terceiro passo – levantamento e decisão sobre quais autores que se constituíram as referências básicas para a construção teórica pretendida neste trabalho.

Foram utilizados como referência teórica deste trabalho, Freud e Lacan, além de alguns estudiosos psicanalistas com orientação lacianiana, com experiência clínica no atendimento oncológico e que se dedicaram à temática da morte e terminalidade como Schiller (1991/2000), Negro (2008), Bentosela e Jalife (2000), Frazen & Zanini (2001).

No que se refere às definições de alguns conceitos lacianianos, por serem de grande complexidade e muitas vezes de difícil compreensão, foram escolhidos como referência, além do próprio Lacan (1944 a 1964), alguns autores psicanalistas lacianianos que apresentam uma linguagem mais acessível para a compreensão da teoria. Estes autores não foram definidos anteriormente e sim ao longo do trabalho. Além disso, considerando as condições de tempo para a conclusão do trabalho, optou-se por trabalhar autores que são referência em psicanálise lacianiana e não só utilizar as obras originais de Lacan que implicariam num maior tempo de estudo devido à sua complexidade. Os autores são: Dor (1989), Elia (2007), Fink (1998), Fuentes (1999), Goldbrug (2008), Jorge (2000), Maurano (2006), Moretto (2001), Novaes (2005), Oliveira (2000) e Quinet (2000; 2002).

Quarto passo – mapeamento da temática da morte e terminalidade na literatura científica.

Neste momento foram escolhidos autores que são referência nacional e internacional como Kübler-Ross (1992), Bromberg (2000), Kóvacs (2003) e Jann (1998). A intenção foi descrever o fenômeno da morte e terminalidade, situando o leitor a respeito do que já foi estudado, e qual é a visão psicanalítica deste

fenômeno, visão esta que é compartilhada por mim e, portanto foi sendo pontuada no decorrer deste capítulo.

Quinto passo – contextualização do câncer.

Foi necessário escrever a respeito do que é o câncer e suas incidências com o objetivo de situar o leitor sobre qual Real estamos falando, o Real que se impõe na vida dos sujeitos e em questão neste trabalho, procurando fazer uma reflexão sobre o câncer e seus efeitos nos sujeitos.

Sexto passo – escolha dos conceitos, operadores na clínica da urgência.

Esta decisão foi tomada após uma primeira leitura das obras selecionadas e uma primeira confrontação com os fragmentos dos casos clínicos. Desta forma, os conceitos lacanianos escolhidos: constituição do sujeito, inconsciente e desejo, que servirão de embasamento teórico tanto para a interpretação das vinhetas quanto para as diretrizes do atendimento psicanalítico, são decorrentes de um *recorte* da teoria, pois com certeza esta clínica traz uma série de desdobramentos importantes como a questão do gozo e do Real, mas que não serão tratados no presente trabalho.

Não dá para falar de terminalidade sem se reportar e refletir sobre a questão da transitoriedade para Freud e o tempo lógico para Lacan. Acreditando que a questão do tempo possui efeitos importantes no processo psíquico dos sujeitos, há um capítulo dedicado a esta temática.

Sétimo passo – análise do material colhido e organização da proposta de diretrizes do atendimento na clínica da urgência.

É importante ressaltar, que foi a partir da prática clínica, da escuta destes sujeitos que foi possível levantar essas questões para reflexão, configurando-se uma demanda para que houvesse uma formalização da prática clínica.

Para finalizar, é relevante lembrar que este relato da trajetória percorrida é uma sistematização do processo que, como todo processo, tem suas idas e vindas e muitos passos foram retomados ao longo da execução do trabalho.

2 CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO LACANIANO

“Logo que o próprio sujeito chega a ser, ele deve a um certo não-ser sobre o qual ele ergue seu ser.”

(LACAN, 1954-55, p.242)

Neste capítulo serão descritos alguns operadores da psicanálise lacaniana que são constituintes do sujeito e que são fundamentais para a compreensão do sujeito que se depara com o diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura, defrontando-se com a proximidade da morte. Foram escolhidos os conceitos fundamentais que deram subsídios para a compreensão do recorte teórico proposto neste trabalho.

O bebê é falado antes mesmo de sua concepção e nascimento, a partir do desejo de seus pais. Estes constroem para ele um projeto sobre sua existência, seu sexo, seu nome, o que será quando crescer. O bebê existe simbolicamente no discurso dos pais e dos familiares mesmo antes de existir fisicamente, que será o contexto e a base para se constituir como sujeito quando nascer.

Fink (1988), considera que nascemos em um mundo de discurso que existe anteriormente ao nosso nascimento e que perdurará depois de nossa morte. Antes do nascimento há um lugar que já está determinado no universo linguístico dos pais.

As palavras que usam para falar da criança têm sido usadas, com frequência (*sic*), por décadas, se não séculos e, geralmente, os pais nem as definiram, apesar dos muitos anos de uso. Essas palavras lhe são conferidas por séculos de tradição: elas constituem o Outro da linguagem, como Lacan chama em francês (*l'Autre du langage*). (FINK, 1998, p.21)

Ao nascer, o bebê depende física e psiquicamente daquele que dele cuida (função exercida geralmente pela mãe), e este nasce na condição de objeto e não de sujeito. É um Outro quem, a partir de sua própria subjetividade, mostra ao bebê o mundo exterior, seu corpo, nomeando-o e tornando-o existente. O recém-nascido é assim – extensão do corpo do Outro – de um Outro, na medida em que demanda nomeação e sentido ao que é somático, respondendo ao que o Outro espera dele.

São os olhares e as nomeações impressas pelo Outro que vão determinando a construção de seu corpo.

O corpo é aqui entendido não somente como organismo, mas sim como sendo o organismo humano acoplado a uma inscrição simbólica e imaginária. Desta maneira, as necessidades do corpo, que inicialmente eram apenas estruturas biológicas vão sendo progressivamente nomeados, iniciando-se a inscrição simbólica.

Moretto (2001), vai dizer que o ser humano é um ser de linguagem, sendo a sobrevivência algo que não se define apenas pela satisfação das necessidades. O ser humano está inserido na linguagem e dela depende: “[...] ele não pode decidir não ser um ser de linguagem, ainda que possa decidir não falar.” (MORETTO, 2001, p.44).

Começa a construção de um ser que vai se desenvolvendo através da expectativa presente no discurso dos pais. Por que este ser responde a estas expectativas? Responde para ser amado. Neste momento, o bebê e a mãe são imaginariamente um só, sendo ele supostamente o único objeto de amor da mãe. Então, ao nascer, o bebê emerge em dois universos simbólicos: um mais geral, caracterizado pelo momento histórico, pelo local de nascimento e por uma cultura específica, e um outro universo que é único e específico e que se relaciona ao desejo existente nas duas linhagens familiares (materna e paterna).

O recém-nascido emerge no universo simbólico de linguagem que possui ditos, falas, lacunas, que veiculam o desejo inconsciente.

Para cada criança existe um projeto fantasiado e esperado pelos pais, o qual vai sendo percebido e conhecido por ela após seu nascimento. Uma parte estará presente no discurso dos pais e de seus familiares, e outra se localiza nas lacunas do discurso familiar. Estas lacunas originam-se das partes do discurso que foram omitidas conscientemente ou de fatos não sabidos que dependem do inconsciente dos pais.

Segundo a Psicanálise há um pensar que é inconsciente, pensar este que se caracteriza como um saber para o sujeito, apesar de não sabido. Isto quer dizer que existe um processo inconsciente que configura o sujeito e que se expressa no discurso, na linguagem.

Foi em 1953 que Lacan propôs os três registros que fazem parte do ser humano: o imaginário, o simbólico e o real. O imaginário é representado por um conjunto de imagens ideais que norteiam o desenvolvimento da personalidade e a relação com seu ambiente. Está colocado na dimensão do “eu”, caracterizando-se por ser o campo do sentido e da representação.

O simbólico se caracterizará por ser um conjunto de significantes que determina os lugares que cada um terá na vida social. É o que possibilita ao humano ser subvertido pela linguagem, o que configura a maneira pela qual ocorre o seu vínculo social.

E finalmente o Real, é o que não pode ser representado por um significante nem por uma imagem. O Real é o impossível lógico, é o que volta sempre ao mesmo lugar, o que não anda e que não cessa de se repetir. Não há possibilidade e nem esperança de alcançar o Real pela representação, é a dimensão daquilo que resiste a toda simbolização.

Lacan (1964) propôs que o Real está vinculado à repetição, isto quer dizer que na procura de um sentido para o que falta, para o que não encontra satisfação e que a cadeia de significantes busca achar, ocorre uma falta de significação, a repetição é sempre repetição dessa falta de significação. O Real é o que escapa à realidade, o que não se inscreve pelo simbólico.

Esse resto, o real que escapa às redes do simbólico, permanecendo aquém da demanda, é o que infinitiza, ao torná-la sempre insatisfatória, pois o Outro não pode responder completamente à demanda. A falta, portanto, que se impõe de entrada na alienação ao Outro do significante, diz respeito ao fato de o sujeito não poder ser representado totalmente nesse campo – ele já nasce alienado, ex-sistindo fora de si, no Outro de significante, que não o recobre por completo. Como produto, sobra um resto inarticulável que Lacan chamou de objeto *a* e que, ao nível da satisfação da necessidade, denota a falta real que se coloca para o ser humano diante da impossibilidade da satisfação universal. (FUENTES, 1999, p.96-7)

Desta maneira estes três registros fazem parte do sujeito e estão articulados entre si.

Antes do nascimento do bebê há um discurso sobre ele, ou seja, há um campo de linguagem que pré-existe a ele e que tem origem no Outro. Este Outro ao satisfazer as necessidades apresentadas, introduz algo mais que vai dar origem à

tensão e ao deslocamento da pulsão, tendo como consequência o surgimento da demanda por esse algo a mais que não mais se satisfaz na necessidade.

Segundo Fink (1998), o inconsciente é uma cadeia de significantes, tais como palavras, fonemas e letras, que se comporta com leis específicas e que o “eu” não tem nenhum controle. O inconsciente é inassimilável, é estranho, é em si Outro. O inconsciente está repleto de desejos que foram captados pelo sujeito através das relações primárias e identificações. É através do discurso que os desejos dos outros são tomados pelo sujeito, então o inconsciente é o discurso do Outro, é constituído por desejos, objetivos e fantasias dos outros.

É importante salientar que Lacan se utilizou de dois pronomes franceses *Je* e *moi* para se referir ao *Eu*, conferindo ao *Je* o estatuto de sujeito do inconsciente, sujeito da subjetividade desejante, e ao *moi*, uma instância sintomática e alienante, o Eu como função imaginária.

São os significantes do Outro que caracterizarão um lugar para esse bebê em seu desejo (do Outro), a partir de seu discurso. Nesse sentido, Lacan diz que o “inconsciente é o discurso do Outro” (1960, p.829). Isto quer dizer, que o que se manifesta nos chistes, lapsos e sonhos é esse outro discurso ao qual o sujeito se implicou.

Desta maneira, o inconsciente é repleto de desejos de outras pessoas como por exemplo o desejo dos pais para que o sujeito siga uma determinada profissão, dos avós para que trabalhe em determinado lugar, entre outros. Neste contexto, há um desejo que o sujeito considera ser seu e há outro que o sujeito luta contra, mas não consegue se livrar dele, tendo a sensação que não lhe pertence.

O inconsciente não é algo que se conhece, mas algo que é sabido. O inconsciente é sabido sem o saber da ‘pessoa’ em questão: não é algo que se aprende ‘ativamente’, conscientemente, mas ao contrário, algo que é registrado ‘passivamente’, inscrito ou contado. E esse saber desconhecido faz parte da conexão entre significantes, ele consiste nessa mesma conexão. Esse tipo de saber não tem sujeito, nem precisa de um. (FINK, 1998, p.42).

Neste processo de funcionamento do inconsciente, como apontado anteriormente, é desencadeado pelo desejo do Outro.

É importante salientar que Lacan faz uma releitura de Freud e coloca que quando ocorre o recalque, uma palavra ou parte dela *cai*. Esta palavra não é

inacessível ao consciente e pode até ser usada coloquialmente no dia a dia do sujeito. Ocorre que, por ter sido recalcada, ela começa a ter um novo funcionamento, vinculando-se a outros elementos recalcados (FINK, 1998).

As palavras que utilizamos com a intenção de designar algo só constroem um sentido se estiverem articuladas entre si. Estas palavras recebem o nome de significantes. Como diz Schiller (1991, p.42): “O designado é o assim chamado significado. Significante/significado resultam na significação”. É na relação entre os significantes que se origina o sentido. A cadeia de significantes tem como característica ser descontínua e é em seus intervalos que se dá a gênese do sujeito do inconsciente.

Portanto, não há uma relação de complementaridade intrínseca entre significado e significante, na qual o significante viria para expressar o significado a ele anterior, mas a primazia do significante faz do significado um efeito, uma pontuação restrita às articulações próprias do significante, que se estabelece por oposição aos demais significantes de uma cadeia. (FUENTES, 1999, p.92-3)

As cadeias de significantes que vão estruturando o inconsciente expressam-se de maneiras variadas. Lacan ([1953]/1998) afirma que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, linguagem esta que apresenta significantes articulados entre si com suas regras específicas: metáfora e metonímia. A metáfora é a substituição de um significante por outro significante. Na metonímia há uma transferência de denominação, através do qual um objeto é designado por um termo distinto daquele que lhe é comumente chamado (ex: beber um copo). Ocorrem os mesmos tipos de relação entre os elementos inconscientes que existem e os elementos constituintes de qualquer linguagem. O inconsciente então é um saber que não pode ser apreendido de forma direta. Manifesta-se como sendo algo que vai além do querer do sujeito, revelando uma verdade não sabida, uma verdade inconsciente, própria de cada sujeito singular.

Moretto (2001, p.45) aponta: “A mãe, como ser falante, está submetida à mesma ordem simbólica, e a criança recebe a incidência da linguagem porque esta lhe é trazida de fora pela mãe.” É ela quem traduz suas necessidades, ela lhe diz o que precisa e nomeia quem ela é - ela diz: *você é fulano de tal*. Desta maneira, Lacan entende que a mãe primeiramente ocupa o lugar do código, inserindo a criança no mundo simbólico.

Neste sentido, as funções orgânicas de um sujeito terão as marcas do Outro. As partes do corpo do bebê são olhadas, nomeadas, isto é, *erotizadas*. Um organismo ou função orgânica que é marcado pelo discurso sofre os efeitos da demanda e de desejo aos quais é submetido. Desta forma, a história simbólica do sujeito determina efeitos de materialidade no corpo.

O bebê humano, para ter acesso ao objeto que sacie sua necessidade, terá que pedi-lo àquele que esteja em função materna, um primeiro Outro que decodificará seu grito, de modo que a necessidade biológica se transforma, ao passar pelo Outro da linguagem, em demanda já articulada em significantes. (FUENTES, 1999, p.95)

O que chega ao bebê a partir do Outro materno é uma série de marcas simbólicas, denominadas significantes, que irão transformar o bebê em sujeito. (ELIA, 2007).

Então, inicialmente este ser está assujeitado à demanda do Outro, o qual lhe emite sentidos, todos os seus instrumentos estão no campo do Outro. Ou seja, o ser é indeterminável e indeterminado pelo campo do Outro. O *infans* ocupa com seu corpo o vazio do Outro e é desse lugar que o bebê se faz ver e ouvir. A criança se situa então a partir da consciência que o Outro lhe dá, fazendo-se ver pela mãe e tentando obturar a falta que a institui. Neste momento a criança tenta responder à questão: *O que o Outro quer de mim?* – e supõe para si um lugar, recobre a falta de significação que a inaugura, ou seja, coloca-se no lugar do que falta ao Outro.

O nascimento de um bebê é marcado por um primeiro momento em que existem duas pessoas e a relação entre elas. O *infans* é identificado ao objeto de desejo da mãe, havendo uma equivalência entre bebê e falo. O falo é aqui entendido como o que representa imaginariamente o que falta à mãe, e que sendo hipoteticamente alcançado a completaria. “Não só ele é aquilo que a mãe deseja, como também deseja ser objeto do desejo da mãe, ou seja, seu desejo é o desejo do outro [...]” (MORETTO, 2001, p.43).

Elia (2007) nos ajuda a definir o conceito de falo quando coloca que foi a partir do texto “A organização genital infantil – uma interpolação à teoria da sexualidade”, escrito por Freud em 1923 que foi descrito o conceito de primado do falo.

A grande virtude da leitura lacaniana é justamente, aqui, a de situar o falo não como um órgão do corpo (o pênis como órgão material), não como um mero objeto imaginário (condição que o falo pode assumir, mas que não é sua condição primordial), nem mesmo como uma fantasia, mas como significante, como operador simbólico que permite ao sujeito situar-se quanto ao seu desejo, porque permite ao sujeito se fazer representar em face daquilo que, enquanto tal, não tem representação no inconsciente: a diferença sexual, o sexo. (ELIA, 2007, p.66)

Isto quer dizer, que o falo não é o pênis imaginariamente atribuído à mulher sob a forma da mãe fálica, mas, o pai só é o terceiro elemento no complexo de Édipo porque lhe é atribuído o falo como elemento significante. Então, o objeto fálico é um elemento significante, que ilusoriamente daria a vivência de completude, de satisfação do desejo.

[...] Lacan caracteriza o desejo materno pela busca de um objeto absoluto que preencha uma falta no nível do ser. Este é o lugar que o bebê viria a ocupar. O estágio do espelho mostraria a culminação do primeiro avatar do desejo na forma de uma identidade fálica. O sujeito é o falo, ou seja, aquele que preenche uma falta constitutiva. A intervenção do terceiro, na forma da linguagem, que representa a lei, efetua a separação dos protagonistas da relação fálica, extinguindo a complementaridade. (GOLDGRUB, 2008, p.368)

É a dependência de amor que o faz desejar ser objeto de desejo da mãe. Desta forma, neste primeiro tempo, o bebê acredita ser o falo, crê que completa imaginariamente a mãe. Esta relação, que é dupla, só poderá ser quebrada se a mãe se interessar por algo que vá além dele, como por exemplo, o marido, o trabalho, entre outros interesses.

Para compreender este processo será descrito a seguir o “estádio do espelho”, fenômeno que Lacan (1953-1954) formula no início de seu ensino usando-se da metáfora do espelho plano, num primeiro momento, relacionando-o à modificação que ocorre quando a criança assume uma imagem no espelho através da relação especular que estabelece com o Outro materno e que lhe dá sustentação para tal operação.

O esquema mental não é um dado natural, mas sim é um Outro que antecipa para o *infans*. O estágio do espelho, então, caracteriza-se por ser o período de constituição onde o *infans*, que ainda se encontra impotente e imaturo motoramente, antecipa de maneira imaginária, a introjeção e o domínio de sua unidade corporal a partir de uma identificação à imagem do Outro como forma total. Quando a criança

se olha no espelho, ela se vê vista pelo semelhante e é esta imagem que vai propiciar a constituição de sua própria imagem.

O que ocorre neste processo é uma identificação imaginária, na qual o *infans* se reconhece através dessa imagem virtual produzida no espelho, mas que não é ele enquanto tal.

É esta identificação fundamental da criança com esta imagem que irá possibilitar a estruturação do “Eu”, pois a criança passa a experimentar seu corpo como uma totalidade e não mais esfacelado (indiferenciado entre o seu corpo e de sua mãe) como era anteriormente. Esta percepção da imagem do corpo vem junto do consentimento do outro que a percebe como verdadeira. Esta imagem do corpo é fundamental para a estruturação da identidade do sujeito, pois a partir dela executa sua identificação primordial.

Basta compreender o estágio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem – cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*. (LACAN, 1998, p.97)

Desta forma, a fase do espelho simboliza a “pré-formação” do “Eu”, que é definido por Lacan como sendo imaginário, quando ocorre, então, a conquista de sua identidade, desenhando um primeiro esboço de sua subjetividade.

O eu é, então, desde sempre, a sede das resistências ao pulsional e ao desejo e a ilusão de totalidade que ele configura estará a partir daí em constante confronto com a parcialidade da pulsão. Aí reside a alienação fundadora do eu, que, para se constituir, se vale de uma imagem que, no fundo, não é ele mesmo, mas um outro: *o eu é um outro* [...] (JORGE, 2000, p.45) (grifo do autor).

Então, a imagem virtual, que não existe realmente (pois ao retirar-se o espelho ela desaparece) tem como função para a criança a primeira identificação de um si mesmo. O *infans* se aliena nesta imagem, fazendo deste Eu a sede do desconhecimento. O Eu que se trata aqui é o Eu do desconhecimento, do imaginário, e não o Eu cartesiano que tem o lugar no saber e no pensar, centrado na relação percepção – consciência.

É através do olhar do Outro que a criança se constitui. Para que haja essa precipitação é preciso que exista uma matriz simbólica (é o desejo da mãe, é a castração da mãe que confere ao filho o lugar privilegiado de falo). A questão não é

apenas se olhar no espelho, mas é sim se olhar num espelho no qual esta imagem é sustentada pelo olhar do Outro (significa o primeiro Outro simbólico que, em geral, é representado pela mãe). Neste olhar se antecipa o que o *infans* gostaria de ter: integração, domínio, coordenação motora, entre outras coisas. E o que desejaria ser, o falo imaginário que completaria a mãe.

Lacan (1966) entende o *eu ideal* como aspiração, o que se quer ser, ser um Eu que nunca se é completamente, mas que o caracteriza. Quer ser a imagem de quem lhe confere a imagem especular que está relacionada à maneira que a criança quer ser olhada, reconhecida. Já o *ideal de eu* é concebido como o modelo, o Outro como ponto de referência, a partir do qual se pode reconhecer como capaz de ser amado, um lugar simbólico a partir do qual o *infans* constitui sua dimensão imaginária.

Então, é no estágio do espelho que o *eu ideal* se constitui, traduzindo um narcisismo primário, uma dimensão imaginária, limitada e idealizada, que tem relação com o narcisismo parental e que dá ao sujeito uma sensação de onipotência. Desta maneira, o Eu viria em consequência dos investimentos narcísicos dos pais sobre a criança. O resultado desses investimentos na imagem do *infans* é que ele se identifica com ela, passando a também produzir um investimento. Ou seja, este investimento possibilita à criança amar-se a si mesma numa dimensão narcísica.

Além de seu narcisismo, os pais também projetam suas exigências, esperanças, aspirações, idealizações e expectativas, e a partir delas irá se constituir o *ideal de eu*, que se traduzirá num Eu comprometido em ter de fazer, ser e realizar certas demandas para ser reconhecido e amado.

Ao mesmo tempo em que o ideal do eu é um ponto de alteridade a partir do qual o sujeito se constitui na sua singularidade, como sujeito do significante, o eu ideal é a imagem da qual o sujeito vai se servir para que se constitua tanto sua imagem corporal quanto a realidade – já que essa imagem será o paradigma de todas as formas de semelhança que vai aplicar aos objetos. Esta é a grande tese defendida por Lacan em seu escrito 'O estágio de espelho como formador da função do eu', onde nos fala de uma identificação que compreende uma transformação no sujeito quando ele assume uma imagem. (NOVAES, 2005, p.44)

A criança ao passar pelo momento identificatório do estágio do espelho, ainda encontra-se numa relação de indistinção com a mãe, quando o *infans* busca

identificar-se com o que acredita ser o objeto de seu (mãe) desejo. Neste momento configura-se o primeiro tempo do complexo de Édipo.

O *infans* se coloca como objeto do que se pensa faltar à mãe. A criança identifica-se com o objeto do desejo do outro, apresentando seu desejo assujeitado ao desejo da mãe: “Em resumo, a identificação com o objeto fálico que elude a mediação da castração convoca-a melhor ainda no terreno de uma oscilação dialética entre ser ou não ser o falo.” (DOR, 1989, p.81).

Inicia-se então o segundo momento do complexo de Édipo, momento em que a criança entra no registro da castração a partir da entrada da função paterna.

A metáfora paterna terá uma função fundamental de privação na relação da mãe, criança e falo. A criança vivencia este momento com frustração. A entrada paterna na relação da mãe, do *infans* e do falo se apresenta de três maneiras: a interdição, a frustração e a privação. Ou seja, tanto na criança como no adulto a experiência da falta do objeto desejado é vivenciada destas três formas. Mesmo que o que esteja em jogo nos três aspectos seja a falta de objeto, sua origem é distinta. Isso acontece também com o objeto.

A frustração é o âmbito por excelência de reivindicação, com a ressalva de que neste caso nenhuma possibilidade de satisfação pode ser encontrada. Com efeito, na frustração, a falta é um dano imaginário. Em contrapartida, o objeto da frustração, por sua vez, é totalmente real. O pênis constitui o protótipo de tal objeto, e é justamente sob a forma de frustração que a menina vive sua ausência. Num sentido mais geral, a criança vive a ausência de pênis na mãe como uma frustração. (DOR, 1989, p.83)

Na privação, a falta é real, mas o objeto da privação é um objeto simbólico.

E finalmente na castração, a falta é simbólica, na medida em que ela remete à interdição do incesto, que é a referência simbólica por excelência. Por esta razão é que a função paterna determina para o *infans*, seu acesso ao simbólico e o objeto faltante é imaginário.

Pode-se dizer então que a castração é falta simbólica de um objeto imaginário, a frustração é a falta imaginária de um objeto real e a privação é a falta real de um objeto simbólico.

Retomando, o segundo momento do complexo de Édipo tem seu início na entrada da função paterna na relação mãe-criança. A criança vive esta entrada do

pai como uma interdição (o pai também tem uma relação com a mãe), sendo uma frustração para o *infans* (falta imaginária de um objeto real, a mãe no lugar de objeto de necessidade para o *infans*). Neste momento, a criança passa a interrogar sua identificação fálica e concomitantemente *abre mão* de ser o objeto de desejo da mãe. O que ocorre do lado materno com a entrada paterna, é a entrada de um pai que a priva do falo que ela supõe ter através do *infans* identificado com o objeto de seu desejo.

O pai surge como um “outro” no relacionamento mãe-criança, sendo a causa na labilidade da criança na dialética do ser, sob a dupla relação da frustração e da privação. O pai aparece no mundo subjetivo do *infans* como um objeto fálico possível a partir do qual a criança pode imaginar rivalizar (rivalidade imaginária) com a mãe.

O objeto fálico se desloca, levando a criança a encontrar a lei do pai. O *infans* se depara com esta lei na medida em que percebe que sua mãe “depende dela ao nível da satisfação que pode proporcionar às demandas da criança. Em outras palavras, o endereçamento do desejo da criança interpela inevitavelmente a lei do outro através da mãe.” (DOR, 1989, p.85).

O que ocorre aqui é a descoberta por parte da criança de que o desejo de cada sujeito está submetido ao desejo do outro. A criança percebe que o desejo da mãe está submetido à lei do desejo do outro, isto significa então que o próprio desejo da criança depende

[...] de um objeto que outro (o pai) é suposto ter ou não ter. A dialética do ter (ter o falo ou não), que a criança descobre como o que polariza desde então a problemática do desejo da mãe, faz-se, portanto, eco da dialética do ser que governa então a vivência de seu próprio desejo. (DOR, 1989, p.86)

Assim, no segundo tempo do Complexo de Édipo a criança simboliza a lei, deparando-se com a questão da castração. A mãe ao reconhecer o pai como aquele que lhe dita a lei, faz com que a criança coloque o pai no lugar de quem possui o falo.

Desta forma, o pai real que se configura como aquele que é a lei, passa a ter para a criança uma nova representação, pois ela acredita que ele possui o objeto que a mãe deseja, passando a ocupar o lugar de *pai simbólico*. A mãe ao mesmo tempo endossa para a criança este lugar simbólico do pai, pois reconhece o pai

como mobilizador de seu desejo. “Neste ponto, a criança é levada a determinar-se em relação a esta função significativa do Pai, que é, exatamente, o significado simbólico Nome-do-Pai.” (DOR, 1989, p.87).

Aqui ocorre então o *complexo de castração*, a partir da função paterna a criança percebe não ser nem ter o falo, como sua mãe, “dando-se conta de que ela o deseja lá onde ele é suposto estar e onde torna-se, então, possível tê-lo.” (DOR, 1989, p.87).

Inicia-se então o terceiro momento que se caracteriza pelo declínio do complexo de Édipo. A criança vê o pai como aquele que possui o falo, e não mais como aquele que o é, colocando o falo como objeto de desejo da mãe e não mais somente como objeto do qual o pai pode privá-la. Este momento é marcado pela simbolização da lei.

[...] na medida em que há o falo, o pai não é mais aquele que priva a mãe do objeto de seu desejo. Ao contrário, porque ele é detentor suposto do falo, ele o reinstaura no único lugar em que ele pode ser desejado pela mãe. A criança, tal como a mãe, encontra-se, então, inscrita na dialética do ter: a mãe que não tem o falo pode desejá-lo naquele que o detém: a criança, igualmente desprovida, poderá também cobiçá-lo lá onde ele se encontra. (DOR, 1989, p.88)

A partir deste momento, iniciam-se as identificações que se inscrevem de maneira distinta nos diferentes sexos. O menino que *abre mão* de ser o falo da mãe, identifica-se com o pai que supostamente possui o falo. A menina que também renuncia ao lugar de objeto de desejo materno defronta-se com a dialética do ter através do não ter, ou seja, identifica-se com a mãe, na medida em que como ela (mãe), ela (criança) sabe onde se encontra o falo, próximo ao pai.

É exatamente nesse lugar fálico que um filho é esperado por uma mulher, a partir do seu desejo, possibilitando a identificação da criança com a imagem fálica desejada pela mãe, satisfazendo-se com o que seria a perfeição do *eu ideal*. Ocorre que a ideia que o sujeito apreende do Outro simbólico, detém o sujeito numa identificação primeira com o traço unário, traço este que o sujeito recebe do significante e que o aliena no momento onde ele se vê como amável e desejável, isto é, o *Ideal de eu*.

Ou seja, Lacan insiste nessa diferenciação, para destacar a defasagem existente entre aquilo que é puramente imaginário, o eu ideal, o lugar do sujeito uma vez identificado ao significante, que tem um suporte simbólico. Isto é, marca-se, assim, a distância entre a posição do sujeito enquanto um ideal deste eu – I(A) – e a satisfação almejada do eu ideal – i(a) -, que é mediada pela ordem simbólica que preexiste ao sujeito. (FUENTES, 1999, p.98-9)

É importante ressaltar, que independente do sexo da criança o reposicionamento do falo de ser para ter, é fundamental para a estruturação do *infans*, na medida em que quando o pai supostamente o detém, ele passa a ter preferência junto à mãe, que volta seu olhar para ele. Aqui se dá o processo da metáfora paterna e ocorre o recalque originário: “Esta metaforização não é outra senão o ato mesmo da simbolização primordial da Lei, que se efetua na *substituição do significante fálico pelo significante Nome-do-Pai.*” (DOR, 1999, p.90) (grifo do autor).

A criança passa a posicionar-se como sujeito, e não mais somente como objeto do desejo do Outro. Com o surgimento desse sujeito ocorre sua entrada na linguagem, na qual a criança busca simbolizar sua renúncia ao objeto perdido. Isto só ocorre se estiver fundada no *recalque do significante fálico*, chamado também de significante do desejo da mãe: “Coloquemos tal significante (S1) como aquele que irá governar a rede ulterior de toda a cadeia de significantes” (DOR, 1989, p.91).

O sujeito então é produto da linguagem e aparelho de gozo. Pode-se dizer que o gozo, diferentemente do prazer que está vinculado à homeostase, está associado ao mais além do prazer, ao que não foi simbolizado. O gozo é a ideia de uma satisfação plena do desejo, embora não seja possível, como já vimos anteriormente, a satisfação absoluta. Quando o desejo é realizado, a busca pela satisfação volta a aparecer, constituindo um processo sem fim, ou seja, é a repetição. Neste sentido, não há satisfação absoluta do desejo (gozo), o sujeito encontra-se constantemente atrás de alguma coisa que falta (relacionado à castração).

É então o significante Nome-do-pai que dá início à alienação do desejo na linguagem. O desejo da criança passa a se aproximar de objetos substitutivos do objeto perdido, que irão se constituir na sua estruturação particular, própria do inconsciente, constituindo as cadeias de significantes expressas por meio de metáforas e metonímias:

Com efeito, pode-se dizer que, de um objeto a outro, o desejo remete sempre a uma seqüência (*sic*) indefinida de substitutos e, ao mesmo tempo, a uma seqüência (*sic*) indefinida de significantes que simbolizam esses objetos substitutivos, persistindo assim em designar, à revelia do sujeito, seu desejo original. (DOR, 1989, p.94)

Lacan (1958/2002), a partir de uma maior elaboração do conceito de desejo, demonstrou que o desejo apenas pode aparecer em relação ao Outro. O desejo se caracteriza por ser o desejo de outra coisa e algo apenas se torna desejável quando é objeto de desejo do Outro. O desejo se configura como a manifestação de um vazio.

O desejo é um processo contínuo, pois aparece sempre como insatisfeito. Quando se alcança aquilo que se acreditava querer, não se quer mais, ou não satisfaz mais, surgindo um novo desejo.

É a partir da constituição do sujeito, da instalação da falta, que surge o desejo. A criança vai em busca da satisfação que vivenciou no momento de simbiose inicial com o agente materno, quando vivenciou a ilusão de completude.

Mohallem e Souza (2000) explicam que a questão do desejo só pode ser pensada tomando como diretrizes as primeiras vivências de satisfação da criança, onde Freud pontua a origem do processo do desejo.

A primeira vivência de satisfação do bebê se dá no registro orgânico, da necessidade, ou seja, é satisfação de uma demanda orgânica. Por exemplo, quando o bebê tem fome (necessidade e tensão), sua mãe o amamenta (satisfação) oferecendo alívio e prazer.

Ocorre que nesta primeira experiência de satisfação, mesmo que tenha se dado no registro orgânico, é impressa uma marca no aparelho psíquico, que é um traço mnésico da imagem e da percepção do objeto que ofereceu satisfação, diminuição de tensão e bem estar. É após esta inscrição, que cada demanda de necessidade que surgir estará acoplada a esse traço mnésico deixado pela primeira vivência de satisfação: “Portanto, a manifestação pulsional não aparece mais como uma pura necessidade. É uma necessidade ligada a uma representação mnésica de satisfação” (MOHALLEM e SOUZA, 2000, p.19).

Pode-se dizer então, que o desejo está ligado a algo que não se possui, a algo que falta.

Podemos considerar o desejo em referência a um não ter. Dessa forma só se pode desejar quando não se tem; assim, o motor, a causa do desejo será sempre uma falta. Nesse aspecto, o desejo é o desejo de um objeto sim, mas além disso 'o desejo é *decálage* que há sempre entre o objeto e a causa do desejo'. Isto é, trata-se de um hiato entre querer dizer e o dito apontando para uma impossibilidade da palavra, já que o desejo é dito entre as palavras. (MOHALLEM e SOUZA, 2000, p.20).

Cada vez que o momento de tensão pulsional surgir, o traço mnésico aparecerá, ou seja, a percepção do objeto e a marca deixada pela experiência de satisfação ressurgirão, deixa de ser apenas uma vivência de satisfação de uma necessidade orgânica, e passa a ser uma necessidade vinculada a uma representação mnésica de satisfação. “De modo que, no decorrer da experiência de satisfação seguinte, esta representação, reativada pela excitação, vai ser identificada pela criança” (DOR, 1989, p.140).

Lacan (1964), no Seminário “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, vai nomear o objeto do desejo e, ao mesmo tempo, o objeto causa do desejo, o objeto perdido, de objeto *a*. Este se revela como objeto sempre faltante e que coloca a presença de um vazio que poderá ser ocupado por um objeto qualquer.

Assim, segundo Lacan, tal objeto pode encontrar seu lugar no princípio da satisfação de uma pulsão, desde que aceitemos que a pulsão o contorne, à maneira de um circuito. O alvo da pulsão não é, pois, outra coisa senão o retorno em circuito da pulsão à sua fonte, o que permite entender em que uma pulsão pode ser satisfeita sem atingir seu alvo. (DOR, 1989, p.143)

O que se compreende então é que o objeto do desejo está diferenciado da ideia de necessidade, estando sua origem relacionada à presença do Outro. De acordo com Dor (1989), a questão do desejo assegura à criança a passagem da condição de objeto à de sujeito, pois o desejo se instala através de uma relação simbólica com o Outro e a partir do desejo do Outro. Portanto, o desejo humano será sempre insatisfeito, pois é um processo que move o humano, quando conseguimos aquilo que acreditamos querer, não queremos mais, e um novo desejo se abre e assim sucessivamente.

Resumindo, o desejo surge da separação entre necessidade e demanda. A primeira satisfação de um bebê com um objeto que o gratifica, é possivelmente da ordem do gozo. No entanto, quando este bebê vai novamente em busca da satisfação, esta segunda satisfação com a qual se depara não é mais igual à primeira, pois mesmo que esta tenha sido inscrita como uma marca, está perdida

para sempre. A dimensão do desejo está vinculada a uma falta que não pode ser preenchida por nenhum objeto real. Neste sentido, é que se pode dizer que a criança passa da posição de objeto para a de sujeito, pois reconhece a falta no Outro, como algo sem possibilidade de ser preenchida, revelando que ela aceita a falta no processo de seu próprio desejo.

Segundo Lacan (1966, p.698): “[...] o desejo não é, portanto, nem o apetite por satisfação, nem a demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o próprio fenômeno de sua fenda.” É neste momento, quando se manifesta o desejo do Outro, quando não existem palavras para poder nomear o real, aquilo que a linguagem denuncia e que escapa às redes do simbólico.

Este conceito de desejo será ilustrado através do fragmento da história de Carlos:

Carlos recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão com quadro metastático generalizado no ano em que sua filha havia marcado o casamento. A fala de seu médico era a de que ele apresentava uma doença grave, em estado avançado e que pelas estatísticas teria poucos meses de vida (2 a 3 meses). Carlos busca a análise, pois está muito angustiado de não poder levar a filha ao altar. A partir do processo analítico, Carlos se deu conta que a possibilidade de não levar a filha ao altar representaria não exercer a função de bom pai, que para ele era uma questão muito importante, pois teve um pai muito violento que bebia e agredia fisicamente os filhos e a esposa. Durante seu processo de análise fez uma reconstrução de sua vida, falou com muito sofrimento da infância e da relação com um pai extremamente violento, falou da satisfação de ter construído uma família diferente da sua de origem, refere ter um casamento feliz, de ter formado três filhos, embora tenha vindo de uma família muito humilde. Sua angústia era não poder levar a filha a altar, que para ele significava ser um bom pai. Carlos conseguiu entrar com a filha em seu casamento (8 meses após o diagnóstico) e faleceu no dia seguinte.

Parece-me que Carlos tinha o desejo de ser um bom pai. Ser bom pai para ele significava levar a filha ao altar, não abandoná-la neste momento tão importante. O trabalho analítico neste caso foi sustentar o desejo de Carlos, foi sustentar o ideal

apesar da eminência da morte real. Sua angústia não estava relacionada à proximidade da morte, mas sim em não exercer a função de bom pai abandonando sua filha no altar. Era um “lutador”, apesar da origem humilde e da história familiar violenta, conseguiu construir uma família distinta da sua de origem, teve três filhos e ofereceu-lhes amor e educação superior. Sua questão na vida foi ser um bom pai, era seu ideal de eu, ser diferente do pai que teve.

É importante ressaltar que a clínica psicanalítica é a clínica do desejo e nesse sentido mesmo diante da terminalidade, é função do analista auxiliar o analisante a sustentar sua posição de desejante.

Então, o psicanalista precisa escutar o analisando no desejo que surge através do significante que se coloca.

Como já foi dito, o que ocorre é que o desejo aparece sempre insatisfeito. Ele reaparece constantemente, estando sempre em outro lugar que não no objeto a que ele quer ou no significante suscetível de simbolizar este objeto. Ou seja, o desejo encontra-se na via da *metonímia*. A partir da metáfora do Nome-do-Pai, o *infans* passa a tomar a parte (objeto substitutivo) pelo todo (objeto perdido).

“Assim como ‘uma vela no horizonte’ consiste em designar o todo (o navio) pela parte (a vela), o desejo persiste em designar o desejo do todo(objeto perdido) pela expressão de desejo da parte (objetos substitutivos).” (DOR, 1989, p.94).

Então, conclui-se que a metáfora paterna apresenta-se como um momento fundamental na estruturação psíquica da criança. Além de permitir sua entrada na dimensão simbólica, tirando-a de seu assujeitamento imaginário à mãe, ela lhe possibilita tornar-se *sujeito desejante*.

A criança passa a dar nome, sem o saber, ao objeto de seu desejo ao significar o Nome-do-Pai, então pode se dizer que ela não sabe mais o que diz naquilo que enuncia. Desta forma, a linguagem surge como algo subjetivo pela qual se fala algo totalmente diferente do que se crê dizer no que se diz. Segundo Dor (1989, p.103): “Este ‘algo totalmente diferente’ institui-se fundamentalmente como o inconsciente que escapa ao sujeito que fala, porquanto dele está constitutivamente separado.”

Voltando aqui ao foco deste estudo, parece que se deparar com a proximidade da morte gera uma grande angústia que pode ser chamada de

desamparo o que parece estar intimamente articulada à reedição dessa castração constitutiva.

Além disso, muitas vezes o que se configura quando os sujeitos precisam se submeter a uma série de manipulações, desde aplicação de medicação, cuidados com higiene, manuseio antes e depois de cirurgias entre outras cenas invasivas, é a remissão do sujeito ao lugar de objeto. Instaura-se uma impossibilidade de se posicionar, o que em muitas das vezes gera uma grande angústia, ficando ameaçado de continuar existindo como sujeito.

Maria nos ajuda a exemplificar este aspecto:

Maria tinha 68 anos e estava internada no hospital devido a uma insuficiência respiratória consequência do câncer de pulmão. Foi atendida por seis meses. Demandou atendimento psicanalítico logo que adoeceu. Fala da relação com o pai que faleceu de câncer quando ela tinha 12 anos. Então diz: “Ele era meu parceiro!” Desde então refere nunca ter falado sobre seus sentimentos com relação à perda dele. Fala de um pai idealizado e de uma relação muito ruim com sua mãe. Fala da difícil relação com a filha mais velha, com quem se reaproximou após o adoecimento. Fala do receio de perder a dignidade no final da vida. Na última sessão estava bastante debilitada, apresentava grande dificuldade em falar, mas pediu que fosse escutá-la o mais rápido possível. Estava deitada no leito, com uma série de medicações na veia, utilizando oxigênio. Disse que esta tinha sido a pior internação. Nunca havia ficado tão à mercê dos outros. Chorou bastante, falou que estava perdendo sua dignidade, que não podia nem mais evacuar sozinha. No dia seguinte faleceu.

Parece que a proximidade da morte propicia a Maria falar sobre um pacto de silêncio com relação ao pai. Ocorre uma ruptura deste pacto, pois desde que o pai faleceu, ela não falou sobre seus sentimentos para com ele e sobre sua perda. Refere um pai idealizado, um companheiro. Pode-se dizer que aqui aparece o sujeito, possibilitando a Maria traçar uma série de relações com as relações que foi construindo ao longo da vida.

Relaciona o difícil relacionamento com a mãe, que é reforçada pelo pai idealizado, com conflitos no relacionamento que construiu com a filha mais velha.

Após ter falado sobre isso na análise, Maria se reaproximou da filha e achou importante falar sobre suas questões com ela.

Desde o início da análise, referia um medo de morrer sem dignidade, que para ela significava perder a independência, deixar de cuidar de seu próprio corpo, ou seja, ficar à mercê dos outros. O que parece é que quando Maria se viu diante da impossibilidade de viver de maneira digna, ou seja, de ser independente, sujeito de sua própria vida, passando a se ver no lugar de objeto, ela se angustia e escolhe não viver mais desta forma. Talvez o falar a respeito disso, possibilitou a ela recuperar sua dignidade.

Então, pensando no atendimento do sujeito que está diante da terminalidade - e que apresentou uma demanda para a análise, análise esta que ocorre pela associação livre através da cadeia de significantes – o atendimento analítico tem como objetivo possibilitar que o sujeito se defronte com a própria falta de significante, permitindo que se separe do sintoma que o prende e o faz gozar. A ideia da escuta analítica é possibilitar um esvaziamento desse gozo, desse prazer no desprazer, no sofrimento.

Segundo Quinet (2002), a partir de uma leitura lacaniana, o conceito de gozo compreende a satisfação pulsional com sua contradição do prazer no desprazer. Nesse sentido, o gozo se refere à falta de separação entre o princípio do prazer e seu para-além: “[...] ou seja, há algo que opera de maneira inconsciente que é um prazer no desprazer, ou melhor, um prazer no sofrimento.” (QUINET, 2002, p.84).

Outro autor que nos ajuda a compreender o conceito de gozo, é Fink (1998) que o define como sendo algo que surge em substituição a perda da simbiose mãe-bebê.

[...] podemos imaginar um tipo de gozo antes da letra, antes do estabelecimento da ordem simbólica – correspondendo a uma relação sem mediadores entre a mãe e a criança, uma relação, uma ligação real entre elas – que cede ante o significante, sendo anulada pela operação da função paterna. Uma porção ou quantidade módica dessa relação real é reencontrada na fantasia (um gozo), na relação do sujeito com o resíduo ou o subproduto da simbolização. (FINK, 1998, p.83)

Partindo dos operadores apresentados neste capítulo, será dado início à reflexão sobre o tempo a partir da perspectiva da psicanálise.

3 TEMPO E PSICANÁLISE

“Há um tempo em que é preciso abandonar as
roupas usadas...
Que já têm a forma do nosso corpo...
E esquecer os nossos caminhos que nos levam
sempre aos mesmos lugares...
É o tempo da travessia...
E se não ousarmos fazê-la...
Teremos ficado ... para sempre...
À margem de nós mesmos...”

(Fernando Pessoa)⁴

Ao se pensar na clínica da urgência, especificamente na terminalidade, faz-se necessário dedicar uma reflexão sobre a questão do tempo para a psicanálise. Tempo este que apresenta uma dimensão tanto em relação à finitude da vida, como o tempo expresso no processo analítico. Será feito aqui um recorte do tema, enfatizando o pensamento freudiano com relação à transitoriedade e suas implicações no psiquismo e a dedução lacaniana do tempo lógico indicando os três momentos de análise: o instante de olhar, o tempo para compreender e o momento de concluir.

No texto “Sobre a transitoriedade”, Freud (1915) descreve a sensação vivida pelo poeta e seu amigo que, em uma caminhada pelos campos, se encantaram com a paisagem ao redor, mas não conseguiram extrair dessa experiência qualquer felicidade. Incomodava-os o pensamento de que toda aquela beleza acabaria em extinção. Para Freud, aos olhos do poeta, toda aquela beleza mostrou-se desprovida de valor, por estar sujeita à transitoriedade.

De acordo com este autor, a ideia de que tudo que é belo e perfeito está fadada à decadência, pode ter como efeito no sujeito o aparecimento de dois impulsos distintos do psiquismo. Um diz respeito à tristeza sentida pelo poeta e o outro à revolta com relação ao fato concreto, ou seja, revoltar-se contra a ideia de que as coisas tem um fim, de uma forma ou de outra, essa beleza deve ter a capacidade de não se submeter à destruição.

⁴ Disponível em: <pensador.uol.com.br>. Acesso em: 19 mar. 2011.

Mas essa exigência de imortalidade, por ser tão obviamente um produto dos nossos desejos, não pode reivindicar seu direito à realidade; o que é penoso pode, não obstante, ser verdadeiro. Não vi como discutir a transitoriedade de todas as coisas, nem pude insistir numa exceção em favor do que é belo e perfeito. Não deixei, porém, de discutir o ponto de vista pessimista do poeta e que a transitoriedade do que é belo implica uma perda de seu valor. (FREUD, 1915; p.317)

Foi a partir da visão do poeta, que a transitoriedade implicaria uma perda do valor dos objetos, que Freud traz a questão sobre o valor daquilo que é transitório. Ele encontrava dificuldades em compreender que o fato de algo ser transitório viesse intervir no prazer que se poderia extrair dos objetos ao redor.

Segundo Freud era incompreensível a ideia de que alguma coisa perderia seu valor, seja ela, por exemplo, uma obra de arte, uma paisagem ou uma realização intelectual, única e exclusivamente devido à sua limitação no tempo. Acreditava que a transitoriedade implicaria não uma perda, mas um aumento do valor do objeto em questão, pois a limitação da possibilidade de uma satisfação aumentaria o valor dessa fruição. Dessa forma, Freud conclui que “o valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo.” (FREUD, 1915, p.317).

De acordo com ele, a escassez introduzida no tempo produz um valor, ou seja, a limitação do tempo confere um valor aos objetos. O valor de algo não dependeria de sua duração absoluta, mas da significação que elas pudessem ter para alguém em um determinado momento de sua vida.

Apesar de essas observações serem incontestáveis aos olhos de Freud, ele percebe que para o poeta elas têm um efeito diferente, levando-o a inferir que algo de ordem psíquica estaria acontecendo com ele. Esse fator emocional ele nomeou de luto. O que impediu o poeta de apreciar e usufruir da beleza ao seu redor foi o luto pela perda antecipada do objeto, presentificada pela certeza de sua transitoriedade.

Parece importante fazer aqui um paralelo com o estudo em questão, levantando uma reflexão a respeito do efeito que a proximidade da morte a partir do diagnóstico de um câncer avançado, que não apresenta mais possibilidades de cura, traz para cada sujeito.

Pedro e Manuela nos ajudam a pensar neste ponto. Vejamos o que podemos apreender a partir de Pedro.

Pedro, 65 anos, recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão com metástase generalizada que foi descoberto já em fase bastante avançada. Pedro busca a análise, pois sabe que tem poucos meses de vida e quer falar e escutar como viveu sua vida, lembrar dos projetos que realizou e da vida que construiu. Era o filho mais velho de cinco irmãos de uma família humilde que morava na África. Seu projeto de vida era tornar-se um homem bem sucedido para cuidar e sustentar pais e irmãos. Saiu de seu país aos 18 anos e nunca mais voltou. Casou-se, teve três filhos e viveu a vida sempre em busca de construir uma carreira de sucesso. Para que isto acontecesse submeteu a família a diversas mudanças de país, o que sempre se configurou um trauma para sua esposa e filhos. Tornou-se um homem bem sucedido e sustentou seus pais e irmãos. Pedro traz como demanda de análise entender por que havia levado a vida desta forma.

Pedro foi atendido por três meses. Relatou sentir muita culpa por ter submetido a família a tanto sofrimento com tantas mudanças. Mas nunca havia se questionado disso, dizia que era como se fosse um mandato: “Você tem que ser bem sucedido, você tem que trabalhar muito e ganhar dinheiro!”

Relaciona este mandato a uma infância muito pobre, num país com poucas possibilidades de emprego. Via seu pai, que era um homem muito trabalhador, sair de casa diariamente em busca de qualquer trabalho que desse um pouco de dinheiro, mas na maioria das vezes chegava angustiado de mãos vazias.

Pedro viveu sua vida procurando “sustentar esse ideal de eu”, ideal do filho e irmão que é capaz de sustentá-los. A partir das explicações que encontrou sobre sua vida, Pedro resolve conversar com sua família e contar suas interrogações e explicações, achava que devia isso a eles.

A proximidade da morte traz a Pedro a interrogação sobre como viveu sua vida e o desejo de se explicar diante da esposa e filhos, é a transitoriedade que se presentifica.

Manuela, 42 anos, tinha câncer de mama que foi diagnosticado em fase avançada e não tinha um bom prognóstico. Manuela procurou a análise, pois sua questão era falar do não poder ser mãe. Sempre gostou muito de crianças, tinham dito em sua família que seria uma ótima mãe, pois sempre cuidou de todos os sobrinhos, era a titia querida. Então diz: “Tive uma mãe perfeita, por que então não pude ser mãe?”

Manuela traz como demanda de análise entender por que não pode ser mãe, trazia uma idealização do que era exercer a função materna, sua mãe ocupava um lugar idealizado e inalcançável, esta se configurou sua demanda de análise.

Provavelmente, tanto Pedro como Manuela, diante da notícia do diagnóstico do câncer avançado, construíram uma demanda de análise relacionadas às questões de suas vidas, que poderiam ou não terem sido construídas em outro momento de vida, mas que se configuraram ou se precipitam desta maneira, neste período específico de suas vidas de adoecimento. A demanda que se configura diz respeito à vida em sua transitoriedade.

Outro ponto importante que se coloca relacionado ao tema do tempo foi introduzido por Lacan e se refere à redução do tempo das sessões analíticas. Ele introduz na cena analítica, o *objeto perdido*, fazendo aparecer esse elemento real que interrompe o deslizamento da cadeia significante.

Como foi citado anteriormente, o objeto perdido é o *objeto a*, um resto inarticulável que sobra no nível da satisfação da necessidade, representando a falta real que se apresenta para o ser humano frente à impossibilidade da satisfação total.

Uma das razões para se pensar as sessões psicanalíticas sem tempo determinado está relacionada à lógica do inconsciente e à ética da psicanálise. Ou seja, a interrupção da sessão ocorre de acordo, não com o tempo do relógio, mas com o discurso do analisante, refere-se a uma forma de comunicação mostrada por Lacan e que se encontra não só na experiência analítica, como também na vida diária.

Só é possível que se compreenda uma frase quando ela acaba. Por exemplo, se uma pessoa fala: “eu quero”, não será compreendido por ninguém. Mas quando ela diz: “eu quero ir embora” é quando se compreende o sentido do “eu quero”. Se

se pensar a frase como sendo a cadeia de significantes, é só quando esta termina, que se compreende o sentido do começo da frase, é a *posteriori* que se entende o sentido.

[...] O indivíduo tem em sua história pontos enigmáticos, de tal forma condensados que apontam para um determinado gozo, o que faz com que esse ponto volte sempre em seu discurso. Esse ponto enigmático retorna na compulsão à repetição, emergindo na fala que o sujeito dirige ao Outro onde coloca o analista. Esse ponto, aparentemente sem sentido para ele, é um enigma, e como todo enigma pleno de sentido. O sujeito começa, então, conferir um sentido a esse evento para, mais adiante, atribuir-lhe um outro sentido; um tempo depois conferirá ainda um outro sentido e assim por diante. (QUINET, 2002, p.53)

De acordo com Lacan (1953/1998), é o corte da sessão que confere sentido ao discurso do sujeito. A interrupção da sessão caracteriza-se por ser uma interpretação, interpretação esta que apresenta o valor de uma pontuação para precipitar momentos conclusivos.

Lacan (1945/1998) descreveu o *sofisma dos três prisioneiros* para introduzir a função da pressa que será remetida para o interior da sessão analítica. O sofisma é o seguinte:

Um diretor de um presídio escolhe três prisioneiros e lhes diz que dará a liberdade a quem vencer um jogo de adivinhação que lhes será demonstrado. Coloca que há cinco discos, dois pretos e três brancos, e que pregará aleatoriamente um deles nas costas de cada um dos prisioneiros e os leva para uma cela, sem que cada um saiba qual é o seu disco.

O diretor diz que vence quem sair da cela primeiro dando uma justificativa lógica de como descobriu a cor do disco colocado em suas costas. Então um dos prisioneiros sai e diz que seu disco é branco, pois viu que os outros dois são brancos. Ele então relata seu raciocínio: se meu disco fosse preto, meus dois companheiros logo perceberiam que são brancos e rapidamente teriam saído da cela. Como isto não aconteceu, concluí que não sou preto e sim branco.

Lacan diz que este é um sujeito lógico, sendo que o que determina seu raciocínio é o “não agir” dos outros dois prisioneiros. Então, coloca em três tempos o ocorrido:

1. Vendo-se frente a dois pretos, sabe-se que se é branco - a exclusão é lógica, mas entre o *estar diante* e o *saber-se que*, dá-se um intervalo, uma instância de tempo, que é o instante do olhar.

2. Caso fosse preto, os dois brancos rapidamente se perceberiam como brancos. Aqui aparece uma intuição que o sujeito se utiliza e que é um dado que se soma aos fatos existentes. Há um momento de meditação, que é o tempo de compreender, na cena de ver um branco e um preto, cada um dos dois brancos: “se fosse preto, o companheiro teria saído imediatamente, mas se não o fez e continua pensando, é porque sou branco.”

3. Tenho pressa a dizer que sou branco, para que estes companheiros brancos que vejo não o façam primeiro ao se perceberem como brancos. É esta asserção sobre si que encaminha o sujeito lógico a uma resposta decisiva. O momento reflexivo acontece na volta ao momento de compreender que ocorre num tempo de espera, havendo uma urgência em concluir.

Lacan (1945/1998) definiu o tempo lógico em relação aos sofismas gregos, tendo como hipótese que numa situação nova, desconhecida, o olhar é quem opera no instante de ver, mas isto não termina com a questão, sendo preciso um tempo para compreender. Neste momento, o sujeito se une ao movimento dos outros que significa a percepção do um e do outro como semelhantes. É no terceiro momento que surge uma pressa lógica para resolver o problema, tendo como efeito uma tensão temporal que acaba em uma asserção subjetiva que aparece na passagem ao ato.

Resumindo, o primeiro momento o autor nomeou de *instante de olhar* (*momento em que o sujeito é impessoal*); o segundo, *tempo de compreender* (quando a hipótese se configura) e o *momento de concluir* (é na urgência que o sujeito antecipa sua conclusão e seu ato, sendo um momento de pressa). Esses três momentos lógicos foram propostos por Lacan (1945/1998) como sendo o movimento lógico da origem do sujeito.

O que constitui a singularidade do ato de concluir na asserção subjetiva é ele antecipar a certeza devido à tensão temporal presente na situação. A pressa tem a função de precipitar esse ato de declaração [...] O encurtamento da sessão, tal como Lacan teoriza, não visa outra coisa senão precipitar no sujeito o momento de concluir, para que o sujeito se declare [...]. (QUINET, 2002, p.63-4)

A ideia do tempo lógico, traz a noção de existe um outro campo que é específico do inconsciente e que requer uma lógica que introduz o tempo como elemento operativo. O tempo aparece através da precipitação de uma resposta, de uma assertiva, antes de sua formulação na consciência.

Desta forma, “[...] trata-se de ser uma certeza antecipada que se precipita apressadamente num tempo no qual o pensamento ainda não se formulou na consciência.” (RODRIGUES, 2003, p.91).

A lógica é que o sujeito passa a saber quem é na medida em que olha para o Outro, como no sofisma citado. Olhar para o Outro não quer dizer olhar para outros amigos e parentes e sim é olhar para o Outro da cadeia significativa onde o sujeito se inscreveu na sua história.

Segundo Silva (2003), o instante de olhar e o momento de concluir são insuportáveis para o sujeito que se encontra em angústia e acredita que seja função do analista, a partir do tempo lógico, privilegiar o tempo de compreender. É em função do momento desse percurso, que leva certo tempo, que algo pode assumir um sentido.

[...] no tempo de compreender, o sujeito é muito mais da ordem do eu imaginário que se espelha no Outro. À medida que privilegia esse tempo, a práxis da urgência possibilita que o sujeito tenha um ancoramento significativo e se constitua a partir de certos modos de articulação em sua relação com o tempo. (SILVA, 2003, p.14)

Parece-me que a questão que se presentifica ao se pensar na clínica da urgência é o quanto a proximidade da morte faz com que certos sujeitos se questionem com relação à vida que viveram e que ainda desejam viver e o quanto pode ocorrer uma antecipação de questões subjetivas adormecidas.

O que acontece neste momento é que há uma consciência do tempo que se estreitou, não se trata de uma fantasia de morrer, e nesse sentido o sujeito passa a trazer os significantes que marcaram a sua vida. O que vai produzir neste momento é muito importante.

O estreitamento do tempo, a finitude, faz com que surja em certos sujeitos a demanda por dar um sentido à vida que viveram e nesse sentido pode haver uma pressa, ou seja questões psíquicas passam a aparecer com grande demanda para serem significadas, para ganharem um sentido.

A hipótese que se levanta é de que o estreitamento do tempo real decorrente de um câncer em fase terminal coloca para alguns sujeitos, de maneira singular, uma aceleração do tempo de elaboração, de busca de sentido, de questões psíquicas fundamentais de suas vidas. Esta aceleração vivida pelo sujeito precisa de uma escuta atenta do analista.

4 O QUE É CÂNCER E QUAIS SUAS INCIDÊNCIAS

“Acredito que na vida nada é casual, mesmo as dificuldades. Ou principalmente elas. As perdas, os obstáculos, os impactos provocam dor e sofrimento, mas se entendidos, aceitos e incorporados, transformam-se em poderosos instrumentos de busca e renovação: são janelas e portas que se abrem para a entrada de ar novo e escancaram novos horizontes.”

(TEDESCO, 1999)

O objetivo deste capítulo é situar o leitor sobre o significado social e psíquico do diagnóstico e tratamento do câncer e a incidência da mortalidade no Brasil. Estas informações darão mais um dos contextos sobre o qual este trabalho foi desenvolvido. Já foram analisados os operadores psicanalíticos e a questão do tempo na clínica da urgência, agora começa uma reflexão do porque o câncer se apresenta como urgência.

Iniciarei este capítulo trazendo um pouco de história.

Schiller (2000), faz um excelente levantamento histórico sobre o câncer e pontua que já na alta antiguidade ouvia-se falar de casos de câncer através de escritos indianos, babilônicos e de papiros egípcios 3500 a.C. É nesta época que a doença teve suas primeiras descrições. Mas foi na Grécia do século V a.C., com Hipócrates, que as descrições sobre o câncer passaram a ser feitas de forma sistemática, quando surgiu o termo *karcinos*, que quer dizer “caranguejo”. Pensa-se que a razão deste nome se origine das dores que as pessoas relatam, semelhantes às ferroadas do animal. Uma outra explicação é que a dilatação dos vasos sanguíneos que nutrem o tumor forma um desenho que se assemelha às patas do caranguejo.

Por um tempo acreditou-se que o câncer era consequência de um desequilíbrio humoral, de uma grande quantidade de bile negra ou melancólica. Até que no século XVII o sistema linfático foi descrito, atribuindo-se o câncer a diferentes distúrbios da linfa. Nesta época era colocado em dúvida se se tratava de uma

doença contagiosa, surgindo a discriminação das pessoas diagnosticadas com câncer.

Foi no século XVIII que apareceram teorias do câncer como uma doença relacionada a um tecido específico do organismo, que se dissemina para outros órgãos, surgindo o conceito de *metástase*, palavra que se origina do grego e quer dizer “mudança de lugar”. Descobriu-se que a linfa e o sangue eram meios através dos quais a doença se disseminava. Para Schiller (2000), é essa característica de disseminação que traz o sentimento de impotência diante do câncer, já que a ideia que está por trás do câncer, ou seja, o discurso sobre o câncer vai na direção de que o sujeito é atacado desde o seu interior e não tem nenhum controle sobre esse ataque, a impotência maior é nesse sentido.

Pode-se fazer uma articulação com o inconsciente, algo que está em mim, que eu ignoro e que pode aparecer de uma forma que não sei qual é. Surge uma importante questão relacionada à doença como sendo uma incidência de algo do Real no corpo, coloca-se uma interrogação: Será que há algo do Real que não foi simbolizado e retorna para o sujeito em forma de doença?

Partindo-se da perspectiva da psicanálise e embora não seja foco do trabalho estudar as questões psicossomáticas relacionadas ao câncer, esta questão precisa ser levantada. Para algumas pessoas, talvez, seja esta a forma de acessar suas questões vitais. No entanto, não se pode afirmar isto para todas as pessoas que vivem ou viveram com câncer.

O que é preciso entender aqui, é que o limite à vida gera um momento de enfrentamento que pode se configurar de diferentes maneiras, dependendo da história pessoal de cada sujeito.

Foi na metade do século XIX que se definiu o câncer como fruto do desenvolvimento anômalo das células.

O câncer evoca a imagem de tentáculos que crescem, invadem, devoram, se ramificam, lançam raízes a distância, ocupam os espaços e consomem a vida. [...] Até o final do século XIX, era apenas mais uma dentre as doenças que desafiavam a ciência. Com o advento da microbiologia e a elucidação do mecanismo das infecções, restou ao câncer, durante grande parte do século XX, o lugar do mal absoluto, da degradação e da condenação a uma morte sofrida. No plano do convívio social, esta se tornou a doença a ser ocultada, em meio a sentimentos de vergonha e medo. (SCHILLER, 2000, p.96/97)

Até pouco tempo atrás, receber o diagnóstico de câncer era considerado uma sentença de morte o que fazia com que muitos médicos não revelassem claramente o diagnóstico a pacientes e familiares. Schiller (2000, p.97) comenta: “Era temível por se iniciar em silêncio, consumir lenta e secretamente e acenar com um final doloroso.”

Algumas pessoas sequer pronunciam a palavra câncer porque tem receio. Há um raciocínio identificatório primário, na medida em que dizer a palavra câncer poderia evocar a doença e o sujeito sente-se ameaçado por ela, ou seja, a palavra dita cria ou chama a doença.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA):

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. (INCA, 2010)⁵

Ainda segundo o Instituto nacional do Câncer (INCA) (2010), 80% a 90% dos cânceres são relacionados a fatores ambientais. O cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Certos componentes dos alimentos que ingerimos ainda estão sendo investigados como possíveis causa de alguns tipos de câncer, e muitos outros fatores ainda são desconhecidos.

O envelhecimento gera alterações nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isto, acoplado ao fato de as células das pessoas mais velhas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, justifica de certa forma, a razão de o câncer ser mais comum em idosos. Os fatores de risco ambientais de câncer recebem o nome de cancerígenos ou carcinógenos.

⁵ Disponível em: <www.inca.com.org.br>. Acesso em: 10 ago. 2010.

O aparecimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. “Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando.” (INCA, 2010)

Segundo dados do INCA (2007) no Brasil o tumor com maior índice de mortalidade nos homens é a neoplasia pulmonar seguida de câncer de próstata; já nas mulheres, é o câncer de mama seguido de neoplasia pulmonar.

5 SOBRE A MORTE E A TERMINALIDADE

“Eu não me rebelo contra a ordem universal. Afinal, vivi mais de setenta anos. Tive o bastante para comer. Apreciei muitas coisas – a companhia de minha mulher, meus filhos, o pôr-do-sol. Observei as plantas crescerem, na primavera. De vez em quando tive uma mão amiga para apertar. Vez ou outra, encontrei um ser humano que quase me compreendeu. Que mais posso querer?”

(FREUD, 1926/2008, p.18)

Como apontado no capítulo anterior, o câncer em estado avançado coloca as pessoas com este diagnóstico frente a frente com as questões da morte, finitude e terminalidade. Como estas questões são tratadas na área de saúde e pela psicanálise será foco neste capítulo.

Na época dos grandes impérios, a morte e a terminalidade não eram razão de reflexão para a humanidade, eram motivo de dignidade, hombridade e patriotismo. Num período posterior, o fenômeno da terminalidade passou a apresentar uma demanda em ser explicado e compreendido. Nesse sentido, passou a ser objeto de estudo da equipe de saúde, demandando propostas de descrição e interpretação da morte. Inicialmente será feita uma reflexão do tema da morte na perspectiva da psicanálise para num segundo momento ser descrito um panorama a respeito de quem estudou este tema ao longo dos últimos anos.

5.1 Morte e Psicanálise

Como um psicanalista pode sustentar junto a cada um de seus clientes a possibilidade para eles de morrer a própria morte? Qual é a prática possível? Aqui a proposta não é buscar sentimentos comuns entre os sujeitos, mas sim refletir sobre as possibilidades de um trabalho psicanalítico que permita ao sujeito elaborar suas questões subjetivas num momento de proximidade da morte.

Iniciarei esta reflexão com Freud (1915):

De fato, 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 está convencido de sua própria imortalidade. (FREUD, 1915, p.299)

No inconsciente não existe uma inscrição psíquica para a morte, é nesse sentido que o inconsciente se comporta como se fossemos imortais.

Negro (2008), psicanalista argentino que trabalha no atendimento de pessoas que se encontram em cuidados paliativos, diz que a partir do referencial psicanalítico a morte é definida como castração e, assim como o sol, a morte não pode ser olhada de frente. Neste sentido, a morte, no discurso do ser falante, é totalmente anormal, como também seria anormal viver para sempre: “O sentido da vida e da morte é o que cada um pode se dar ou não e, mediante essa falha primordial, não se pode supri-la nem com objetos nem com sentido, o que seria de grande inutilidade.” (NEGRO, 2008, p.149) (tradução nossa).⁶

Bentosela e Jalife (2000), a partir de experiência num serviço de interconsulta de um hospital em Buenos Aires, nos ajudam a continuar esta reflexão quando dizem que falar sobre a morte é se deparar com o impossível e com o inexorável. Percebem que para os doentes que se defrontam com a proximidade da morte, a iminência de sua própria morte irá construir o significado que for possível, para os familiares representará a separação de alguém amado e para os médicos e a instituição médica representará um sinalizador dos limites de sua prática. Então, complementam os autores:

[...] teremos que nos defrontar com a tendência universal de evitar a idéia (*sic*) de que somos mortais, a incapacidade do inconsciente de representar nossa própria morte. A morte envolve tanto aquilo do que não se tem o que saber tanto quanto o que o sujeito não quer saber. (BENTOSELA & JALIFE, 2000, p.180) (tradução nossa).⁷

Segundo Schiller (2000), um dos traços que marcam uma diferença do ser humano com outros seres vivos é que desde pequenos nos deparamos com a

⁶ “El sentido de la vida y de la muerte es el que cada sujeto se puede dar o no y, abstinencia mediante, no llenamos ninguna falla primordial, ni con objetos ni con sentido, a sabiendas de tamaña inutilidad.” (NEGRO, 2008, p.149).

⁷ “Desde nuestro lugar tendremos que enfrentarnos con la tendencia universal a prescindir de la idea de que somos mortales, la inaccesibilidad en el inconsciente a representar nuestra propia muerte. La muerte involucra tanto aquello de lo que no hay saber como aquello de lo que el sujeto no quiere saber nada.” (BENTOSELA & JALIFE, 2000, p.180).

presença da morte, por exemplo quando algum bicho de estimação ou alguma pessoa próxima adocece e morre. A morte aparece nos livros infantis, em desenhos animados, nos jogos com os colegas: “[...] falam do incompreensível, transmitem o indizível” (SCHILLER, 2000, p.73).

La Rochefoucauld (1613-1680)⁸, pensador francês do sec. XVII disse: “[...] que há duas coisas que o homem não pode olhar de frente: o sol e sua própria morte.” Desta forma só é possível falar ou pensar sobre a morte na condição de seres vivos, através da fantasia e da imaginação. Ainda do mesmo autor: “Entre vida e morte não há transição: *a experiência da morte não existe.*” Nas explicações pessoais construídas pelos sujeitos ela representa a separação, o apagamento, o desconhecido, havendo uma retirada do mundo que continua para aqueles que vivem.

“Sabemos que será inevitável [morte], mas nossos atos nos traem e dizem que jamais acreditamos nela: está sempre a certa distância, pertence ao futuro, à velhice, à doença” (SCHILLER, 2000, p.74). Quando se pensa na morte ou se imagina cenas sobre ela é como espectadores de um filme e não do lugar do morto. Quando se pensa na morte é sempre a de um outro.

Nosso hábito é dar ênfase à causação fortuita da morte – acidente, doença, infecção, idade avançada; dessa forma, traímos um esforço para reduzir a morte de uma necessidade para um fato fortuito. Grande número de mortes simultâneas nos atinge como algo extremamente terrível. Para com a pessoa que morreu, adotamos uma atitude especial – algo próximo da admiração por alguém que realizou uma tarefa muito difícil. Deixamos de criticá-la, negligenciamos suas possíveis más ações, declaramos que *‘de mortuis nil nisi bonum’*, e julgamos justificável realçar tudo o que seja de mais favorável à sua lembrança na oração fúnebre e sobre a lápide tumular. A consideração pelos mortos, que, afinal de contas, não mais necessitam dela, é mais importante para nós do que a verdade, e certamente, para a maioria de nós, do que a consideração pelos vivos. (FREUD, 1915/1996, p.300)

Os sujeitos se incomodam com a morte de pessoas que fazem parte de suas vidas, que ocupam grande espaço em seus pensamentos e história, o sofrimento é proporcional à intensidade da proximidade sentimental.

[...] dizendo de outra maneira, existe um alvo, um ‘objeto’, um outro que mobiliza uma fatia de nosso afeto e que se ausenta. O movimento que busca o objeto persiste – a falta desse objeto causa a dor da perda. Do

⁸ Disponível em: < www.revistafilosofia.com.br>. Acesso em: Acesso em: 20 set. de 2010.

encontro entre o desejo e o vazio nasce o luto, que se torna mais brando com o tempo, à medida que a energia antiga descobre novas direções. (SCHILLER, 2000, p.74)

Parece-me que é só no caso a caso é que é possível se analisar a configuração que a proximidade da morte terá para cada sujeito individualmente. Cada um construirá uma “teoria”/explicação para seu adoecimento e buscará ou não possibilidades de produzir significações para a vida. A forma singular do sofrimento e das emoções de cada pessoa é que nos indica como o desejo e o vazio estão sendo enfrentados, qual o processo humano presente na singularidade. O que ocorre muitas vezes é que o sentimento de desamparo se coloca e sua condição de ser mortal revela-se neste momento.

De acordo com Oliveira (2000, p.21): “A questão é que a singularidade faz ‘furo’ nessa ilusão de uma verdade universal ou de uma totalidade que seja generalizável a todos os pacientes, tal como se aprende na teoria.”

Neste sentido não parece possível preparar alguém para a morte, para algo que não se tem conhecimento, que não se tem inscrição no psiquismo, que não se tem condições de entrar em contato, já que não se pensa que se pode morrer, pois o inconsciente comporta-se como imortal.

Segundo Negro, a partir da perspectiva da psicanálise, não é possível viver o luto antes da perda efetiva do objeto, ou seja, aprender antecipadamente como lidar com a ausência:

[...] não é possível fazer um luto antes de perder o objeto (pelo menos com a idéia (*sic*) de luto da psicanálise), ‘aprender antes’ como lidar com determinada angústia parece também uma tentativa frustrada. Isto difere do fato de que no momento de um novo luto ou de determinado desenvolvimento de angústia se faça alusão a sentimentos antigos do objeto perdido, quando entram em jogo sentimentos já vividos. (NEGRO, 2008, p.136) (tradução nossa).⁹

Cada sujeito dará um sentido a todo o processo do adoecimento e suas implicações. A partir de sua experiência clínica, Negro (2008) percebe que ao se defrontarem com a iminência da morte, algumas pessoas apresentam uma angústia

⁹ “Así como no es posible hacer un duelo antes de perder El objeto(al menos con la idea de duelo con la que nos manejamos em psicoanálisis), ‘aprender antes’ como manejar determinada angustia parece también una empresa dislocada. Cosa diferente es que al momento de un nuevo duelo o de determinado desarrollo de angustia se actualicen viejas huellas del objeto perdido o se pongan en juego afectos ‘ya vividos’.” (NEGRO, 2008, p.136)

que se revela em forma de desamparo, ainda que se mostrem com diferentes apresentações clínicas.

Laplanche e Pontalis (1974, p.94), comentam a respeito do estado de desamparo: “O estado de desamparo, inerente à dependência total da criança com relação à sua mãe, implica na onipotência desta. Influi, assim, de forma decisiva na estruturação da psique, destinada a construir-se inteiramente na relação com o outro.” (tradução nossa).¹⁰

Então, estar diante da iminência da morte remete alguns sujeitos a uma situação de angústia que se presentifica em forma de desamparo, defrontando-se com o irredutível e com o irremediável, estando frente a uma privação simbólica. Ou seja, não é possível simbolizar a morte. O que o sujeito fará diz respeito a outra coisa, o que pode fazer é dar um sentido à sua vida. Desta forma, diante da iminência da morte, o sujeito tentará dar um sentido à vida. Os sentimentos de sofrimento diante e/ou decorrentes da proximidade da morte se articulam diretamente com a castração.

Como já colocado anteriormente, a castração se apresenta numa separação, onde a criança, desde o começo de sua vida, separa-se de seus objetos libidinais. Desta maneira, o que ocorre é que a criança separa-se do desejo da mãe, simbolizando sua falta. Esta vivência de castração é revivida na impossibilidade de cura, a falta de vida ou a finitude da vida.

O sujeito, a partir do aparecimento de algo que é do Real - a presença de uma doença grave que não tem mais tratamento nem cura, remetendo à morte, impossível de significar, - dará um significado para a própria vida.

Neste sentido, na visão lacaniana, a função do analista seria a busca da palavra autêntica que possibilitaria ao sujeito a realização de sua história em relação ao futuro, apreendendo sua cadeia de significantes. (NEGRO, 2008).

Desta forma, entendo que o surgimento de uma doença grave, que não possui cura e que se apresenta em estágio terminal desencadeia em alguns sujeitos um estado de desamparo e angústia, defrontando-os com o irremediável (privação simbólica), vivenciando sentimentos que podem ser compreendidos no seu processo

¹⁰ “El estado de desamparo, inherente a la dependencia total del pequeño ser con respecto a su madre, implica la omnipotencia de ésta. Influye así en forma decisiva en la estructuración del psiquismo, destinado a constituirse enteramente en la relación con el otro.” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1974, p.94)

desenvolvimental como reedições da castração original constitutiva do sujeito, remetendo-os à separação mãe x bebê, a partir da interdição paterna.

A morte em si é ininterpretável, ou seja, impossível de ser interpretada, o que parece que é possível ser feito é ver os efeitos de sua proximidade para cada sujeito, como possibilidade de dar e/ou compreender o sentido atribuído à vida vivida.

Cabe ainda, uma análise de como a morte e a terminalidade tem sido estudada na área da saúde.

5.2 Panorama da área do luto e da terminalidade no campo da saúde

Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004) foi uma das primeiras profissionais a questionar o processo do morrer, promovendo o movimento da “Boa morte”, negando assim a morte medicalizada, e abrindo a possibilidade para que as pessoas possam se preparar para a morte, tornando-a humanizada.

Em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, Kübler-Ross (1969/1992) apresentou os aspectos psicológicos e sociais que envolvem a pessoa gravemente doente e que enfrenta a morte na sociedade ocidental.

A autora descreveu os estágios pelos quais as pessoas atravessam ao se depararem com o diagnóstico de uma doença grave, ou com a perda de alguma pessoa com quem se estabeleceu um vínculo estreito. A autora tinha como propósito oferecer uma compreensão do processo do morrer. Este livro é fruto dos atendimentos que realizou a uma série de pessoas com doenças avançadas e dos seminários que realizou sobre a morte e o morrer. Em sua concepção, indivíduos em estágio terminal ainda se encontram vivos, têm demandas, sentimentos, desejos e necessidades. Entendia que a ciência precisava proporcionar uma morte digna e sem dor e não buscar combatê-la a qualquer preço. Concebia a morte como um ritual que faz parte da vida e que se dá no momento em que tem que acontecer, não se pode então antecipá-la, nem adiá-la. Além disso, defendia a ideia de que as pessoas vivem enquanto tiverem alguma coisa a aprender.

Kübler–Ross (1969/1992) descreveu uma série de reações emocionais no processo vivido por pessoas que atravessam um momento de perdas significativas. Os estágios colocados por ela são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Segundo a autora, não necessariamente todas as pessoas vivenciam todos os estágios, ou quando os vivenciam, não precisam ocorrer nesta ordem, mas a ideia é servir de guia para se compreender os sentimentos frente à proximidade da morte.

De acordo com a autora, a negação é comum quando a pessoa recebe uma notícia do falecimento de alguém significativo ou a notícia de uma doença grave. Em geral, é muito difícil entrar em contato com a ideia de que vai morrer, então negar a morte próxima significa uma proteção para evitar o sofrimento.

Pode-se pensar que a negação pode estar relacionada a um sentimento de identificação que afeta certos sujeitos ao se depararem com a notícia da morte próxima. Esta notícia pode ser vivida pelo sujeito como uma ameaça. Parece que o que surge é uma fantasia inconsciente de que ao se falar da morte possa atraí-la.

Como explica Freud (1915), o ser humano apresenta uma tendência a colocar a morte à deriva, tentando desta forma retirá-la da vida.

A raiva, segundo Kübler-Ross (1969/1992), costuma ocupar o lugar da negação. Quando a pessoa adoecida se depara com as perdas vividas e passa a se perguntar: “Por que eu?”, como se a doença ou a tragédia viesse em forma de uma punição. Segundo a autora ela deveria se perguntar *qual é o sentido de tudo isso?*.

Acredito que o analista não deva se fechar à pergunta do “*por que eu?*”, parece-me importante escutar a explicação/teoria que cada sujeito faz para o seu adoecimento. Mesmo que as explicações não tenham subsídios médicos, o que interessa é que fazem sentido para a pessoa e que nem sempre expressam raiva ou negação. O *porquê* de cada sujeito dá um sentido subjetivo para o adoecimento, possibilitando construir uma significação. Desta forma, é fundamental escutar a questão de cada um. Trago a razão de Marta para ilustrar este ponto:

Marta aos 32 anos foi diagnosticada com câncer de mama avançado e logo se submeteu a uma cirurgia para posteriormente iniciar a quimioterapia. Era casada há um ano e o casal estava planejando ter um bebê. Repentinamente interrompeu o trabalho, estudos, atividades esportivas, seu cabelo caiu, seu corpo mudou. Passou

a questionar todos os seus projetos, pois a possibilidade de continuar viva era uma incerteza. Apresentou um quadro de depressão e foi encaminhada para a análise. Foi atendida por um mês. Logo na primeira sessão perguntou: “Por que isto está acontecendo comigo?”. Relatou que antes de adoecer, estava totalmente voltada para questões familiares. Seu pai revelou falência profissional, fato que havia ocultado de toda a família e que teve um efeito de choque para ela. Iniciaram-se conflitos entre seus pais, seu pai deprimiu e sua mãe pediu o divórcio. Sentia-se muito angustiada com a possibilidade de separação dos pais. Quando Marta adoeceu, a família voltou-se toda para ela. Seus pais não se separaram mais. Então fez a seguinte pergunta: “Será que adoeci para que meus pais não se separassem?”. Marta saiu do quadro de depressão.

Parece-me que há uma posição subjetiva que se revela com sua “teoria” a respeito de seu adoecimento que é a posição de manter o casal, posição esta que faz a “costura” do laço parental. Aqui aparece o sujeito. Posso inferir que a partir desta reconstrução de sua história foi dando um sentido subjetivo ao seu adoecimento e abriu a possibilidade de sair da depressão.

Ainda segundo Kübler–Ross (1969/1992) a raiva pode surgir devido a pessoa não ser nem se sentir mais quem era antes, pois se defronta com alterações corporais como perda de cabelo e amputação de membros, entre outras mudanças.

Já a barganha pode surgir como uma tentativa de retificação devido à raiva direcionada aos familiares e amigos. A ideia que embasa a barganha é a de que se a pessoa fizer o bem, reparará as faltas cometidas anteriormente, e assim poderá se curar da doença ou seu fim poderá ser adiado.

Kübler-Ross (1969/1992) coloca que é comum aparecer a depressão quando a pessoa percebe que não é mais possível reverter a doença, não há como voltar à vida anterior. Este período caracteriza-se por apresentar grande tristeza, vontade de ficar sozinho e não conviver com muitas pessoas. Pode-se definir como uma preparação para a morte. É preciso diferenciar **esta atitude** de uma depressão reativa; relaciona-se a uma notícia que não foi boa, é uma preparação para as perdas inerentes ao adoecimento que acabará na morte. Esta depressão costuma ser transitória e necessita de apoio de familiares, amigos e profissionais da saúde. A

depressão propriamente dita não é uma reação a uma perda passageira, mas sim a preparação para a perda efetiva de tudo do que se mais gosta.

O estágio da aceitação pode ser entendido como o término de um processo que teve a negação, a raiva, a barganha e a depressão. É definido por um afastamento do mundo em geral, assemelhando-se a uma preparação para a proximidade da morte.

Embora seja indiscutível a importância desta autora e de sua obra na medida em que é uma das pioneiras a estudar a morte, oferecendo um espaço de reflexão a respeito do tema, parece-me importante fazer alguns questionamentos.

Será que é possível, de fato, uma preparação para a morte? Será que, ao se tomar um sujeito como terminal, não se fecha a possibilidade de ele construir um processo de análise pessoal, no tempo que ainda lhe resta?

A partir da perspectiva da psicanálise, de que o sujeito vive como se fosse imortal, pois no inconsciente não há uma inscrição psíquica para a morte, e de que não se possui, de fato, a experiência da morte, pois é algo desconhecido, parece que não é possível uma preparação para a sua chegada. O que ocorre, é que a notícia de que se tem uma doença que não tem mais cura e que, portanto, está implícito que se vai morrer, tem como efeito em certos sujeitos a demanda de se interrogar sobre questões da vida e de conferir significações para sua vida e para seu adoecimento.

Avançando nos estudos sobre morte e terminalidade Maria Helena Franco Bromberg (2000)¹¹ dedicou-se a investigar o processo de luto.

Interessou-se pelo tema da morte a partir do trabalho que desenvolveu com famílias que tinham uma pessoa aposentada ou próxima da aposentadoria. A morte simbolicamente vivenciada nas perdas consequentes da aposentadoria tem semelhança com a experiência da perda por morte e suas consequências no núcleo familiar.

Bromberg (2000) entende o luto como uma crise, segundo a definição de Gerber (1971), caracterizando-se por um momento em que ocorre um desequilíbrio entre a relevância do conflito e os recursos existentes para enfrentá-lo, pois as formas habituais não se mostram adequadas. Assim, o luto traz uma crise e é como

¹¹ Seus estudos sobre a morte e luto tiveram início formal em 1986. Atualmente, a pesquisadora assina Maria Helena Franco.

tal que tem que ser tratado. O luto normal causa limitações, que são solucionadas pela realidade e pela capacidade de adaptação à nova realidade. Quando não se resolve, faz-se necessária uma intervenção psicoterapêutica.

Segundo a autora, é por esta razão que se trabalha o luto para elaborá-lo, com objetivo de que a pessoa que o está vivendo possa retomar a sua vida, elabore o objeto perdido e retome outros objetos e objetivos na vida.

Parece-me importante aqui retomar a obra de Freud:

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. [...] embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele. (FREUD, 1915, p.249)

Quando Freud fala do luto, se refere à perda do objeto, à perda de uma pessoa amada ou de um ideal abstrato, ao qual o sujeito se mantinha ligado, e que lhe propiciava uma sustentação imaginária.

Segundo este autor, o sujeito se identifica de maneira parcial com os objetos que foram perdidos que é diferente da melancolia, quando o sujeito introjeta o objeto no eu.

Ainda de acordo com Freud, o trabalho que o luto realiza consiste no seguinte: a realidade demonstra que o objeto amado não existe mais, sendo necessário que toda a libido ligada a ele se desligue. Ocorre que esta exigência da retirada da libido tem como efeito uma oposição, pois o sujeito não consegue abdicar tranquilamente uma posição libidinal, até mesmo quando já há um substituto em vista. Normalmente, de maneira lenta e com grande gasto de tempo e energia catexial, prolonga-se psiquicamente a existência do objeto perdido.

Cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas. [...] É notável que esse penoso desprazer seja aceito por nós como algo natural. Contudo, o fato é que, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica outra vez livre e desinibido. (FREUD, 1915, p.250-1)

A resolução do luto ocorre através dos processos identificatórios com algumas qualidades do objeto perdido, não havendo uma substituição de objetos. Muitas vezes o que ocorre é que quando uma pessoa, com quem se tinha grandes diferenças e relações conflituosas morre, passa a ser idealizada.

Outra autora conhecida que dedicou seus estudos à questão da morte foi Kovacs (2003)¹² que escreveu sobre o efeito que a morte pode trazer no significado da vida do sujeito. Além disso, buscou refletir a respeito da educação para a morte voltada a profissionais de saúde, educação, alunos e pessoas doentes. A autora investiga a capacidade que cada sujeito apresenta com relação a um crescimento pessoal como processo de individuação, segundo a ótica da psicologia analítica. Neste desenvolvimento inclui-se a preparação para a morte. A autora comenta:

Esta educação envolve comunicação, relacionamentos, perdas, situações – limite – nas quais reviravoltas podem ocorrer durante a vida: sobressaltos ou vicissitudes nas fases do desenvolvimento, perdas de pessoas significativas, doenças, acidentes e, até mesmo, o confronto com a própria morte. (KOVÁCS, 2003, p.23)

Segundo Kovács (2003) o conceito de pessoa em estado terminal relaciona-se ao século XX, tendo em vista que doenças, que anteriormente eram fatais, cronificaram-se com a evolução da medicina, da cirurgia e de medicamentos mais eficazes. Embora muitas delas ainda não tenham cura como certos tipos de câncer, aids e moléstias degenerativas, certas pessoas acabam vivendo por muitos anos demandando cuidados frequentes.

Ainda para a mesma autora, a designação terminalidade é utilizada de maneira estereotipada para sujeitos que não possuem bom prognóstico, mesmo que se encontrem em fase de diagnóstico ou tratamento. Kovács entende que a questão deste rótulo é a estigmatização das pessoas que acabam sendo vistas como, e se vendo como, aqueles por quem não se têm mais nada a fazer, reduzindo-os a condição de morto ainda em vida. A autora enfatiza que o que não se tem mais a fazer relaciona-se aos procedimentos médicos que tinham como objetivo a cura física, mas que isto não se refere a outras formas de cuidados que dizem respeito à promoção de qualidade de vida que envolve os cuidados psíquico, social, espiritual e controle de sintomas físicos. Entende que ainda há muito a se aprender sobre a dignidade do processo do morrer.

¹² Kovács deu início formal aos estudos sobre a morte em 1985.

Aqui cabe uma reflexão importante com relação à redução do sujeito à condição de morto. Esta posição tem implícita a ideia de que não se pode mais apostar no sujeito, caracterizando-se uma morte em vida, tirando dele sua dignidade. Há sim um sujeito aí, que precisa ser escutado em seu desejo, preservando sua dignidade mesmo no momento em que está morrendo.

Como Kübler-Ross, pode-se constatar que a proposta desta autora é a de humanização da morte. Parece-me importante enfatizar aqui que tomar a pessoa como terminal, talvez vá na contramão de se realizar uma escuta do desejo do sujeito, como diz Kovács, e corre-se o risco de tomar o sujeito como morto ainda em vida. Penso que, para que seja possível o analista apostar numa mudança de posição do sujeito diante de seu sofrimento, é fundamental que o mesmo não seja tomado como terminal, não tenha este significado para o profissional.

Com relação à sua experiência nos atendimentos destas pessoas, Kovács percebe que elas apresentam sentimentos ambivalentes com relação ao desejo de viver e de morrer para se ver livre de um intenso sofrimento. Com certeza esta oscilação atinge também os cuidadores profissionais e familiares, que passam a refletir sobre seus próprios valores.

Esta autora, a partir de uma orientação junguiana, entende que nestes momentos aparece o verdadeiro *self*, surgindo o medo do abandono, da solidão e o receio de ir junto. Quando o sujeito apresenta um quadro de depressão e se afasta, se retira, familiares sentem a proximidade da perda e buscam trazer a pessoa de volta.

Assuntos vitais tornam-se urgentes, neste caso, pela aproximação da morte. É a hora de resolver os chamados 'assuntos inacabados' de toda uma existência, que são de várias ordens, mas podem ser extremamente urgentes, como, por exemplo, o que vai acontecer com um filho ou cônjuge por ocasião da morte, principalmente quando a pessoa se sente responsável. (KOVÁCS, 2003, p.113)

Penso que isto pode acontecer de diferentes maneiras. O impacto da proximidade da morte nem sempre aparece como a primeira demanda, e sim é vivenciado de formas muito distintas a partir da história de vida de cada sujeito, do momento da vida em que a doença surge, dos significados e das explicações que cada um constrói a respeito do adoecimento. Assuntos vitais não necessariamente são assuntos relacionados à morte. A urgência em se resolver assuntos inacabados

nem sempre se relaciona diretamente à morte, mas à vida. A seguir retomarei a história de Pedro e Manuela que ilustram este assunto:

Pedro busca a análise, pois sabe que tem poucos meses de vida e quer falar e escutar como viveu sua vida, lembrar dos projetos que realizou e da vida que construiu, para posteriormente poder falar com seus familiares sobre isso para que estes tivessem a possibilidade de talvez fazer certas coisas de maneira diferente, para que não repetissem certas passagens de sua vida.

A demanda de Pedro dizia respeito a um questionamento do imperativo que respondeu ao longo da vida (*ser bem sucedido – sustentar pais e irmãos*) e que gostaria de entender e de explicar para a esposa e filhos.

Manuela procura a análise, pois sua questão era falar de não ter sido mãe. Sua demanda de análise não foi falar da proximidade da morte, ou da angústia com relação a tratamentos, mas sim de entender porque não pôde ser mãe.

A demanda de Manuela dizia respeito à idealização e identificação com a mãe.

Outra autora que se dedicou ao estudo da morte e terminalidade foi Jann (1998) que realizou um estudo sobre a experiência de luto em pessoas com câncer avançado e seus familiares. Esta autora, assim como Bromberg, entende que o luto se caracteriza por um processo psicológico que se dá em consequência a um evento de separação ou perda: “[...] ele [luto] pressupõe um modelo de enfrentamento como a progressiva consciência de perda, experiência emocional incitada por ela e a capacidade de adaptar-se ao meio ambiente sem o objeto ou vínculo perdido.” (JANN 1998, p.1).

Outro conceito que esta autora se propõe a refletir é o conceito de luto antecipatório, caracterizando-o como uma resposta adaptativa positiva à ameaça de uma perda. A ideia que está por trás deste conceito é a de que a pessoa, ao antecipar a perda, estaria iniciando um processo de elaboração das mudanças que acompanham a morte e diminuiria o sofrimento de uma perda que acontece sem anúncio, de forma abrupta.

Parece que se faz necessário um questionamento a respeito da possibilidade dessa antecipação. O que percebo na prática clínica é que as demandas dos sujeitos vão em direção a sintomas relacionados à vida. Tomando como pressuposto a afirmação de Freud de que o ser humano não possui uma inscrição psíquica para a morte, então não seria possível antecipar o sofrimento diante dela para evitar o sofrimento.

Cabe aqui retomar Negro (2008) que coloca a impossibilidade de se fazer um luto antes de se perder um objeto, não sendo possível aprender antes como lidar com determinada angústia que ainda não se vivenciou.

A partir de sua experiência com pessoas com diagnóstico de câncer avançado, Jann (1998) observa que, no período terminal propriamente dito, é comum que se dê um afastamento da pessoa adoecida, uma dificuldade de comunicação e relacionamento entre os familiares e amigos, e por esta razão entende ser importante um trabalho com luto antecipatório. Neste sentido, acredita ser fundamental estimular relacionamentos saudáveis entre as pessoas adoecidas e familiares. A ideia de utilizar o trabalho com o luto antecipatório no momento que vem antes da perda concreta da pessoa segue na direção de auxiliar no tratamento terapêutico.

De acordo com a autora, o estudo a respeito do enfrentamento e preparação para a própria morte do sujeito ou de um familiar não pode ser separado da compreensão da luta contra a morte. Desta maneira, os principais tópicos do seu trabalho são a dimensão sócio-cultural da luta contra a doença e a morte e reflexão da experiência do luto por uma morte anunciada.

Jann (1998) entende que no que se refere à preparação para a morte, a medicina procura criar possibilidades de promover melhora na qualidade de vida e qualidade de morte das pessoas com câncer avançado através de medicações de última geração que controlam a dor e o mal estar físico e emocional. No que diz respeito à visão psicossocial busca-se avaliar as demandas de enlutamento e as questões existenciais e espirituais presentes nesta fase da doença, tanto da pessoa quanto de seus familiares.

Aqui cabe ressaltar que o que está em jogo o tempo todo em todo o processo do adoecimento e da proximidade do fim da vida diz respeito a uma qualidade de

vida e não qualidade de morte, até o final trata-se de vida e não de morte. As questões dos sujeitos vão na direção de como a vida está colocada. Ou seja, a qualidade de vida para cada um, o que cada um entende de qualidade de vida, tem que ser almejada até o limite da vida.

Jann (1998) preocupou-se em estudar também a ótica familiar, dos cuidadores destas pessoas, entendendo que, na visão deles, adaptar-se à doença significa aprender a enfrentar as situações adversas e estressantes presentes no tratamento, as alterações de estilo de vida e da estrutura da família, modificar valores e credos e expectativas a respeito da doença, saúde e morte, além da preocupação financeira relacionada aos custos dos tratamentos.

Do ponto de vista da pessoa adoecida, Jann percebe que, para que se dê uma adaptação desta a todo esse processo do adoecimento, é preciso que ela possa lidar com o estresse e efeitos colaterais dos tratamentos, com os medos de dor e de recidiva, com o fantasma da morte e com o estigma social que o câncer carrega. Neste sentido, entende que é importante que as pessoas adoecidas repensem expectativas de vida e redefinam seus valores.

No que se refere à fase final de vida propriamente dita e no momento de preparação para a morte, a autora cita que as principais questões destas pessoas relacionam-se à ameaça de morte, desintegração física, problemas financeiros e busca de um novo sentido para a vida. Além disto, elas se defrontam com sintomas inerentes à fase avançada da doença como dor intensa, náusea e vômitos, anorexia, dispnéia, confusão mental, depressão, ansiedade, entre outros. Concomitante a isto, têm de lidar com o luto de todos os vínculos que construíram ao longo da vida.

Jann (1998) sublinha a necessidade do trabalho com o luto durante o período do adoecimento. Segundo ela, trabalhos a respeito do luto têm sido utilizados na compreensão do enfrentamento de momentos de quebra de vínculos, separações e perdas significativas. Desta forma, o luto se presentifica em todos os momentos de perdas, como também no caso de uma doença terminal.

A situação de luto coloca-se quando ocorre a perda real de uma pessoa ou relação significativa. Neste sentido, são deflagrados um processo e reações de luto (psicológicas e comportamentais) que acompanham o enlutado até a aceitação da perda e sua recuperação. A situação de luto impõe uma condição social ao enlutado, onde será previsto a emissão de determinados comportamentos socialmente construídos, como os rituais de luto e as formas culturais de expressão dos sentimentos de luto. (JANN, 1998, p.17)

A autora preocupa-se em estudar o luto antecipatório compreendendo que nele são vivenciadas perdas presentes na progressão da doença e na constante ameaça de morte. Perdas estas que incluem a forma de viver o dia a dia, a insegurança de futuro, a progressiva dependência de familiares, amigos e cuidadores e antecipação do sofrimento que imagina estar por vir.

Ressalta a importância de incluir a pessoa adoecida nos projetos futuros, pois dá a ela um certo controle da situação, mesmo quando não estiver mais presente, e além disso, também reduz a possível culpa que os familiares possam sentir ao planejar o futuro sem a presença da pessoa.

Esta temática também tem sido objeto de trabalhos empíricos que reforçam os achados apontados até o momento.

Grumann e Spiegel (2003) tiveram como objetivos determinar como clientes de *home hospice* lidam com a morte iminente e se é necessário o envolvimento de profissionais de saúde mental no cuidado daqueles que morrem em casa. Foram entrevistadas 12 mulheres com câncer avançado (tratadas em *home hospice*) através de entrevistas estruturadas e de um breve questionário, utilizando metodologia qualitativa. Os principais tópicos investigados foram: encarando a morte, medo da morte, dor, cansaço, depressão e ansiedade. Três temas foram extraídos das falas dessas mulheres: enfrentamento da morte, medo do morrer e da morte, e espiritualidade/fé religiosa. Os autores obtiveram os seguintes resultados: todas as entrevistadas relataram pensar na aproximação da morte. Para metade delas este pensamento foi conflitante e suas principais preocupações eram relacionadas a questões que não podiam solucionar, grande ansiedade, dor e cansaço. A maioria delas demonstrou o desejo de discutir ativamente a proximidade da morte. Mais da metade das mulheres relataram ter medo da morte e grande ansiedade frente à morte foi associada ao medo de ter uma morte com dor, receio de não ter tempo de resolver problemas importantes e dificuldade de se separar da família ao morrer.

A maioria das mulheres relatou ter encontrado grande conforto na fé. Além disso, elas expressaram conflitos com relação à iminência da morte, como o medo de morrer. Para os autores, tais conflitos são amenizados por tratamentos

psicológicos. Segundo este estudo, é fundamental a presença de um profissional de saúde mental acompanhando clientes de instituições de *home hospice*.

Este artigo traz a demanda de se discutir com as pessoas seus sentimentos diante da iminência da morte, como também a relevância de uma escuta psicológica com o objetivo de auxiliá-las a elaborar a proximidade da morte, identificar decisões que desejam tomar com relação à sua vida pessoal, familiar e profissional e proporcionar um espaço para que possam elaborar seu sofrimento na fase final de sua vida. Além disso, levanta a questão das diretrizes com relação ao atendimento psicológico, já que se trata de um atendimento diferente do convencional, realizado em hospitais, clínicas, residências, permeado por interrupções externas, mal estar físico, limitações físicas, efeitos colaterais de medicamentos, entre outros.

Beji, Reis e Bag (2004), propuseram um trabalho descritivo das reações de mulheres com câncer ginecológico de mau prognóstico, enfatizando seus desejos com relação à localização durante o tratamento terminal (hospital ou casa) e suas preferências sobre a tecnologia de sustentação da vida. Este estudo foi realizado entre 2002 e 2003, numa clínica de ginecologia oncológica de um hospital universitário em Istambul.

Foram entrevistadas duas vezes por semana 68 mulheres que passavam por controles médicos de rotina. Utilizou-se uma metodologia qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas. Foi desenvolvido um questionário semi-estruturado permitindo às mulheres pensarem nas preocupações mais importantes quando ouviram pela primeira vez seu diagnóstico, suas reações diante do mau prognóstico e seus desejos pelo local de cuidados paliativos e preferências pelo uso de tecnologia de sustentação de vida.

Obtiveram como resultado desse estudo que a maioria das mulheres dava muito valor à vida e à sobrevivência, desejava lidar com a vida da mesma maneira como antes de adoecer, gostaria de ter sua saúde de volta, não gostaria de depender dos outros, tinha receio de deixar os filhos órfãos e gostaria de deixar de sentir dor. Com relação às preferências de onde ficar durante o cuidado terminal, metade das participantes preferia ficar em casa e a outra parte preferia ficar no hospital, todas se sentiam mais seguras com estas opções. Finalmente, com relação ao uso de tecnologia que sustente a vida, a maioria das participantes dava grande

valor à vida, tinha medo de ficar em estado vegetativo e medo de ficar dependente. A minoria delas recusou-se ao uso dessa tecnologia.

Este estudo preocupou-se com os desejos com relação a como morrer, e que o sujeito possa fazer ele mesmo suas escolhas com relação ao lugar de sua morte. Além disso, sublinha a importância de serviços de *homecare* e cuidados com a dor nesta fase de final de vida.

Cabe aqui uma reflexão sobre o que é uma escolha pelo uso da tecnologia e o quanto essa escolha implica de certa maneira numa vida vegetativa de fato. O quanto o uso da tecnologia pode ser equivalente a um prolongamento da vida sem qualidade. Qualidade de vida que é possível até o limite da vida.

Cohen e Block (2004), realizaram um estudo de caso analisando as principais questões psicológicas relacionadas ao morrer como: questão do luto, as despedidas que o sujeito precisa fazer, a construção de um significado para a sua vida como um todo e a dificuldade de se deixar morrer. Esta análise foi feita tanto da perspectiva do terapeuta quanto do cliente.

Segundo os autores, o terapeuta serve como uma “companhia” e um “guia” para a pessoa que está morrendo, auxiliando na elaboração dessas questões inerentes ao processo do morrer. O terapeuta tem como função dar acolhimento ao sofrimento físico, dar continência e fazer uma diferenciação do processo de luto e de depressão, auxiliar na elaboração dos sofrimentos, facilitar uma revisão da vida e assistir nas decisões que precisam ser tomadas. Com relação aos sentimentos do terapeuta, ele precisa elaborar o luto pela morte de seus clientes e lidar com sua própria ansiedade de morte para conseguir realizar seu trabalho.

Como resultado desse estudo, os autores perceberam que a psicoterapia com pessoas que estão próximas da morte pode auxiliar a reduzir o sofrimento psíquico, diminuir estresse psicossocial e proporcionar crescimento pessoal no último estágio da vida.

Os autores Clayton *et al.*(2005), tiveram como objetivo explorar as diferentes percepções sobre a expectativa de vida em pessoas com câncer terminal. Foram realizados grupos focais e entrevistas individuais com 19 clientes com câncer avançado e 24 cuidadores de três diferentes centros de cuidados paliativos na

Austrália, e 22 profissionais de saúde de 10 diferentes lugares do país. As narrativas dos participantes foram analisadas usando metodologia qualitativa.

Como resultado do estudo, os participantes sugeriram com relação às discussões sobre o prognóstico, a importância de se falar sobre as incertezas e limitações, explicações sobre o processo envolvido em se fazer previsões de expectativa de vida, e evitar ser muito exato com relação ao tempo. Os doentes e os cuidadores queriam saber em média quanto tempo o doente tem de vida, pois queriam organizar suas vidas, tanto no sentido de tomar decisões pessoais, familiares, afetivas, profissionais e econômicas, como para se prepararem subjetivamente para a perda.

Profissionais da saúde relataram diferentes visões da maneira de se falar de expectativa de vida: dias x semanas x meses, probabilidade de os doentes estarem vivos em determinados eventos e probabilidades quantitativas de sobrevivência. No entanto, os profissionais da saúde relataram ser muito raro darem respostas estatísticas aos sujeitos.

Todos os doentes enfatizaram o desejo pela honestidade e de ser sempre dita a verdade com relação aos fatos de sua saúde, por outro lado, preferiram não receber informações extremamente detalhadas. Consideraram importante saber o real prognóstico e o quanto seu tempo de vida está limitado pela doença, pois puderam ter uma noção do que é possível esperar do futuro, fazer planos e tomar decisões.

A maioria dos profissionais da saúde e dos cuidadores achou que o tempo de vida não deve ser fixado de maneira rígida, pois os clientes podem se prender totalmente a esta data. Com exceção, apenas, de casos de pessoas que estão em momento terminal propriamente dito, com previsão de morte de horas ou poucos dias, pois, desta maneira, oferece-se ao sujeito, família e amigos a possibilidade de se organizarem.

Este artigo sublinha uma questão importante que é o desejo dos sujeitos em saberem a verdade sobre sua saúde e doença, e que isto precisa ser respeitado, pois não são raras as vezes em que familiares ocultam de seus membros a real dimensão de suas doenças com a intenção de poupá-los. É importante ressaltar, a

importância de este desejo ser atendido, pois só sabendo a verdade é que as pessoas podem fazer escolhas e tomar decisões possíveis sobre sua própria vida.

Parece-me importante enfatizar a relevância de se escutar o desejo do sujeito, pensando especificamente no resultado deste estudo. Todos os sujeitos disseram querer saber a verdade sobre sua saúde, ou seja, trata-se de seu corpo, de sua saúde, de sua vida, de suas escolhas.

Por outro lado, parece-me importante levantar a questão a respeito do que significa saber a verdade. De que verdade se trata? Quando se pensa em saber o tempo de vida, quem teria como saber o tempo de vida do outro? Quem sabe o quanto o outro vai ou pode viver? Não são raros os sujeitos que possuem uma expectativa de vida de poucos meses e passam a viver por anos contrariando dados estatísticos da medicina. Do que se trata, um desejo de viver? É uma aposta na vida? Apostas vitais dos sujeitos na vida?

Na perspectiva da psicanálise a verdade do sujeito de certa maneira está na fantasia do sujeito, chegar a ela pode ser a travessia de uma análise de muito tempo. Quando o sujeito se vê diante do tempo estreitado pode se aproximar mais da fantasia e certos conteúdos podem vir à tona, podem ser antecipados.

Os autores Chochinov *et al.* (2005), propuseram investigar as influências no desejo de viver de pessoas com câncer avançado. Foram investigadas 189 pessoas com câncer através de metodologia qualitativa.

Os autores encontraram significativa correlação entre o desejo de viver e questões psicológicas, existenciais, sociais e físicas. As variáveis existenciais parecem ter maior influência relacionada à desesperança, sentimento de “fardo” para os outros e dignidade no final de vida. Desta forma, o estudo mostrou o valor que tem que ser dado às questões existenciais no final de vida destas pessoas para que tenham um morrer mais digno.

Espinoza e Sanhueza (2007), colocaram que o principal objetivo dos cuidados paliativos em oncologia é melhorar a qualidade de vida de pessoas que enfrentam a ameaça iminente de morte. Há um entrelaçamento da qualidade de vida com a qualidade do processo de morrer.

Segundo as autoras, quando as condições de saúde de um indivíduo vão se deteriorando de maneira irreversível e letal, o ser humano entra numa fase

denominada de fase terminal de sua existência, precisando se deparar com o sofrimento físico, psicológico e espiritual do morrer. Apontam a necessidade de um trabalho multiprofissional direcionado a oferecer um viver satisfatório nas últimas experiências de sua vida.

Ainda neste artigo enfatizou-se que a maneira que cada pessoa vai se posicionar diante da qualidade de morte estará relacionada às suas experiências de vida, aos valores que são conferidos a ela, e que significado é dado à sua constante ameaça de morte. Este passa a ser um momento de tomada de algumas decisões em que o sujeito pode se colocar como protagonista de sua vida, fazer coisas que nunca fez, falar o que não foi possível dizer antes, tomar decisões com relação aos seus cuidados de saúde, onde gostaria de passar seus últimos dias...

Os autores Chochinov *et al.* (2007), objetivaram examinar o sentimento de peso, de “fardo” para os outros e clarificar essa relação com questões psicossociais, físicas e existenciais que surgem em pessoas em fase terminal do tratamento.

Foram entrevistadas 211 pessoas com câncer terminal através de um documento psicométrico psicossocial validado com o objetivo de investigar aspectos físicos e existenciais da experiência do final de vida, incluindo o aspecto de sentirem-se um “fardo”, um peso para os outros.

Os autores encontraram como resultado deste estudo que não havia associação entre sentimento de “fardo”, de estorvo para os outros com o atual nível de dependência física. Este sentimento é comum em pessoas em fase terminal, no entanto 40% da amostra deste estudo mostraram um sentimento quase que insignificante com relação à questão de sentir-se um peso para os outros, e somente 23% relataram sentirem-se um peso para os outros de maneira intensa. Os autores perceberam que as estratégias utilizadas pelos participantes para diminuir os sentimentos de depressão, cansaço, ansiedade, ajudaram a diminuir o sentimento de “peso” para os outros.

Anderson *et al.* (2008), tiveram como objetivo descrever como pessoas com câncer avançado verbalizam seu sofrimento, suas emoções de tristeza aos seus oncologistas. Foram gravadas 415 consultas médicas (59 oncologistas) de 281 pessoas com câncer avançado de três Centros Americanos de Oncologia. Foi utilizada metodologia qualitativa, destacando-se as falas que se referiam a

sofrimento, identificou-se as emoções e categorizou-se por tipo e tópico. Como resultado, percebeu-se que apenas 17% dos participantes verbalizavam seu sofrimento aos seus oncologistas. As palavras mais usadas foram: dúvidas, medo, preocupação, depressão e nervosismo. Os tipos de emoção mais frequentes foram: ansiedade, medo, depressão e raiva. Os tópicos que mais apareceram foram: dúvidas com relação a sintomas e parte funcional do organismo, diagnóstico e tratamentos médicos, problemas sociais e sistema de saúde. Apenas em 2% do tempo, participantes que apresentavam câncer terminal falaram de sentimentos relacionados à morte.

Os autores chegaram à conclusão de que não é frequente as pessoas expressarem seu sofrimento aos seus oncologistas. Quando o fizeram, normalmente expressaram ansiedade e medo, indicando preocupações com o futuro.

Embora não tenha sido o foco deste trabalho, os autores perceberam que em menos de 1/3 do tempo os oncologistas responderam de maneira acolhedora ao sofrimento de seus clientes, o que provavelmente parece uma das razões que os levam a se sentir inibidos em expressar seus sentimentos.

Sand *et al.* (2008), tiveram como propósito explorar a percepção, experiência e o significado de impotência e desamparo em pessoas com câncer avançado. Cento e três clientes de quatro diferentes centros de cuidados paliativos *homecare* responderam a um questionário de questões para assinalar e questões abertas.

Neste estudo percebeu-se que a iminência de morte, sintomas, perda do controle e autonomia, ignorância, isolamento e incertezas constituíram as causas para os sentimentos de impotência e desamparo, mas cada fator foi reforçado pelos sentimentos de tristeza, e 65% dos participantes relataram experiências de impotência e sentimento de desamparo. Estes sentimentos relacionam-se também a sentimentos de solidão e falta de esperança. Os resultados foram analisados através da Psicologia Existencial.

Constatou-se que diferentes circunstâncias contribuíram para uma grande dificuldade em lidar com uma doença incurável. A falta de esperança aparece em consequência a uma perda progressiva anatômica, incertezas e perda de dignidade.

Quando os clientes receberam o diagnóstico de câncer avançado houve um sentimento de perda de existência, “o meu mundo caiu”, tendo como consequência

perda de energia e sentimentos de impotência e desamparo. Além disso, os participantes descreveram uma série de sintomas físicos (dor, náusea, cansaço, insônia, incontinência urinária, entre outros) que também trouxeram como efeito os sentimentos de impotência e desamparo.

A doença e seus tratamentos também provocaram limitações psicológicas e existenciais, como não conseguir exercer os papéis familiares, sociais e profissionais como antes e se ver numa situação de fragilidade e iminência de morte. O sentimento de dependência dos outros também foi mencionado pelos participantes como algo muito difícil de lidar, pois até em situações de intimidade (higiene e necessidades pessoais) isso ficou exposto, gerando sentimentos de impotência intensos.

Para alguns sujeitos apareceu também o sentimento de ser ignorado, de não ser olhado nem questionado quanto às suas preferências com relação a decisões importantes de saúde ou mesmo de sua vida pessoal.

Sentimento de isolamento social se presentificou para alguns, principalmente os que já apresentavam relações familiares e pessoais mais fragilizadas e que acabaram se intensificando no momento do adoecimento.

Sentimentos de insegurança e incerteza estavam presentes desde quando o sujeito recebeu o diagnóstico de câncer e que com certeza se intensificou conforme o prognóstico se agravou. Viver com o sentimento de que algo inesperado pode acontecer a qualquer momento foi sentido por eles como bastante frustrante. Além de uma questão que se presentificou o tempo todo: quanto tempo sobreviverei? Estes sentimentos tiveram como efeito a dificuldade de a pessoa fazer planos tanto diários quanto a médio e longo prazos.

Aqui aparece um ponto muito importante a ser pensado e questionado. Ser ignorado é equivalente a estar morto, ocorre aqui uma antecipação da morte. Por vezes, alguém que está prestes a morrer é ignorado, o sujeito passa a não ter ancoramento para viver, e daí pode-se pensar o quanto ser ignorado pode significar uma antecipação da morte, negando a esta pessoa a escuta e a possibilidade de significar este momento.

Os autores perceberam que quando os clientes receberam o diagnóstico de câncer, sentiram como se fosse uma sentença de morte. Ter que se deparar com a

possibilidade de morte não é fácil, de qualquer forma algumas pessoas tentam se defender destes sentimentos para continuar vivendo. Conforme o câncer vai evoluindo e o prognóstico vai piorando, a dificuldade de se distanciar destes sentimentos aumenta.

Foi percebido também que os participantes sentiram-se solitários mesmo quando rodeados por familiares e amigos, pois muitas vezes não se sentiam compreendidos em seu sofrimento.

Outro sentimento encontrado foi o de não ter mais esperança, sentindo o peso da incerteza. Perceberam-se fora do comando da própria vida tendo que delegar a responsabilidade tanto sociais como econômicas para outra pessoa.

Estes foram sentimentos que o estudo conseguiu formalizar. As perguntas abertas foram fundamentais para se ter acesso aos sentimentos dessas pessoas, pois dão espaço para respostas subjetivas e não só concordar e discordar de respostas pré-determinadas. Estes resultados são semelhantes aos relatos por Anderson (2008), Espinoza e Sanhueza (2007) e Chochinov (2005). Todos eles diferem e de certa forma são contrários ao de Chochinov *et al.* (2007), que utilizou escalas enquanto os outros fizeram análises qualitativas.

Pinguart *et al.* (2008), tiveram como objetivo analisar associações entre os objetivos e propósitos de vida em pessoas com câncer. Foram entrevistadas 153 pessoas antes de iniciarem a quimioterapia e, aproximadamente, nove meses depois. O propósito de vida foi medido através da versão alemã do Teste Propósito de Vida de Crumbaugh e Maholik's, e a investigação dos objetivos de vida sociais, psicológicos, materiais e relacionados à saúde foram acessados através das Escalas Likert.

Este estudo foi realizado com adultos que foram recentemente diagnosticados e estavam dando início ao tratamento em dois centros de oncologia e hematologia da Alemanha.

Através da versão alemã do Teste Propósito de Vida que foi aplicado, avaliou-se se o sujeito percebe sua vida presente e passada como útil e se tem satisfação nas suas atividades diárias. Os objetivos de vida foram classificados em social, psicológico, material e objetivos relacionados à saúde.

Como principais resultados deste estudo, observou-se que a grande importância dos objetivos sociais, psicológicos e ligados à saúde foram relacionados a grandes propósitos de vida. Além disso, os participantes que tinham altas ambições sociais na primeira fase da pesquisa tiveram um aumento no propósito de vida com o passar do tempo. Por outro lado, grandes ambições materiais foram associadas a menos propósitos na vida na segunda fase do estudo e foi diminuindo com o passar do tempo. As associações entre objetivos sociais com propósito de vida tornaram-se mais intensos no decorrer do estudo.

No que se refere aos objetivos psicológicos, este estudo mostrou que eles se mantêm apesar do adoecimento, provavelmente em razão da doença, os clientes passaram a fazer uma revalorização da vida, desenvolvendo uma nova filosofia e entendimento de vida.

A meu ver este estudo encontra uma limitação importante, pois se restringe a nove meses depois da quimioterapia, e objetivos e propósitos de vida podem mudar depois deste período tanto para as pessoas que vão tendo maior sobrevida e bons prognósticos, quanto para os que entram em cuidados paliativos. Além disso, não se explicita em quais condições clínicas estas pessoas encontravam-se.

A partir deste panorama da área, percebe-se que a maioria dos estudos realizados tem o propósito de agrupar sentimentos e pensamentos que as pessoas sentiram diante do adoecimento e terminalidade. Parece que se busca fazer uma descrição desses sentimentos, procurando um padrão comum para que se possa encontrar uma maneira de proporcionar uma melhora na qualidade de vida desses sujeitos ou mesmo decidir qual o tipo de assistência necessária e adequada a estas situações. É necessário lembrar, que uma escuta atenta da equipe pode auxiliar neste processo de busca de significados para este momento específico de vida.

É um momento de se deparar com a urgência, momento este que necessita ser enfrentado e estudado. É sobre esta questão que se refletirá no capítulo a seguir.

6 DIRETRIZES DO ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DO PACIENTE EM PROCESSO DE TERMINALIDADE: A PRÁXIS DA URGÊNCIA

“A flor do campo floresce apenas por uma hora e, no entanto, ela não difere em essência, do gigantesco pinheiro que vive uma centena de anos.”

(Teitoku Matsunaga)¹³

Como se pode pensar no atendimento de orientação psicanalítica em hospitais, clínicas, residências? Como se dá esse atendimento a pessoas em processo de terminalidade? Como se coloca a questão do *setting* analítico? Quais são as condições fundamentais para que um processo analítico possa ocorrer inserido na clínica da urgência?

Proponho neste momento, fazer uma relação entre o momento de terminalidade em que o sujeito se encontra, com a possibilidade da prática psicanalítica da urgência. As urgências subjetivas podem ou não estar relacionadas a urgências objetivas, embora neste caso de terminalidade, muitas vezes isto coincida. O que se percebe nesta clínica é um sujeito diante do impossível de suportar e é isto que precisa ser escutado.

Iniciarei esta reflexão retomando Freud (1919), quando reflete sobre a necessidade da extensão da prática da psicanálise do consultório para a comunidade de forma geral devido a duas razões: acreditava que os psicanalistas não deveriam reduzir sua experiência somente à população de classe social alta e considerava que a neurose deveria ser um problema para a saúde pública. Foi a partir deste momento, que ele passa a repensar a técnica psicanalítica no sentido de adaptá-la à demanda do atendimento inserido nas instituições, ressaltando que a extensão da psicanálise só será eficiente se for mantido o seu rigor.

¹³ Disponível em: <opensador.uol.com.br>. Acesso em: 19 mar. 2011.

[...] a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica, desde que nesta diversidade sejam reconhecidas as condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência. Esta diversidade clínica se justifica não apenas pelas diferentes formas de funcionamento psíquico que se apresentam para a escuta analítica, mas também pela diversidade de espaços em que a experiência psicanalítica é possível [...]. (BIRMAN, 1994, p.27)

Birman (1994) enfatiza que é fundamental uma condição ética para que ocorra uma experiência transferencial. Não é por estar atrás de um divã que necessariamente se pratica psicanálise. Isto quer dizer que não é o local ou a técnica que vão assegurar que se está fazendo psicanálise.

É a ideia de transferência como deslocamento que permite dar um lugar possível para o analista dentro da economia psíquica do sujeito, isto é, a libido se apodera, através do deslocamento, do analista, que começa a funcionar como um significante que se relaciona com os demais significantes do sujeito.

Lacan (1959-60, p.375), traz a ideia de que se pense na ética do analista a partir da estrutura de uma análise, ao invés de colocá-la em categorias pré-estabelecidas: “[...] a relação da ação com o desejo que a habita” -, para ele a ética da psicanálise é a ética do desejo.”

Ainda segundo Birman (1994), a psicanálise se caracteriza por ser um processo singular, que tem como objetivo oferecer possibilidades para que o sujeito dê voz ao desejo próprio de sua história, e é o lugar de se deparar com os impasses de suas exigências pulsionais.

Entendo que esta posição ética supõe que o analista não se posicione no lugar *de quem sabe*, posição esta que na maioria das vezes é solicitada pelo analisando. O analista precisa se colocar no *lugar do vazio*, para que o sujeito possa colocar o Outro ao qual se submete, possibilitando que encontre uma nova maneira de usar seu significante-mestre.

[...] à medida que uma análise põe em funcionamento, pela associação livre, a cadeia significante, ela propicia que o sujeito se depare com a própria falta do significante, para que ele possa se separar do sintoma que o aprisiona e que o faz gozar. Podemos pensar que o discurso analítico propicia esse esvaziamento do gozo, fazendo o sujeito se deparar com a própria castração. (OLIVEIRA, 2000, p.83)

É em busca da concretização do desejo, que o sujeito do inconsciente tenta, a partir dos significantes que o representam, entender o que causa o desejo. Então, acredito que a análise só pode se dar num campo discursivo, onde um sujeito, a partir de sua transferência, fala a um outro, coloca seus significantes, a fim de encontrar um sentido para seu sofrimento, sua falta. Nesse sentido, o desejo está vinculado com o Real, com aquilo que não se inscreve no discurso.

É função do psicanalista escutar o sujeito em sua livre associação. Como a psicanálise é uma experiência do discurso, onde o sujeito fala e sofre pelo que não tem consciência, mas que vem à tona quando fala livremente.

O bem dizer, que se realiza pela entrega do analisante à associação livre – a partir da posição do analista no lugar de ouvinte que promove a instauração da transferência –, possibilita a emergência de uma nova significação. *Bem dizer* não sobre qualquer coisa – embora seja promovido pela associação livre –, mas sobre o saber recalçado, o gozo proibido que vai de encontro ao dever ético. (FUENTES, 1999, p.148) (grifo do autor).

É função do analista convocar o sujeito, sujeito este que surge no intervalo da cadeia significante que o determina, quando aparece na associação livre, em sua face de assujeitamento ao discurso do Outro, além de mostrar-lhe como responsável por sua posição. Ou seja, cabe ao analista promover a implicação do sujeito em seu sofrimento, transformando-o em posição subjetiva. É importante ressaltar, que implicar o sujeito em seu estado não é culpabilizá-lo, mas é chamá-lo a situar-se frente a seus sentimentos.

Elias (2008) diz que enquanto o sujeito tiver possibilidades de falar, cabe ao psicanalista escutar o que ele tem a dizer, ofertando sua escuta para acolher qualquer dito, respeitando as particularidades e subjetividades. É fundamental que o analista ressalte no discurso o que vai permitir a abertura de questões que remetam o sujeito à sua própria história, fazendo com que aquela vivência seja única, pontuando a sua responsabilidade e implicação com a própria doença.

Então, o psicanalista precisa escutar o analisando no desejo que surge através do significante que coloca. Segundo Quinet (2000), o que se entende de uma análise, é que ela permite ao sujeito conhecer os significantes primordiais que foram impressos em sua história, através do saber do inconsciente. A ideia é que a partir desse saber, o sujeito possa deixar de se alienar e sair de seu comando.

Neste sentido, a análise não vai possibilitar ao sujeito deixar de ser castrado, mas proporcionar o conhecimento de seus significantes primordiais, para que possa parar de responder ao desejo inconsciente que é sempre desejo de se fazer objeto do desejo do Outro. A partir disso, o sujeito passará a sustentar sua posição desejante, aceitando não ser possível satisfazer o desejo plenamente.

Desta forma, a partir do referencial lacaniano, o que permite que uma análise ocorra não está no *setting* ideal dentro das quatro paredes de um consultório, mas sim no manejo da transferência, nos fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e no desejo do analista. Neste sentido, a análise pode acontecer em qualquer espaço, como diz Moretto (2001, p.101): “[...] o inconsciente não está nem dentro nem fora, ele está aí *onde o sujeito fala*.”

[...] ao psicanalista, Freud propôs que não fizesse uma seleção dos elementos do discurso, que se escutasse sob atenção flutuante – aquela que não valoriza *a priori* nenhum dos elementos do discurso do sujeito – não se utilizando de seus preconceitos para ouvir, pois aí pode emergir uma verdade. (MORETTO, 2001, p.70)

Voltando aqui para a questão central deste trabalho que é pensar as possibilidades da psicanálise, a partir das diretrizes citadas anteriormente, diante da terminalidade, ou seja, quais as possibilidades da psicanálise diante da clínica da urgência?

O que percebo em muitas das pessoas que acompanhei que se encontravam num processo de proximidade da morte é a presença de um sentimento de desamparo e angústia. A angústia é aqui entendida como aquilo que não tem nomeação, que é expressão do Real, aquilo que não foi simbolizado. O analista, quando oferece uma escuta ao sofrimento subjetivo deste sujeito, possibilita que este possa transformar agressividade, gritos e atos em fala, ou seja, permite a nomeação do seu sofrimento e, possivelmente, sustentar sua posição desejante.

Moretto (2001) diz que a angústia se origina da falta de significantes:

[...] me parece que o que um analista pode fazer com um paciente à beira da morte e que sabe disto (pois todos nós podemos estar também à beira da morte com a diferença que não sabemos propriamente disto), não só no hospital, mas também no seu consultório, ou na casa do paciente, é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não toda. (MORETTO, 2001, p.103)

O que se espera então do analista é que, a partir de suas interpretações, possibilite ao analisando alcançar a verdade sobre seus medos, angústias, a verdade sobre si mesmo, proporcionando assim o surgimento da saída para seu sofrimento, que apreenda na sua história a cadeia de significantes, aos quais a angústia pode ser a via de acesso.

Desta maneira, a psicanálise trabalha com a possibilidade de que cada pessoa constrói, a partir de sua biografia, formas particulares de respostas aos impasses ou angústias da vida. O analisando pode abandonar as respostas já existentes e procurar inventar alternativas de lidar com o seu sofrimento, se responsabilizando e se apropriando disso, rompendo com a repetição das cadeias que, até então, regem sua vida.

Deste modo, o psicanalista pode oferecer sua presença e sua escuta, ao realizar seus atendimentos em qualquer lugar. Como coloca Elias (2008), o inconsciente encontra-se onde houver a possibilidade de se falar e escutar.

Kruel (2003) explica que a psicanálise sustenta o trabalho da urgência subjetiva, acreditando que o manejo da angústia e sua contenção sejam fundamentais para que o sujeito possa tolerar certos momentos da análise.

“[...] a urgência do atendimento pede um tempo diferente daquele linear e progressivo pelo qual contamos nossos dias, pede do psicanalista um posicionamento concreto, um acolhimento imediato da angústia, onde fala um idioma difícil de ser escutado.” (OLIVEIRA, 2003, p.47).

Moura (2000) afirma que as situações como a morte de pessoas próximas, a perda da posição de sadio - quando aparece uma doença - ou da condição de saudável - quando tem que se submeter a uma cirurgia -, são condições que surgem na urgência por quebras na vida que fazem com que as pessoas passem a se questionar quem são elas agora. Passam a se defrontar com a ruptura das ilusões e certezas que embasavam seus pensamentos. Concomitantemente a isso, passam a se perguntar: *Por que comigo?* Como diz Moura (2000, p.7/8): “Pergunta que revela a ilusão do ‘ao menos um’ que não sofreria como o resto dos mortais.”

São estas situações que muitas vezes o psicanalista se defronta no trabalho com sujeitos hospitalizados, ou com doenças graves, deparando-se com uma prática que não é típica, que é a práxis da urgência. É um período em que o sujeito vai estar

submetido a momentos inesperados, situações de perda, rupturas e descontinuidades de elementos da sua vida, que podem retirá-lo de seu ancoramento significativo, caracterizando-se por uma situação traumática que faz surgir a angústia. É neste período que se demanda a presença de um analista. O sujeito passa a se perguntar: *Quem sou eu agora?*

Retomarei a história de Marta que ajuda a ilustrar esta situação:

Marta aos 32 anos foi diagnosticada com câncer de mama avançado após um ano de seu casamento e no momento em que o casal planejava ter um bebê. Por ter sido diagnosticado tardiamente, precisou se submeter rapidamente a uma mastectomia radical e logo após iniciou a quimioterapia. Repentinamente parou de estudar, de fazer esportes, caiu seu cabelo, seu corpo mudou, todos os seus projetos passaram a ser questionados e mais do que isso, a possibilidade de continuar viva era uma incerteza. Apresentou quadro de depressão e foi encaminhada para o atendimento psicanalítico.

Marta trouxe um sofrimento com relação à sua imagem corporal, se perguntando *quem sou eu agora?* Além de suas questões relatadas anteriormente, traz uma questão relacionada ao sentimento de perda de identidade e de uma angústia relacionada a isso. É um corpo estranho a ela, não o reconhece como seu: *“esta não sou eu”*.

Moura (2000) vai dizer que no momento da urgência o sujeito se depara com um estado inicial de desamparo, momento que pode ocorrer em qualquer época da vida, mostrando a precariedade da condição humana.

O psicanalista vai estar diante da clínica da urgência sustentado pelos conceitos da clínica da demanda a ser formulada em palavras, pois se trata de uma aposta no sujeito: a de transformar a urgência onde o sujeito não tem palavras, a partir de uma construção do analista, reintroduzindo-o na cadeia significante. (MOURA, 2000, p.8)

O psicanalista, ao escutar a demanda de uma urgência subjetiva, precisará administrar a pressa que a situação impõe ao tempo próprio do sujeito em construir uma demanda. O tempo se presentifica nas situações de urgência. Então Moura (2000, p.9) aponta: “O paciente precisará entrar na estrutura para que o analista possa então se perguntar sobre o desejo e o equilíbrio do gozo naquela estrutura.”

Isto pode ser ilustrado pela história de José:

José recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão avançado com quadro metastático generalizado repentinamente quando foi ao médico com queixa de tosse repetida. Recebeu a notícia que, devido ao quadro avançado, a expectativa era de que a doença progrediria rapidamente e que provavelmente não viveria mais do que um (1) mês. Ficou muito angustiado e deprimido, não falava com ninguém, recusava-se a comer e a tomar banho e por esta razão seu médico oncologista o encaminhou para a o atendimento psicanalítico. Foi atendido em casa, pois em poucos dias desenvolveu um quadro de insuficiência respiratória que o impediu de se locomover. Era um imigrante italiano que veio para o Brasil há 40 anos com a primeira esposa e três filhos. Relatou ter tido um casamento muito feliz, orgulhando-se da vida que construiu. Contou que sua esposa faleceu há 20 anos de câncer e que a partir deste momento, não conseguiu mais se aproximar dos filhos. Passou a só trabalhar, casou-se novamente com uma mulher 20 anos mais jovem e tem um péssimo relacionamento com os filhos. Chorou muito ao falar deles e atribuiu sua depressão a não ter conseguido construir uma boa relação com eles. Pediu ajuda para falar a eles o quanto foi difícil perder a esposa e que eles eram um pedaço dela, que percebia que sofriam também pela falta dela e ele não conseguiu suportar esta situação, então se afastou. Depois que fez estas relações e falou com os filhos, relatou sentir-se aliviado, voltou a falar com as pessoas, a tomar banho e alimentar-se e após alguns dias faleceu.

Parece que ao se deparar com a proximidade da morte, José construiu uma demanda analítica de elaborar o luto da esposa e o abandono dos filhos. Aparece aí a ideia de deixar algo para os filhos, uma herança de um bom pai. A partir da proximidade da morte pôde elaborar a morte da esposa e se retificar diante dos filhos.

“A clínica da urgência é a clínica das pessoas que, no momento do desespero, não falam e se falam, não articulam a fala ao dizer.” (MOURA, 2000, p. 11). O que ocorre é que o significante não se liga ao dizer, havendo uma quebra na cadeia significante, ruptura que causa a destituição do sujeito, colocando-o na

posição de objeto. Neste contexto, o objetivo da análise é proporcionar o percurso de destituição para a reinserção da pessoa na posição de sujeito. O analista precisará articular a rapidez necessária pela situação com o tempo do sujeito que precisará advir.

“A tentativa de inserir tal situação na cadeia significante do sujeito requer a especificidade do ato analítico. É através do ato e sua lógica que o analista, na urgência, irá tentar trabalhar para que o tempo de compreender se faça.” (SILVA, 2003, p.13).

Parece importante ressaltar que a clínica psicanalítica na urgência pode ser pensada considerando o sujeito e suas produções frente ao encontro com o Real. Nesse sentido, a urgência pode ser tomada como uma oportunidade para uma nova tomada de posição do sujeito frente às suas questões, fazendo com que lide com elas de forma inédita e diferente do que a anterior, ou seja, a proximidade com a morte incita a ressignificar a vida.

Acredito que cabe ao analista quando solicitado a atender um sujeito, em primeiro lugar escutar a demanda, para num segundo momento a partir da leitura que se faz da questão apresentada pelo sujeito, fazer operar algo. Esta possibilidade de operar se sustenta a partir do desejo do analista em que isto aconteça, em sua aposta de que ali há um sujeito que se relaciona a um desejo, uma aposta no sujeito do inconsciente. Desta forma, o analista se ocupa do discurso, oferecendo um lugar para o sujeito do inconsciente. Como diz García (2001, p. 107) se referindo ao desejo do analista: “Produzir um corte que recorte o ilimitado da angústia, possibilitando uma saída possível.” (tradução nossa).¹⁴

Luiza nos ajuda a elucidar este ponto:

Luiza tinha 27 anos e um filho de dois anos com diagnóstico de leucemia em estágio terminal e que se encontrava internado no hospital. Diariamente Luiza perguntava à médica o que o filho tinha. A médica hematologista angustiada e acreditando que Luiza fazia essa pergunta pois apresentava a impossibilidade de escutar a proximidade da morte do filho, encaminhou-a para o atendimento psicanalítico. Luiza foi atendida seis vezes. Na terceira sessão, quando perguntou à

¹⁴ “Producir un corte que recorte lo ilimitado de la angustia, habilitando una salida posible.” (GARCÍA, 2001, p.107).

medica o que o filho tinha e ela lhe deu a mesma resposta de sempre: “Ele tem leucemia...Então a analista respondeu: “O que você gostaria de saber?” Luiza responde: “Pedro é a minha vida. Como é possível a vida sem ele?”A partir desta sessão, contou que Pedro tinha sido muito desejado, por seis anos tentou engravidar, fez alguns tratamentos até que finalmente conseguiu. Teve uma gravidez difícil e devido a uma intercorrência no parto, não poderá mais ter filhos. Contou que desde criança tinha o projeto de ser mãe, então diz: “Nasci para ser mãe!”Apos o falecimento do filho, Luiza voltou para sua cidade natal e deu continuidade à sua análise.

Quando Luiza pergunta diversas vezes à médica o que seu filho tem, demonstra que a resposta: “Ele tem leucemia...” (significado) que a médica lhe dava não a contentava, ou seja, não era suficiente.

Pode-se pensar que Luiza não conseguia colocar em palavras seu sofrimento, e quando lhe foi perguntado o que queria saber, abriu-se a possibilidade para que pudesse nomear sua angústia. O que parece é que a partir da angústia, ela formula uma pergunta que possibilita demonstrar onde está o sujeito. Ou seja, ocorre a emergência do sujeito a partir de uma pergunta. Quando a analista pergunta na terceira sessão o que ela quer saber, ela se pergunta: “Como é possível a vida sem ele?” (S2). Remete a uma frase que é: “Nasci para ser mãe” (S1).¹⁵

O luto da morte do filho significa também o luto da menina que nasceu para ser mãe.

Cabe aqui uma reflexão da relação simbiótica dessa mãe com o filho. Que lugar o filho pode ocupar quando refere que ele é sua vida. Uma mãe precisa se separar do filho para que ele possa ter a própria vida. Parece que se coloca aqui uma questão com a castração.

A maioria dos casos clínicos mencionados neste trabalho foi atendida por um curto espaço de tempo (3 a 24 atendimentos), mas estes atendimentos não deixaram de ter um efeito analítico que, em alguns casos, pôde ser chamado de retificação subjetiva, ou seja, o início de um processo que possibilita uma mudança

¹⁵ S1 refere-se a primeiro significante e S2 a segundo significante.

no sujeito em relação às repetições na sua história de vida, implicando-se com seu sofrimento, havendo a possibilidade de ir à busca de seu desejo.

Retificar significa sair da posição de objeto para a de sujeito dividido pela própria castração, ou seja, uma análise não caminha na direção de eliminar a divisão do sujeito (castração), mas de proporcionar ao sujeito, ao conhecer seus significantes primordiais, escolher se responsabilizar por sua condição desejante, ou seja, aceitar a impossibilidade de se satisfazer plenamente o desejo.

Evidentemente não se trata aqui de um final de percurso analítico, nem mesmo de um percurso analítico, mas de intervenções analíticas que, ao tocarem no ponto onde o sujeito está totalmente tomado, capturado no campo deste Outro que comanda sua vida nesses momentos, operam um deslocamento por pequenas escansões que se efetuam por cortes. (RODRIGUES, 2003, p.96)

Nas vinhetas clínicas que foram citadas neste trabalho pôde-se perceber que a proximidade da morte precipitou o falar, ou seja a morte próxima precipitou algo! Para cada um dos sujeitos, a proximidade da morte acelerou ou desencadeou um processo de significação.

Carlos apresentou o desejo de ser um bom pai e sua angústia relacionava-se à impossibilidade de sustentar o seu *ideal de eu*, tinha receio de não poder levar a filha ao altar no dia de seu casamento.

Maria trouxe questões relacionadas à relação de identificação com o pai, conflitos com relação à mãe e a repetição desta relação com a filha. Faz a ruptura de um pacto de silêncio relacionado à sua relação com o pai.

Pedro fez um questionamento relacionado ao lugar que sustentou diante de sua família, ao imperativo que lhe foi oferecido e que ele atendeu, posicionando-se como aquele que salva a família. Sustentou seu *ideal de eu*, o ideal de filho e irmão que promove o sustento dessa família.

Manuela questionou-se a respeito da impossibilidade de ter sido mãe. Trouxe o lugar idealizado que a mãe ocupava em sua vida e que considera que serviu de impedimento para que pudesse construir o seu próprio lugar de mãe.

Marta apresentou um quadro de depressão e revela sua posição subjetiva com sua *teoria* com relação ao seu adoecimento, que é a posição de quem mantém um casal, de quem faz a *costura* do laço parental.

José demandou elaborar o luto da morte da esposa e o abandono dos filhos. Trouxe o desejo de deixar uma herança para os filhos relacionada ao lugar de um bom pai.

A partir do adoecimento do filho e proximidade de sua morte, Luiza apresentou-se muito angustiada, não conseguindo nomear seu sofrimento. Então, questionou-se de como poderia viver sem seu filho o que a remeteu para o significativo de ter nascido para ser mãe. Isto significa que o luto da morte do filho, representou também o luto da menina que nasceu para ser mãe. Através desta primeira demanda de análise, Luiza deu continuidade à análise após o falecimento do filho.

Voltando para as questões iniciais deste capítulo, pode-se concluir que é possível sim o atendimento psicanalítico em hospitais, clínicas e residências a pessoas diante da terminalidade, na medida em que a ética da psicanálise é a ética do desejo. Desta forma, a análise configura-se como um processo singular que tem como função dar possibilidades para que o sujeito dê voz a seu desejo.

O que possibilita que a análise ocorra é o manejo da transferência, nos fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e no desejo do analista, e para que isto ocorra não é necessário um *setting* ideal. Como dito anteriormente, o inconsciente encontra-se onde o sujeito fala.

A análise ocorre então num campo discursivo, quando um sujeito, através da transferência fala com um outro em busca de dar um sentido para seu sofrimento. Desta maneira, trabalha-se na clínica da urgência com a possibilidade que cada sujeito constrói, a partir de sua biografia, respostas particulares aos impasses da vida, podendo construir novas saídas para suas questões subjetivas. Frente à iminência da morte o sujeito poderá dar um sentido à sua vida.

Como já foi colocado anteriormente, o inconsciente é atemporal e frente ao aparecimento do Real o tempo passa a ter uma nova dimensão para o sujeito, havendo a precipitação do sujeito do inconsciente. Desta maneira, mudanças rápidas podem ocorrer: “[...] diante do acidente na vida do paciente também pode ocorrer um acidente no discurso. Acidente que leva o sujeito a se perguntar sobre si, sobre sua história.” (MOHALLEM e SOUZA, 2003, p.29).

O estreitamento do tempo, pode fazer surgir em determinados sujeitos a demanda por dar um significado à vida que viveram, fazendo uma releitura de suas vidas. Neste sentido, pode haver uma pressa, uma antecipação, questões psíquicas passam a surgir com urgência em serem significadas.

Há um manejo importante que o analista tem que se deparar e que se presentifica nos atendimentos a sujeitos que se encontram hospitalizados, acamados em clínicas ou residências, e que se apresentam na maioria das vezes fisicamente fragilizados. Interrupções e interferências do atendimento psicanalítico são constantes neste contexto, ou até mesmo impedimentos do próprio sujeito que comumente apresenta intercorrências físicas. Ou seja, trabalha-se da maneira que é possível.

O psicanalista também sabe que há uma limitação do tempo e nesse sentido, por vezes, pode antecipar uma fala, uma pontuação que considera ser importante para o processo subjetivo do sujeito em questão, sem que com isso deixe de seguir os fundamentos éticos dos procedimentos técnicos e de manejar a transferência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta reflexão com relação às possibilidades de atendimento psicanalítico na terminalidade, podemos concluir que o diagnóstico de uma doença sem possibilidades de cura faz com que o sujeito se defronte com a proximidade da morte, da finitude. Ocorre que não há uma inscrição psíquica para a própria morte, ou seja, nosso inconsciente se apresenta como se fossemos imortais. O sujeito depara-se com o irredutível e com o irremediável, estando frente a uma privação simbólica, que é a impossibilidade de simbolizar a morte.

De acordo com a perspectiva da psicanálise, de que o sujeito vive como se fosse imortal, na medida em que no inconsciente não há uma inscrição psíquica para a morte, e de que não se tem *a priori* a experiência da morte, pois é algo desconhecido e impossível de ser experienciado, parece não ser possível uma preparação para a sua proximidade.

Ou seja, já que não é possível simbolizar a morte, o que o sujeito fará diz respeito a outra coisa, o que pode fazer é dar um sentido à sua vida. Desta forma, diante da iminência da morte, o sujeito tentará dar um sentido à vida.

O que ocorre é que quando se recebe o diagnóstico de uma doença que não tem mais cura, em estágio avançado, e que, portanto está implícito que a morte é iminente, o efeito para alguns sujeitos é o surgimento de questões da vida, onde se busca conferir significações para o adoecimento e para eventos da própria vida.

Pode aparecer em alguns sujeitos um sentimento de vazio; a angústia e desamparo se presentificam, mesmo com apresentações clínicas distintas para cada sujeito. Este sofrimento que surge diante da proximidade da morte se articula diretamente com a castração. Há uma reedição.

É só no caso a caso que existe a possibilidade de se analisar o efeito da proximidade da morte em cada sujeito, pois cada um apresentará uma explicação para seu adoecimento e irá escolher ou não produzir significações para a sua vida. A apresentação singular do sofrimento e das emoções de cada sujeito irão se

apresentar de forma singular e vão indicar como o desejo e o vazio estão sendo enfrentados, qual o processo humano presente na singularidade.

Coloca-se como fundamental escutar o *porquê* que cada sujeito confere ao seu adoecimento, pois esta explicação lhe atribuirá um sentido subjetivo, possibilitando a construção de uma significação.

É importante ressaltar que o que está presente o tempo todo no processo do adoecimento e da proximidade do fim da vida diz respeito a uma vida, e até o final, trata-se de vida e não de morte. As questões subjetivas de cada sujeito estão relacionadas a como a sua vida está colocada, ou seja, a qualidade de vida para cada um, o que cada um entende por qualidade de vida precisa ser almejada até o fim da vida.

O que acontece neste momento é que há uma consciência do tempo que se estreitou, não se trata de uma fantasia de morrer, mas da apreensão da finitude e da transitoriedade. Nesse sentido o sujeito passa a trazer os significantes que marcaram a sua vida. O que ele vai produzir neste momento é muito importante.

Cabe salientar que não se pode atribuir ao sujeito a condição de morto, pois esta posição apresenta implicitamente a ideia de não se apostar no sujeito, caracterizando-se uma morte em vida, tirando dele sua dignidade. Há sim um sujeito, que precisa ser escutado em seu desejo preservando sua dignidade mesmo no momento em que está morrendo.

Outro aspecto relevante de ser pensado e questionado diz respeito a se ignorar o sujeito que está morrendo. Ser ignorado é o equivalente a estar morto. Assim, se alguém que está prestes a morrer é ignorado, passa a não ter ancoramento para viver e daí pode-se pensar o quanto ser ignorado pode significar uma antecipação da morte.

Outra questão que se coloca e que apareceu em todas as vinhetas que foram citadas neste trabalho é o quanto a proximidade da morte precipita a falar, ou seja, a morte próxima dá origem a algo, acelera o tempo, antecipa o processo de significação. Carlos apresentou o desejo de ser um bom pai; Maria fez a ruptura de um pacto de silêncio; Pedro questionou o mandato de ser o filho que dá sustento à família; Manuela questionou não ter sido mãe; Marta percebeu sua posição de fazer a “costura” do laço parental; José demandou elaborar o luto da morte da esposa e

Luiza se deu conta que nasceu para ser mãe, e se perguntou o que será dela diante da morte do filho.

Então cabe ao psicanalista, que se insere na clínica da urgência, estar sustentado pelos conceitos da clínica da demanda que precisará ser apresentada em palavras, pois se refere a uma aposta no sujeito, buscando modificar a situação de urgência onde o sujeito está desprovido de palavras, inserindo-o novamente na cadeia significativa. Ou seja, há uma aposta do analista de que ali se encontra um sujeito que se articula a um desejo, uma aposta no sujeito do inconsciente.

Desta forma, a urgência pode ser vista como uma oportunidade para um novo posicionamento do sujeito diante de suas questões, fazendo com que construa novas saídas para seus impasses subjetivos.

Parece-me importante retomar que o presente estudo teve como objetivo estudar o sujeito diante da terminalidade ao olhar da psicanálise lacaniana fazendo um recorte dos conceitos que fundamentam tal análise. Foi a partir da estruturação do sujeito, do inconsciente e do desejo que dão sustentação para a prática na clínica da urgência, além da ética e da escuta através da relação transferencial. Outros recortes que seriam interessantes de serem feitos vão na direção do conceito de gozo e da psicossomática e que para uma reflexão mais aprofundada do tema, poderiam ser objetivo de futuros trabalhos.

Entende-se gozo como sendo aquilo que vai além do princípio do prazer, ligado à pulsão de morte. Não tem o princípio da homeostase, o sujeito não tem consciência desse gozo, ele vai além da castração. Além disso, parece-me interessante uma reflexão e um aprofundamento a respeito da seguinte questão: Será que a doença pode ser manifestação do Real não simbolizado? Fica aqui uma indicação para trabalhos futuros.

Outro aspecto que merece investigação futura é a questão dos três tempos lacanianos na clínica da urgência. Mais que um trabalho teórico, seria interessante um estudo de caso clínico na urgência que pudesse investigar mais profundamente os efeitos da proximidade da finitude no psiquismo dos sujeitos.

A hipótese que se coloca neste trabalho é a de que a proximidade da morte tem um efeito de precipitar questionamentos nos sujeitos e de que isto exige também do analista um questionamento, na medida em que este também sabe que

a limitação do tempo está colocada. O que parece é que para alguns sujeitos a transitoriedade impõe aceleração do tempo. Por vezes, o analista pode antecipar uma pontuação que considera ser relevante para o processo subjetivo do sujeito em questão, sem que com isso deixe de seguir os fundamentos éticos dos procedimentos técnicos, de manejar a transferência e de obedecer à ética e rigor da psicanálise.

Parece-me que seria interessante um aprofundamento desta questão.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, W. G.; ALEXANDER, S. C.; RODRIGUEZ, K. L.; JEFFREYS, A. S.; OSLEN, M. K.; POLLAK, K. I.; TULSKY, J. A; ARNOLD, R. M. (2008). "What concerns me is..." Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits. *Support Care Cancer*. n. 16, p. 803-811.

BEJI, N.K.; REIS, N.; BAG, B. (2005). Views of patients with gynecologic cancer about the end of life. *Support Care Cancer*. n. 13, p. 658-662.

BENTOSELA, M.; JALIFE, V. Qué hacer cuando nada queda por hacer? In: *Psicoanálisis y el hospital – El Cuerpo en la clínica*. Buenos Aires, ano 9, n.18, 2000.

BIRMAN, J. *Psicanálise, Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

BROMBERG, M. H. P. F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Livro Pleno, 2000.

CANÇÃO DE AMOR DE J ALFRED PRUFROCK de T S Eliot. In: T S Eliot, Emily Dickinson René Depestre. Seleção, tradução e ensaios de Idelma Ribeiro de Faria. São Paulo: Hucitec, 1992.

CHOCHINOV, H.M.; HACK T.; HASSARD, T.; KRISTJANSON, L.J.; MCCLEMENT, S.; HARLOS, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics*. EUA, v. 46, n. 1, p.7-10.

CHOCHINOV, H. M.; HACK T.; HASSARD, T.; KRISTJANSON, L. J.; MCCLEMENT, S.; HARLOS, M. (2007). Burden to others and the terminally ill. *Journal of Pain Symptom Manage*. EUA, v. 34, n. 5, p.463-71.

CLAYTON, J. M.; BUTOW, P. N.; ARNOLD, R. M.; TATTERSALL, M. H. N. (2005) – Discussing life expectancy with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer*. n. 13, p.733-742.

COHEN, S. T.; BLOCK, S. (2004) Issues in psychotherapy with terminally ill patients. *Palliat Support Care*. v. 2, n. 2, p.181-9.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artmed, 1989.

ELIA, L. O conceito de Sujeito. 2a Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

ELIAS, V. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Revista da SBPH*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, 2008.

ELIOT, T. S.; DICKINSON, E.; DEPESTRE, R. Canção de amor de J Alfred Prufrock de T S Eliot. In: *Seleções*. Tradução e ensaios de Idelma Ribeiro de Faria. São Paulo: Hucitec, 1992.

ESPINOZA, M. V.; SANHUEZA, O. A. (2007) Contribuir a la calidad del morir em el câncer. *Ciencia y Enfermería*. v. XIII, n. 2, p.17-23

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

FRANZEN, M.; ZANINI, K. Psicoanálisis Y cuidados paliativos experiencia de trabajo con enfermos terminales. In: *Psicoanálisis Y El Hospital – El ser hablante y la muerte*. Buenos Aires, ano 10, n. 20, 2001.

FREUD, S. (1908) Escritores criativos e devaneio. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 9: Gradiva de Jensen e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

_____. (1915) Luto e Melancolia. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Com comentários e notas de James Strachey em colaboração com Anna Freud, assistido por Alix Strachey e Alan Tyson. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. vol. XIV Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916; 1996.

_____. (1915) Reflexões para os tempos de Guerra e Morte. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Com comentários e notas de James Strachey em colaboração com Anna Freud, assistido por Alix Strachey e Alan Tyson. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. vol. XIV Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916; 1996.

_____. Sobre a transitoriedade. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Edição standard brasileira. Com comentários e notas de James Strachey em colaboração com Anna Freud, assistido por Alix Strachey e Alan Tyson. Traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão. vol. XIV Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916; 1996.

_____. O valor da vida – uma entrevista rara de Freud. In: FUENTES, M. J. S.; VERAS, M. (orgs.). *Felicidade e Sintoma: Ensaio para uma psicanálise no século XXI*. Rio de Janeiro: EBP; Salvador: Corrupio, 2008.

FUENTES, M. J. S. *Depressão: Da Psiquiatria à Psicanálise*. Dissertação de mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Psicologia Clínica, 1999.

GARCÍA, M. A. Cuando la escucha es una apuesta a la vida. In: *Psicoanálisis Y El Hospital – El ser hablante y la muerte*. Buenos Aires, ano 10, n. 20, 2001.

GOLDGRUB, F. *A máquina do fantasma: aquisição da linguagem & constituição do sujeito*. Samizdat, 2008.

GRUMANN, M. M. (2003). Living in the face of death: interviews with 12 terminally ill women on home hospice care. *Palliat Support Care*. Estados Unidos: NCBI, v. 1, n.1, p.23-32

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <www.inca.com.org.br>. Acesso em: 10 ago. 2010.

JANN, I. *Enfrentando o morrer: A experiência de luto(a) do paciente com câncer avançado e de seus familiares*. Dissertação de mestrado pela PUC SP, São Paulo, 1998.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

KÓVACS, M. J. *Educação para a morte: Temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KRUEL, S. S. O tempo do manejo da angústia. In: MOURA, M. D. *Psicanálise e Hospital 3: Tempo e morte- da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LA ROCHEFOUCAULD, F. In: YALOSA, I. D., (1931) *De frente para o sol: como superar o terror da morte*. Tradução Daniel Lembo Schiller. Rio de Janeiro: Agin, 2008.

LACAN, J. (1944-45) O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.

_____. (1953/54). *O Seminário*. Livro 1. Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

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

_____. (1954-55) *O Seminário*. Livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. (1958) *O Seminário*. Livro 6. O desejo e sua interpretação. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002.

_____. (1959/60) *O Seminário*. Livro 7. A ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. (1964) *O Seminário*. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. (1966) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: "Psicanálise e estrutura da personalidade". In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 653-691.

_____. (1966) A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p.698.

_____. Campo freudiano no Brasil. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.242.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Dicionário de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1974. p.94.

MATSUNAGA, T. Disponível em: <pensador.uol.com.br>. Acesso em: 19 mar. 2011.

MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E. M. C. D. Nas vias do desejo. In: MOURA, M. D. - *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

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

MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

_____. *Psicanálise e Hospital 3: Tempo e morte - da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

NEGRO, M. *La otra muerte: Psicoanálisis em cuidados paliativos*. Buenos Aires: Letra Viva, 2008.

NOVAES, M. A. A. Como se faz corpo? Considerações sobre o ideal em Freud e Lacan. *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Escuta, ano XVIII, n. 182, jun. 2005.

OLIVEIRA, B. S. A. *Instituição e Psicanálise: da impotência à impossibilidade*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, W. Um tempo inesperado. In: MOURA, M. D. *Psicanálise e Hospital-3: Tempo e morte- da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PESSOA, F. (1888 - 1935). Disponível em: <pensador.uol.com.br>. Acesso em: 19 mar. 2011.

PINQUART, M.; SILBEREISEN, R. K.; FRÖHLICH, C. (2008) Life goals and purpose in life in cancer patients. *Support Care Cancer*. Mar., v. 7, n. 3, p.253-9.

QUINET, A. *A descoberta do inconsciente do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____. Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

REVISTA DE FILOSOFIA. [on line]. Disponível em:<www.revistafilosofia.com.br>. Acesso em: 20 set. 2010.

REVISTA PRÁTICA HOSPITALAR [on line]. Disponível em:<www.praticahospitalar.com.br>. Acesso em: 07 set. 2010.

RODRIGUES, G. V. A lógica do tempo na psicanálise. In: MOURA, M. D. *Psicanálise e Hospital 3: Tempo e morte - da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SAND, L.; STRANG, P.; MILBERG, A.(2008). Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Support Care Cancer*. n.16, p. 853-862.

SCHILLER, P. *O médico, a doença e o inconsciente: A psicossomática à luz da psicanálise*. São Paulo: Revinter, 1991.

_____. *A vertigem da imortalidade: segredos, doenças*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, D. D. A apropriação imaginária do tempo na práxis da urgência. In: MOURA, M. D. *Psicanálise e Hospital 3: Tempo e morte - da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

TEDESCO, J. J. *A grávida, suas indagações e dúvidas do obstetra*. Introdução. São Paulo: Atheneu, 1999.