



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Marina Leorne Cruz Mesquita

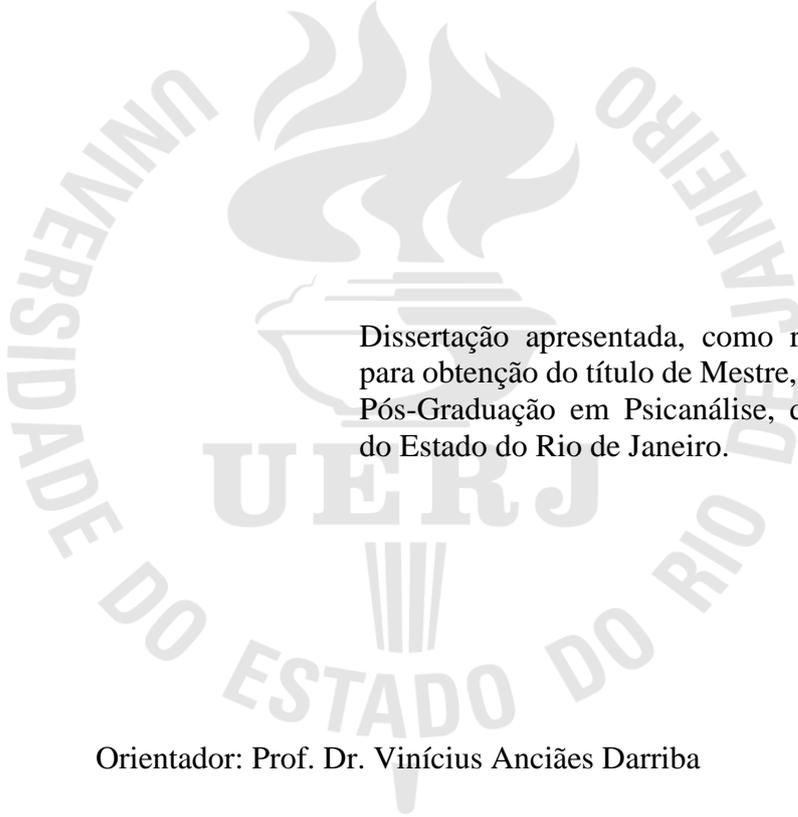
**Entre as perdas e a angústia: o real da clínica oncológica com crianças e
adolescentes**

Rio de Janeiro

2021

Marina Leorne Cruz Mesquita

Entre as perdas e a angústia: o real da clínica oncológica com crianças e adolescentes



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

Orientador: Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba

Rio de Janeiro

2021

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

M582 Mesquita, Marina Leorne Cruz.
Entre as perdas e a angústia: o real da clínica oncológica com crianças e
adolescentes / Marina Leone Cruz Mesquita. – 2021.
83 f.

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

1. Psicanálise – Teses. 2. Câncer – Teses. 3. Ética clínica – Teses. 4.
Pediatria – Teses. 5 Perdas Corporais – Teses. I. Darriba, Vinícius Anciães
Darriba. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.
III. Título.

bs

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marina Leorne Cruz Mesquita

Entre as perdas e a angústia: o real da clínica oncológica com crianças e adolescentes

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 23 de junho de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Vinícius Anciães Darriba (Orientador)

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Sonia Alberti

Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg

Instituto de Psicologia - UERJ

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

À Clara, Ana, Joaquim, Igor e a todas as crianças e adolescentes que, ao enfrentarem o turbulento caminho do adoecimento oncológico, tanto me ensinaram sobre a vida – mesmo quando diante da morte.

À minha madrinha, Soly, que partiu no início da pandemia, mas que deixou, em mim, seus traços de carinho, cuidado e admiração sem igual.

AGRADECIMENTOS

À minha querida e amada família: Claudia, Chico, Thereza, Matias, Lali, Cae e Soly, meu eterno agradecimento pela aposta, investimento e confiança em mim, pela sustentação das minhas ausências por conta do estudo e pelo carinho sem fim. Sem vocês eu nada seria.

Ao meu amado companheiro de vida, Tomaz, por todo o cuidado, paciência e amor, por sempre me instigar a ir mais longe e a buscar o melhor de mim, e por compartilhar os altos e baixos dessa vida que escolhemos trilhar juntos.

Às minhas amigas-irmãs: Mia, Voxox, Xux, Babi e Clari, por sempre estarem ao meu lado (mesmo quando distantes), me apoiando, sustentando todas as minhas inseguranças, acreditando mais em mim do que eu mesma e me fazendo uma pessoa muito mais feliz.

Às amigas amadas que trouxeram maior leveza e alegria à residência: Paula, Joana, Larissa e Roberta, companheiras de todas as dificuldades, tristezas, felicidades e superações que a clínica oncológica nos impõe.

À equipe maravilhosa da pediatria: Bia, Nina, Marcela, Paula, Roberta, Mari, Lívia, Izabel, Rosane e Teresinha, que fizeram do INCA um lugar melhor para as crianças e adolescentes. Vocês fazem parte de toda essa pesquisa.

À Ana Beatriz Bernat, por ter iniciado esse trabalho comigo durante a residência, com todo o seu cuidado e atenção, me trazendo ensinamentos imensuráveis.

À Monica Marchese, por todas as trocas e ensinamentos, pelo apoio e carinho desde a residência até o mestrado.

Às professoras e professores do Programa de Pós Graduação em Psicanálise da UERJ, pela transmissão cuidadosa e impecável, pelas aulas tão enriquecedoras que tornaram esse trabalho possível. Sou uma pessoa muito privilegiada por ter tido a oportunidade de aprender com psicanalistas tão excepcionais.

À CAPES pelo financiamento da minha pesquisa. Em um momento em que a ciência e o conhecimento são tão temíveis aos representantes do nosso país, seguir estudando e pesquisando surge como um ato de resistência – e não vamos parar!

À minha tão admirada banca, Sonia Alberti e Angélica Bastos, meu profundo agradecimento pelo aceite em participar desse trabalho, com contribuições precisas e fundamentais que, sem dúvidas, fizeram toda a diferença no caminho percorrido.

E por último e muito importante, ao meu querido orientador Vinicius Darriba, pelo ingresso e aposta nessa pesquisa, por ter acreditado no meu potencial, me incentivando, direcionando e cobrando com cuidado e dedicação. Muito obrigada por ter percorrido esse caminho comigo!

RESUMO

Mesquita, Marina Leorne Cruz. *Entre as perdas e a angústia: o real da clínica oncológica com crianças e adolescentes*. 2021. 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A presente dissertação é fruto dos questionamentos advindos da prática analítica com crianças e adolescentes em tratamento oncológico. Diante do acompanhamento de cada caso, foi possível perceber uma relação que eventualmente se manifesta: a relação entre o câncer, as perdas no corpo causadas pelo adoecimento e seu tratamento, e a possibilidade do aparecimento da angústia. As sucessivas perdas colocam os sujeitos diante do impossível, daquilo que não se consegue descrever, porém, para além de toda a devastação, as crianças e adolescentes conseguem criar saídas para lidar com as perdas, para se reinventar. Diante disso, com o intuito de compreender o que está em jogo nas perdas corporais e o que possibilitou às crianças e adolescentes a criação de tais saídas, a presente pesquisa partiu do aprofundamento teórico da relação entre corpo, perda e angústia, através das obras de Freud, do ensino de Lacan e seus comentadores. Foi realizado, então, um caminho teórico que se iniciou na constituição do eu e do corpo, com o intuito de demonstrar que uma perda no corpo é também uma perda de ancoragem psíquica, chegando então àquilo que se apresenta diante da perda que abala a imagem corporal: o objeto *a*. A partir do objeto *a* articulou-se teoricamente a perda com a possibilidade de manifestação da angústia, e, a partir da análise de quatro fragmentos de casos acompanhados pela pesquisadora, foi possível relacioná-los ao luto, que surgiu como um processo fundamental na clínica oncológica. Foi o trabalho de luto que tornou possível às crianças e adolescentes o atravessamento das perdas potencialmente angustiantes e a continuidade em um caminho desejante. Na trajetória da pesquisa, ao nos debruçarmos sobre o que o câncer escancara de real, entramos no real da clínica e em seus efeitos sobre o analista, e, diante disso, em algo que permitiu a aposta nos sujeitos e a sustentação de um trabalho diante do real que se impõe: o desejo do analista.

Palavras-chave: Psicanálise. Câncer. Ética Clínica. Pediatria. Perdas Corporais.

ABSTRACT

Mesquita, Marina Leorne Cruz. Between losses and angst: the real of the oncology clinic with children and adolescents. 2021. 83f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This dissertation is the result of questions arising from the analytical practice with children and adolescents undergoing cancer treatment. Faced with the monitoring of each case, it was possible to perceive a relationship that eventually manifests itself: the relationship between cancer, the losses in the body caused by the illness and its treatment, and the possibility of the appearance of angst. Successive losses place subjects in the face of the impossible, of what cannot be described, however, in addition to all the devastation, children and adolescents manage to create ways to deal with losses, to reinvent themselves. Given this, in order to understand what is at stake in body losses and what enabled children and adolescents to create such exits, this research started from the theoretical deepening of the relationship between body, loss and angst, through the works of Freud, from the teaching of Lacan and his commentators. Then, a theoretical path was initiated that started in the constitution of the self and the body, in order to demonstrate that a loss in the body is also a loss of psychic anchoring, reaching then what is present in the face of the loss that shakes the image corporal: the object *a*. The loss was theoretically articulated from the object *a* with the possibility of angst manifestation, and, based on the analysis of four fragments of cases followed by the researcher, it was possible to relate them to mourning, which emerged as a fundamental process in the oncology clinic. It was the mourning work that made it possible for children and adolescents to go through the potentially distressing losses and to continue on a desiring path. In the trajectory of the research, when we look at what cancer opens up to real, we enter into the real of the clinic and its effects on the analyst, and, in view of that, in something that allowed the bet on the subjects and the support of a work in the face of the real that imposes itself: the analyst's desire.

Keywords: Psychoanalysis. Cancer. Clinical Ethics. Pediatrics. Bodily Losses.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Esquema de dois espelhos	31
Figura 2-	Segundo esquema da divisão	37
Figura 3-	Terceiro esquema da divisão	37
Figura 4-	Esquema simplificado	38
Figura 5-	Rinoceronte psicodélico	79

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	QUESTÕES REFERENTES À PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	15
1.1	Clínica no hospital com crianças e adolescentes	17
1.2	Oncologia: o que há de específico?	21
1.3	Do eu corporal freudiano à identificação especular de Lacan	25
2	CORPO, PERDA E ANGÚSTIA	33
2.1	Diante da perda, o objeto <i>a</i>.	33
2.2	O pequeno <i>a</i> no estádio do espelho: do desejo à angústia	38
2.3	O corpo e o objeto <i>a</i> na clínica hospitalar	43
3	SOBRE A INSERÇÃO NA CLÍNICA ONCOLÓGICA: DA ANGÚSTIA AO LUTO	46
3.1	Alguns sujeitos a que buscamos dar voz	47
3.1.1	O recolhimento de Ana	48
3.1.2	Os três tempos de Clara	50
3.1.3	Igor entre perdas e invenções.....	53
3.1.4	O aprisionamento de Joaquim.....	56
3.2	As inquietações vindas da prática	60
3.3	O luto em Freud e Lacan	63
3.4	Sobre luto e angústia	66
3.5	Retorno aos casos	69
	O QUE É POSSÍVEL CONCLUIR	77
	REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

Entrei pela primeira vez no Instituto Nacional de Câncer no dia 27 de agosto de 2014 para assistir ao simpósio de lançamento do segundo Caderno de Psicologia do INCA, cujo tema era *Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?*. Coincidentemente, nessa mesma data, dia do psicólogo, coleei grau na faculdade, motivo pelo qual não pude ficar até o final das mesas de discussão. Assim, no mesmo dia em que obtive “oficialmente” o título de psicóloga, eu decidi qual seria o meu próximo passo: fazer a prova para o Programa de Residência Multiprofissional do INCA.

Sair da faculdade, deixar de ser estudante soava algo muito estranho para mim na época. Como é que de um dia para o outro ganhamos um título e nos responsabilizamos por ele? Como “já” ser uma psicóloga? Para mim não fazia sentido. Apesar de todos os estágios, atuações e supervisões dentro da faculdade, eu acreditava que não estava pronta para assumir esse lugar. Precisava de algo a mais, precisava atuar mais, me especializar mais, para então sentir confiança e me autorizar a assumir a profissão que os cinco anos e meio de faculdade me garantiram. Frente a isso, fazer uma residência surgiu como a melhor opção: ingressaria na área hospitalar, um grande desejo desde o final da graduação; não perderia o “título” de estudante – o que na minha fantasia me dava maior segurança; e passaria a atuar de forma intensa como psicóloga – sessenta horas semanais, para ser mais específica.

Assim foi feito. No dia 2 de março de 2015 entrei pela segunda vez no INCA, no mesmo auditório em que estive no simpósio sete meses antes, mas agora eu ocupava um novo lugar: residente de psicologia. O que surgiu desse dia em diante é o que eu tento colocar em palavras até hoje e o que motiva a presente pesquisa.

Diante das diferentes clínicas dentro do INCA, os residentes de psicologia fizeram um rápido rodízio de dois dias em cada uma para, então, escolher três clínicas para atuarmos ao longo do primeiro ano do curso. O Instituto é dividido em quatro complexos hospitalares que abarcam as diferentes especialidades de tratamento oncológico. O Hospital do Câncer I é o grande centro de referência, localizado na Praça da Cruz Vermelha, que abarca a maior parte das clínicas: neurologia, cabeça e pescoço, urologia, oncologia e hematologia adulta e pediátrica, além do CEMO, que é o Centro de Transplante de Medula Óssea do INCA. O Hospital do Câncer II, localizado em Santo Cristo, é o centro de referência no tratamento de tumores ginecológicos e tumores ósseo e conectivos (ossos e partes moles). Já os Hospitais do Câncer III e IV, ambos localizados em Vila Isabel, são as

unidades responsáveis pelo tratamento de tumores de mama e de cuidados paliativos, respectivamente.

O meu trajeto no primeiro ano de residência se iniciou, então, na Unidade de Cuidados Paliativos, para a qual as pessoas em tratamento nas outras unidades do INCA são encaminhadas quando não há mais proposta curativa para a doença. Assim, a minha primeira experiência na oncologia se deu através do acompanhamento de pacientes com câncer avançado, não raro, em fim de vida. Foi impactante. Eu que não tinha tido nenhum contato com a morte até então, de um dia para o outro, passei a presenciá-la, observar sua imposição e seus efeitos – nos pacientes, nas famílias, na equipe, em mim. Em seguida fui para o HCII e entrei em um universo completamente diferente, em que a “cura” era almejada e a morte, apesar de assombrar o tratamento oncológico, não se fazia um imperativo – o que foi um respiro, mas ainda no meio do tumulto do sofrimento, do medo, da angústia e de todo o impacto causado pelo adoecimento e tratamento oncológico nos sujeitos.

De lá, fui para a pediatria. Na oncologia pediátrica, apesar do impacto do câncer ser mais profundo por se tratar de crianças e adolescentes doentes, em sofrimento, também existe uma “leveza”, um outro modo de lidar com o adoecimento. Essa “leveza” me encantou e motivou a escolha da pediatria como lugar de atuação no segundo ano de residência. Foi nessa clínica que eu senti o quanto seres ainda no início da vida têm para nos ensinar. Através do atendimento a crianças e adolescentes, todas as impressões e sensações que me atravessaram até então ganharam força e me fizeram questão.

Dentre as particularidades da oncologia, uma ganhou maior destaque: a relação das crianças e adolescentes com seu corpo alterado por conta do adoecimento e do tratamento oncológico. O câncer é uma doença que, desde o início de sua manifestação, tende a causar importantes alterações na imagem corporal, como emagrecimento ou inchaço dos membros e órgãos. A partir da confirmação diagnóstica, inicia-se seu longo e invasivo tratamento, que submete o corpo a diversas intervenções, por diferentes profissionais, que podem deixar marcas físicas e psíquicas indeléveis. Nesse sentido, o desenvolvimento de um câncer pode ser descrito como uma irrupção, algo que abruptamente rompe o modo como o sujeito se constituía e organizava até então. Essa irrupção pode se agravar no caso de crianças e adolescentes, vista a relação intensa que possuem com o corpo - seja a criança construindo sua imagem e se apropriando de seu corpo, seja o adolescente se reconstituindo a partir das mudanças corporais trazidas pela puberdade.

Através da escuta desses sujeitos foi possível perceber uma relação que permeia a clínica oncológica e que, em momentos específicos, pode atravessar as crianças e adolescentes em tratamento: a relação entre câncer, corpo e angústia. Mais especificamente, a relação entre o

diagnóstico de câncer, as perdas geradas no corpo por conta das intervenções médicas e da evolução da doença, e a angústia. Esse foi o tema que escolhi abordar no trabalho de conclusão da residência através da elaboração de quatro casos clínicos que retrataram a complexidade das perdas no corpo geradas pelo adoecimento e tratamento oncológico.

Cabe aqui ressaltar que, apesar de seu caráter avassalador, a experiência de dois anos como residente no INCA foi extremamente enriquecedora. O contato com a dureza da clínica, com o sofrimento dos sujeitos, com a morte, e a sustentação de um trabalho de escuta dos sujeitos frente a esse real, não só gerou questões para seguir estudando e pesquisando, como também me autorizou diante da minha profissão. Após conseguir realizar um trabalho nas diferentes unidades de tratamento oncológico – guiado por supervisões e possível por conta do processo de análise pessoal -, através de uma escuta analítica, apesar de toda a devastação imposta, eu pude me autorizar a perder o posto de estudante.

Porém, após o término da residência, os atravessamentos da clínica oncológica permaneceram e, frente a eles, surgiu o desejo de aprofundar teoricamente os achados do trabalho de conclusão da residência, assim como a experiência vivida na oncologia pediátrica. No ano seguinte, retornei para o INCA através de um aperfeiçoamento em pesquisa qualitativa em oncologia, o que me garantiu a oportunidade de organizar e elaborar melhor as questões suscitadas pela clínica, cujo resultado foi a pesquisa do mestrado.

Frente às perdas no corpo causadas pelo câncer e seu tratamento – perda de movimentos, perda de suas funções ou até mesmo a perda de uma parte do corpo – a angústia pode se manifestar, deixando os sujeitos diante do inominável. Através do laço transferencial estabelecido e da sustentação do desejo de escuta e acolhimento desses sujeitos frente à angústia, ou daquilo que surgiu diante da perda em seus corpos, apostou-se no trabalho subjetivo em cada caso. Diante dessa aposta, foi possível perceber que, apesar de todas as devastações, algo surgiu e, assim, as crianças e adolescentes puderam criar saídas para dar conta daquilo que se perdeu e assim escancarou o real do corpo. Porém, algumas perguntas saltaram: o que é isso que está em jogo nas perdas? O que possibilita às crianças e adolescentes a criação de saídas?

Desse modo, o objetivo da presente pesquisa é, a partir do aprofundamento teórico da relação entre o câncer, a perda no corpo e a angústia, compreender o que possibilitou a criação de saídas pelas crianças e adolescentes diante da perda, do real que se impôs. Para isso, recorreremos a Freud, Lacan e seus comentadores, com o intuito de especificar o que entra em cena a partir de uma perda corporal e qual a sua relação com a manifestação da angústia. Utilizaremos os quatro casos construídos durante

a residência para pensar na relação dos sujeitos em tratamento com a perda no corpo, a possível angústia, e destacar o que pôde surgir diante disso, possibilitando, então, o que chamamos de *saídas*.

Com o intuito de contextualizar a clínica que originou essa pesquisa, abordaremos no primeiro capítulo as particularidades da instituição hospitalar como campo de atuação da psicanálise, afirmando a potência da prática analítica para além das paredes do consultório clínico. Assim como destacaremos as especificidades inerentes ao atendimento de crianças e adolescentes hospitalizados, no qual o brincar/jogar surge como uma importante ferramenta que possibilita a simbolização, a afirmação de um lugar ativo frente ao tratamento e a expressão daquilo que não se pode colocar em palavras.

Diante do que a clínica oncológica traz de particular, abordaremos as alterações na imagem corporal, as perdas no corpo, com o intuito de demonstrar que se trata também de perdas de ancoragem psíquica. Sendo assim, faremos um percurso que parte da constituição do eu e do corpo em Freud para a identificação especular de Lacan, marcada pelo enodamento entre os registros do real, simbólico e imaginário, com o intuito de embasar o impacto que as alterações corporais, advindas do adoecimento e tratamento oncológico, podem produzir nos sujeitos. Assim, começaremos a compreender o que está em jogo nessas perdas.

O segundo capítulo será dedicado à articulação entre corpo, perda e angústia através do aprofundamento do conceito desenvolvido por Lacan, o qual ele afirma ser sua única criação, o objeto *a*. Faremos um breve retorno ao processo percorrido pelo autor, a partir da *das Ding* freudiana, a Coisa, para chegar ao *agalma*, o pequeno *a*, resto da operação subjetiva, objeto causa do desejo. Situaremos, então, o objeto *a* no estádio do espelho, com auxílio do esquema óptico (simplificado) para fins de ilustração, com o intuito de marcar que frente à perda no corpo, perda da roupagem imaginária que tampona o real do corpo, algo entra em cena. Esse algo é justamente o objeto *a*, objeto cuja falta causa o desejo, mas que, quando se presentifica, quando sua falta vem a faltar, é experimentado como angústia.

A partir do caminho teórico percorrido, no terceiro capítulo apresentaremos os quatro casos acompanhados e escritos no período da residência, que retratam as profundas perdas sofridas por duas crianças e dois adolescentes frente ao adoecimento e ao tratamento oncológico. A partir deles poderemos extrair alguns indícios do que possibilita a criação de saídas, de modos de lidar com o real que se presentificou. O luto surge, então, como um processo fundamental tanto para as crianças e adolescentes quanto para as mães e pais que os acompanham, possibilitando a elaboração das perdas em jogo e, assim, a criação de saídas, de novas roupagens imaginárias, de novos investimentos objetivos para tamponar aquilo que foi escancarado.

Diante da relação com o objeto *a*, faremos uma associação entre o luto e a angústia, destacando que é o trabalho de luto que torna possível às crianças e adolescentes o atravessamento das perdas potencialmente angustiantes e a continuidade de um caminho desejante. Retomaremos, então, os casos, a partir de toda trajetória teórica percorrida, o que possibilitará extrair o achado final da pesquisa, aquilo que permeou todo o processo acompanhado nas crianças e adolescentes e que contribuiu para o trabalho do luto, para a possibilidade de simbolização, para um espaço de saídas frente às perdas: a presença do analista. Diante dela, a função do desejo do analista surge como o que possibilitou o investimento nas crianças e adolescentes, buscando acessar o sujeito do inconsciente, persistindo, sustentando e apostando neles, mesmo diante do real *da morte*.

Cabe, por último, destacar que, apesar da presente pesquisa se referir a uma atuação que se deu anos atrás, a escrita do último capítulo foi marcada por uma nova inserção hospitalar, em um contexto tão difícil e real quanto o oncológico: nas enfermarias e unidades intensivas voltadas para o tratamento de Covid. Frente a esse real que se impôs mundialmente, gerando imensuráveis perdas e causando todos os tipos de abalos psíquicos, a aposta da psicanálise no hospital, da escuta analítica dos sujeitos atravessados por um adoecimento potencialmente mortal, se intensifica. Sendo assim, os temas abordados ao longo da dissertação permanecem atuais, pertinentes e extremamente necessários.

1 QUESTÕES REFERENTES À PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Enquanto a entrada no Programa de Residência se deu a partir do cargo de psicóloga, a escuta que possibilitou o trabalho desenvolvido com as crianças, os adolescentes e suas famílias foi a de analista. Diante disso, cabe aqui apresentar algumas particularidades da inserção do psicanalista no hospital e em uma equipe multidisciplinar.

A atuação da psicanálise para além das paredes do consultório clínico é uma aposta na potencialidade da fala, da interlocução voltada para uma escuta clínica, em todas as instituições. No caso do hospital, e mais especificamente, na pediatria de um hospital oncológico, inserido em uma equipe com profissionais de diferentes áreas de saber, atendendo em enfermarias compartilhadas, corredores e brinquedoteca, muitas vezes, inclusive, por demanda de alguém da equipe, o atendimento do psicanalista se configura de um modo muito distante do que ocorre no suposto *setting* analítico. Porém, a partir da afirmação feita por Lacan em seu escrito *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, de que “a psicanálise dispõe de apenas um meio: a fala do paciente” (1953/1998, p. 248), é possível sustentar a prática e as possibilidades do psicanalista na instituição hospitalar.

O modo de organização hospitalar é atravessado pela fragmentação do saber médico trazida pela ciência moderna, como exposto por Lacan em *O lugar da psicanálise na medicina* (1966/2001), que produziu uma mudança na relação médico-paciente e fez com que o indivíduo em tratamento, objetificado diante das inúmeras especializações médicas, passasse a ser visto como uma parte de corpo, um tumor a ser tratado. Ou seja, a atenção é voltada para a doença, para o tumor, e não para a pessoa que chega em busca de tratamento, excluindo tudo o que é da ordem da subjetividade. Deste modo, muitas vezes os ‘pacientes’ são calados e desconsiderados frente às intervenções em seus próprios corpos. Situação essa que tende a ser ainda mais frequente no que diz respeito ao tratamento de crianças e adolescentes, visto que, por conta da pouca idade, muitas vezes eles são privados de explicações e de um lugar diante do próprio tratamento.

Assim, na instituição hospitalar o saber médico predomina com suas técnicas, instrumentos e protocolos, e, como afirma Lacan (1966/2001, p.8), o lugar da psicanálise é marginal, aceito pela medicina como uma “ajuda exterior”, assim como dos outros saberes que compõem a equipe, e extra-territorial, pelo modo como é conservada pelos psicanalistas. Em *A ciência e a verdade* (1965/1998), Lacan nos mostra que, ao tentar promover uma sutura no saber, a ciência fracassa e produz como efeito, como resíduo dessa operação, o sujeito. Mais especificamente, no que diz respeito à medicina, ao promover uma sutura que tenta encobrir o corpo, deixa-se de fora o corpo em sua verdadeira natureza, em sua dimensão do gozo, do real (LACAN, 1966/2001). E é aqui que entra a psicanálise,

visto que o analista se debruça sobre esse impossível, sobre o resto de que o saber da ciência não se ocupa, colhendo os seus efeitos (LACAN, 1966/2001), uma vez que a sobreposição do saber médico sobre o corpo não o silencia, mas faz cada vez mais com que a falha se mostre (LACAN, 1965/1998).

No hospital, especificamente em uma instituição de referência no tratamento oncológico, é demandado de seus profissionais um saber, uma especialidade. Neste sentido, a equipe é organizada de modo que, supostamente, cada profissional com o seu saber dê conta da totalidade do paciente. Diante disso, o psicólogo surge como aquele que vem dar conta do que escapa aos outros saberes, da falha do saber médico, da fissura que se encontra entre a norma e o particular de cada caso (LAMBERT, 2003). Ou seja, do que está “atrapalhando”, “impedindo” ou “dificultando” o tratamento, geralmente as manifestações dos pacientes e seus familiares. “Essa familiar é muito mal educada”, “aquela criança não permite que sejam feitos os procedimentos necessários”, “esse pai não sabe o que está acontecendo com o filho”, “esse adolescente está muito deprimido”... são exemplos de falas recorrentes dos membros da equipe dirigidas ao psicólogo, solicitando seu atendimento com o intuito de tamponar, acalmar e algumas vezes silenciar os sujeitos, fazer com que eles se tornem passivos às intervenções médicas.

Essa convocação é feita porque o psicólogo é colocado no lugar de quem possui de antemão um saber acerca do paciente. Porém, a partir da psicanálise e advertidos por Lacan, é de outro lugar que nos colocamos diante dos sujeitos em tratamento. Não se trata de negar, nem de aceitar a demanda feita pela equipe, mas de sustentá-la para que, a partir dela, o analista chegue, através de seu não-saber, até o paciente, garantindo um espaço legítimo de fala. Como destaca Lacan (1953/1998, p.253), “mesmo que não comunique nada, o discurso representa a existência da comunicação; mesmo que negue a evidência, ele afirma que a fala constitui a verdade; mesmo que se destine a enganar, ele especula com a fé no testemunho”. Logo, apostamos na potencialidade do discurso, da fala, em suas diferentes formas de expressão. E, assim, o analista se incumbe de sua responsabilidade: a de poder escutar (LACAN, 1955/1998).

Essa escuta marca um diferencial na atuação do psicanalista no hospital, visto que, para além do eu superficial e imaginário, o analista visa o sujeito do inconsciente, atravessado por seus desejos e fantasias. Assim, como destaca Alberti (2008, p.153), o psicanalista que “representa” a psicanálise no hospital deve “fazer valer o que há de mais genuíno no cidadão: sua própria subjetividade, determinada como é pelas leis da linguagem, pelo inconsciente, pela divisão subjetiva”. É a partir dessa escuta que convidamos as crianças e adolescentes, muitas vezes silenciados e objetivados pela equipe médica, a falarem, através do modo e dos recursos disponíveis, sobre o momento vivido.

Nas palavras de Lacan (1955/1998, p.360): “a psicanálise é uma prática subordinada em sua destinação ao que há de mais particular no sujeito (...) [e como enfatizado por Freud], a ciência analítica deve ser recolocada em questão na análise de cada caso”. Deste modo, a partir do acompanhamento de cada criança e cada adolescente, considerando-os como sujeitos diante do adoecimento, o analista pode contribuir para a elaboração das rupturas e do excesso traumático que o câncer e seu tratamento tendem a atualizar. Para além da objetificação do “paciente da medicina” e independente de qualquer tentativa do saber médico de tamponar, suturar o sujeito, há sempre algo que escapa e se impõe. O analista, ao se ocupar daquilo que a ciência quer excluir, abre espaço para a fala, a fala do sujeito em sua singularidade e em sua relação única com o adoecimento.

1.1 Clínica no hospital com crianças e adolescentes

No acompanhamento clínico hospitalar de crianças e adolescentes há algo muito específico no que diz respeito ao modo como os atendimentos são realizados. A partir do diagnóstico oncológico e do início do longo tratamento a que são submetidos, a vida que esses sujeitos levavam até então é abruptamente modificada: torna-se necessário o afastamento da rotina escolar e das atividades exercidas no dia a dia, assim como o rompimento do convívio com a família e amigos. Além disso, as longas internações são atravessadas por procedimentos dolorosos e invasivos, e por intervenções em seus corpos pelos diversos profissionais, o que faz, muitas vezes, do hospital um ambiente hostil não apenas para as crianças, mas também para os adolescentes.

Frente a esse cenário, o psicanalista surge garantindo um espaço livre das demandas usuais, dos exames, das manipulações ou das intervenções em seus corpos; um espaço para que esses sujeitos, que precisam lidar com uma doença grave e com um tratamento invasivo logo no início de suas vidas, possam tentar expressar o que sentem em relação ao momento vivido. Colocar a criança e o adolescente no lugar de sujeitos que possuem algo a dizer é fundamental para que, diante de todas as perdas psíquicas e físicas sofridas a partir do adoecimento e do tratamento oncológico – perda da saúde, da vida que levava até então, perdas no corpo, seja de um membro ou órgão, ou das marcas e cicatrizes deixadas, entre muitas outras – seja realizado um trabalho na direção do desejo e da invenção.

Diante da oferta de um espaço de escuta, outra singularidade do atendimento toma a cena: as crianças (e os adolescentes) não se expressam necessariamente e apenas pela palavra - seja por conta da pouca idade ou da dificuldade, e até mesmo impossibilidade, de falar sobre a experiência do

adoecimento e seu tratamento. Isso faz com que brincadeiras, jogos, desenhos, pinturas e outras atividades lúdicas surjam como instrumentos fundamentais para que elas consigam começar a colocar suas questões em trabalho.

Em *Além do princípio do prazer* (1920/2006, p.141), Freud desenvolve, a partir das observações de seu neto de um ano e meio de idade, o uso que o menino fazia de “uma atividade enigmática e repetida sem cessar”. Ao brincar com um carretel de madeira amarrado em um pedaço de corda, o menino jogava o carretel para o alto, por cima da cortina de seu berço, fazendo o objeto sumir de sua vista e emitindo o seu expressivo ‘o-o-ó’ (que foi interpretado por Freud e pela mãe do menino como *fort – partir* em alemão). Em seguida, puxava o carretel pela corda, saudando o seu reaparecimento com um alegre ‘da’ (*ali*). Freud compreendeu que se tratava de um jogo de desaparecimento (*fort*) e retorno (*da*), relacionado às idas e vindas da mãe. Porém, destaca que o menino repetia intensamente o primeiro ato, *fort*, apesar do prazer maior estar ligado ao segundo ato.

Freud relaciona, então, a criação da brincadeira pela criança a um modo de ressarcir (visto que não renunciamos a nada) a ‘renúncia’ pulsional por ter deixado sua mãe partir sem expressar oposição. Entretanto, o autor se questiona sobre como conciliar o jogo com o princípio do prazer, uma vez que a criança repete com maior intensidade o *fort*, que representa a saída da mãe, momento que não poderia ser agradável nem mesmo indiferente para o menino. Diante disso, destaca que a criança apenas “poderia estar repetindo uma vivência desagradável na forma de brincadeira porque um ganho de prazer de outra ordem, porém imediato, se vincula a essa repetição” (Freud, 1920/2006, p.143).

Diferente da situação da saída da mãe, em que o menino passivamente era dominado pela experiência, por meio da repetição na brincadeira, mesmo desagradável, ele assume um papel ativo, dominando a situação: a criança que é objeto abandonado passa a abandonar. Freud destaca, então, que através das brincadeiras, as crianças repetem as coisas que lhes causaram grande impressão na realidade, e desta forma conseguem dar um destino à intensidade desta impressão, tornando-se “senhoras da situação” (FREUD, 1920/2006, p.143). Além disso, na transição do lugar passivo para ativo no brincar, a criança “inflige a um companheiro de brincadeira todo o evento desagradável que aconteceu com ela mesma, e assim se vinga da pessoa que está fazendo o papel desse substituto” (*ibid*).

A separação da mãe é um real angustiante e, diante disso, o menino inventou o jogo e transformou tal vivência em brincadeira. Para Lacan, ao jogar o carretel, que substitui a mãe, expressando seu longo ‘o-o-ó’, a criança simboliza sua perda. Assim, o *fort-da* pode ser entendido como o momento inaugural da simbolização do sujeito. Segundo o autor, a partir da análise desse jogo de ocultação pela criança, Freud torna reconhecível que “o momento em que o desejo se

humaniza é também aquele em que a criança nasce para a linguagem” (LACAN, 1953/1998, p.320).

Ainda nas palavras de Lacan:

Podemos agora discernir que o sujeito não domina aí apenas sua privação, assumindo-a, mas que ele eleva seu desejo a uma potência secundária. Pois sua ação destrói o objeto que ela faz aparecer e desaparecer na *provocação* antecipatória de sua ausência e sua presença. [...] do mesmo modo, a criança começa a se comprometer com o sistema do discurso concreto do ambiente, reproduzindo mais ou menos aproximadamente, em seu *Fort!* e em seu *Da!*, os vocábulos que dele recebe (LACAN, 1953/1996, p.320).

Deste modo, ao repetir na brincadeira a experiência desagradável vivida, a criança a simboliza, pois quando repete faz uso da palavra para vincular, ligar o excesso pulsional às representações. Conforme destaca Jorge (2005, p.91), a linguagem é, “enquanto substituição do real inefável, uma possibilidade de atividade para o sujeito e, o que era vivência passiva *imediate*, passa a ser vivido ativamente com a *mediação* da linguagem”. Assim, a brincadeira infantil está muito além de uma simples atividade para distrair a criança, uma vez que o “brincar, enquanto ato simbólico, introduz a criança na dimensão da linguagem, podendo a mesma, a partir deste ato, advir enquanto sujeito” (RABELLO, 2015, p.24).

Entretanto, nem tudo é passível de simbolização. É por essa via que Lacan aborda a repetição no brincar no *Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. A importância da repetição no processo analítico foi destacada por Freud em seu artigo de 1914, *Recordar, repetir e elaborar*, no qual o autor ressalta que o sujeito repete em ato aquilo que não consegue recordar. O paciente repete em sua ação o que foi recalçado sem saber que o faz. Tal compulsão à repetição, que substitui a recordação, Freud (1914/1991) destaca que ocorre segundo condições da resistência – quanto maior a resistência, mais o recordar será substituído pelo agir (repetição).

Ao comentar esse texto de Freud, Lacan (1964/2008) destaca que a repetição em sua relação com a rememoração possui um limite: o real. O autor afirma que repetir não é reproduzir e que, deste modo, não é possível “confundir a repetição nem com o retorno dos signos, nem com a reprodução, ou a modulação pela conduta de uma espécie de rememoração agida” (LACAN, 1964/2008, p.59), fazendo uma crítica ao que foi apontado por Freud. Nesse sentido, Lacan vai voltar o olhar para a função do real na repetição.

O fenômeno da criança, conforme observado por Freud no *fort-da*, de se tornar o agente da situação, obstruindo o efeito do desaparecimento materno, é destacado como secundário por Lacan. Pode-se afirmar que a saída da mãe, seu desaparecimento, é vivido pela criança como perda do objeto materno. Essa vivência traumática introduz uma hiância que

permanece causa de um traçado centrífugo no qual o que falha não é o outro enquanto figura em que o sujeito se projeta, mas aquele carretel ligado a ele próprio por um fio que ele segura

– onde se exprime o que, dele, se destaca nessa prova, a automutilação a partir da qual a ordem da significância vai se pôr em perspectiva” (Lacan, 1964/2008, p.66).

Desse modo, a brincadeira com o carretel é a maneira através da qual o sujeito responde ao “fosso” criado pela ausência da mãe, diante do qual a única coisa que pode ser feita é o “o jogo do salto” (LACAN, 1964/2008p.66). Para Lacan, o que está em jogo na atividade desenvolvida pela criança, que simboliza a repetição, não é o pedido do retorno da mãe, uma vez que esse poderia ser expresso através do grito. O que está em jogo é aquilo que foge à simbolização do menino diante da ausência traumática da mãe, que causa uma “*Spaltung*” no sujeito. Sendo assim, através da repetição dolorosa da ausência da mãe, o que a criança dribla no jogo é a sua própria divisão.

Frente ao jogo inventado do *fort-da*, que é um “aqui ou ali”, o que o menino visa é justamente o que lá não está representado, o que não se inscreve, aquilo que não é passível de simbolização. Portanto, Lacan (1964/2008, p.66) introduz que o carretel segurado pela criança não representa a sua mãe, mas se trata de “alguma coisinha do sujeito que se destaca embora ainda sendo bem dele, que ele ainda segura”, e assim reconhece que é no objeto, no carretel que se deve designar o sujeito. Essa coisa que se destaca e que a criança segura no brincar é nomeada pela álgebra lacaniana de *a* minúsculo – tema que será aprofundado no segundo capítulo.

Diante do desenvolvido, podemos destacar a brincadeira como um recurso fundamental para o acompanhamento das crianças e adolescentes no hospital oncológico, ambiente em que eles estão suscetíveis a diversas situações traumáticas – desde o diagnóstico até os efeitos e consequências do tratamento. O brincar surge, então, como um meio deles elaborarem as intervenções, alterações, dificuldades e as diversas outras questões vividas diariamente no hospital; surge como um meio deles se colocarem como sujeitos ativos diante do tratamento oncológico e das objetificações que ele impõe. Mas, conforme destacado por Lacan, surge também como um meio das crianças e adolescentes tentarem colocar em jogo aquilo que não é passível de simbolização, aquilo que lhes escapa, que não cessa de não se inscrever e que tende a se impor a elas durante o adoecimento e o tratamento oncológico.

Portanto, é essencial que o analista esteja aberto às sugestões e convites desses sujeitos, para poder brincar, jogar, pintar, encenar junto a eles, desenvolvendo um espaço criativo junto a cada criança e a cada adolescente para que possam se expressar através dos recursos que lhe estiverem disponíveis. Com o laço transferencial estabelecido, através da brincadeira, a criança e o adolescente (visto que muitos atendimentos também aos adolescentes são realizados por meio de jogos e pinturas) podem endereçar e trabalhar suas questões com o analista, dando um destino àquilo que lhes aflige e assumindo um papel ativo frente ao tratamento.

1.2 Oncologia: o que há de específico?

O começo do desenvolvimento de um câncer costuma ser silencioso, de modo que os seus sintomas passam a se manifestar quando a doença já está *instalada* e evoluindo no corpo do sujeito. Em seu estágio inicial, o câncer já pode produzir alterações na imagem corporal, como emagrecimento e inchaço dos membros e órgãos, geralmente associadas a dor intensa. Segundo Freud (1914/2004), a doença orgânica captura o sujeito, fazendo com que ele perca seu interesse no mundo exterior, isto é, naquilo que não diz respeito ao seu sofrimento, e recolha sua libido dos objetos. Nas palavras do autor: “o doente recolhe seus investimentos libidinais para o Eu e torna a enviá-los depois da cura. “A alma inteira encontra-se recolhida na estreita cavidade do molar” [...] [assim como] o poeta que sofre de dor de dente” (FREUD, 1914/2004, p.103). Portanto, o mal orgânico constitui uma fonte de sofrimento não passível de sublimação, de modo que a dor possui um aspecto imperativo ao afligir o sujeito (VILANOVA, 1997).

Em *O Eu e o Isso* (1923/1992, p.15), ainda sobre a dor, Freud afirma que ela também “parece desempenhar um papel no processo [de formação do eu], e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui, talvez, um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo¹”. Sendo assim, a dor rompe com o “silêncio dos órgãos” e contribui para o processo de percepção corporal.

Além da experiência da dor, uma doença grave como o câncer chega trazendo o que Romildo do Rêgo Barros² nomeou de experiência de irrupção: algo da descontinuidade, um acontecimento abrupto, que suspende a vivência do corpo como unidade. Esta situação pode se agravar no que se refere ao adoecimento oncológico por crianças e adolescentes, ainda em desenvolvimento, às voltas com a constituição de sua imagem e de seu lugar no mundo. O câncer surge como um “*curto-circuito*” (COSTA, 2014) no processo de constituição desses sujeitos, como irrupção, e traz consigo algo do autoerotismo, da experiência de corpo fragmentado, de corpo destacado. Ou seja, o adoecimento oncológico tende a quebrar a continuidade da vida, gerar um *curto circuito* na organização narcísica e na imagem ideal na qual o sujeito estava organizando a sua existência, contestar a permanência do corpo como unidade e colocá-lo a serviço do câncer e de seu tratamento.

¹ Tradução nossa. Original: “También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio”.

² Na mesa redonda: De que corpo se trata em oncologia? - III Simpósio de Lançamento dos Cadernos de Psicologia: O corpo na perspectiva interdisciplinar. INCA, 2016.

A partir da confirmação diagnóstica, inicia-se a terapêutica oncológica e, com ela, um longo processo em que o corpo das crianças e adolescentes tende a ser reduzido a condição de objeto da “ordem médica³” (CLAVREUL, 1983). O tratamento por si só é agressivo e submete o corpo dos sujeitos a inúmeras intervenções e a seus efeitos: fura, abre, mexe, tira, remenda, costura, faz enjoar, faz vomitar, enfraquece, faz perder o cabelo, emagrece, queima, fura mais um pouco, incha, perde o acesso, fura de novo e por aí vai... alterando e objetivando o corpo dos sujeitos adoecidos, que pode ser comprometido funcional e esteticamente.

Neste sentido, Vilanova (1997, p. 278) destaca que “a irrupção de uma doença, ao afetar o corpo do sujeito certamente captura-o. As circunstâncias que envolvem o adoecer são marcadas pela ruptura de laços”. É diante deste contexto que o analista entra em contato com as crianças e adolescentes na enfermaria pediátrica, atravessados por uma ruptura na vida e em sua constituição, marcados psíquica e fisicamente por um adoecimento abrupto e por seu tratamento invasivo.

Além das marcas inerentes ao momento de travessia do tratamento, tais como a alopecia⁴ e a alteração da imagem e volume corporais, a terapêutica oncológica pode ainda deixar marcas de longa duração no corpo do paciente, tanto externas quanto internas, tais como: cicatrizes, enxertos, ostomias e retirada de órgãos. A cirurgia é o principal recurso para tratar os tumores sólidos, podendo ser complementada com quimioterapia ou radioterapia (INCA, 2019). Entretanto, para remover o tumor com uma margem de segurança que busque impedir o seu retorno, muitas vezes a intervenção cirúrgica precisa ser mutiladora, como no caso de amputações⁵ e desarticulações⁶, deixando uma marca indelével no corpo desses sujeitos.

O adoecimento e o tratamento oncológico tendem, então, a gerar uma ruptura na imagem corporal das crianças e adolescentes, alterando a experiência que tinham até então com seus corpos. Ao abalar a imagem, a unidade do corpo, o câncer pode gerar um encontro do sujeito com algo que sempre esteve ali, mas que estava tamponado em seu corpo, inacessível. Neste sentido, pode-se falar que o câncer escancara o real do corpo.

O real é um dos três registros estabelecidos por Lacan que, junto com o simbólico e o imaginário, constituem as “categorias elementares sem as quais não podemos distinguir nada na nossa experiência” (LACAN, 1953-1954/2009, p.352). O real, como destacado por Jorge (2017, p.152), é “da ordem do não-sentido, da falta de sentido, e se define para Lacan pelo “impossível de ser simbolizado”. [...] [É o que] escapa radicalmente a toda e qualquer possibilidade de representação,

³ Termo utilizado por Jean Clavreul em sua obra intitulada “A Ordem Médica. Poder e Impotência do Discurso Médico” de 1983.

⁴ Perda do cabelo por conta da quimioterapia ou radioterapia.

⁵ Remoção cirúrgica de parte do membro.

⁶ Remoção cirúrgica do membro na altura da articulação, ou seja, do membro inteiro.

ele ex-siste ao simbólico”. O imaginário, por sua vez, é o avesso do real, é o campo do sentido, da experiência do corpo como unidade. Já o simbólico, é o duplo sentido, “é a insistência da linguagem com sua massa de ambiguidade inarredável” (JORGE, 2017, p.152).

No *Seminário livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/2008, p.55) caracteriza o real como “o que retorna sempre ao mesmo lugar – a esse lugar onde o sujeito, na medida em que ele cogita [...], não o encontra”. Tal constatação corrobora o caráter de impossibilidade do real, mas atribui a ele uma qualidade de repetição, de insistência, porém sempre faltosa, daquilo que não cessa de não se inscrever. Desse modo, ao escancarar o real do corpo, o câncer deixa os sujeitos diante do impossível de colocar em palavras, diante do encontro faltoso. O real remete ao inacessível, ao impossível e, assim, ao traumático, uma vez que “o trauma rompe o sentido no interior do qual o sujeito se encontra numa homeostase psíquica e introduz uma falta de sentido, um não senso radical” (JORGE, 2017, p.200). Ou seja, o trauma introduz algo de real no imaginário.

O adoecimento gera, então, um encontro que pode ultrapassar o sujeito e situá-lo fora de cena. Como destaca Bomfim (2016, p.4), “experimenta-se o real – enquanto aquilo que excede à capacidade de representação psíquica, impossível de simbolizar e assimilar – e, portanto, não raramente, diante disso, experimenta-se o traumático”. Para crianças e adolescentes, nas quais a relação com o corpo é muito intensa, o adoecimento e as alterações causadas por ele e por seu tratamento podem ser da ordem do traumático. Sendo assim, a perda de uma parte do corpo, seja visível ou invisível, é algo que pode vir a causar um *curto circuito* na organização desses sujeitos, rompendo com a cadeia significante, gerando um excesso que não consegue ser elaborado e deixando esses sujeitos, que ainda estão no início de suas vidas, diante do impossível.

Frente a esse excesso inassimilável potencialmente traumático, há algo que se manifesta e que pôde ser percebido em momentos específicos nas crianças, adolescentes e em seus pais: a angústia. Como ressalta Jorge (2017, p.201), “desde Freud e depois com Lacan, o trauma é o exemplo princeps do fator desencadeador de angústia”. Nesse sentido, cabe aqui destacar uma importante distinção feita por Freud em sua obra de 1920, *Além do princípio do prazer*, entre os termos terror [*Schreck*], medo [*Furcht*] e angústia [*Angst*]. Freud utiliza o exemplo de uma situação de perigo para diferenciá-los: para o autor, experimenta-se o estado de *terror* quando ocorre uma súbita situação de perigo, diante da qual não houve possibilidade de preparo, configurando um susto que invade o sujeito; o *medo* é descrito como o sentimento diante de um objeto específico; já a *angústia*, Freud a designa como um estado de expectativa diante do perigo, de preparo para ele, mesmo quando esse é desconhecido. Desse modo, afirma que a angústia tem algo que protege contra o terror.

Em uma profunda análise sobre os termos em alemão, o editor da tradução brasileira coordenada por Luiz Hanns (1920/2006, p.128) destaca algumas nuances entre os significados das palavras *Furcht* (medo) e *Angst*⁷(angústia). O editor afirma que a *Angst* tende a ser mais “visceral e imediata”, que aponta uma reação intensa frente a uma ameaça de ser aniquilado ou de sofrer um dano - seja ela imaginária ou real, inespecífica ou específica. Já *Furcht* possui ligação frequente com a preocupação, “apresentando um caráter mais antecipatório e corresponde mais à simulação do pensamento, [...] [que] permite antecipar, simular” (FREUD, 1920/2006, p.128). Portanto, é possível à *Angst* ter sentido de *Furcht*, mas não o contrário, uma vez que *Furcht* não possui a característica de reação e intensidade que *Angst* pode ter. Diante de tais características, o editor ressalta que *Angst* “evoca algo que se externaliza claramente (expressão facial, suor, voz, etc.) e desencadeia uma ação (de ataque ou fuga), ou, mais raramente, algo que causa tanto pavor que paralisa o sujeito” (FREUD, 1920/2006, p.128).

Desse modo, é possível pensar que o momento inesperado do diagnóstico do câncer, que chega como uma irrupção, pode causar uma sensação de terror nos sujeitos envolvidos (crianças, adolescentes e seus pais), deixando-os sem palavras, “perdidos”, o que frequentemente é traduzido pela expressão “fiquei sem chão”. A partir da hospitalização, diante do desconhecido do tratamento, as crianças e adolescentes tendem a vivenciar situações bastante desagradáveis e, muitas vezes, traumáticas. Frente a isso, podem desenvolver medos específicos – como medo de agulha, de precisar colocar uma sonda nasoenteral, da máquina de ressonância magnética, de realizar exames como punção lombar, swab, entre muitos outros. Porém, existem momentos de extrema tensão vividos pelos sujeitos frente a alguma intervenção que será realizada, ou diante dos efeitos no corpo do tratamento e do adoecimento (e do significado que lhe é atribuído pelo sujeito), que marcam a manifestação de angústia.

Diante disso, para que seja possível compreender a importância e o efeito que o rompimento na imagem a partir do câncer e do seu tratamento causa nas crianças e nos adolescentes, assim como a sua articulação com o real e sua relação com a angústia, faz-se necessário voltar o olhar para a constituição do eu e do corpo em Freud e Lacan. E, com isso, iniciar o caminho para entender que uma perda no corpo é também uma perda de ancoragem psíquica, que pode gerar efeitos devastadores nos sujeitos, exigindo um trabalho que abra portas para um novo modo de existir, para as saídas singulares diante do real do adoecimento oncológico.

⁷ Cabe ressaltar que nesta edição, a partir da análise sobre os termos em alemão, a palavra *Angst* foi traduzida em português por “medo”, *Furcht* por “receio” e *Schreck* por “susto”. Entretanto, na presente pesquisa, optamos por seguir a tradução clássica dos termos, conforme utilizada pela editora Amorrortu: “angústia”, “medo” e “terror”.

1.3 Do eu corporal freudiano à identificação especular de Lacan

Freud (1923/1992, p.18) nos diz que o eu é uma “organização coerente dos processos psíquicos na pessoa”⁸, é uma parte específica da psiquê, que possui atributos e funções especiais. Entretanto, destaca que o sujeito não nasce com o eu formado, ele precisa ser constituído (FREUD, 1914/2004), e um dos fatores que possui efeito sobre sua constituição é o corpo. Nas palavras de Freud (1923/1992, p.27), o eu é acima de tudo um eu corporal, um “corpo-essência”⁹, “não é apenas uma superfície-essência, mas é, ele mesmo, a projeção de uma superfície”, ou seja, o eu é a projeção psíquica de uma superfície corporal.

Assim como o eu, o corpo não é uma construção dada, ele também precisa ser constituído. É na obra de 1905, *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que Freud apresenta o conceito de pulsão, fundamental para a compreensão do modo como o corpo é abordado pela psicanálise. Diferente de um estímulo gerado por excitações externas isoladas, a pulsão é entendida como o “representante {*Repräsentanz*¹⁰} psíquico de uma fonte endossomática de estímulos que flui continuamente (...)”¹¹ (FREUD, 1905/1992, p.153). Ou seja, a pulsão possui sua fonte no corpo e se representa no psiquismo como uma constante exigência de trabalho, “como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo” (FREUD, 1915/2004, p.148). Portanto, Freud define a pulsão como um “conceito-limite” entre o somático e o psíquico. Deste modo, o corpo para a psicanálise é sempre pensado em referência ao pulsional, como algo localizado neste limite (SWINERD, 2016).

Dentre as características da pulsão, Freud (1915/2004, p.146) destaca a sua persistência. Diferente de um estímulo externo que intervém através de um “único impacto” e que pode ser “neutralizado por uma única ação apropriada”, a pulsão, que provém de “fontes de estímulo no interior do organismo”, atua como uma força constante, “irremovível”. Para a investigação das

⁸ Tradução nossa. Original: “una organización coherente de los procesos anímicos em una persona”

⁹ Tradução nossa. Original: “el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie”.

¹⁰ Na tradução da obra freudiana *Pulsões e destinos da Pulsão*, coordenada por Luiz Alberto Hanns, o tradutor chama a atenção para o uso da palavra *Repräsentanz*: “Freud por vezes não se refere ao elemento que está representando, mas à “função de representação”, na acepção da “função de estar no lugar de”, e emprega o termo *Repräsentanz*, que com frequência é confundido nos idiomas latinos com “representação” na acepção de “figuração”, “apresentação” [termos que] (...) em alemão corresponde[m] a *Vorstellung* (“imagem, “ideia”, noção”, “concepção”, “visualização”). Para evitar a ambiguidade do termo latino, a palavra *Repräsentanz* foi traduzida por “representante”, embora em rigor se refira a uma função, e não ao elemento que exerce a função de representar” (Freud, 1915/2004, p.165).

¹¹ Tradução nossa. Original: “(...) representante {*Repräsentanz*} psíquica de uma fonte de estímulos intrasomática em continuo fluir (...)”.

pulsões, Freud (1915/2004, p.146) se vale de certas “premissas complexas”, dentre as quais destaca uma de maior relevância, que diz respeito à natureza “biológica” do funcionamento psíquico. Nas palavras do autor: “o sistema nervoso é um aparelho ao qual foi conferida a função de livrar-se dos estímulos que lhe chegam, de reduzi-los a um nível tão baixo quanto possível, ou, se fosse possível, de manter-se absolutamente livre de estímulos” (FREUD, 1915/2004, p.146).

Essa premissa, conhecida como “princípio de constância”, já havia sido apresentada por Freud em 1895, no seu *Projeto para psicologia*, como o “princípio de inércia”, identificado com a tendência da vida psíquica a evitar desprazer. O desprazer corresponde a uma “elevação do nível de Q $\dot{\eta}$ [quantidade de excitação] ou um acréscimo quantitativo de pressão¹²”, enquanto o prazer seria, então, a sensação de descarga dessa excitação (FREUD, 1895/1992, p.356).

Ao nascer, o bebê chega ao mundo despreparado para viver, marcado por uma experiência de desamparo. Submetido a excitações constantes, sem capacidade para descarregá-las, o desamparo inicial é experimentado pelo bebê como dor – entendida como “irrupção de grandes Q [quantidades de excitação] no Ψ [sistema neuronal]¹³”, como maximização do desprazer (FREUD, 1895/1992, p.351). Diante destas excitações constantes e permanentes, a primeira via a ser seguida para a tentativa de descarga é a que conduz a uma “alteração interior¹⁴”, como inervação muscular, expressão das emoções e grito (FREUD, 1895/1992, p.362). Sendo assim, tomado pelas excitações, o bebê começa a chorar. Entretanto, apesar do choro, o estímulo endógeno segue sem interrupção e as excitações internas persistem, de modo que nenhuma descarga através desta via pode resultar em alívio. Como afirma Freud (1895/1992, p.362),

Aqui, uma interrupção do estímulo só é possível mediante uma intervenção que elimine [provisoriamente] no interior do corpo a “avalanche” {destacamento} de Q $\dot{\eta}$ [quantidade de excitação], que exige uma alteração do mundo exterior (fornecimento de alimento, aproximação do objeto sexual) que, como *ação específica* só se pode produzir por caminhos definidos. O organismo humano é, no início, incapaz de realizar a ação específica. Esta segue mediante auxílio alheio: através da descarga sobre o caminho da alteração interior [pelo grito da criança, por exemplo], um indivíduo experiente adverte acerca do estado da criança¹⁵.

¹² Tradução nossa. Original: “elevación del nivel de Q $\dot{\eta}$ o un acrecentamiento cuantitativo de presión”.

¹³ Tradução nossa. Original: “irrupción de grandes Q hacia Ψ ”.

¹⁴ Tradução nossa. Original: “alteración interior”.

¹⁵ Tradução nossa. Original: “Aquí una cancelación de estímulo sólo es posible mediante una intervención que elimine por un tiempo en el interior del cuerpo el desprendimiento {desligazón} de Q $\dot{\eta}$, y ella exige una alteración en el mundo exterior (provisión de alimento, acercamiento del objeto sexual) que, como *acción específica*, sólo se puede producir por caminos definidos. El organismo humano es al comienzo incapaz de llevar a cabo la acción específica. Esta sobreviene mediante *auxilio ajeno*: por la descarga sobre el camino de la alteración interior, un individuo experimentado advierte el estado del niño”.

Ao chorar, o bebê chama a atenção da mãe (ou de quem desempenha a função materna), que acolhe este choro como sinal de seu desamparo. A função materna interpreta e assim transforma uma tentativa de descarga (choro) em um apelo, em uma demanda dirigida ao Outro¹⁶ (materno). Como afirmou Freud (1895/1992, p.363), “essa via de descarga recebe assim a função secundária, extremamente importante, da *compreensão* {*Verständigung*; ou <<comunicação>>} (...)”¹⁷. Ao transformar a tentativa de descarga interna do bebê em apelo, a mãe introduz o sistema dos significantes, inserindo o bebê no campo discursivo. A função materna é responsável por fornecer a regulação simbólica que o bebê, desamparado, não possui, introduzindo o corpo do filho em sua dimensão simbólica. Portanto, é através do acolhimento e interpretação do Outro, que o bebê mergulha na linguagem, tendo seu corpo definitivamente marcado pelo significante (JORGE; FERREIRA, 2005).

Diante de sua interpretação, a mãe oferta uma ação buscando apaziguar o choro infantil, e, a partir desta, através de dispositivos reflexos, o bebê realiza instantaneamente a atividade necessária, no interior de seu corpo, para eliminar o estímulo endógeno, ou seja, para realizar a descarga. Por exemplo, ao interpretar o choro do bebê como fome, a mãe oferta a ele o seio que, por um mecanismo reflexo, será sugado pela criança. Ao receber o leite materno, o bebê sentirá um progressivo alívio da tensão interna uma vez que a grande quantidade de excitação, experimentada como dor, sofrerá uma descarga.

Segundo Freud (1895/1992, p.363), esse processo constitui então uma “vivência de satisfação” e traz profundas consequências para o desenvolvimento das funções no indivíduo. O autor ressalta três acontecimentos significativos diante dessa experiência: 1) é operada uma descarga duradora, eliminando a tensão que estava produzindo desprazer; 2) no caminho interno percorrido a partir da oferta feita pela mãe, é gerado um investimento neuronal¹⁸ que configura a percepção de um objeto pelo bebê e 3) a outros lugares do aparato psíquico chega a notícia da descarga realizada através do movimento reflexo desencadeado pela oferta do objeto. Desse modo, através deste caminho

¹⁶ “O Outro é um lugar em que se situa a cadeia de significantes que comanda tudo que vai poder se presentificar do sujeito. É o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 1988, p.193-194).

¹⁷ Tradução nossa. Original: “esta vía de descarga cobra así la función secundaria, importante en extremo, del entendimiento {*Verständigung*; ou <<comunicação>>}”.

¹⁸ No Projeto, Freud desenvolve uma maneira de representar o aparelho psíquico através do que nomeia “sistema de neurônios σ , ω e Ψ ”. Entretanto, eles não dizem respeito aos neurônios da histologia – apesar dela ter embasado o pensamento freudiano –, não possuem uma base anatômica, mas são uma forma metafórica de organizar os processos internos que conduzem a vida psíquica. A interação entre tais neurônios ocorre através do acúmulo e descarga de Q (quantidade [de excitação]), formando barreiras de contato que possibilitam ou resistem à descarga, segundo o princípio da inércia. Assim, a partir dos objetos externos e dos reflexos internos produzidos por eles são trilhados caminhos (neurônios) que favorecerão a diminuição de excitação e serão novamente percorridos na busca por descarga em outras situações de desprazer.

percorrido, é estabelecido um trilhamento, uma marca mnêmica desta experiência, que fica registrada no psiquismo. Portanto, do encontro com "o objeto" temos apenas e tão somente uma marca mnêmica.

Este processo será repetido, visto que as excitações internas não cessam, e o bebê, ativando essa marca mnêmica deixada pela experiência de satisfação, alucinará - é essa ausência do objeto a ser reencontrado que institui a primeira experiência de satisfação como mítica - o objeto ofertado pela mãe. Porém, apesar da alucinação, as excitações persistem, culminando em desprazer. Assim, repete-se o ciclo choro-oferta de um objeto externo pela mãe, até que, em algum momento, o bebê vai entender que para ter o objeto que causará a descarga efetiva das excitações ele precisa chamar a mãe. Então, a partir disso, vai passar a suportar um quantum de excitação com o intuito de ter forças para chorar visando demandar à mãe o objeto. A essa atitude do bebê de suportar o desprazer e assim obter um prazer maior, Freud (1895/1992) denominou ação específica. Em suas palavras:

Para consumir essa ação, que merece ser chamada de <<específica>>, é necessária uma operação que seja independente da Q η endógena [...]. [...] o sistema de neurônios é forçado a renunciar à tendência original da inércia [...] [e] tem que admitir um acúmulo de Q η para atender às demandas da ação específica. No entanto, a maneira como realiza isso mostra a persistência da mesma tendência, modificada pelo esforço de ao menos manter o nível de Q η o mais baixo possível e de se defender de qualquer aumento [da mesma], quer dizer, mantê-la constante¹⁹ (FREUD, 1895/1992, p.341).

Pode-se afirmar, então, que o ato na função materna institui a vigência do princípio do prazer/desprazer no bebê. Por transformar a dor em prazer, a ligação entre a excitação do bebê e o cuidado materno é erotizante. Esta ligação deixa um traço mnêmico, que é ao mesmo tempo uma marca, uma zona erógena e promove uma subjetivação originária, que vai implicar no processo de constituição corporal. Freud (1905/1992) denominou de zona erógena parte da pele ou da mucosa que experimentam sensações prazerosas ao receberem um tipo determinado de estimulação. O autor destaca que "qualquer [...] parte do corpo pode ser dotada da excitabilidade da genitália e ser alçada à condição de zona erógena"²⁰, visto que "para a produção de uma sensação prazerosa, a qualidade do estímulo é mais importante do que a [natureza]²¹ das partes do corpo"²² (FREUD, 1905/1992, p.166-167). Sendo assim, através das manipulações no corpo do filho, o cuidado materno mapeia suas

¹⁹ Tradução nossa. Original: "Para consumir esta acción, que merece ser llamada <<específica>>, hace falta una operación que es independiente de Q η endógena [...].[...] el sistema de neuronas está forzado a resignar la originaria tendencia a la inercia [...] tiene que admitir un acopio de Q η para solventar las demandas de la acción específica. No obstante, en el modo en que lo hace se muestra la perduración de la misma tendencia, modificada en el afán de mantener al menos la Q η lo más baja posible y defenderse de cualquier acrecentamiento, es decir, mantenerla constante".

²⁰ Tradução nossa. Original: "cualquier [...] otro sector del cuerpo puede ser dotado de la excitabilidad de los genitales y elevarse a la condición de zona erógena".

²¹ O termo em espanhol é *compleción*, com tradução literal para compleição – constituição do corpo.

²² Tradução nossa. Original: "para la producción de una sensación placentera, la cualidad del estímulo es más importante que la compleción de las partes del cuerpo".

zonas erógenas, as zonas de prazer do corpo do bebê. Há, então, uma sexualidade originária no início do desenvolvimento psíquico, e um processo de constituição de um corpo erógeno no encontro com o Outro.

O ato da amamentação é uma das formas pelas quais a mãe responde ao choro do bebê e transforma o desprazer das excitações em uma experiência de satisfação. Os lábios da criança são, portanto, erotizados e comportam-se como uma zona erógena e o ato de sugar para estimular a saída do leite materno (a primeira atividade da criança e a mais vital), que originou a sensação prazerosa, vai tender a ser repetido, dissociando-se da necessidade de alimentação (FREUD, 1905/1992).

Através da experiência de satisfação, é constituída a pulsão sexual e o corpo erógeno. Inicialmente, o corpo da criança é "desorganizado", fragmentado, marcado por múltiplas e independentes zonas erógenas. Esse período é denominado por Freud de autoerotismo, visto que a pulsão não se dirige para o Outro, mas se satisfaz no próprio corpo. Desta forma, como características fundamentais da manifestação da sexualidade infantil, Freud (1905/1992, p.165) destacou que ela “nasce apoiando-se em uma das funções corporais vitais; [...] não conhece um objeto sexual, pois é autoerótica; e seu alvo sexual se encontra sob a influência de uma zona erógena²³”.

Para fazer com que esse corpo desorganizado, fragmentado em zonas erógenas, vire uma unidade corporal é necessário que algo se acrescente ao autoerotismo, é necessária uma nova ação psíquica, denominada por Freud de *narcisismo* (FREUD, 1914/2004). É esta nova ação psíquica que permite que o desamparo, aos poucos, dê lugar à constituição do eu e do corpo como uma unidade. Ao terem um filho, os pais tomam a criança como uma "revivescência e [...] reprodução de seu próprio narcisismo, há muito abandonado" (FREUD, 1914/2004, p.110) e investem afetivamente nele como se investissem em seus próprios "eus". A esta atitude terna dos pais em relação aos filhos, Freud denominou narcisismo primário. E assim, os bebês são colocados em lugar de "majestade" (*his majesty the baby*), como os pais pensaram um dia de si mesmos:

O ponto mais vulnerável do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente encurralada pela realidade, ganha, assim, um refúgio seguro abrigando-se na criança. O comovente amor parental, no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais, que, ao se transformar em amor objetal, acaba por revelar inequivocamente sua antiga natureza (FREUD, 1914/2004, p.110).

Através do investimento narcísico dos pais, as pulsões autoeróticas, que se encontravam desorganizadas e dispersas, passam a se organizar em torno do eu, marcando uma unidade que até então não existia, e tomando-o como objeto de investimento da libido. É no interior dessa dialética

²³ Tradução nossa. Original: “nace apuntalándose en una de las funciones corporales importantes para la vida; [...] no conoce un objeto sexual, pues es *autoerótica*, y su meta sexual se encuentra bajo imperio de una *zona erógena*”.

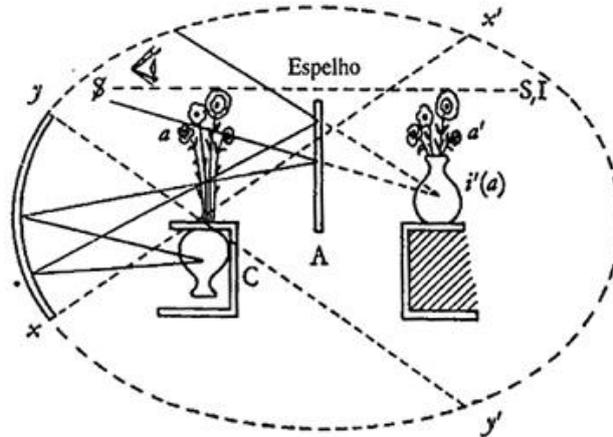
do narcisismo introduzida por Freud que Lacan (1962-1963/2005, p.48) vem situar a “função do investimento especular”, a qual já consta em seu escrito de 1949, *Estádio do espelho como formador da função do eu*. Neste, o autor descreve o ato psíquico da constituição do eu a partir da identificação no reflexo especular, produzindo uma transformação no sujeito ao assumir uma imagem.

Há um momento na vida do bebê, entre os 6 e os 18 meses de idade, em que, ao se olhar no espelho, ele percebe de alguma forma que aquele reflexo corresponde à sua imagem. Lacan (1962-1963/2005, p.41), ao retomar esse escrito no Seminário livro 10, chama a atenção para o movimento feito pela criança, que vira a cabeça para o adulto que a segura e está atrás dela, “como que para invocar seu assentimento, e depois retorna à imagem, [parecendo] (...) pedir a quem a carrega, e que representa aqui o grande Outro, que ratifique o valor dessa imagem”. Quando “a palavra do Outro (simbólico) incide sobre o sujeito conferindo um sentido (imaginário) à imagem” (SWINERD, 2016, p. 46), o bebê é invadido por uma intensa euforia, mostrando que identificou esta imagem como sendo a sua imagem. Esse júbilo da criança marca o momento em que ela, “vindo captar-se na experiência inaugural do reconhecimento no espelho, assume-se como totalidade que funciona como tal em sua imagem especular” (LACAN, 1962-1963/2005, p.41).

O estágio do espelho é então descrito por Lacan (1949/1998) como uma identificação, uma transformação produzida no sujeito a partir do momento em que ele assume uma imagem. Porém, para que a partir do reflexo possa advir e existir um sujeito, é fundamental o cruzamento simultâneo entre a imagem especular e a palavra enquanto lei mediadora (AMPARO et al, 2013). Ao identificar sua imagem corporal, o bebê ganha a possibilidade de se sentir uma unidade corporal e, com ela, constitui-se o eu, o seu "envelope corporal". Lacan nos apresenta o corpo a partir dos três registros fundamentais, que se complementam: o real (articulado ao gozo); o imaginário (relacionado à imagem do corpo constituída na interação especular com o Outro); e o simbólico (implicando a relação fala-linguagem-corpo, dado que a imagem corporal constituída é significantizada pelo Outro) (SWINERD, 2016; CUKIERT, 2004).

Para representar esse processo, para além do que enunciara com o estágio do espelho, Lacan utilizou o esquema óptico da física, tal como apresentado no *Seminário livro 1: os escritos técnicos de Freud* através do ‘esquema de dois espelhos’:

Figura 1- Esquema de dois espelhos



Fonte: LACAN, 1953-1954, 2009, p.147

Neste, a constituição do eu pode ser representada a partir dos três tempos do esquema. Vale aqui destacar que a constituição do eu é um processo que não se resume a três tempos ou três etapas. O esquema óptico é utilizado apenas para efeito de visualização, mas não engloba a totalidade de tal processo. O primeiro momento do esquema, flor em cima e vaso embaixo, pode ser associado ao corpo fragmentado, modo como ele é experimentado pelo bebê enquanto dividido em zonas erógenas, conforme apresentado por Freud (1905/1992). No segundo tempo, uma primeira imagem (real e invertida – e não apresentada no desenho) é formada a partir do reflexo do vaso no espelho côncavo, representando o momento em que o bebê, ao ver seu reflexo no espelho através do olhar e da palavra, do assentimento do Outro, compreende que aquela é a sua imagem, de modo que o corpo despedaçado, em sua dimensão de real, ganha uma unidade, uma *Gestalt*, o seu eu ideal.

Entretanto, essa imagem não é acessada pelo olho do bebê no esquema, o que marca a antecipação da imagem do eu ao seu próprio domínio, em um corpo prematuro, “mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação” (LACAN, 1949/1998, p.97). Conforme afirma Lacan (1953-1954/2009, p.186), “essa forma está fora de nós (...) enquanto fundamentalmente ligada à impotência primitiva do ser humano. O ser humano não vê sua forma realizada, total, a miragem de si mesmo, a não ser fora de si”. É no terceiro momento do esquema óptico que a imagem real refletida pelo espelho côncavo incide no espelho plano (que representa o grande outro - presente em todo o processo de constituição do eu e do sujeito) e forma uma imagem (do objeto) virtual e direta, flores dentro do vaso em pé. Essa imagem será descrita como ideal do eu.

Segundo Freud (1914/2004, p.112), é para o eu ideal que o narcisismo, enquanto “posse de toda valiosa perfeição e completude” se desloca. A imagem do eu ideal só se apresenta como uma imagem perfeita, como uma unidade corpórea, porque já é mapeada pela palavra deste Outro,

manifestando “a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (LACAN, 1949/1998, p.97). Porém, apesar de depender do simbólico, o eu ideal é da ordem do imaginário, pois é uma imagem que se sobrepõe como uma tela ao corpo despedaçado, e assim “colmata os furos do real no corpo, projetando sobre eles uma maturação corporal” (ALBERTI, 2004, p.37), formando algo da ordem de um todo.

Através dos pais, a lei começará a incidir sobre a criança fazendo furos nesta imagem ideal. Porém, conforme destaca Freud (1914/2004, p.112), “como sempre no campo da libido, o ser humano mostra-se aqui incapaz de renunciar à satisfação já uma vez desfrutada. Ele não quer privar-se da perfeição e completude narcísicas da sua infância”. Sendo assim, a partir da imagem do eu ideal – furada, mas não renunciada - atrelada ao que foi introjetado da palavra do Outro, será criada uma nova referência de ideal que vai se sobrepor à primeira: o ideal do eu. Portanto, o que é projetado pelo humano como seu ideal é o “substituto do narcisismo perdido de sua infância, durante a qual ele mesmo era seu próprio ideal” (FREUD, 1914/2004, p.112). Porém, diferente do eu ideal, o ideal do eu é da ordem do simbólico. Nas palavras de Lacan (1953-1954/2009, p.186):

(...) é a relação simbólica que define a posição do sujeito como aquele que vê. É a palavra, a função simbólica que define o maior ou menor grau de perfeição, de completude, de aproximação, do imaginário. A distinção é feita nessa representação entre o (...) eu-ideal e o ideal do eu. O ideal do eu comanda o jogo de relações de que depende toda a relação a outrem. E dessa relação a outrem depende o caráter mais ou menos satisfatório da estrutura imaginária.

Portanto, o eu é constituído a partir do investimento, da imagem e da palavra do Outro. A unidade corporal trazida pelo narcisismo equivale a uma unidade da imagem corporal, que constitui o eu como instância psíquica e corporal. Deste modo, a integração do corpo, ou seja, a junção das suas partes fragmentadas não é consequência do ‘desenvolvimento biológico’, mas tem origem fora daquele corpo. Para se integrar, o corpo precisa de uma dimensão de alteridade, o corpo precisa do Outro. Conforme nos lembra Alberti, o corpo é “furo – zona erógena -, superfície e projeção de superfície” (2004, p.39), ele é uma construção simbólica que vem produzir uma imagem, a partir da identificação com o Outro, que é projetada em um corpo real, tamponando seus furos. Assim, real, simbólico e imaginário se enodam na constituição do eu e do corpo.

Há, entretanto, algo que não apenas marca sua presença (por meio da sua falta) em todo esse processo da constituição do eu, do corpo e também do sujeito, mas que é fundamental para que ele ocorra, e através do qual poderemos aprofundar o tema da perda no corpo: o objeto *a*.

2. CORPO, PERDA E ANGÚSTIA

Como vimos, o adoecimento e o tratamento oncológicos impõem às crianças e aos adolescentes diferentes e profundas perdas. Partimos do pressuposto de que uma perda corporal não é uma perda qualquer, ainda mais no que diz respeito ao início da vida, visto a intensa relação com o corpo e sua imagem, constituindo-se e reconstruindo, apropriando-se e organizando. A perda de uma parte do corpo, de um movimento ou de sua ‘funcionalidade’ não é sem efeitos psíquicos, pelo contrário, pode configurar um *rasgo* no modo como esses sujeitos se estruturavam até então, escancarando algo do real que é velado pela imagem e pela linguagem. Nesse sentido, esse capítulo se dedica a aprofundar o que está em jogo na perda corporal e sua relação com a angústia.

2.1 Diante da perda, o objeto *a*.

Ao descrever as características da pulsão (pressão, meta, objeto e fonte) em *Pulsões e destinos da pulsão* (1915/2004, p.149), Freud destaca que o objeto – “aquilo em que, ou por meio de que, a pulsão pode alcançar a sua meta”, que é sempre a satisfação – é o que há de mais variável na pulsão, não estando ligado a ela originalmente e sendo-lhe destinado por tornar possível a obtenção de satisfação. O objeto pode ser “um outro objeto externo” ou ser uma parte do próprio corpo e, no curso dos diferentes destinos da pulsão, ele “poderá ser substituído por intermináveis outros objetos” (FREUD, 1915/2004, p.149). Isso quer dizer, como destaca Jorge (2005, p.139), “que todo e qualquer objeto pode ocupar o lugar de objeto da pulsão”, ou seja, “no cerne da sexualidade humana figura uma falta de objeto”. É sobre esta ausência do objeto da pulsão que Lacan se debruça para desenvolver aquilo que descreveu como sendo sua única invenção teórica, o objeto *a*.

De acordo com Darriba (2005), por insistir que o objeto variável da pulsão de Freud remete à falta, Lacan percorre um caminho da sustentação dessa falta do objeto para a concepção de um objeto da falta. Aqui, já não se trata mais “do resgate da centralidade da falta no objeto para Freud, mas da proposição de um objeto singular na obra de Lacan” (DARRIBA, 2005, p.65), o objeto causa do desejo. Deste modo, ao demarcar a ausência do objeto, Lacan destaca que o desejo não se relaciona com a sua presença, mas mantém relação estrita com a sua falta.

Para articular o desejo à falta e aprofundar o tema do objeto, Lacan faz um retorno a *das Ding* freudiana, a qual denominou *Coisa*. No Projeto, Freud introduz *das Ding* ao abordar a percepção dos

objetos pelo bebê, descrevendo o início do processo de julgamento. O autor destaca o “próximo” (outro ser humano) como simultaneamente o primeiro objeto que lhe garantiu satisfação, o primeiro objeto hostil e sua poderosa fonte auxiliadora. É através do próximo que o ser humano aprende a discernir, visto que os complexos de percepção que partem desse próximo serão, por um lado, novos e incomparáveis (seus *traços*, por exemplo) e, por outro, semelhantes (como o movimento das mãos), remetendo o sujeito a suas próprias impressões visuais. Freud (1895/1992, p.377) ressalta que o complexo do próximo (*Nebenmensch*) se separa em dois componentes: um que dá a impressão de uma “junção constante, mantendo-se reunido como uma *coisa do mundo*, enquanto o outro é *compreendido* por um trabalho mnêmico²⁴ [...]”. Ou seja, uma parte que vai poder se modificar a partir das associações e articulações significantes, e outra que fica imutável, essa *coisa do mundo*, que é nomeada por Freud de *Ding* (1895/1992, p.373). Nas palavras de Lacan (1959-1960/1988, p.68):

Tudo aquilo que é qualidade do objeto, que pode ser formulado como atributo, entra no investimento do sistema Ψ e constitui as *Vorstellungen* primitivas em torno das quais estará em jogo o destino do que é regulado segundo as leis do [...] prazer e do desprazer, naquilo que se pode chamar de as entradas primitivas do sujeito. *Das Ding* é absolutamente outra coisa.

Diante disso, *Ding* é descrito pelo autor como o “elemento que é, originalmente, isolado pelo sujeito em sua experiência de *Nebenmensch* como sendo, por sua natureza, estranho, *Fremde*” (LACAN, 1959-1960/1988, p.68). *Das Ding* é o que existia no início, é “a primeira coisa que pôde separar-se de tudo o que o sujeito começou a nomear e articular”, motivo pelo qual é “correlato da lei da fala em sua mais primitiva origem” (LACAN, 1959-1960/1988, p.105). É o “fora-do-significado” (LACAN, 1959-1960/1988, p.71), e implica “a representificação, na estrutura, do real sem nome originário e sem imagem” (JORGE, 2005, p.140). Portanto, a Coisa, marcada como uma exclusão, “determina que a articulação significativa, através da qual se desdobra a experiência do desejo na psicanálise, se organize em torno de um vazio central” (DARRIBA, 2005, p.69).

Lacan (1959-1960/1988, p.69) assinala, então, que é em torno de *das Ding*, objeto entendido como o “primeiro exterior”, que se orienta todo o encaminhamento desejante do sujeito, é ele que se busca encontrar. Porém, ele não pode ser de fato reencontrado, já que é “por sua natureza que o objeto é perdido como tal” (LACAN, 1959-1960/1988, p.69). *Das Ding* é, assim, identificado por Lacan como a “tendência a reencontrar”, tendência essa que, para Freud, segundo o autor, orienta o sujeito no caminho do objeto. Entretanto, o objeto não foi efetivamente perdido pelo sujeito, mas, por ser

²⁴ Original: Uno de los cuales impone por una ensambladura constante, se mantiene reunido como una *cosa del mundo*, mientras que el otro es *comprendido* por un trabajo mnêmico [...].

sucessivamente reencontrado, “reachado”, é qualificado como algo que se perdeu – “mas só-depois” (LACAN, 1959-1960/1988, p.149). Lacan (1959-1960/1988, p.90) nos diz que “o que se buscou no lugar do objeto inencontrável é justamente o objeto que se reencontra sempre na realidade”. Deste modo, a falta na origem indicada por *das Ding* não diz respeito a ausência de um objeto primordial, mas a um vazio que é condição para a possibilidade do desejo.

Diante dos sucessivos reencontros com o objeto, Lacan (1959-1960/1988, p.149) destaca uma estrutura fundamental que “permite articular que a Coisa em questão é suscetível, em sua estrutura, de ser representada pelo que [chama] [...] de a Outra coisa. A outra coisa é, essencialmente, a Coisa”. Ou seja, a Coisa é, por sua natureza, em seus reachados, representada por outra coisa. Sendo assim, como destaca Jorge (2005, p.141), o caráter real, faltoso, da Coisa comparece sempre a cada vez que o sujeito reencontra o objeto”. E, portanto, ao considerar neste reencontro a indicação de que há algo sempre diferente a cada encontro do objeto, pode-se “falar do objeto que representa a Coisa, já que lidaremos aí com um objeto que é, por definição, ‘sempre outro’” (DARRIBA, 2005, p.71).

Há aqui uma mudança, conforme destaca Darriba (2005, p. 71), do modo como Lacan aborda o vazio que representa a Coisa, introduzindo a ele um novo sentido: daquilo que antes apontava para a “radicalidade da ausência da Coisa na experiência, para a impossibilidade de ela se fazer representar que não fosse por um vazio”. Vazio este, associado, conforme dito acima, ao fato da Coisa apenas poder ser representada por uma outra coisa, por um objeto que é sempre outro. Deste modo, através do conceito de Coisa, Lacan estabelece, por um lado, “a delimitação de um vazio, na medida em que não há objeto que coincida com o que a Coisa designa, [e] por outro, [...] a face do objeto, agora revelada, em que, [...] como sempre outro, [...] atualiza, na experiência, aquilo de que fala a Coisa” (DARRIBA, 2005,p.71). Ainda nas palavras de Darriba (2005, p.73), Lacan

parte de uma perspectiva na qual a falta remete a um termo fora do jogo significante em que se assenta a experiência da busca do objeto, o que é designado pela Coisa; e [...] se dirige para uma outra perspectiva na qual, na medida em que ao objeto é atribuído o estatuto do objeto *a*, o que se apresenta sob o modo da falta passa a se referir a algo que se atualiza nesta experiência mesma.

É sobre o significante *agalma* e seu sentido de “brilhante”, “galante”, que Lacan (1960-1961/1992) se debruça para caracterizar o que veio a chamar de objeto *a*. Esse objeto, *agalma*, futuro *a*, representa o que o autor destaca como sendo uma das maiores descobertas da investigação analítica: a “descoberta do lado fundamentalmente parcial do objeto na medida em que ele é pivô, centro, chave do desejo humano” (LACAN, 1960-1961/1992, p.147).

Jorge (2005) destaca que é o estatuto real do objeto *a* que confere a sua ex-sistência, no sentido dele estar fora do registro do simbólico, e que essa dimensão real do objeto *a* foi o que Lacan chamou

de Coisa, *das Ding* freudiana. O autor afirma ainda que Lacan faz uma distinção entre a Coisa (objeto perdido do desejo) e o objeto *a* (nomeação do objeto causa do desejo) no que diz respeito à possibilidade de diferenciar o objeto perdido da espécie humana e o objeto perdido da história de cada sujeito:

o objeto perdido da história de cada sujeito, o objeto *a*, pode ser reencontrado nos sucessivos substitutos que o sujeito organiza para si em seus deslocamentos simbólicos e investimentos libidinais imaginários. Mas nesses reencontros, por trás dos objetos privilegiados de seu desejo, o sujeito irá sempre se deparar de forma inarredável com a Coisa perdida da espécie humana (JORGE, 2005, p.142).

Deste modo, os reencontros com o objeto concernem sempre ao que Lacan (1964/2008, p.59), a partir dos termos emprestados pelo vocabulário de Aristóteles, nomeou *tiquê*, à repetição de um encontro faltoso com o real, que vige por trás do *autômaton*, da insistência dos signos da cadeia simbólica. Isso significa que “já não lidamos aí apenas com uma exclusão no real sustentando a ordem significante, mas com um real que, em sua insistência, se atualiza como encontro faltoso no âmbito mesmo da articulação significante” (DARRIBA, 2005, p. 72).

É em torno da falta que Lacan (1962-1963/2005) aprofunda, em seu *Seminário livro 10: a angústia*, a discussão sobre o objeto. Ele inicia o seminário com um esboço da divisão do sujeito - que vai sendo aprimorado ao longo das lições. O esquema parte de A (o Outro originário como lugar de significante) e S (sujeito hipotético, ainda inexistente, que tem que se situar como determinado pelo significante).

Segundo Lacan (1962-1963/2005, p.31), “só há aparecimento concebível de um sujeito como tal a partir da introdução primária de um significante, e do significante mais simples, aquele que é chamado de traço unário”, que é anterior ao sujeito. É a singularidade do traço que é introduzida no real. Deste modo, no campo do Outro (A), o S é marcado pelo traço unário do significante e recebe, assim, a sua barra (\$): “em relação ao Outro, o sujeito dependente desse Outro inscreve-se como um cociente” (LACAN, 1962-1963/2005, p.36). Assim, o sujeito barrado, único a que temos acesso, constitui-se no lugar do Outro como “marca do significante. Inversamente, toda a existência do Outro fica suspensa numa garantia que falta, donde o Outro [é] barrado”, cortado em rodela pelo sujeito (Lacan, 1962-1963/2005, p.129). Dessa divisão, há um resto, um resíduo, “prova e garantia única da alteridade do Outro”: o pequeno *a* (LACAN, 1962-1963/2005, p.36). Portanto, para Lacan (1962-1963/2005, p.128), “é a partir do Outro que o *a* assume seu isolamento, e é na relação do sujeito com o Outro que ele se constitui como resto”.

Figura 2- Segundo esquema da divisão

A	S
\$	A
a	0
<i>Segundo esquema da divisão</i>	

LACAN, 1962-1963/2005, p.128

Lacan aponta que o *a* se faz quando é produzido um corte – seja o do cordão umbilical, o da circuncisão, entre outros – sendo ele o resíduo, o resto, aquilo que sobra (LACAN, 1962-1963/2005). Esse corte, como explicado acima, é o corte necessário para que, no lugar do Outro, o S ganhe a sua barra. É dessa operação que resta o pequeno *a*, que é a coisa “que não *temos* mais” (LACAN, 1962-1963/2005, p.132).

Figura 3- Terceiro esquema da divisão

A	S
a	A
\$	
<i>Terceiro esquema da divisão</i>	

LACAN, 1962-1963/2005, p.178)

Lacan (1962-1963/2005, p. 179) parte, então, para um terceiro esquema da divisão e, a esse processo em que o sujeito precisa se constituir no lugar do Outro “sob a forma primária do significante, e com base no dado do tesouro do significante já constituído no Outro” (essencial para o advento da vida humana), ele nomeia de “processo de subjetivação”. É a partir desta operação do advento do sujeito, que o *a* surge como resto irreduzível, assumindo a sua função. Para Lacan, o “*a* é justamente aquilo que representa o S em seu real irreduzível, esse *a* sobre o S é o que fecha a operação de divisão, uma vez que o A, com efeito, não tem [...] um denominador comum com o *a* e o S” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 179). Para concluir a operação, Lacan equivale o \$ ao *a* sobre o S: [\$ = *a*/S].

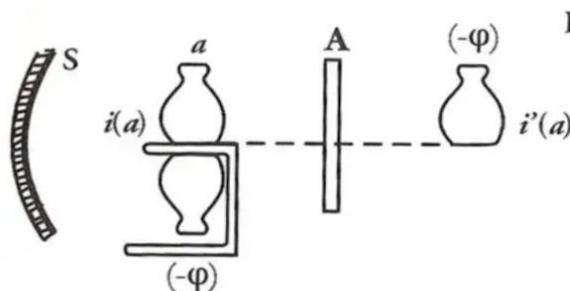
Deste modo, à medida em que *a* é o que resta da operação subjetiva, Lacan reconhece estruturalmente nele o “objeto perdido”. E é com esse objeto que se lida, por um lado, no desejo, e por outro, na angústia. Sendo assim, um novo passo é dado na experiência analítica com o conceito de objeto *a*, visto que ele se refere ao “exterior inassimilável sendo ‘experimentado’ pelo sujeito” (DARRIBA, 2005, p.73). Não se trata de um objeto empírico que possa ser assimilável pela experiência, mas concerne à experiência, “a cada vez reeditada pelo sujeito desejante, da falta no

objeto” (DARRIBA, 2005, p.74). Ou seja, “o resto da operação significativa não remete a uma transcendência, mas retorna, ele sim, como causa na experiência” (DARRIBA, 2005, p.73).

2.2 O pequeno a no estádio do espelho: do desejo à angústia

O estádio do espelho é recuperado no Seminário 10 através do esquema simplificado, porém como uma forma de crítica ao estatuto do imaginário, à suposta simetria da imagem especular (MILLER, 2005). Lacan (1962-1963/2005, p.48) destaca que “o investimento da imagem especular é um tempo fundamental da relação imaginária. É fundamental por ter um limite. Nem todo o investimento libidinal passa pela imagem especular”. Algo fica de fora da imagem acessada, algo que está presente desde o início, mas que não é capturado pelo reflexo especular, algo que fura a ilusão da totalidade fornecida pela imagem. Há um resto nesse investimento especular, “pivô de toda essa dialética” (LACAN, 1962-1963/2005, p.49).

Figura 4- Esquema simplificado



Fonte: LACAN, 1962-1963/2005, p.49

O pequeno a é introduzido por Lacan no lado esquerdo e imaginário do esquema, ‘lado do sujeito’, no gargalo do vaso, e, no mesmo lugar do a , mas do lado inverso, no ‘lado do Outro’, simbólico, mas também lugar das aparições, figura o $(-\varphi)$. O menos- ϕ é descrito como uma “reserva imaginariamente imperceptível, embora esteja ligada a um órgão [...] perfeitamente apreensível, [...] de vez em quando deverá entrar em ação para a satisfação do desejo: o falo” (LACAN, 1962-1963/2005, p.49). Já o pequeno a é o “resto, o resíduo, o objeto cujo status escapa ao status do objeto derivado da imagem especular” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 50). O falo surge, então, como aquilo que vem demarcar uma falta no imaginário, nível em que não está representado.

A $i(a)$ é a imagem real - fornecida na experiência especular, mas autenticada pelo Outro (*tu és*) – a “imagem do corpo funcionando na materialidade do sujeito como propriamente imaginário,

isto é, libidinizado” (LACAN, 1962-1963/2005, p.49). Nesta, o falo aparece como ‘a menos’, um vazio. Lacan afirma que além de não ser representado no nível imaginário, ele é também “cortado” da imagem especular. Na $i'(a)$, imagem virtual da imagem real, nada aparece, uma vez que o $(-\phi)$, por não entrar no imaginário, não é presentificável nem em $i'(a)$, nem embaixo de $i(a)$.

Lacan (1962-1963/2005) nos diz que o desejo possui seu tempo inaugural na relação da fantasia, descrita como S barrado punção (que representa todas as relações possíveis) pequeno a ($\diamond a$), e tem como suporte da sua função, a ‘imagem especular original’, $i(a)$, e o a – ambos, a princípio, inacessíveis para o sujeito. Da imagem real, à esquerda, produzida pelo espelho esférico, acessamos apenas seu reflexo, a imagem virtual, à direita, sem nada no gargalo do vaso. Sendo assim, o a – então suporte do desejo na fantasia - não possui imagem especular, ou seja, “não é visível naquilo que constitui para o homem a imagem de seu desejo” (LACAN, 1962-1963/2005, p.51) – ele é o resto. Porém, a sua presença, lá do outro lado, próxima demais para que seja vista, é o que faz com que a imagem de $i'(a)$ seja valorizada. Como destaca Miller (2005, p.72), “tudo o que pode atrair o desejo do sujeito à direita, (...) depende do que se mantém do lado esquerdo e que não está representado”. Neste sentido, “quanto mais o homem se aproxima, cerca e afaga o que acredita ser o objeto de seu desejo, mais é, na verdade, afastado, desviado dele” (LACAN, 1962-1963/2005, p.51).

Ao marcar a distinção entre dois tipos de objetos - os que são acessíveis pela imagem especular e os que são inacessíveis - Lacan realiza o que Miller (2005, p.74) denominou de “decomposição do nível especular”. Os objetos comuns são os visualmente perceptíveis, acessíveis ao sujeito, construídos através da relação especular; enquanto os objetos de um outro tipo são inacessíveis pela imagem especular, não-imaginários, os objetos a . Esse objeto “não-especularizável”, que destaca a dissimetria do imaginário, é construído topologicamente por Lacan (1963-1963/2005) a partir do fato de que o reflexo do objeto comum no espelho é invertido simetricamente, ou seja, o lado direito vira o esquerdo e vice-versa, o que supõe que esse objeto possua dois lados diferentes. A partir disso, Lacan chama de não-especular um objeto no qual essa inversão não pode ser realizada, visto que frente e verso, cima e baixo estão em continuidade, ou seja, possui a estrutura da banda de Moebius.

Entre a ideia da imagem, $i'(a)$, e a imagem propriamente dita, $i(a)$, há um grande diferencial: o que falta. Ou seja, há uma dissimetria entre a imagem real e seu reflexo especular. A imagem $i'(a)$, formada no lugar denominado por Lacan (1962-1963/2005, p.55) de “lugar do Outro”, apesar de ter sido autenticada pelo Outro, já é de saída problemática por ser caracterizada por uma falta, na medida em que o que é requisitado na imagem não pode aparecer. Essa ideia da imagem, $i'(a)$, é furada e o sujeito tenta preenchê-la com $i(a)$, a imagem ideal, aquela que o Outro ratificou que ele era. A imagem $i(a)$ é o suporte da função do desejo, mas é a $i'(a)$, por meio da falta, que “orienta e polariza o desejo,

[exercendo sobre ele] (...) uma função de captação” (LACAN, 1963-1963/2005, p.55). Portanto, nessa imagem, além de velado, o desejo está estritamente associado a uma ausência. É essa ausência que marca a possibilidade de algo aparecer por meio do comando do objeto *a* que, apesar de não ser apreensível para o sujeito, controla tudo de muito perto.

Lacan (1963-1963/2005) destaca que todo esse movimento da ausência que detém o desejo - e de onde se manifestará a angústia - parte da castração imaginária, visto que não há imagem da falta. A castração opera na fase fálica, na qual meninos e meninas realizam sozinhos uma satisfação ativamente produzida, e incide sobre todos os objetos falicizados, que ganham o estatuto de (- ϕ) – menos alguma coisa no imaginário que funcionava como uma potência - marcando a partir de então uma perda. A castração que é sentida é a desses objetos falicizados, imaginários, que em algum momento existiam na troca com o Outro (ex: seio, fezes), mas que se perdem, marcando uma falta nessa relação e ganhando o estatuto de (- ϕ), ou seja, aquilo que não se acessa mais. Porém, a castração é simbólica, é o falo simbólico que opera – nenhum órgão é cortado de fato. Nas palavras de Jorge (2007, p.39), “é somente a castração simbólica que instaura a perda da Coisa e funda o sujeito enquanto *sujeito desejante*, isto é, referido a uma *falta*”. É no que o falo é perdido, que os demais objetos podem ser elevados à categoria de objeto causa do desejo. É na medida em que o (- ϕ) como castração imaginária opera, marcando a perda dos objetos valorados no imaginário, que os objetos da relação com o Outro podem se tornar causa do desejo.

No esquema simplificado, é no lugar da falta que Lacan coloca o menos-*phi* e essa lacuna é a condição para que o investimento narcísico não seja passado inteiramente para o campo do Outro (o campo visual), ou seja, para que uma parte permaneça do lado do sujeito. Nas palavras de Lacan (1962-1963, p.55), o sinal (- ϕ) designa que

aqui se perfila uma relação com a reserva libidinal, ou seja, com esse algo que não se projeta, não se investe no nível da imagem especular, que é irreduzível a ela, em razão de permanecer profundamente investido no nível do próprio corpo, do narcisismo primário, daquilo a que chamamos auto-erotismo, de um gozo autista. Em suma, ele é um alimento que fica ali para animar, eventualmente, o que intervirá como instrumento na relação com o outro, o outro constituído a partir dessa imagem de meu semelhante, o outro que perfilará suas formas e normas, a imagem do corpo em sua função sedutora, sobre aquele que é o parceiro sexual.

Sendo assim, o *a*, objeto de um outro tipo, é designado como resto libidinal, conforme apontado por Miller (2005, p.72) a partir de um termo que Lacan não explicita no Seminário 10, carregado de *Triebregung*, de “estimulação pulsional”.

Quando um mecanismo faz com que alguma coisa, *uma coisa qualquer*, como frisa Lacan (1962-1963/2005, p.51), apareça no lugar do (- ϕ), que representa do lado direito o lugar ocupado pelo “*a* do objeto do desejo” do lado esquerdo, surge a angústia. Ou seja, a angústia se manifesta

quando algo aparece neste lugar que é demarcado por uma falta, fazendo com que a falta venha a faltar (LACAN, 1962-1963/2005, p.51). O que aparece no lugar em que deveria estar o menos-*phi*, de acordo com Lacan, é o fenômeno da *Unheimlichkeit*, do estranho.

O significante *unheimlich* é analisado por Freud em seu texto *O estranho* (1919), no qual o autor demonstra que o ‘estranho’, o ‘assustador’ comporta um outro significado, visto que concilia a ideia de ser algo “conhecido, velho, e há muito tempo familiar²⁵” (FREUD, 1919/1992, p. 220). Ou seja, o *heimlich* (familiar) comporta uma ambivalência, pois equivale ao seu oposto ‘*unheimlich*’ (estranho). Dessa maneira, Freud (1919/1992, p.225) se volta à definição de Schelling para compreender a noção de um estranho familiar: “*unheimlich* é tudo que estava destinado a permanecer secreto, oculto, mas veio à luz²⁶”. Assim, o estranho diz respeito ao retorno de algo familiar que estava escondido e causa horror.

É diante desse achado de Freud que Lacan (1962-1963/2005, p.57) afirma que o *unheimlich* é definido como ser *heimlich*, e que “o que está no lugar do *Heim* [...], é *Unheim*”. Assim, o lugar designado como menos-*phi*, passa a ser chamado de *Heim*, a casa do homem. Sobre ela, Lacan (1962-1963/2005, p.58) nos diz que “o homem encontra sua casa num ponto situado no Outro para além da imagem de que somos feitos”. Deste modo, esse lugar configura a ausência em que se situa o humano, ausência essa que, como visto no esquema, é produzida por uma presença que está em outro lugar.

Sendo assim, no lugar do *Heim*, lugar da manifestação da angústia, acima da imagem *i'(a)*, há o aparecimento de algo da ordem do *a*. Segundo Miller (2005, p.73), “há angústia quando um *quantum* suplementar de *Triebregung* [estimulação pulsional] aparece no campo imaginário como um objeto estranho”. Estranho porque, como possui a mesma estrutura da banda de Moebius, não corresponde às “leis da percepção”, porém, ao forçar a sua entrada, acarreta uma perturbação no imaginário, desencadeando a angústia. Esse objeto estranho, inquietante, que aparece em *i'(a)* é também familiar por ser algo que sempre esteve lá, mas que o sujeito não acessa, representado no esquema pelo (- φ) na base da imagem, no vaso de cabeça para baixo.

Em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/1992, p.77) descreve a angústia como um sinal, uma resposta do eu “à ameaça de uma situação traumática, ameaça que constitui uma situação de perigo²⁷” – sendo o eu considerado a “sede real” da angústia. Para o autor, tal perigo desencadeador de angústia está associado à perda, à separação de um objeto amado. Essas perdas são elencadas por

²⁵ Tradução nossa. Original: “lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo”.

²⁶ Tradução nossa. Original: “*unheimlich* es todo lo que estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz”.

²⁷ Tradução nossa. Original: “respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro”.

Freud e destacadas por Lacan (1962-1963/2005, p.64): “perda sofrida em bloco, quando do nascimento saído do meio uterino; perda eventual da mãe, considerada como objeto; perda do pênis; perda do amor do objeto; perda do amor do supereu”. Portanto, a angústia é descrita por Freud como angústia de castração.

Diante de tais constatações, Lacan (1962-1963/2005, p.64) afirma que não se trata de um sinal diante da perda, da falta do objeto, mas diante da “falta de apoio dada pela falta”. O que angustia o bebê, por exemplo, não é a falta, a ausência do seio materno, mas a sua invasão: “a possibilidade da ausência, eis a segurança da presença” (LACAN, 1962-1963/2005, p.64). É a falta que é transformada em desejo e, se essa relação é perturbada, ou seja, se há falta da falta, a angústia surge. Logo, ela se manifesta quando algo vem ocupar o lugar do vazio, do objeto faltoso do desejo, sinalizando assim, a proximidade do objeto *a*.

No que diz respeito à estrutura, Lacan nos diz que a angústia é enquadrada na relação da cena com o mundo. Para o autor, existe uma diferença radical entre o mundo e a cena, lugar esse regido pelas leis do significante, “onde as coisas, mesmo que sejam as coisas do mundo, vêm a se dizer” (LACAN, 1962-1963/2005, p.42). A cena, como esclarece Miller (2005), é o que figura à direita no esquema ótico, aquilo que se mostra, que é visível, significantizável, enquanto o mundo é a realidade do organismo, o que está escondido. A angústia está enquadrada nesta relação, porque é justamente no lugar em que o pequeno *a* é normalmente extraído que o objeto angustiante subitamente aparece –instante em que surge o fenômeno do *unheimlich*. Aqui, algo do mundo entra em cena, porém, algo que não pode ser traduzido em significantes, algo que “*não pode ser dito*” (LACAN, 1962-1963/2005, p.86).

Como afirma Lacan (1962-1963/2005, p.87), “é o surgimento do *heimlich* no quadro que representa o fenômeno da angústia, e é por isso que constitui um erro dizer que [ela] é sem objeto”. Portanto, a angústia não está relacionada à perda, mas à aparição de um objeto. Porém, isso não significa que esse objeto pode ser descrito, nomeado, pois não se trata de um objeto comum, especular, significantizável, mas do objeto de um outro tipo. Entretanto, Lacan (1962-1963/2005, p.113) ressalta que o objeto *a* não é o objeto da angústia, “mas ele não é sem tê-la”, visto que a angústia é a sua “única tradução subjetiva”. A angústia é o corte que permite a aparição do inesperado, é a manifestação mais evidente do objeto *a*, é um sinal de tudo o que ocorre em termos da sua relação com o sujeito.

2.3 O corpo e o objeto *a* na clínica hospitalar

Miller (2005, p.64) atenta que até então, no ensino de Lacan, conhecia-se o “corpo como essencialmente implicado na formação do eu”, enquanto o significante estava implicado na constituição do sujeito. Porém, o que é evidenciado no Seminário 10 é o corpo, mais especificamente, o objeto separado do corpo, implicado na constituição do sujeito: “o corpo faz sua entrada sob o modo do objeto pequeno *a* na constituição do próprio sujeito do inconsciente” (MILLER, 2005, p.64).

Lacan nos ensina que é a partir da entrada do significante que nasce o sujeito, e o corpo possui um papel fundamental nisso, pois é nele que o significante encarna. De acordo com Bastos (2019, p.153), “a linguagem isola e atribui corpo a partir da incorporação dos significantes”, porém esses “significantes incorporados são [...] incorporais, enquanto o corpo mantém-se em alteridade, tal como o inconsciente”. Ainda nas palavras da autora:

Ao incorporar-se, o significante produz uma hiância entre corpo e gozo. O primeiro torna-se superfície de inscrição significante segundo uma escrita incorporal, correlativa à cadaverização da carne, ao passo que o segundo localiza-se nas bordas corporais, nas zonas erógenas, ou fora do corpo (...). Esse corpo não admite [...] partes componentes exteriores umas às outras, pois é animado pelo órgão irreal, porém não imaginário, da libido (BASTOS, 2019, p.154).

Sendo assim, o corpo não é experimentado de maneira simples e pura, nem mesmo diante do espelho. Como exemplo, Lacan (1962-1963/2005, p.100) destaca a sensação do duplo, em que algo emerge na imagem especular:

pode surgir um momento em que a imagem que acreditamos estar contida nele [no espelho] se modifique. Quando essa imagem especular que temos diante de nós, que é a nossa altura, nosso rosto, nosso par de olhos, deixa surgir a dimensão de nosso próprio olhar, o valor da imagem começa a se modificar – sobretudo quando há um momento em que o olhar que aparece no espelho começa a não mais olhar para nós mesmos [...] aurora de um sentimento de estranheza que é a porta aberta para a angústia.

Tal transição da imagem refletida pelo espelho para o duplo que está além, marca a mudança do objeto que pode ser reconhecido, situado e intercambiado para o tipo de objeto “privado e incomunicável, mas dominante” (LACAN, 1962-1963/2005, p.100), indicando assim, a presença do *a*. Esse objeto “externo a qualquer definição possível da objetividade” (LACAN, 1962-1963/2005, p.99), que possui a angústia como via de acesso, diferente dos outros, é irreduzível ao significante.

Ao elaborar uma estrutura topológica não significante da falta, de acordo com Miller (2005), Lacan libera um status inédito do corpo, que não diz respeito ao corpo do estádio do espelho, passível de ser significantizado, mas do corpo restituído de todas as suas particularidades anatômicas, visto que a anatomia comporta a função do corte que separa o resto não significantizável. Trata-se do corpo

das zonas erógenas, zonas de borda, “corpo como organismo apreendido absolutamente fora do espelho [...] e do qual se entende que fornece os objetos conformes à estrutura topológica apresentada a partir da irrupção do objeto pequeno *a* no campo visual (...)” (MILLER, 2005, p.64). Nesse corpo erógeno, em que não se conhece a forma, o limite é ignorado, ultrapassa o corpo: “o organismo compreende tudo o que permite ao corpo ser vivo, quer dizer, inclui o que sustenta, o nutre, e então o organismo é mostrado como se sobrepondo ao corpo do Outro” (MILLER, 2005, p.64).

Desse modo, Lacan restitui ao corpo seus órgãos, deixando de lado o corpo imaginário, a *Gestalt*, “o corpo mortificado pelo traço do significante que sulca, o corpo marcado pela barra e traz toda uma outra função do traço que é a do corte significante” (MILLER, 2005, p. 27). Como garantia da ordem significante, da cadeia significante, é preciso entregar um pedaço do corpo, aquilo que Lacan (1962-1963/2005, p.139) chamou de “libra da carne”. É um órgão que precisa ser entregue, porém não um órgão que seja traduzido por um significante, mas um “órgão gozo” (MILLER, 2005, p. 43). Esse é o resto da divisão subjetiva em relação ao Outro, que não pode ser reduzido ao significante por ser da ordem do real, por ser um resto de gozo.

É com esse corpo além do espelho, esse corpo das zonas erógenas, com o organismo que as crianças e adolescentes se deparam diante das perdas no tratamento oncológico. Através do acompanhamento de cada sujeito foi possível observar o impacto gerado pelas alterações na imagem corporal ocasionadas tanto pela progressão do tumor quanto pela quimioterapia, radioterapia ou pelas cirurgias, que geram importantes perdas no corpo - seja de um membro, de movimentos ou de sua funcionalidade. Perdas, essas, aqui entendidas como um encontro com o real do corpo que é escancarado quando algo *curto-circuita* o esquema imaginário em que o sujeito se ancorava até então, quebrando a ideia de uma totalidade. O real do corpo “jorra”, furando a imagem. As zonas erógenas são os furos, os vazios, de onde “joram os produtos do corpo”, lesando a imagem especular, gestáltica (ALBERTI; MARTINS, 2019, p.62).

Deste modo, ao escancarar o real do corpo, a perda gerada pelo adoecimento e tratamento desvela o que estava lá desde o início, através de sua falta, mas que se encontrava tamponado pela imagem, ou seja, a perda coloca em cena o objeto *a*. Portanto, não se trata da perda do objeto, mas sim do encontro com ele, já que é o esquema que o velava, o contorno que a imagem do corpo garantia, que é perdido. Segundo Lacan (1962-1963/2005), é na percepção visual que o sujeito está mais seguro, mais a salvo da angústia, já que é no campo visual em que o pequeno *a* está encoberto e tende a passar mais despercebido. Porém, quando ele perde seu revestimento imaginário e se presentifica, podemos nos deparar com crianças e adolescentes imersos em angústia.

Aquele corpo, supostamente familiar, que se encontra em constituição, sendo apropriado pelo sujeito, torna-se um estranho, fazendo com que, muitas vezes, ele não se reconheça diante de sua própria imagem modificada pelo câncer. Frente ao estranho, ao não reconhecimento deflagrado pela perda no corpo, a angústia surge, de acordo com Rego Barros (2014), como um afeto que mostra que o sujeito se encontra diante de um limite. Além desse limite, nada mais depende dele, tudo virá de fora e o sujeito teme que ele se dissolva, destrua, morra, não se reconheça mais.

O processo do tratamento e as perdas causadas por ele podem desencadear um turbilhão de sentimentos singulares nas crianças e adolescentes. Há momentos de medo, momentos de tristeza, de raiva, e há também momentos de angústia que agitam ou silenciam os pacientes – essa manifestação marca então um limite para esses sujeitos, marca uma incerteza do que está por vir, marca a manifestação do real que entra em jogo. Porém, através do laço transferencial e de um trabalho baseado na presença e no acolhimento dessa inquietude, desse silêncio, foi possível perceber nos casos acompanhados, que algo surge e assim, as crianças e adolescentes conseguem criar saídas diante das perdas, conseguiram ceder o objeto e não se identificar com ele, criando novos modos de ser.

3 SOBRE A INSERÇÃO NA CLÍNICA ONCOLÓGICA: DA ANGÚSTIA AO LUTO

Falar sobre o trabalho na Pediatria do INCA não é simples. Entrar nesse universo da oncologia é se deparar com a dificuldade de descrever, de colocar em palavras. A doença, a invasão, as mudanças, intervenções, o sofrimento, a dor, mas também as conquistas, os avanços, a recuperação, as invenções, superações. Acompanhar todo esse processo em crianças e adolescentes, pessoas ainda no início da vida, se constituindo, começando a investir em si e em seus desejos, é ainda mais difícil; porém, de certa forma, mais leve. Leve porque é um outro tipo de lida, leve porque há brincadeiras, histórias, desenhos e pinturas, leve porque, muitas vezes, não há o peso trazido pelo significativo “câncer”. Apesar disso que nomeio leveza, a clínica por si só é dura. O tratamento é duro. Acompanhar os efeitos do tratamento nas crianças e adolescentes é duro. Acompanhar suas famílias, atravessadas pelo medo de perdê-los, é duro. Acompanhar a morte deles é duro. Ver seus corpos ali, sem aqueles sujeitos a que tanto tentamos dar voz, é duro.

Como ser residente em psicologia diante de tudo isso? Como fazer valer a orientação psicanalítica diante de um real que se impõe diariamente? É uma mistura de sensações, de emoções. A partir da psicanálise entramos em contato com essas crianças, adolescentes e suas famílias, buscando acessar o sujeito, sujeito do inconsciente, atravessado por fantasias e desejos. Assim, garantimos um espaço para que possam falar de si e do momento vivido, para que possam elaborar o adoecimento e as perdas envolvidas, para que possam criar novas formas de ser.

A rotina em uma enfermaria pediátrica escancara o que há de mais devastador no tratamento oncológico. Muitas crianças e adolescentes respondem bem ao tratamento sem passar por maiores intercorrências, geralmente são aquelas acompanhadas na maior parte do tempo no ambulatório, precisando ser internadas em momentos pontuais para alguns procedimentos. Porém, há outra parte (bem menor estatisticamente, mas gigantesca para todos que estão envolvidos na rotina das enfermarias) que não reage bem ao tratamento, apresentando diversas intercorrências, desenvolvendo metástases e necessitando de intervenções constantes. São essas as crianças e adolescentes que tendem a passar a maior parte do tempo nas enfermarias. São essas que têm seus corpos mais invadidos, mais remexidos, são essas que vivenciam diariamente aquilo que, muitas vezes, não consegue ser traduzido em palavras.

Como abordá-las? Como criar um espaço em que se sintam seguras para se expressar? Como permitir que se expressem em um ambiente que tende a calá-las, desconsiderá-las?

A equipe hospitalar é composta por diversos profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros. Todos entram em contato e acompanham as crianças e adolescentes

internados que, muitas vezes, ficam receosos com as intervenções, temerosos pelos procedimentos ou até cansados de todas as diferentes abordagens. Por isso, frequentemente, é através de uma aproximação cautelosa, já com algum brinquedo ou jogo em mãos que entramos em contato pela primeira vez com os pacientes. Com o intuito de demarcar um lugar que não é o de mexer no corpo, examinar ou furar, mas um lugar de escuta, de brincadeiras, um lugar sem protocolos, em que o objetivo é dar voz a esses sujeitos.

Protocolos, burocracias, dureza frente aos procedimentos e intervenções, muitas vezes são maneiras através das quais alguns profissionais se protegem, evitando ter contato com as crianças e adolescentes em tratamento. Por quê? Porque não é simples lidar com o sofrimento deles e de suas famílias. Não é fácil ver pessoas tão jovens, que ainda têm - ou teriam - tanto pela frente, doentes, passando por cirurgias invasivas, perdendo parte de seus corpos, morrendo. Muitos se protegem porque sofrem também. É duro. Mas, diante disso tudo, a aposta em fazer valer o sujeito prevalece, e o que surge a seguir dá forças para continuar apostando. O trabalho com cada criança, cada adolescente e cada família permite que, no meio do turbilhão do adoecimento e seu tratamento, eles consigam um espaço para falar sobre suas questões, medos e fantasias, um espaço que é deles, um espaço para elaborar e, quando possível, reinventar.

3.1 Alguns sujeitos a que buscamos dar voz

Apresentaremos a seguir duas crianças e dois adolescentes acompanhados pela analista durante o período do tratamento oncológico na pediatria. Seus casos contribuíram para os questionamentos que buscamos aprofundar através do presente estudo e ensinaram, na prática, os desafios do que é acompanhar crianças e adolescentes em tratamento de um câncer, do que é fornecer um espaço de escuta para os sujeitos no hospital e, assim, do que é ser psicanalista em uma instituição hospitalar.

3.1.1 O recolhimento de Ana

O caso de Ana, uma menina de sete anos com *rabdomiossarcoma*²⁸ de seios paranasais, ilustra o modo como muitas vezes as crianças são desconsideradas diante das intervenções médicas. No primeiro momento de seu tratamento, por conta do crescimento do tumor que ameaçava a asfíxiar, Ana precisou ser submetida a um procedimento de traqueostomia - que consiste na inserção de uma cânula na traqueia para possibilitar a respiração, de modo a não depender mais do nariz ou da boca para exercer tal função. Porém, atravessadas pelo saber, diante do protocolo e na posse da técnica e dos instrumentos para efetuar o procedimento, as médicas não conversaram com Ana acerca do que seria feito em seu corpo, apenas fizeram. Ana acordou, sem nenhum aviso prévio, com um buraco em seu pescoço e sem conseguir falar – visto a necessidade de adaptação e acompanhamento fisioterapêutico e fonoaudiológico para o retorno da emissão dos sons através do tamponamento da cânula. Ana foi, assim, totalmente desconsiderada em seu tratamento.

Após o ocorrido, a menina parou de confiar em todos, tanto na equipe quanto em seus pais, e tornou-se resistente e arredia a cada aproximação e manipulação. Momento esse em que o saber se deparou com um limite, fazendo com que as médicas solicitassem atendimento psicológico para ela. O saber médico - visando a eficiência do tratamento da paciente a partir de um protocolo - escancarou a sua “falha”, o sujeito, que passou a se manifestar, a se impor, e diante do qual as médicas não sabiam mais o que fazer.

Conheci Ana em um segundo momento de seu tratamento, quando ela internou para uma nova linha de quimioterapia. Logo chamou minha atenção o seu conhecimento acerca do que estava acontecendo: ela falou que estava no hospital para fazer uma quimioterapia "mais forte" e descreveu seus efeitos colaterais. Entender os procedimentos e todos os passos da proposta terapêutica foi o modo que ela desenvolveu, através do acompanhamento psicológico com outra profissional, para conseguir prosseguir com seu tratamento. Notei, ao longo dos atendimentos, que a cada exame e procedimento marcado, Ana perguntava para sua mãe "como é este exame mesmo?" ou "esse é aquele que o médico vai fazer...?" e sua mãe lhe explicava. Assim ela se preparava e permitia cada intervenção médica em seu corpo.

Algo que também surgia como recurso para que ela se colocasse ativamente diante de seu tratamento era a brincadeira com a maleta de *kit médico*. Conforme destacado por Freud (1920/2006, p.143), “se o médico examina a garganta da criança ou a submete a uma pequena cirurgia, podemos

²⁸ Tumor que surge das células que desenvolvem os músculos estriados da musculatura esquelética (INCA, 2019).

estar certos de que essa vivência assustadora será o conteúdo da próxima brincadeira”. Assim, utilizando os instrumentos médicos contidos na maleta, em alguns atendimentos, brincando, Ana tornou-se a médica e, colocando-me no lugar de “paciente”, repetia em meu corpo os procedimentos que eram realizados no dela.

Após essa internação, atendi Ana no ambulatório e ela pôde falar sobre pesadelos recorrentes que a faziam querer dormir com os pais todas as noites. Neles, algo acontecia e ela se perdia ou era tirada de seus pais, o que a fazia acordar chorando e angustiada. Algo aí começou a aparecer. Ana passou a temer uma separação, desejando a presença constante dos pais ao seu lado.

Para Lacan (1955/1998, p.352), “o analista se distingue por fazer de uma função que é comum a todos os homens um uso que não está ao alcance de todo o mundo, quando ele *porta* a palavra falada”. Em seu ato de não responder, ele convoca os sujeitos a buscarem significantes para dizer de si, fazendo valer sua fala e abrindo espaço para o sujeito do inconsciente. Nesse sentido, a partir da transferência estabelecida e do desejo e escuta pelo lugar de analista, buscando que Ana falasse sobre si e sobre sua experiência do adoecimento, foi possível construir um lugar onde ela pôde colocar em palavras o que, antes de qualquer um, ela começou a entender. Na internação seguinte, o inchaço e o formato do seu rosto mostravam que o tumor estava em evolução

Ana, atrelada a seus desejos, costumava trazer para os atendimentos as coisas que gostava de fazer em casa, como dançar e brincar, e sempre falava sobre seus passarinhos, em especial o Pedro e a Joia: descrevia como cuidava deles, como os alimentava, como eles ficavam quando estavam estressados ou quando brigavam. Eles eram seus grandes companheiros. Nesta internação, mais desanimada, Ana falou sobre seu passarinho, o Pedro. Relatou que Pedro tinha um companheiro, de quem ele gostava muito, mas que um dia ele ficou doente e morreu, deixando Pedro muito triste no canto de sua gaiola. Ana seguiu dizendo que hoje quem estava doente era o Pedro e que ele não estava conseguindo evacuar. Ressalta que seu pai estava dando o seu antibiótico para o passarinho e que se ele não melhorasse seu pai ou iria levá-lo ao veterinário ou iria soltá-lo para ir embora. Pergunto o que ela preferia que fosse feito e ela responde que preferia soltá-lo, “porque ele precisava viver”. Aqui, ao falar sobre Pedro, por alusão, Ana falava de si, sobre sua preocupação com a morte e seu desejo de viver.

Pouco tempo depois, Ana começou a se recolher em si mesma, parou de brincar e disse à mãe que podia dar todos os seus brinquedos, pois não iria mais usá-los – isso por que, diferente do que se imagina sobre a percepção das crianças, ela sabia muito bem o que estava acontecendo. Nos nossos dois encontros seguintes, com uma feição entristecida e raivosa, ela não queria mais conversar, apenas chorava e eu permanecia ao seu lado. Sustentar o silêncio é um ato que convoca o sujeito e, mesmo

sem falar – não conseguia ter significantes para falar de sua morte - Ana conseguia expressar ali o que estava sentindo. Ela, muito apegada ao pai, queixava-se sobre a sua ausência, pois, por conta do trabalho, só a via de noite. Além disso, o crescimento do tumor, que já havia obstruído suas vias nasais, gerava fortes dores de cabeça e na área do pescoço, de modo que Ana se fechava cada vez mais em si mesma.

O período que seguiu foi marcado por muitas perdas e intervenções por conta da evolução do tumor no corpo de Ana. Para que ela continuasse a respirar foi necessário recolocar a traqueostomia. Pouco tempo depois, Ana perdeu a visão, o que fez com que ela se fechasse totalmente. Ela parou de falar (respondendo apenas sim ou não com a cabeça) e não aceitava mais nenhum tipo de intervenção lúdica (como ouvir histórias, por exemplo). Se antes temia sua morte, agora estava tomada por ela. Em sua última internação, Ana se deparou com mais uma limitação: não conseguia engolir, e a saída encontrada pela equipe foi a realização de uma gastrostomia. Ou seja, Ana, que já não lidava bem com a traqueostomia, precisou ser submetida a mais um procedimento invasivo, precisou ter mais uma parte de seu pequeno corpo invadida.

Foi um final marcado por muitas perdas, limitações e invasões, um final que, diferente do primeiro tratamento, não possibilitou a Ana novas invenções. Cinco dias após a realização da gastrostomia, já muito fraca e com um quadro extremamente complicado, ela faleceu. Ao contrário do que preferia ter feito com seu passarinho, seus pais não a deixaram “livre para voar”. Ana foi colocada em um respirador que a manteve viva durante três dias. Apesar de todo sofrimento, seus pais acreditavam que ela seria forte o bastante para se recuperar. A dor era tanta que eles negavam o que estava diante dos seus olhos. Acompanhei Ana até o final e, mesmo rejeitando todas as minhas ofertas de interação, ela continuava me deixando voltar.

3.1.2 Os três tempos de Clara

Clara, uma adolescente de treze anos chegou ao INCA para tratar um osteossarcoma no fêmur esquerdo. Aparentando ser mais nova que sua idade, a conheci falando baixo e ressaltando sua timidez. Descrevo a seguir o que chamo de “primeiro tempo” de Clara no hospital. Consciente de sua doença, no nosso primeiro encontro ela utilizou uma metáfora para conseguir falar sobre o que estava acontecendo com sua perna: “é como se fosse um pote de doce em cima da geladeira sendo devorado por formigas, para acabar com a situação seria necessário colocar remédio para matá-las”. Logo de início, traz a preocupação com a possibilidade de perder a perna, mas demonstra ser corajosa e

decidida ao ressaltar que "antes sua perna do que sua vida". Não foi preciso tempo para perceber a origem da força de Clara, que possuía forte laço com a mãe, Carla. A semelhança do nome se mistura com a semelhança física, onde mãe e filha se entrelaçam e uma sustenta a outra.

Pouco tempo depois de sua primeira alta hospitalar, Clara retorna à enfermaria com uma importante alteração corporal: sua perna esquerda havia crescido de um jeito que destoava do seu pequeno corpo. Desta vez, as dores a deixavam menos acessível, mais introspectiva. Clara logo soube pelo médico ortopedista que a amputação seria sua melhor opção, já que seu organismo não estava respondendo à quimioterapia. Ela, então, responsabilizou-se pela escolha de amputar a perna, ressaltando seu investimento na vida. A experiência clínica mostra que as dores sentidas no corpo pelo crescimento da doença, em determinado momento, são tão intensas e insuportáveis que a possibilidade de tirar o membro "doente" e "sanar" o sofrimento pode ser vista como um alívio para os pacientes. Naquele dia, Clara estava assustada, mas certa de que a cirurgia era o melhor a ser feito, enquanto sua mãe estava preocupada não apenas com o procedimento, mas com o avanço da doença, ressaltando que a filha já estava com metástase pulmonar.

No dia da operação, encontrei Carla muito angustiada, à espera da saída de Clara do centro cirúrgico. Relatou o momento em que foi dito para a filha que ela seria submetida a uma desarticulação e não a uma amputação. Ela imaginava que teria um coto em seu quadril, assim como sua companheira de enfermaria que havia amputado pouco antes dela, mas no momento da cirurgia descobriu que sua perna seria desarticulada do quadril, ou seja, *não restaria nada*.

Mais tarde, retorno à enfermaria e a vejo chegar. Sobre o cobertor já era nítida a grande diferença: antes, uma perna enorme de inchada, que fazia grande volume embaixo do edredom; depois, um vazio. Foi impactante para todos. Carla tentava se manter calma, agindo com naturalidade para confortar a filha. Seu padrasto não conseguia olhá-la; sentado na poltrona do lado da cama, mantinha o olhar fixo a sua frente. Clara, muito pálida e já com dor, retira o cobertor de cima de seu corpo e pede para sua mãe coçar seu quadril, "escancarando" para todos o vazio, o real do câncer estampado em seu corpo, sua nova imagem corporal. Cada um a seu jeito, tentava lidar com a ausência, não só com a incompletude de um corpo, mas com um sujeito que não seria o mesmo sem a sua perna. O real estampado em seu corpo mostrava que ali passaria a estar uma nova Clara.

Não demorou muito para que ela começasse a levantar nos atendimentos questões sobre como seria a sua vida sem uma perna. Desde o nosso primeiro encontro se descrevia como uma menina que gostava de dançar, pular e brincar, como faria isso agora? Começou a questionar se algum menino iria gostar dela por não ter uma perna. Mas, apesar de todas as dúvidas, Clara continuou com sua determinação, tentando dar algum sentido ao ocorrido. Não apenas seus pais, sua família, mas todos

seus amigos e conhecidos se mobilizaram para incentivá-la: a diretora da escola avisou que adaptaria o prédio escolar às suas necessidades, para que ela continuasse indo e vindo da escola sem problemas; os amigos e conhecidos fizeram um fã clube para ela; todos se mantinham presentes e ajudavam de alguma forma. Assim, Clara encontrou no apoio dos familiares e amigos uma base para se sustentar, e passou a criar modos de lidar com a sua perda. Neste momento, a vaidade surge como uma saída para Clara, que passou a ressaltar sua beleza, estando sempre maquiada e arrumada, inclusive nas internações.

Poucos meses após a cirurgia a encontrei sentada em uma cadeira de rodas, com o rosto tapado por um casaco, junto aos seus pais. Todos com expressões de tristeza. Eles haviam acabado de receber a notícia que a metástase pulmonar de Clara estava em progressão, sendo necessária internação para um novo tratamento.

Ao atendê-la no ambulatório, deparei-me com uma nova pessoa, que aqui descrevo como seu segundo tempo. Fisicamente estava diferente, não era mais aquela menina pequena que falava baixo e se descrevia como tímida. Ela parecia mais velha, impondo-se e falando sobre como estava sua nova vida sem uma perna. Conseguia se equilibrar e já andava de muletas sem dificuldades. Reclamou da superproteção de sua mãe, que muitas vezes não a deixava sair por medo dela cair. Ressaltou que se dependesse de Carla, ainda estaria com as duas pernas fazendo quimioterapia. Esta fala traz mais uma vez sua responsabilidade frente à cirurgia, mostrando-se ativa diante das decisões de seu tratamento.

No período que seguiu, Clara foi internada para nova linha de quimioterapia. Nesta internação, ela se impõe mais, reclama mais, demanda a atenção da mãe o tempo inteiro. Em relação ao acompanhamento psicológico, consegue se soltar mais, jogando, pintando e demandando minha presença diariamente (inclusive brigava comigo quando eu chegava para vê-la apenas no final da tarde). Passou a utilizar o humor como um meio para conseguir falar e lidar com a ausência de sua perna, como, por exemplo, o dia em que se comparou a “um sapo perneta”. Apesar do humor, nesta internação ela começou a enfrentar grande dificuldade por conta de sua doença, agora em seu pulmão. Seu corpo, novamente, não estava respondendo ao tratamento.

Clara e Carla fizeram uma parceria importante com a equipe médica, especialmente com a médica residente, que as acompanhava diariamente. A dificuldade de respirar fez com que Clara se calasse novamente e aumentou a angústia em sua mãe. Após o resultado de um exame de Raio X, foi explicado à Carla sobre a gravidade da situação de Clara. A possibilidade de morte, que assombra todo o tratamento oncológico, naquele momento se tornou manifesta em Carla, que ouviu sobre a provável perda de sua filha. Nada foi dito à Clara, mas a doença estava em seu corpo e ela não

precisava receber essa notícia para entender que não estava bem. Ela já sabia. Após a alta, ela continuou fazendo quimioterapia no ambulatório, pois as médicas, apesar do avanço da doença, apostaram em manter o tratamento buscando prolongar sua vida. Aqui começa o que chamo de seu terceiro tempo: uma Clara impaciente, irritada, sem ter “nada para falar”, uma Clara que não queria mais conversar - em sua penúltima internação, só consegui encontrá-la acordada no dia em que recebeu alta.

Não demorou muito para que ela retornasse ao hospital, porém, agora, seria sua última internação. Com seu pulmão tomado pelo câncer, respirar se tornou algo muito penoso. Em um domingo, a caminho do cinema, Clara e seus pais passaram no hospital para “ajustar uma medicação”. Entretanto, por conta de seu desconforto respiratório, precisou ser internada no mesmo dia. Apesar do grave estado clínico, Clara seguia desejante e nos dias que se passaram houve grande mobilização da equipe (médicas, psicólogas, terapeutas ocupacionais, professoras e até mesmo a equipe de informática) para que ela pudesse satisfazer seus desejos interrompidos pela doença – desde vitamina de morango cheia de energia e coxinhas da Lecadô até o filme que veria no cinema no dia em que precisou ser internada. Muito vaidosa com seu corpo e sua aparência, com suas unhas pintadas e desenhadas, em um dos últimos momentos que tive com Clara ela me mostrou, com grande sorriso no rosto, a meia cor de rosa de dedinhos que havia ganhado da enfermeira.

Após a terceira conversa com a médica, a dúvida do tempo que Carla teria com Clara terminou. Carla soube que provavelmente sua filha não sairia desta internação de volta para casa e mergulhou em seu luto, trazendo familiares e amigos para se despedir. Em atendimento, Carla falou sobre sua relação com a filha e ressaltou que Clara é a melhor parte dela, é a pessoa que ela sempre quis ser – narcisismo dos pais, renascido nos filhos. Aos poucos vai deixando ela ir, vai elaborando sua partida, confortando-se em sua religião. Quatro dias após ter sido internada, Clara partiu, em um momento que estava apenas com sua mãe e sua tia no quarto.

3.1.3 Igor entre perdas e invenções

Um paciente que desde o primeiro momento impressionou a equipe com sua capacidade de se reinventar e se apropriar de seu corpo foi Igor, um menino de apenas três anos diagnosticado com *astrocitoma pilocítico*, um tumor de sistema nervoso central. Cabe ressaltar que não é à toa que Igor é uma criança cheia de recursos. Ele encontra em Bárbara, sua mãe, uma grande parceira

que cuida, investe e aposta nele diariamente. Oriundos da Bahia, mãe e filho vieram para o Rio de Janeiro em busca de tratamento qualificado para a doença oncológica de Igor.

Em seu caso, as alterações corporais foram surgindo ao longo de seu desenvolvimento, podendo também serem referidas ao desenvolvimento do tumor. Sua mãe relata em atendimento que, desde quando Igor começou a controlar sua movimentação, percebeu algo diferente em seu braço e posteriormente em sua perna, e que no ano anterior à internação notou um “entortamento” no pescoço dele, o que a levou a procurar um neurologista. Após diversos exames, foi detectado um tumor no cérebro do menino.

Ainda na Bahia, ao ser submetido a um procedimento de biópsia tumoral, Igor foi acometido por mais uma alteração corporal, e provavelmente a mais grave: acordou sem os movimentos dos braços e das pernas – o que foi interpretado por Bárbara como um erro médico. Após longo período de internação naquele estado e com a ajuda da família, Bárbara o trouxe para ser operado em um hospital pediátrico no Rio de Janeiro, de onde foram encaminhados ao INCA para tratamento adjuvante.

O adoecimento de Igor foi marcado por muitas perdas: perda do convívio social, do convívio familiar, perda da saúde, perda da possibilidade de andar e se movimentar. Seu corpo, de um dia para outro passou a ser estranho a ele, visto que não respondia mais aos seus comandos. Após a ressecção tumoral, aos poucos Igor recuperou o movimento do braço direito e da mão direita e, posteriormente, do braço esquerdo. Porém, tais perdas não o paralisaram e, frente às impossibilidades que surgiram, Igor passou a se reinventar.

Em um primeiro momento, Bárbara relata que o filho reagiu com agressividade, batendo em seu braço e mão esquerda, que não se mexiam. Cabe aqui ressaltar que a agressividade também é um processo para subjetivar o corpo, agora estranho a ele. A partir da parceria atenta com seu filho, Bárbara passou a enfatizar que aquele braço era parte dele e que ele não deveria bater, mas fazer carinho. Ao longo dos atendimentos observei que Igor começou a cuidar do braço paralisado e que, através de brincadeiras, apropriava-se deste seu “novo corpo estranho”: pega o carrinho com a mão direita, com essa mesma mão pega sua mão esquerda, a coloca em cima do brinquedo e com a mão direita movimenta sua mão esquerda, fazendo com que a sua mão paralisada brinque com o carrinho. Desta forma Igor se apropria de sua mão imóvel, transformando-a em ativa através da brincadeira.

Observo que ele conta muito com a mãe, não apenas para brincar, mas para realizar os movimentos que agora não era mais capaz de controlar. Chama sua mãe para ajeitá-lo quando suas costas escorregam no leito, quando quer pegar um brinquedo que se encontra distante, quando sente coçar a cabeça, quando deseja se cobrir e assim por diante. Bárbara surge então como o

prolongamento do corpo do filho e, assim como no caso de um bebê recém nascido, o investimento materno garante a Igor a capacidade de criar e inventar novos modos de ser frente a cada perda sofrida.

Logo no primeiro atendimento, percebi que o repertório verbal de Igor era escasso: ele emitia mais sons do que palavras. Sua mãe explica que em determinado momento de seu crescimento, o menino parou de falar novas palavras e associa este ocorrido ao tumor. Entretanto, apesar da limitação da fala, Igor não se calou, conseguindo se expressar através de sons e gestos. Bárbara relata que, ao ficar “paraplégico”, ele olhava para as crianças na rua, apontava para elas e falava “ó, ó” como se estivesse mostrando que elas conseguiam andar e ele não. Durante a internação, seu sistema respiratório ficou comprometido, tornando-se necessária a ida para o CTI pediátrico, intubação e, posteriormente, a realização da traqueostomia, marcando mais uma perda em seu corpo, agora a da possibilidade de emitir sons.

Porém, assim como nas perdas anteriores, Igor criou novos modos para se comunicar. Começou a fazer “barulhinhos” com a língua na boca para chamar sua mãe, assim como gestos com a boca para dizer que queria comer e beber água. Ao brincar, transformou o som da secreção na traqueostomia no “rugido” do dinossauro e do leão, completando o barulho com a expressão facial, imitando os animais. Passou a entender em quais momentos a secreção precisava ser retirada e apontava para a traqueostomia, fazendo o barulho, para solicitar que a mãe lhe aspirasse. Igor mostrou, através das saídas criadas, que conseguiu se apropriar desta nova alteração em seu corpo. Meses após o procedimento da traqueostomia, ele conseguiu voltar a emitir sons e a falar algumas palavras, principalmente “Ná” (modo como se refere a sua mãe), “não” e ‘tchau”. Bárbara seguia estimulando o filho a falar novas palavras.

No começo dos atendimentos, não demorou muito para Igor começar a me reconhecer e concordar com a minha presença. No início de seu tratamento no INCA, ele ficava muito assustado com a aproximação de "pessoas com jaleco branco", temendo que fosse ser manipulado. É importante ressaltar que, quando ele não gostava da aproximação das pessoas ou quando estava chateado, tapava os olhos com o braço direito, ausentando-se da situação vivida por alguns instantes. Desde o primeiro atendimento, destaquei que não mexeria nele e que estava ali para brincar e "ver como ele estava". Compreendido e aceito o espaço ofertado, quando eu chegava no leito, Igor já me convidava para brincar com ele - seja com bonecos, carros e dinossauros, através de um desenho que estivesse assistindo ou no celular.

Certo dia Igor me impressionou ao pegar o celular da mãe, colocar na galeria, abrir uma foto antiga (anterior à doença) em que ele estava em pé, ampliar a imagem, focar nas suas pernas e apontar

para elas, como se dissesse "olha como eu era antes/ olha o que eu conseguia fazer". A lucidez, esperteza e capacidade de se expressar de Igor sempre me surpreenderam e me mostraram o quanto uma criança de apenas três anos tem para ensinar. Nos atendimentos ficava claro que a ausência da fala não o impedia de se comunicar, pois ele sempre criava modos de se expressar.

Ao brincar com uma almofada do Nemo (personagem da Disney), Igor reparou que, ao redor do corpinho laranja do peixe, havia duas listras brancas. Olhou para as listras e rapidamente associou e apontou para o curativo do seu cateter, criando uma semelhança entre ele e o Nemo, que passou a também possuir um cateter. Igor apontou então para o seu pescoço e Barbara começou a interpretar o que ele queria. Após algumas tentativas como "quer que ajeite?", "está doendo?", ela perguntou se Igor queria o "paninho" e ele rapidamente balançou a cabeça dizendo que sim. Ele pegou o pano para enxugar o seu suor, mas antes passou no Nemo, enxugando o suor dele e depois passou em seu pescoço. O brincar também surge como uma saída de Igor para se mostrar ativo, cuidando do brinquedo, como cuidam dele.

A cada conquista em seu tratamento, Igor comemora e faz questão de mostrar suas invenções. Sua sustentação na coluna começou a melhorar, assim como sua força, e então Igor começou a me mostrar os movimentos novos que conseguia fazer. Em um atendimento, quando me aproximei, Igor chamou a mãe e estendeu os braços para ela, que rindo afirmou: "ele quer te mostrar". Bárbara segurou as mãos do filho, que se puxou e ficou sentado sozinho no leito. Os dois sorriam enquanto ele repetia o movimento. Realizei alguns atendimentos junto com a fisioterapeuta e aproveitei para acompanhar a evolução de Igor. Observei que depois de um tempo, quando a fisioterapeuta se aproximava, Igor passou a pegar seu braço esquerdo (que se movimenta com mais dificuldade) e a fazer, por conta própria, o exercício que costuma fazer nas sessões de fisioterapia. Ao fazer o exercício sozinho, Igor se mostra ativo frente ao próprio corpo e frente ao tratamento oncológico.

Pude acompanhá-lo durante cinco meses de seu tratamento, no período em que suas internações foram prolongadas. Após o término da residência, soube por sua mãe que eles retornariam para a Bahia para dar continuidade ao tratamento do menino lá, uma vez que Bárbara teria mais ajuda ao estar próxima de sua família.

3.1.4 O aprisionamento de Joaquim

Conheci Joaquim, um adolescente de quatorze anos, sua mãe Julia, e seu pai José, no momento da chegada deles ao hospital. A médica que os recebeu na triagem da pediatria, demandou

atendimento psicológico por se tratar de um “caso complicado”. Joaquim acabara de ser diagnosticado com um tumor de tronco cerebral que, por estar localizado em uma área vital e *nobre* do cérebro, não é passível de intervenção cirúrgica. Seu tratamento se baseia em sessões de radioterapia que buscam dar mais qualidade de vida ao paciente, mas não visam a cura, ou seja, é um tratamento paliativo.

Já atravessado pelas consequências do adoecimento, com o lado direito do corpo paralisado, Joaquim estava de cadeira de rodas por conta da dificuldade de locomoção e apresentava dificuldades para falar - estava com a fala alterada e lentificada, o que exigia maior esforço para conseguir se comunicar. Para além da demanda médica, ofertou um espaço para que fale de si, para que ele tenha a possibilidade de fazer sua própria demanda. Joaquim estava constrangido porque não conseguia parar de rir - algo semelhante a um "riso nervoso" - e repetiu a explicação da médica para esta reação: tratava-se de "um dos efeitos da doença". Queixou-se sobre a dificuldade para jogar videogame e mexer no celular (visto que lhe faltava força para mexer sua mão direita) e sobre sua visão, pois estava enxergando duplicado por conta do estrabismo que desenvolveu. Ao final do atendimento, Joaquim, que estava vivendo em seu corpo os sintomas do adoecimento, pôde questionar sobre o motivo disso estar acontecendo com ele, tentando buscar algum sentido para o que estava vivendo. Talvez aquele tenha sido o primeiro momento no hospital em que ele pôde falar e ser escutado em seu sofrimento, um lugar vazio de pressupostos, em que o foco era ele e não o seu tumor.

Julia e José estavam extremamente abalados com a notícia do diagnóstico. Julia chorava ao relatar o itinerário terapêutico do filho, afirmando que sempre foi muito cuidadosa com seu acompanhamento médico de rotina, sentindo-se culpada por não ter descoberto a doença antes. José mantinha-se sério ao lado da esposa, contido, porém aparentando estar desnordeado. Relataram que Joaquim estava bem, até que começou a apresentar estrabismo. Preocupados, levaram-no ao oftalmologista e posteriormente a outros especialistas para realização de exames. Nesse meio tempo, como o filho estava supostamente saudável, viajaram para uma cidade no litoral do Rio. De um dia para o outro, ele acordou com seu lado direito paralisado. Mais exames foram realizados até que foi descoberto o câncer.

O tratamento de Joaquim começou logo em seguida e foi marcado por longos períodos de internação, gerando uma importante ruptura com a vida que levava até então – não apenas de Joaquim, mas também de seus pais que largaram tudo para acompanhar o filho. A família ficou sem renda e passou a ser sustentada por doações feitas pelos amigos da igreja. João, o filho mais novo do casal (9 anos), ficou sob os cuidados da avó. Ou seja, a família de Joaquim precisou se reorganizar por completo para acompanhar seu tratamento oncológico.

Apesar das sessões de radioterapia, rapidamente sua situação foi agravando. Com a progressiva perda de força nas pernas, o que impossibilitava a sustentação de seu corpo, Joaquim ficava cada vez mais dependente. No primeiro atendimento na enfermaria, mesmo com dificuldade para falar, Joaquim destacou seu interesse no canal *Discovery Chanel*, especialmente em um programa chamado *À prova de tudo*, em que um homem ensina maneiras de sobreviver em situações extremas na natureza. Esse programa costurou a transferência com a analista e foi tema de alguns encontros. Diante disso, nas palavras de Vilanova (1997, p. 280):

O discurso analítico faz laço social ao promover a reinserção do sujeito na cadeia significativa, uma operação possível à medida que o analista, ao tomar para si o silêncio da ignorância acerca da verdade do sujeito, permite sua enunciação, pois não se diz coisa qualquer diante da dor de quem sofre. Não se trata de acalmar, fazer o bem, mas possibilitar que diante do impossível de falar da coisa o sujeito possa falar de alguma coisa.

Joaquim nada mais falou sobre o seu adoecimento, mas se esforçava para conseguir falar sobre o programa, que representava na natureza o que ele estava vivendo em seu corpo: a sobrevivência diante dos limites e das situações extremas. Foi assim que ele sustentou o que veio pela frente, algo que nomeei de *desligamento* corporal.

Com a rápida evolução da doença, Joaquim ficou impossibilitado de se alimentar pela boca e precisou ser submetido aos procedimentos de traqueostomia e, posteriormente, de gastrostomia. Apesar da situação extrema em que se encontrava, Joaquim conseguiu falar sobre a falta que sentia da comida e expressava seu desejo de comer alguma coisa – geralmente frango. Para além de todas as dificuldades, ele seguia desejando, e, como destaca Rêgo Barros (2014), ao não abrir mão do desejo, o sujeito não cede ao desespero.

Em pouco tempo de tratamento sua audição foi prejudicada - o que demandava uma fala alta e próxima ao seu ouvido. Sua capacidade de falar foi se extinguindo, assim como sua movimentação, até o momento em que tais perdas se concretizaram. Sendo assim, como efeito da progressão do tumor, Joaquim ficou paraplégico e perdeu a capacidade de falar. Importante notar aqui que não se trata somente de uma perda a partir do real da doença que retira o sujeito da associação significativa, mas do real do corpo escancarado pelo câncer impondo ao sujeito o limite da fala.

Diferente da reação de alguns profissionais que, diante da angústia pela situação enfrentada pelo adolescente não conseguiam considerar que ali naquele corpo paralisado sobre o leito havia alguém, a aposta da analista era de que ali havia um sujeito que desejava e queria se manifestar. A falta de significantes não calou Joaquim, que construiu maneiras sutis de se expressar, de mostrar que estava ali, apesar do *silenciamento* e *desligamento* do seu corpo. Assim, a movimentação dos olhos surgiu como um modo para continuar se comunicando: mexia os olhos para cima e para baixo para

dizer sim, para um lado e para o outro para dizer não e olhava para os objetos que desejava. Chegamos inclusive a montar um dispositivo com as letras do alfabeto para que através do seu olhar tentasse montar palavras.

Os pais de Joaquim, que acompanharam todas as suas perdas, ficavam cada vez mais angustiados; porém, seguiam cuidando do filho de maneira impecável. José e Julia se juntavam todas as manhãs para dar banho nele que, apesar da pouca idade, era muito grande. Além disso, faziam sua barba, cortavam seu cabelo, aspiravam a secreção da traqueostomia sempre que a respiração começava a ficar pesada, secavam seu suor, passavam hidratante, enfim, investiam e cuidavam intensamente do filho.

A última internação de Joaquim durou cerca de três meses. Três meses em que seus pais se revezaram diariamente, investiram incansavelmente no filho e se apegaram cada vez mais à fé religiosa deles. Julia estava muito fragilizada e angustiada. Relatou momentos de desorientação, como o dia em que saiu do hospital para voltar para casa e esqueceu o que estava fazendo, não sabia para onde tinha que ir e quase foi atropelada. A cada dia que passava, ela ficava mais cansada, mais triste, mais angustiada. A incerteza do tempo que Joaquim ainda tinha, misturava-se com o medo de estar sozinha quando ele viesse a falecer e com a esperança de um "milagre", de que o filho reagisse, de que a doença desaparecesse.

José, que no início conseguia se manter controlado e calmo, durante os últimos três meses no hospital ficou exausto, completamente abalado. Ficou com raiva da médica e do hospital. Buscava dar um sentido ao ocorrido e mergulhava em sua religião, acreditando que "Deus faria o melhor para o seu filho". Nos atendimentos, José encontrava um espaço para desabafar. Falava sobre sua angústia ao sentir que Joaquim estava preso dentro de seu próprio corpo e sobre seu sentimento de impotência por "não poder ajudá-lo". Em um dos atendimentos pôde trabalhar seu luto, trazendo a questão do tempo, de como tudo foi muito rápido, de como ele não teve tempo para se despedir, para fazer com o filho, pela última vez, as coisas de que ele gostava. Disse que quatorze anos de vida é muito pouco, mas afirmou que só tinha a agradecer por ter passado esses anos com Joaquim, que sempre foi um filho e amigo maravilhoso.

Apesar da evolução da doença, apesar de todas as perdas, Joaquim continuou lúcido até o final. Já não conseguia movimentar os olhos como antes, mas, ao ser questionado sobre algo, mexia levemente a pálpebra e, quando falávamos com ele, ficava com o olhar fixo em nós, prestando atenção. Ele sempre dava um jeito de mostrar que estava ali, que apesar da paralisação do seu corpo, ele estava vivo. A sua persistência, que mostrava a força de seu investimento na vida, pôde ser direcionada a um outro que sustentava uma posição de escuta, apesar da ausência de palavras. O

silêncio, aqui imposto pela limitação do corpo, ao ser acolhido, abriu espaço para que Joaquim conseguisse se manifestar de outro modo. Desse modo, podemos pensar que se não há fala, mas há aposta no sujeito, há então um espaço para que saídas possam ser criadas. E assim, diante da tentativa de reestabelecimento dos laços rompidos pela doença, é possível ao analista sustentar os limites que atravessam a sua escuta na instituição hospitalar, mesmo que esse limite seja a própria fala.

Após seis meses de tratamento, Joaquim faleceu justamente em um dia que estava acompanhado pela tia e em que seus pais estavam em casa. Talvez a ausência deles tenha sido a única maneira dele conseguir se desligar e descansar.

3.2 As inquietações vindas da prática

Os casos descritos acima são exemplos do que as crianças e adolescentes com câncer vivenciam em seu tratamento, assim como são apenas recortes da realidade encontrada por nós, analistas, nas enfermarias pediátricas. A inserção nesse universo oncológico, que foi retratado nos casos, nos coloca diante da dureza de uma realidade que não é passível de tradução simbólica, mas que é sentida, experimentada como aquilo que se impõe diante de nós e que nos exige um posicionamento. A inserção na Oncologia nos coloca, então, diante do real da clínica: as profundas perdas causadas pelo tratamento e adoecimento, que causam uma perda de ancoragem psíquica nesses sujeitos, impondo a eles uma nova (e muitas vezes brutal) realidade; a impossibilidade de algo ser feito para frear o avanço da doença e, frente a isso, a impotência experimentada por todos, principalmente pelos pais; a morte, em sua face mais real, de crianças e adolescentes.

Frente a esse real, podemos dizer que a clínica oncológica, apesar de ser permeada por muitos afetos, favorece a manifestação de um, que desde o início atravessou a pesquisadora e chamou sua atenção, aquele descrito por Lacan como o afeto que não engana: a angústia. Cabe aqui ressaltar que talvez a angústia tenha começado a chamar a atenção justamente a partir da sua manifestação na própria analista que, no lugar de residente, deparou-se com o real da clínica e com a sua dureza envolvendo seres tão jovens.

É possível dizer que a angústia, em algum momento, pode se manifestar em todos: nos profissionais que se deparam com a evolução da doença nas crianças e adolescentes; nas famílias que temem perder seus filhos; na psicóloga que acompanha seu sofrimento; nos pacientes que sentem em seus corpos os efeitos do adoecimento e do tratamento. Foi através da angústia que as particularidades e dificuldades da clínica oncológica ficaram em evidência; foi no acompanhamento dos pacientes que

a angústia se presentificou diante das marcas do tratamento no corpo e seus efeitos psíquicos; foi no acolhimento às famílias que, muitas vezes, a angústia se manifestava em sua forma mais devastadora; e foi assim que a angústia se tornou um tema de pesquisa.

Conforme Freud (1912/1991, p.114) já afirmara²⁹, um dos títulos de glória do trabalho analítico é a coincidência, em sua execução, da investigação (pesquisa) e do tratamento. Desse modo, foi a partir dos atendimentos, principalmente diante dos momentos de intervenção médica e de seus efeitos nos corpos das crianças e adolescentes, que a angústia foi percebida – nos pacientes que se calavam, nos familiares que se agitavam, e também na psicóloga, que rapidamente tinha que organizar toda a cena para conseguir estar disponível para escutá-los – e se tornou foco de investigação.

As perdas no corpo geradas pela agressividade do câncer e de seu tratamento passaram a chamar a atenção a partir do acompanhamento da Clara. Ela foi a primeira paciente acompanhada pela pesquisadora na pediatria que precisou ser submetida a uma cirurgia mutilante. E foi, também, umas das poucas pessoas em que o atendimento psicológico acompanhou todo tratamento oncológico - que durou oito meses (com longos intervalos entre as internações). Através do trabalho realizado com a Clara, o olhar voltou para a perda no corpo, para a angústia que se enquadra diante da perda e para a aposta no desejo do sujeito, abrindo portas para a reinvenção. Algo que foi identificado em outras situações, com outros pacientes.

Importante destacar dois momentos distintos notados no acompanhamento de Clara: apesar de manter uma postura firme e confiante durante o início do tratamento, no momento de saída da cirurgia, momento em que se vê sem uma perna, ali houve angústia. Clara nada disse, estava bastante inquieta, incomodada, assustada. Assim que entrou no quarto tirou o cobertor de cima do seu corpo e escancarou para todos a sua nova conformação corporal. O silêncio e inquietude de Clara após a cirurgia marcaram a angústia, a presença do excesso não metabolizado, daquilo que não consegue ser colocado em palavras, a presença do *a* no momento que a imagem do corpo é abalada, mutilada.

O silêncio que veio posteriormente, no final do seu tratamento, marca um outro momento da Clara: seu fechamento, seu desinvestimento no mundo externo diante da fraqueza do seu corpo que não respondia mais ao tratamento, diante do fim que já se anunciava. Clara foi aos poucos recolhendo sua libido do mundo externo, deixando de interagir.

O mesmo pôde ser observado em Ana, durante os cinco meses em que a acompanhei na pediatria. Pouco tempo após a internação em que nos conhecemos, pude atendê-la no ambulatório e

²⁹ No original: “La coincidencia de investigación y tratamiento en el trabajo analítico es sin duda uno de los títulos de gloria de este último”.

ali algo começou a se presentificar. Nesse dia não quis brincar como costumava. Ao falar chorando sobre o pesadelo em que algo acontecia e a separava dos pais, ela estava angustiada, buscando dar um contorno a algo estranho que estava surgindo e ela não conseguia explicar.

O corpo de Ana não estava respondendo ao tratamento, era visível em seu rosto que algo não ia bem, e ela sabia. Ela soube antes de qualquer um o que estava acontecendo. É possível supor que, primeiro, diante de sua imagem alterada e do que isso significava para ela, surgiu a angústia – que se manifestou também no sonho em que era separada de seus pais. A partir daí, veio o medo. Medo de ficar sozinha. E, depois, veio o que poderíamos interrogar se tratar de um luto: Ana, ao falar sobre a doença de seu passarinho, fala de si, fala sobre a sua morte. Aos poucos, foi retirando seu investimento do mundo externo – disse que sua mãe poderia doar todos os seus brinquedos, porque ela não iria mais usá-los. Foi cada vez mais se fechando em si mesma, atravessada por diferentes procedimentos e intervenções invasivas, até o momento em que parou de interagir por completo e apenas chorava.

Assim, a angústia diante das perdas, da alteração da imagem corporal, começou a chamar cada vez mais a atenção e a gerar questionamentos sobre o lugar do psicanalista frente a ela. Isso porque a analista, também em alguns momentos atravessada por tal afeto, precisava estar disponível para escutar os pacientes e direcionar o acolhimento para que algum trabalho frente à angústia fosse possível.

No caso do Igor e do Joaquim, o que chamou bastante a atenção foram as saídas criadas por ambos para seguir interagindo, se comunicando, apesar de todas as perdas e limites impostos pelo adoecimento e seu tratamento. Diante do tratamento de tumores cerebrais, os dois tiveram seus corpos paralisados, perderam a autonomia motora, mas não se paralisaram diante das perdas, criando maneiras para se expressar e, no caso do Joaquim, maneiras de demonstrar que *ainda* estava ali.

Diante do acompanhamento de cada sujeito, entre pontuais manifestações de angústia e as saídas singulares criadas, constatou-se que, para ser possível sustentar o tratamento oncológico e as inúmeras perdas, renúncias e sofrimento impostos por ele, o trabalho de luto surge como fundamental - tanto por parte das crianças e adolescentes, quanto por parte de seus pais. Luto pela saúde perdida, luto pelo corpo e imagem corporal modificados, luto pelo que é preciso perder para tentar ganhar um modo de continuar a viver. Desse modo, voltaremos nosso olhar em seguida para os achados de Freud, Lacan e seus comentadores, com o intuito de compreender melhor a importância do trabalho de luto na clínica com pacientes oncológicos e a sua relação com a angústia.

3.3 O luto em Freud e Lacan

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917/2006, p.103) descreve o primeiro como a reação “à perda de uma pessoa amada, ou à perda de abstrações colocadas em seu lugar, tais como pátria, liberdade, um ideal etc”. O seu processo consiste no desinvestimento libidinal de todas as relações que se mantinha com esse objeto amado que, conforme verificado pelo teste de realidade, não existe mais. Entretanto, é um trabalho que enfrenta uma forte oposição, pois, conforme salientado pelo autor, “de modo geral o ser humano – mesmo quando um substituto já se delineia no horizonte – nunca abandona de bom grado uma posição libidinal antes ocupada” (FREUD, 1917/2006, p.104). Portanto, o luto se apresenta como um processo penoso que requer um importante gasto de tempo e de energia, enquanto, de modo simultâneo, o objeto que foi perdido continua a existir psiquicamente:

Cada uma das lembranças e expectativas que vinculavam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento [*Überbesetzung*]. Em cada um dos vínculos vai se processando então uma paulatina dissolução dos laços de libido (FREUD, 1917/2006, p.105).

Apesar de bastante doloroso, Freud ressalta que o luto é um processo natural e que, ao alcançar o seu fim, o eu se encontra desinibido e novamente livre para investir em novos objetos. Lacan, no Seminário livro 10 (1962-1963/2005, p.363), aborda o luto por um prisma que considera “simultaneamente idêntico e ao contrário” de Freud. Para o autor, o trabalho do luto parece ser feito para “manter e sustentar todos esses vínculos de detalhes, na verdade, a fim de restabelecer a ligação com o verdadeiro objeto da relação, o objeto mascarado, o objeto *a*”. Afirma que posteriormente será possível ofertar um substituto para esse objeto, mas que ele, na realidade, não será mais importante do que aquele que inicialmente ocupou o seu lugar. Nesse sentido, Lacan parece relativizar a liberdade de substituição pelo eu, enfatizada por Freud, após o término do trabalho de luto, para investir sua libido em outros objetos, visto que “cada luto comporta algo de insubstituível” (CASTILHO; BASTOS, 2013, p.99).

Em processo similar ao luto, porém com uma dialética distinta, Freud destaca a melancolia, que pode possuir as mesmas características clínicas de um luto profundo, como um intenso e doloroso desânimo, suspensão de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar e inibição das capacidades de realizar tarefas, com a exceção de um traço que lhe é próprio: a “depreciação do sentimento-de-Si [*Selbstgefühl*]”. Trata-se de um importante empobrecimento do eu que se manifesta por “censuras e insultos a si mesmo, evoluindo de forma crescente até chegar a uma expectativa delirante de ser punido” (FREUD, 1917/2006, p.104). Para Freud, no luto o mundo se torna pobre e vazio, enquanto na melancolia esse esvaziamento volta-se para o próprio eu.

A respeito da melancolia, o autor destaca que há uma perda – seja a perda de um objeto amado ou de um ideal que se perde enquanto objeto de amor – mas ressalta que, mesmo quando ela é reconhecida, não é possível dizer o que de fato foi perdido: “o doente sabe *quem* ele perdeu, [mas] não sabe dizer *o que se* perdeu com o desaparecimento desse objeto amado” (FREUD, 1917/2006, p.105). Assim, a inibição melancólica se apresenta como um enigma, visto que não é possível identificar o que absorve o sujeito de maneira tão profunda. Motivo pelo qual Freud relaciona a melancolia a uma perda inconsciente de objeto.

Ao analisar a contradição em jogo na melancolia – perda no eu *versus* perda de um objeto – Freud percebe que as autorrecriações presentes na fala do melancólico são, na verdade, recriações voltadas a um objeto amado, que foram retiradas desse e deslocadas para o próprio eu. Afirmar que tais recriações possuem origem nos “prós e contras próprios do conflito amoroso que levou à perda do objeto de amor”, chegando, então, à compreensão do comportamento melancólico: “seus lamentos e queixas são acusações” (FREUD, 1917/2006, p.108).

Na melancolia, o enlaçamento da libido ao objeto de amor foi abalado e obteve como resultado um percurso diferente do que ocorre no processo normal do luto. Nela, o investimento objetal, que se apresentou pouco resistente e firme, foi retirado e, ao invés de ser deslocado para outro objeto, foi direcionado para o próprio eu, produzindo, assim, uma *identificação* do eu com o objeto abandonado. A partir disso, o eu passará a ser julgado por uma instância especial (supereu) como se fosse um objeto: o objeto perdido. Portanto, “a perda do objeto transformou-se em uma perda de aspectos do Eu, e o conflito entre o Eu e a pessoa amada transformou-se num conflito entre a crítica ao Eu e o Eu modificado pela identificação” (FREUD, 1917/2006, p.108). Freud constatou, então, conforme sublinhado por Tenório e Costa-Moura (2014, p.477), que na melancolia o “objeto ocupou o campo que seria o do sujeito”.

Entretanto, Freud (1917/2006, p.108) deduz algumas condições para que esse processo ocorra: destaca a necessidade de que, por um lado, ocorra uma forte fixação libidinal no objeto amado; mas que, por outro lado e concomitantemente, haja uma fraca resistência e aderência do investimento libidinal retido no objeto. Segundo o autor – embasado no comentário de O. Rank - tais premissas contraditórias se tornam possíveis caso essa escolha objetal tenha sido realizada em uma base narcísica, de modo que, diante dos impasses e obstáculos frente ao objeto amado, a libido investida nele possa regredir ao narcisismo, ao próprio eu. Dessa maneira, o investimento amoroso anterior é substituído por uma identificação narcísica com o objeto, permitindo, então, que não seja mais necessária a renúncia à relação amorosa em si.

Portanto, Freud chega à conclusão de que uma parte das características da melancolia são emprestadas do luto, enquanto a outra é retirada do processo típico da regressão que se inicia com a escolha de objeto com base narcísica e retorna ao estado de narcisismo:

Assim, a melancolia é, como o luto, uma reação a uma perda real do objeto amado. Mas, além disso, a ela se acrescenta uma condição ausente no luto normal, ou que, quando presente, o transforma em luto patológico: a perda do objeto de amor mostra-se como uma ocasião muito excepcional para que a ambivalência que havia nas relações amorosas agora se manifeste e passe a vigorar (FREUD, 1917/2006, p.109).

Desse modo, a melancolia tende a ser desencadeada por diferentes perdas que não se reduzem à perda gerada pela morte. Ela abarca todas “as situações por meio das quais os elementos opostos de amor e ódio se inseriram na relação com o objeto, ou lograram reforçar uma ambivalência já preexistente (...)” (FREUD, 1917/2006, p.110). Logo, o conflito de ambivalência surge como um dos pré-requisitos para o surgimento da melancolia. Diante da necessidade de abrir mão do objeto, mas sendo incapaz de renunciar ao amor pelo mesmo, esse amor encontra abrigo na identificação narcísica e passa a atuar, então, como ódio sobre esse objeto substituto – o rebaixa, o insulta, o faz sofrer, gerando com isso alguma satisfação sádica.

Lacan (1962-1963/2005, p.364) destaca que para conceber a radical diferença entre a melancolia e o luto é necessário distinguir o objeto a de $i(a)$. O autor se refere ao luto, e interpreta a abordagem freudiana do mesmo, como uma identificação. Afirma que Freud aponta a identificação com o objeto como sendo “a mola mestra da função do luto”, e ressalta a distância existente entre os dois tipos de identificações imaginárias: a identificação com $i(a)$, a imagem especular, e a identificação que define como a “mais misteriosa, (...) com o objeto do desejo como tal, a ” (LACAN, 1962-1963/2005, p.46). O autor afirma, então, que enquanto o problema do luto é a “manutenção, no nível escópico, das ligações pelas quais o desejo se prende não ao objeto a , mas à $i(a)$, [imagem] pela qual todo amor é narcisicamente estruturado”, na melancolia é o “objeto que triunfa” (LACAN, 1962-1963/2005, p.364). O autor segue afirmando que, para Freud, na melancolia o sujeito precisa se entender com o objeto,

mas o fato de se tratar de um objeto a e de [...] este se encontrar habitualmente mascarado por trás da $i(a)$ do narcisismo, e desconhecido em sua essência, exige que o melancólico atravesse sua própria imagem e primeiro a ataque, para poder atingir, lá dentro, o objeto a que o transcende, cujo mandamento lhe escapa (LACAN, 1962-1963/2005, p.364).

Portanto, enquanto no luto o que está em jogo é a relação de a com $i(a)$, a “relação do desejo com a dupla dimensão do objeto idealizado (imagem do objeto) e do objeto causa do desejo, a ” (TENÓRIO; COSTA-MOURA, 2014, p.477), na melancolia há uma “referência radical ao a , mais arraigada para o sujeito que qualquer outra relação, mas também intrinsecamente desconhecida, alienada, na relação narcísica” (LACAN, 1962-1963/2005, p.364). Sendo assim, o processo

melancólico diz menos respeito à perda do objeto da relação amorosa do que de uma “relação direta com este objeto que, na constituição do sujeito e do desejo, deve justamente se caracterizar por sua ausência, mas que no melancólico está presente de maneira tão real a ponto de se confundir com o sujeito” (TENÓRIO; COSTA-MOURA, 2014, p.478).

Voltando o olhar para a clínica com pacientes oncológicos, a possibilidade de traços melancólicos, de identificação com o lugar de objeto perdido, essa cola do *a* ao sujeito, pode inviabilizar a aposta singular no tratamento e as criações de novas formas de ser frente às alterações impostas pelo mesmo. Diante da desarticulação da perna, por exemplo, caso o sujeito se identifique com o lugar do objeto como perdido - colando-se ao *a* que se presentificou com a ruptura imagética -, ele se perde junto à perna, podendo entrar, então, em um luto profundo e patológico.

Sendo assim, é fundamental que às crianças e adolescentes seja garantido um lugar de fala para que possam elaborar o luto pelas perdas em seus corpos com o intuito de restabelecer a ligação com o objeto causa de desejo (em sua falta), possibilitando assim que outro objeto possa surgir como substituto. Substituição essa, na medida do possível, uma vez que nem tudo é passível de ser substituído – nenhum novo objeto irá substituir a perna desarticulada, mas, a partir do trabalho de luto, novos investimentos serão possíveis, o que chamamos aqui de “saídas” criadas por cada criança e adolescente para se reinventar diante das perdas.

Portanto, a clínica no hospital oncológico deixa claro que o tratamento se dá em um processo de luto constante, uma vez que é necessário a elaboração do luto pela imagem ideal, pelo corpo “como era antes” do adoecimento, para que as crianças e adolescentes consigam subjetivar as alterações, as mutilações em seus corpos e, desse modo, não se identifiquem de maneira melancólica com o membro/imagem/parte do corpo perdidos. Também é necessário que elaborem o luto pelas perdas que estão além do corpo: perda da saúde, da vida que levavam até então, perda da rotina escolar, perda do convívio com os amigos... perdas que foram abruptamente impostas pelo adoecimento. O trabalho de luto é árduo, é doloroso, mas possibilita o trabalho de subjetivação e a criação de novas formas de estar no mundo com câncer, ou de sobreviver a ele com algum desejo e inventividade.

3.4 Sobre luto e angústia

Vimos, então, que o luto está diretamente vinculado a uma perda; porém, Lacan nos atenta que o que está em jogo no luto diz mais respeito à presença do que à perda do objeto amado propriamente dito: presença de algo que a perda desvelou. Nesse sentido, podemos relacionar o luto

e a angústia, uma vez que, conforme já apresentado, a angústia é o sinal do desvelamento do objeto que deveria estar oculto, mas que entra em cena diante de uma perda que abala sua roupagem imaginária. Portanto, tanto o luto quanto a angústia possuem relação direta com o objeto.

Podemos afirmar que diante da perda, o sujeito se encontra diante de “algo *a*-mais” (VIEIRA, 2005, p.30), do irrepresentável, experimentando a angústia desencadeada pela presença do objeto. Nesse sentido, Vieira (2005, p.31) destaca que a dor presente no luto ocorre devido à “materialização, no eu, do encontro com algo que deveria estar oculto e não da perda como mutilação de uma unidade fundamental, ferida aberta na completude de um eu narciso”. Desse modo, podemos supor que, diante da perda que rompe com a imagem e escancara o real do corpo, colocando o objeto em cena, surge a angústia e inicia-se um trabalho de luto, na tentativa de dar um novo contorno para o *a* que se presentificou.

Sobre o objeto do luto, no Seminário Livro 6: *o desejo e sua interpretação*, Lacan³⁰ destaca ser “numa certa relação de identificação que esse objeto adquire seu alcance, que suas manifestações se agrupam e se organizam” (LACAN, 1958-1959/2016, p.359). Identificação essa que considera ter sido designada por Freud como uma “incorporação” do objeto perdido. No luto, o sujeito imerge em sua dor, mantendo relação com o objeto amado perdido, o que o faz existir de maneira ainda mais intensa justamente por não corresponder a mais nada que exista. Diante disso, Lacan (1958-1959/2016, p. 360) afirma que “o luto, que é uma perda verdadeira, intolerável para o ser humano, lhe provoca um buraco no real”. E continua:

esse buraco oferece o lugar onde se projeta precisamente o significante faltante [...] significante essencial à estrutura do Outro, aquele cuja ausência torna o Outro impotente para nos dar nossa resposta. Esse significante, só podemos pagá-lo com nossa carne e nosso sangue. Ele é essencialmente o falo sob o véu (LACAN, 1958-1959/2016, p. 360).

A perda do objeto amado abre um buraco que causa uma desordem, visto que todos os elementos significantes são insuficientes para dar conta desse furo aberto na existência. Assim, ao redor do luto, todo o sistema significante é posto em jogo. Nesse sentido, Lacan (1958-1959/2016, p.364) nos mostra que o “luto vem coincidir com uma hiância essencial, a principal hiância simbólica, a falta simbólica”. No buraco aberto, em que o significante faltante encontrou seu lugar, mas sem ser

³⁰ Lacan, ao voltar seu olhar para o luto, tanto no Seminário livro 6 quanto no livro 10, o faz através do retorno à tragédia de Hamlet, peça de William Shakespeare, também referenciada em alguns momentos na obra freudiana (1897, 1905, 1925, 1927). O autor faz uma análise da tragédia no que diz respeito ao luto, à inibição e ao desejo de Hamlet, com destaque para as cenas do aparecimento do fantasma do pai; do cemitério, em que Hamlet se depara com o enterro de Ofélia e o sofrimento de Laertes; e a cena final em que consegue, enfim, executar o ato de matar o rei. Entretanto, optamos por não aprofundar, ao longo do texto, as análises realizadas por Lacan, mas retiramos delas algumas pontuações que o autor realizou sobre o tema do luto.

encontrado, “vêm pulular no seu lugar todas as imagens ligadas aos fenômenos do luto” (1958-1959/2016, p.360).

No luto há, então, uma identificação com o objeto perdido, com $i(a)$, diante desse buraco causado pela perda, que desvela o a . O pequeno a , por sua vez, possui a angústia como tradução subjetiva, o que faz com que o caráter angustiante do encontro com a perda venha se manifestar. Vieira (2005) destaca que a dor, o trauma e a angústia possuem relação estreita com a apresentação do objeto como desaninhado, separado do corpo, e a tristeza experimentada não diz respeito à perda da imagem narcísica, mas à sua desestruturação. Para reconstruí-la é necessário um trabalho de luto, identificando-se com o que perdeu para desinvestir tal objeto e, ao final do processo, uma nova roupagem para o a ser possível, reconstruindo o equilíbrio imaginário.

Em outros termos, podemos afirmar que diante da perda que abala a imagem narcísica, $i(a)$, o “ i ” cai, marcando a presença do “ a ”, podendo deixar o sujeito imerso em angústia e convocando a um trabalho de luto. Esse surge como fundamental para restituir o revestimento imaginário do a , o que nos permite dizer, então, que o trabalho de luto vai de $i(a)$ para $i(a)$.

Entretanto, ao mesmo tempo em que a presença do a diante da perda manifesta seu caráter angustiante, ela obstrui as vias desejantes do sujeito, uma vez que a falta do objeto, desde sempre perdido, é condição para o desejo. Nesse sentido, no Seminário 10 (1962-1963/2005, p.361), Lacan descreve a função do luto como a “estrutura fundamental da constituição do desejo”, demarcando, assim, o papel estrutural do luto para o sujeito desejante. Voltando para o Seminário 6 (1958-1959/2016, p.373), o autor afirma que o “ser em questão tem de fazer o luto por essa coisa que ele tem de oferecer em sacrifício, em holocausto, para elevá-la à sua função de significante faltante”. É a partir da perda que o sujeito se constitui como falante e a partir da falta que o sujeito surge como desejante, o que convoca a um trabalho de luto. Essa estrutura, segundo Castilho e Bastos (2013), vai sendo atualizada diante das novas perdas de objetos investidos, necessitando de um trabalho de luto específico para cada uma delas. Ainda de acordo com as autoras:

Justamente porque o luto fundamenta a estrutura do desejo, um novo luto é convocado sempre que a perda se interpõe e, quando não é atravessado, os caminhos do desejo se obstruem, o que significa dizer que são duas ordens de luto, mas estrutura e experiência são dimensões articuladas. (CASTILHO; BASTOS, 2013, p.90)

Nesse sentido, podemos identificar como um trabalho de luto aquilo que presenciamos e, de certa forma, favorecemos na clínica oncológica no que diz respeito às possibilidades encontradas pelas crianças e adolescentes para atravessarem as perdas potencialmente angustiantes e seguirem desejantes. Isso é, o desinvestimento da imagem ideal, do membro, dos movimentos e funções

perdas, apropriando-se de tais perdas e abrindo espaço para seus substitutos possíveis, e assim, para a criação de novos modos de ser.

Logo, ao garantir um espaço para que as crianças e adolescentes possam falar, através dos recursos que lhe estiverem disponíveis, sobre o adoecimento, o tratamento e sobre o que estão vivendo, fazemos uma mediação entre elas e esse buraco que surgiu a partir das perdas. Assim, possibilitamos que, frente ao impossível que se impôs, seja possível falar sobre alguma coisa, contribuindo para que o trabalho de luto seja realizado. Talvez seja essa a grande contribuição do psicanalista diante da oferta de escuta aos sujeitos em tratamento oncológico.

Sendo assim, a partir da atenção voltada para a angústia chegamos ao luto e verificamos, na prática, que foi o trabalho de luto o que tornou possível às crianças e adolescentes seguirem em frente apesar de todas as perdas e limitações físicas impostas. Isso porque, conforme destacam Castilho e Bastos (2013, p.90), “a cada perda vivida é o trabalho de luto que reabre as vias desejantes”. Portanto, o luto permitiu que surgisse o desejo, e o desejo é o que dispomos contra a angústia – uma vez que é o desejo que possibilita circundar o *a* de novas roupagens imaginárias, novos objetos parciais. Nas palavras de Jorge (2005, p.147): “na angústia, o sujeito está vivenciando o registro do real; por isso Lacan afirma que o melhor remédio para a angústia é o desejo. Pois o desejo reintroduz, para o sujeito, a referência à falta originária da estrutura”. Sendo assim, o luto parece ser a linha que costura a relação entre o câncer, o corpo e a angústia, abrindo as portas, quando possível, para saídas singulares diante das perdas.

3.5 Retorno aos casos

Nosso caminho até agora, partindo da experiência na clínica oncológica e dos casos escritos, foi voltar o olhar para a teoria psicanalítica com o intuito de fundamentar o que estava em jogo na prática. No entanto, chegamos em um momento em que, através de todas as articulações teóricas feitas, precisamos voltar a atenção novamente para os casos. Foi muito custoso conseguir identificar o que os quatro casos possuíam em comum – apesar de tão simples, simplesmente não estava claro para a pesquisadora. Partimos da perda, das diferentes perdas físicas ocasionadas pela progressão do câncer e seu tratamento: Clara perdeu sua perna; Ana perdeu a capacidade de respirar pelo nariz, de engolir, de enxergar; Joaquim perdeu os movimentos dos membros, perdeu a capacidade de falar, ouvir e enxergar; e Igor perdeu os movimentos do corpo. Todas as perdas foram extremamente significativas e causaram uma ruptura com o modo como essas crianças/adolescentes levavam suas vidas até então.

Para alguns, foi possível perceber que tais perdas foram desencadeadoras de angústia, como no caso da Clara e da Ana que, diante da mutilação e da invasão em seus corpos, inquietaram-se, calaram-se; para outros, a dificuldade na comunicação impossibilitou a identificação do mesmo afeto. No caso do Joaquim, as progressivas perdas, inclusive da possibilidade de falar, não permitiram que ele tentasse colocar em palavras o que estava vivendo. Apesar de todas as invenções e modos desenvolvidos para interagir com as pessoas e o mundo externo, Joaquim não demonstrou, ou a psicóloga não pôde perceber, a manifestação da angústia. Assim como com Igor: houve agressividade, irritação, frustração, mas a angústia não foi possível afirmar.

Porém, para todos os casos, a angústia se presentificou nas mães e pais (nos poucos que permaneciam na enfermaria) que largaram seus empregos, deixaram sua vida de lado com o intuito de focar no cuidado de seus filhos, e que viam de perto os efeitos do tratamento e o avanço do adoecimento. Pais que, diante de toda projeção narcísica nos filhos, sentiam em si as perdas sofridas neles. Carla, a mãe de Clara, angustiou-se no momento da cirurgia da filha e quando recebeu a notícia pela médica que a doença no pulmão da Clara estava em progressão, não havendo controle possível. Após esse dia ela pôde falar sobre a terrível sensação de não ter controle sobre o próprio corpo, de algo arrebatador que sentiu no momento que soube que perderia sua filha.

A mãe do Igor, Bárbara, largou a vida que levava na Bahia para buscar tratamento especializado para a doença do filho no Rio de Janeiro. Angustiava-se quando não percebia melhora na condição clínica do menino. Em alguns atendimentos ela tentou colocar em palavras a angústia sentida diante da paralisação dos membros do filho e sobre a quebra de expectativa em relação a sua melhora. Os pais de Joaquim, Julia e José, a cada perda sofrida pelo filho, sentiam-se impotentes e angustiavam-se mais. Ambos puderam falar um pouco sobre a angústia sentida diante do real que se impunha ao filho, e a eles, diante do qual se sentiam de mãos atadas - com destaque para o dia em que Julia saiu do hospital angustiada e quase foi atropelada.

A mãe da Ana foi a que se manteve mais resistente ao espaço de escuta ofertado, apoiando sempre o atendimento da filha, mas afastando-se ao ser abordada pela analista. Talvez, dentre as mães dos casos desenvolvidos, ela tenha sido a que mais se angustiava, a ponto de não querer ou conseguir falar sobre o que estava vivendo. Porém, ao vir solicitar atendimento para a filha no dia em que ela lhe pediu para doar todos os seus brinquedos pois não iria mais usá-los, nesse dia houve angústia. Ana sabia o que estava acontecendo, sabia que não iria resistir ao tratamento e contou isso à mãe ao afirmar que não iria mais usar os brinquedos que tanto amava. Diante disso, a angústia se presentificou.

Os quatro casos também foram atravessados pelo luto. Clara pôde, aos poucos, elaborar o luto por sua saúde, por sua perna, colocando-se à frente do seu tratamento, responsabilizando-se pela escolha de se submeter à cirurgia e criando um novo modo de ser sem uma perna. Ana, ao longo de seu tratamento, foi enlutando-se por sua vida, destacando o que gostava de fazer e brincar, as pessoas e animais que cuidava e amava, até o momento em que pôde falar, por alusão, sobre sua própria morte. A partir de então, foi recolhendo sua libido do mundo externo, fechando-se em si mesma até, de fato, partir. Em Igor também foi possível identificar um trabalho de luto - tanto pelo afastamento de sua família quanto pela perda dos movimentos corporais - através das brincadeiras e, especialmente, pelo retorno às suas fotos antigas. Já com Joaquim, por conta das rápidas e progressivas perdas, não foi possível observar um processo de luto. Porém, diante das diferentes saídas criadas pelo adolescente para continuar interagindo, acreditamos que, mesmo sem poder falar sobre o ocorrido, ele conseguia realizar o luto das perdas impostas pelo adoecimento.

Sendo assim, a pergunta sobre o que os quatro casos possuem em comum permanece, visto que, apesar de atravessados pela angústia e costurados pelo luto, os mesmos não puderam ser identificados em todas as crianças e adolescentes em questão. Foi necessário tempo e elaboração – apesar de certa obviedade - para captar o que une e amarra os casos e que, ao mesmo tempo, contribui para o trabalho de luto, para o resgate do desejo diante da angústia, abrindo caminho para a criação de saídas frente às inúmeras perdas ocasionadas pelo adoecimento e pelo tratamento oncológico. O que nos quatro casos abordados na presente pesquisa houve em comum foi a presença do desejo de que houvesse trabalho analítico, a aposta de que ali, para além de toda a devastação do câncer, havia um sujeito a ser escutado. Sendo assim, o que esses casos possuem em comum, o que os reuniu aqui, foi a presença do analista.

Podemos dizer que o que pôde estar presente o tempo todo foi a persistência da analista em fazer valer o sujeito do inconsciente diante do impossível, do real da morte. Porque, na clínica oncológica, não lidamos com uma morte simbólica, mas com a morte em sua face mais real. É diante dela que nos colocamos e sustentamos (e suportamos) uma posição de escuta, de trabalho, mesmo diante dos limites físicos e orgânicos, apostando que, enquanto há vida, há sujeito a ser escutado – de acordo com os recursos que estiverem disponíveis para tal.

Essa presença, no que diz respeito a um hospital, trabalhando com crianças e adolescentes com câncer, muitas vezes devastados pelo tratamento, não se dá espontaneamente. Lidar com o sofrimento do outro não é simples; lidar com o luto dos pais pelos filhos doentes não é fácil; lidar com as crianças e adolescentes em luto diante das perdas e mutilações do tratamento é muito delicado; lidar com a morte deles toca o inominável. Sustentar o real da clínica oncológica não é qualquer coisa.

Não existe livro, aula ou instituição que ensine ao psicanalista como agir diante da morte. O trabalho no hospital, mais especificamente no hospital oncológico, requer que o psicanalista consiga suportar o sofrimento, o luto, a morte. Desse modo, a “simples” presença do analista, acompanhando os sujeitos em tratamento oncológico na pediatria, já é um desafio, e muitas vezes angustiante.

Aprendemos com Freud que a morte não possui representação no aparelho psíquico, de modo que, no inconsciente, somos todos imortais. Porém, o trabalho clínico na oncologia nos coloca diariamente diante do luto e da morte, o que faz com que a nossa “própria capacidade de fazer o luto [seja] recolocada em ação, temos de algum modo que retomar as lembranças daqueles que amamos. [...] Além disso, temos de nos defrontar com a nossa própria finitude e fazer o luto de nossa própria vida” (JORGE, 2017, p.220). E, diante disso tudo, precisamos estar disponíveis e atentos para acolher e escutar as crianças/adolescentes e suas famílias.

Como sustentar a posição de analista, por exemplo, diante da fala de uma menina de sete anos que, por alusão ao seu passarinho, coloca em jogo sua própria morte? Nas palavras de Jorge (2017, p.220), “temos que operar em nós o mais difícil de todos os trabalhos de simbolização e que talvez seja a prova mais radical para um psicanalista: ouvir um discurso sobre a morte, aproximar-se da morte a esse ponto – abordar a dimensão de não senso radical da vida”. Mas como colocar o sujeito em trabalho diante da morte? Ou como, diante da morte, apostar no sujeito? Aqui entra em jogo o desejo do analista.

O desejo do analista é uma função desenvolvida por Lacan a partir do questionamento acerca do lugar ocupado pelo analista na direção da análise do paciente. Conforme destacado em seu escrito de 1958, *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, cabe ao psicanalista dirigir o tratamento, mas não o paciente.

No que diz respeito ao atendimento de crianças e adolescentes, a demanda é frequentemente vinda dos pais ou daqueles que são responsáveis pelo cuidado e educação deles. Entretanto, no ambiente hospitalar, tal demanda tende a vir dos profissionais de saúde que acompanham o tratamento. Em ambos os casos, diferente de um jovem ou adulto que deliberadamente endereça seu sofrimento psíquico a alguém em busca de tratamento, às crianças e adolescentes esse espaço é ofertado a partir da solicitação de outros. Porém, isso não impede que, através do laço transferencial estabelecido com o analista, eles produzam sua própria demanda. É nesse sentido que trabalhamos no hospital, convidando-os para falar, se expressar, abrindo um espaço de escuta. Uma escuta atenta, sem precedentes, sem saber prévio sobre aquele que fala, uma escuta que visa ouvir:

Que seja para-além do discurso que se acomoda nossa escuta, sei disso melhor do que ninguém, quando simplesmente tomo o caminho de ouvir, e não de auscultar. Sim, isso mesmo, não de auscultar a resistência, a tensão, o opistótono, a palidez, a descarga de

adrenalina (*sic*) em que se reconstituiria um Eu mais forte (*resic*): o que escuto é por ouvir (LACAN, 1958/1998, p.622).

Entretanto, para que o analista consiga ocupar esse lugar de escuta, para que sustente e guie o processo analítico, Lacan destaca que há um preço: ele tem que pagar com suas palavras; com o que “há de essencial em seu juízo mais íntimo, para intervir numa ação que vai ao cerne do ser”; e ele também tem que pagar com a sua pessoa, “na medida em que haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência” (LACAN, 1958/1998, p.593). Ao analista é necessário um afastamento do seu próprio ser, para que ele consiga estar disponível para escutar o paciente, para que consiga se oferecer de suporte para sua demanda e para que ele esteja seguro de sua ação frente ao analisando.

É diante disso que Lacan introduz o desejo do psicanalista, pensando sobre a sua posição frente à demanda do analisando e à direção do tratamento e, nesse sentido, ressalta a importância de “formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar em seu vértice a questão do desejo do analista” (LACAN, 1958/1998, p.621). Assim, conforme destaca Rinaldi (2017, p.1), “o conceito de desejo do analista, como operador clínico fundamental da prática analítica nasce, portanto, diretamente vinculado à ética da psicanálise como ética do desejo”.

A ética da psicanálise é o tema abordado por Lacan no Seminário livro 7, partindo do seu posicionamento contrário ao modo como a psicanálise estava sendo aplicada pelos pós-freudianos, vinculada a um moralismo, e afastando-se da visão aristotélica sobre a felicidade como um Bem Supremo. A partir das descobertas freudianas, Lacan destaca que a ética psicanalítica diz respeito a uma ética do sujeito, que condiz com o seu desejo - desejo esse inconsciente, que não vai de encontro com a moral instituída. Assim, o autor ressalta já na apresentação do curso de 1959:

(...) o fato é que a análise é a experiência que voltou a favorecer, no mais alto grau, a função fecunda do desejo como tal. A ponto de se poder dizer que, em suma, na articulação teórica de Freud, a gênese da dimensão moral não se enraíza em outro lugar senão no próprio desejo” (Lacan, 1959-1960/1988, p.12).

Logo, a prática clínica psicanalítica opera a partir de uma ética voltada para o desejo, o que se distancia do ideal de felicidade como um fim, já que não se pode antecipar o que é felicidade ou o que é um bem para o sujeito, pois isso diz respeito à singularidade da realidade psíquica de cada um. Trata-se, assim, de uma ética que demarca que “os princípios que orientam a ação do analista não se confundem com um desejo de curar nem se subordinam a ele” (LIMA, 2020, p.88). Uma ética que orienta o analisando em sua relação ao real (LACAN, 1959-1960/1988), uma vez que o sujeito, desde o início de sua existência, é marcado por uma falta - determinando-o como falta-a-ser – falta essa, causa do desejo. Nas palavras de Lima (2020, p.90):

(...) é desde a primeira mítica experiência de satisfação freudiana como experiência inaugural do desejo, descrita no célebre “Projeto para uma psicologia científica” (1950[1895]/1996), que o sujeito está em falta e não há completude possível, uma vez que o objeto que poderia completá-lo está perdido desde sempre e em seu lugar resta um furo, *Das Ding*, a Coisa freudiana.

Sendo assim, a partir da ética da psicanálise, é possível pensar na posição ocupada pelo analista que, situando-se mais pela falta-a-ser, deve colocar o seu próprio ser em suspensão, o que é apenas possível por conta do desejo, descrito por Lacan (1959-1960/1988, p.360) como um “desejo prevenido”, que é o desejo do analista. Prevenido de que a felicidade como o Bem Supremo não existe, prevenido por saber que o que ele pode dar diante do que o analisando lhe demanda é justamente o seu desejo, desejo advertido “de que há castração, de que há impossibilidade” (RINALDI, 2017). Portanto, Lacan (1964/2008, p.229) apresenta o desejo do analista como uma função crucial para a sustentação de sua posição:

É por isso que eu digo [...] que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como uma função essencial (LACAN, 1964/2008, p.229).

Esse desejo, Lacan não o nomeia, mas o cerca a partir do ponto fundamental onde se relacionam desejo com desejo. Conforme salientado pelo autor, “por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente” (LACAN, 1964/2008, p.246). Porém, não se trata do mesmo desejo: o analista, ao colocar seu desejo pessoal entre parênteses, ao se calar, mantém o enigma do seu desejo, permitindo assim que a função do desejo, como oriundo do lugar do Outro, consiga se manifestar. Desse modo, o desejo do analista surge “não como um desejo puro, (...), mas como desejo de que, para além do narcisismo, surja a diferença” (RINALDI, 1997, p.3).

Assim, ao analista é possível sustentar um lugar vazio de seus próprios valores, intenções e desejos pessoais, o que lhe possibilita se oferecer como suporte para as questões e demandas do analisando, sem respondê-las, abrindo um espaço livre de julgamentos ou suposições para que ele fale o que lhe vier à cabeça. O que, no âmbito hospitalar com crianças e adolescentes, nos possibilita a oferta de um lugar livre de certo ou errado, livre de demandas dirigidas a eles, livre de intervenções, invasões e procedimentos. Oferecemo-nos, assim, como suporte daquilo que eles quiserem falar, brincar, desenhar, reclamar, se expressar.

É nesse sentido que Lacan destaca, em seu Seminário sobre a transferência, que “se o analista realiza como que a imagem popular, ou igualmente, a imagem deontológica da apatia é na medida em que é possuído por um desejo mais forte que os desejos que poderiam estar em causa (...)”

(LACAN, 1960-1961/1992, p.187). Logo, o desejo do analista também “não se confunde com os de sua pessoa, uma vez que opera a partir de um lugar que aceitou ocupar, cuja responsabilidade diz respeito ‘ao desejo que o autoriza a ocupar esse lugar e não à pessoa do analista responsável pela pessoa do seu paciente’” (BERNARDES, 2003 apud LIMA, 2020, p.85). Nas palavras de Lima (2020, p.85):

quando o analista sustenta sua posição a partir do desejo do analista, se abstendo de responder como sujeito, segundo seus próprios valores e paixões, ou como especialista veiculando um saber que fecha a questão, pode haver como efeito a mobilização do sujeito do inconsciente e o que estava inacessível pode aparecer.

Portanto, o desejo do analista é essencial para que o lugar do psicanalista no tratamento do paciente seja sustentado e para que, então, seja possível o acesso ao sujeito e ao desejo inconsciente, motivo pelo qual Lacan (1964/2008, p.225) o designou como “ponto-pivô” da operação analítica. Conforme destaca Jorge (2017, p.186), “um dos maiores nomes que Lacan deu ao desejo do analista foi o desejo de saber, isto é, desejo movido pela falta de saber, pela falta de saber fantasístico, pelo não saber que sustenta a operação analítica”.

Sendo assim, o desejo do analista, como desejo de saber, pode ser descrito como o desejo de colocar o paciente em trabalho, como o desejo de que haja análise e, portanto, de que surja o desejo. Logo, é a função desejo do analista que opera diante do acompanhamento das crianças e adolescentes em tratamento oncológico. Opera tornando possível a sustentação da nossa posição através de uma escuta ativa, abrindo um espaço de fala diante de todas as devastações causadas pelo câncer. No momento da escuta, é o desejo do analista que torna possível um esvaziamento de nós mesmos, um afastamento dos sentimentos causados pela dureza da situação enfrentada pelas crianças e adolescentes, atuando como desejo de acessar esses sujeitos, para que consigam se colocar, para que contem suas histórias.

Como ressalta Jorge (2017, p.164), “o analista se interessa pela singularidade do sujeito e, portanto, pela apreensão inteiramente subjetiva que ele pode vir a formular sobre suas vivências, na maioria das vezes apagada por uma significação generalizante”. Desse modo, inseridos no contexto hospitalar, podemos ofertar uma escuta analítica possibilitando que cada criança e cada adolescente saia do lugar de objeto imposto pelo tratamento, saia do apagamento causado pelo termo “paciente oncológico”, e venha dizer de si.

Entretanto, nem sempre a fala está disponível, seja por conta das limitações físicas impostas pelo tratamento, seja pela idade, que muitas vezes impossibilita uma expressão concisa acerca do momento vivido. Assim, o desejo do analista possibilita a sustentação da nossa presença, presença capaz de colocar tais sujeitos em trabalho, ou presença para mostrar que há ali uma aposta no sujeito,

podendo ele advir ou não. Aposta essa que se traduz em investimento, independentemente da situação em que essas crianças e adolescentes se encontram.

No caso da clínica oncológica é a demanda de cura que se impõe, cura do câncer, cura do abalo psíquico causado pelo mesmo, cura da angústia diante das devastações – e o que podemos oferecer diante dessa demanda é a nossa presença, a nossa escuta analítica. É o desejo do analista que permite que sustentemos a nossa posição de escuta diante do luto, da dor, do sofrimento de seres tão novos e de suas famílias, diante da morte. É o que permite que deixemos a nossa própria angústia em suspensão diante de tudo o que acompanhamos junto às crianças e adolescentes, e, assim, que consigamos ocupar esse lugar diariamente, independente da gravidade do adoecimento e das perdas sofridas por eles.

Sendo assim, é a partir desse desejo advertido, mais forte do que os outros desejos em jogo, que é possível apostar em cada criança e cada adolescente em tratamento oncológico; retornar quando eles não podem, não conseguem ou não querem interagir; insistir que ali, diante da angústia da devastação, há um desejo que pode ser reconhecido; reconhecer que, mesmo tão perto da morte, há um sujeito que merece ser ouvido, mesmo quando na direção de se recolher face à morte iminente. A partir disso, o que surge nas singularidades de cada caso é o que dá forças para seguir investindo, seguir apostando na potencialidade do nosso trabalho, mesmo em uma clínica tão dura, tão real.

Portanto, o que a Clara, a Ana, o Igor e o Joaquim tiveram em comum foi o desejo da analista que os acompanhou, em garantir um espaço em que pudessem se manifestar, falar, brincar, pintar, apontar, olhar; o desejo de alguém que investia neles, mostrando que, independentemente do estado de saúde, do avanço da doença e de todas as perdas, havia ali sujeitos que mereciam e podiam ser escutados. Podemos dizer, assim, que a presença do analista na clínica oncológica, atravessada pelo desejo do analista, contribui para que, diante do impossível, surja um trabalho possível, ainda que da ordem de um luto efetivo.

O QUE É POSSÍVEL CONCLUIR

Para que seja possível elaborar algo da ordem de uma conclusão sobre o que foi construído ao longo da presente pesquisa, vale destacar um acontecimento significativo e raro que marcou o que pode ser nomeado de “desfecho” do acompanhamento da Clara.

Em um de nossos encontros, cheguei no leito da Clara no momento em que ela estava colorindo um desenho de rinoceronte. As cores escolhidas chamaram a minha atenção: era um rinoceronte todo florido e desenhado por dentro. Ela o pintou de prateado, e todas as flores e traços que havia dentro dele de cores diversas e bem vivas. Olhei e comentei: “nossa, que rinoceronte psicodélico lindo!”. Clara e Carla me olharam rindo, sem entender o que eu queria dizer com “psicodélico”, palavra que elas nunca tinham escutado até então. Expliquei leigamente – já que também nunca havia parado para pensar em seu significado – sobre a mistura das cores e seus efeitos. O significante *psicodélico* surgiu aí costurando a transferência, e retornou em outros atendimentos através de brincadeiras e afirmações.

Meses após o falecimento de Clara, Carla retornou ao hospital – algo que não acontece frequentemente, uma vez que, para aqueles que perdem seus filhos ao longo do tratamento oncológico, o hospital tende a se tornar um símbolo de todo o sofrimento vivido, um símbolo da perda. No entanto, Carla retornou com o intuito de agradecer à equipe pelo laço de carinho e cuidado estabelecido com sua filha. Ao conversar com ela nesse dia, ela me entregou de presente uma foto que tirou da Clara comigo e uma cópia colorida do “rinoceronte psicodélico”. Carla destacou que, ao visitar os livros de pintura da Clara, percebeu que ela sempre deixava as pinturas inacabadas, com uma parte sem estar colorida, e percebeu que o rinoceronte foi o único desenho que ela terminou de pintar. E foi só então que ela reparou em uma frase que veio escrita no canto do desenho: “*decidi não esperar as oportunidades e sim buscá-las. Decidi ver cada dia como uma nova oportunidade de ser feliz*”. Carla interpretou a persistência de Clara em finalizar sua pintura, junto a essa frase, como um recado da filha, como a forma que ela escolheu viver o final de sua vida.

Diante dessa situação podemos fazer algumas interpretações. A união da pintura com a frase pode ter sido um modo da Clara manifestar aquilo que não conseguia colocar em palavras – não havia significantes para falar sobre sua morte, mas se dedicou para finalizar a pintura de um desenho específico, que expressava o modo como escolheu viver o que havia de vida. Além disso, a especificidade do desenho escolhido por Clara também diz respeito ao laço transferencial estabelecido com a analista, o que nos mostra a potencialidade da sustentação de um espaço de escuta,

espaço esse em que muito pode ser elaborado, criado, muito pode ser dito, mesmo sem ser pela via da palavra.

Talvez diversas outras questões pudessem ter sido abordadas a partir do caso da Clara, da Ana, do Igor e do Joaquim, mas o real do câncer estampado em seus corpos, o real do corpo escancarado pelo câncer, as perdas em jogo e seus efeitos nesses sujeitos, nos seus pais, na equipe e na própria analista, foi o que gerou questionamentos desde o início. Por isso foi feita a escolha de sustentar a angústia, não só na clínica, mas também no presente trabalho. Sustentar que é ela que tende a se manifestar, ela que pode, de certa forma, traduzir subjetivamente o real que se impõe – às crianças e adolescentes, aos pais, à equipe e a nós, analistas, que também somos tomados por ele. Assim, abordar a angústia é tentar abordar, de alguma forma, o real da clínica oncológica.

Desse modo, partindo da perda, atravessando a angústia e chegando ao luto como possibilidade de reinvenção, o desejo do analista surgiu como o que permite a sustentação da angústia, a sustentação da nossa prática frente ao real. Vale destacar, entretanto, que o que pôde ser oferecido a essas crianças e adolescentes em tratamento foi uma *escuta* e não um trabalho analítico – uma vez que nem sempre é possível manter a frequência dos atendimentos, atravessada pelo tempo da internação, pelo momento do tratamento vivido e pelos limites impostos pela doença. Porém, para além de todas as dificuldades inerentes a essa clínica tão dura, a potencialidade de um espaço de escuta analítica pôde ser notada, e o “rinoceronte psicodélico” representa o que há de mais sutil e significativo nela: a mediação do sujeito com o impossível de simbolizar, a possibilidade de expressão daquilo que não se pode colocar em palavras, mesmo diante da morte iminente.

É claro que o tema não se esgota aqui, ainda há muito para ser aprofundado. Pensar sobre o papel da psicanálise na clínica oncológica também é pensar na relação e nas diferenças entre o discurso analítico e o discurso médico frente à morte, ao desejo de morrer e o de fazer sobreviver, é pensar no singular, no subjetivo, no sujeito mais do que na cura. Reflexões essas que ainda não puderam ser abordadas. Nesse sentido, uma escrita que aborda a falta, não teria outro caminho a não ser se reconhecer faltante. Porém, entendemos que essa falta segue a sua importante função de possibilitar o desejo de seguir pesquisando, estudando, aprofundando e apostando.

Inclusive, é possível pensar que todo o trabalho que foi desenvolvido aqui gira em torno da falta. O câncer, a clínica oncológica escancara para todos os envolvidos a sua própria castração. Há sempre uma impossibilidade, um limite de até onde se pode ir. Apesar do luto, das criações e superações, existe um limite para as crianças e adolescentes: o real do avanço da doença se impõe, gerando o fechamento, o recolhimento desses sujeitos. A equipe médica possui um limite de protocolos a seguir, medicações para prescrever e de intervenções para realizar - em algum momento

o real se impõe. As mães e pais possuem um limite de até que ponto podem fazer algo para ajudar seus filhos - em algum momento o real se impõe. A atuação do analista, apesar de sermos advertidos sobre isso desde o início, também possui um limite e não somos imunes a ele - em algum momento o real se impõe.

Sendo assim, na clínica oncológica, todos se deparam, em algum momento, com a sua própria falta. O diferencial é o modo como cada um consegue lidar com ela, o que cada um faz dela. Frente a isso, cabe ao analista se assumir faltante para poder sustentar e colocar em trabalho, quando possível, o limite imposto às crianças e adolescentes em tratamento, e aos seus pais. Se assumir faltante para não recuar frente ao real e persistir, apostando nesses sujeitos mesmo diante da morte, favorecendo, então, que um luto seja elaborado e que algo possa ser criado, manifestado, assim como o rinoceronte psicodélico.

Figura 5- Rinoceronte psicodélico



"DECIDI NÃO ESPERAR AS OPORTUNIDADES. E SIM BUSCÁ-LAS. DECIDI VER CADA DIA COMO UMA NOVA OPORTUNIDADE DE SER FELIZ."
WALT DISNEY

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. O hospital, o sujeito, a psicanálise. Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Rev. SBPH*, v.11, n.1. Rio de Janeiro, 2008.

ALBERTI, S; MARTINS, A. Os mistérios do corpo falante e a adolescente anoréxica. In: Chatelard, D.S; Maesso, M.C (org.). *O corpo no discurso psicanalítico*. Curitiba: Appris, 2019.

ALBERTI, S. O corpo, uma superfície. In: Alberti, S; RIBEIRO, M.A.C. (org.). *Retorno do Exílio: o Corpo entre a Psicanálise e a Ciência* (Apresentação). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

AMPARO, D.M.; MAGALHÃES, A.C.R; CHATELARD, D.S. O Corpo: Identificações e Imagem. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. XIII, Nº 3-4, p. 499 – 520, set/dez, 2013.

BASTOS, A. Fenômeno psicossomático e inconsciente. In: Chatelard, D.S; Maesso, M.C (org.). *O corpo no discurso psicanalítico*. Curitiba: Appris, 2019.

BOMFIM, F. Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista. *Opção Lacaniana online*. Ano 4, n.21, nov. 2016.

CASTILHO, G; BASTOS, A. A função constitutiva do luto na estruturação do desejo. *Estilos clin.*, v. 18, n. 1, jan./abr., p. 89-106. São Paulo: 2013.

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

COSTA, N. *Da sobrevivida à vida: considerações sobre crianças e adolescentes com câncer a partir da psicanálise*. Trabalho de Conclusão de Curso. (Psicologia). Rio de Janeiro: INCA, 2014.

CUKIERT, M. *Considerações sobre Corpo e Linguagem na Clínica e na Teoria Lacaniana*. *Psicologia USP*, 15(1/2), 225-241, 2004.

DARRIBA, V. *A falta conceituada por Lacan: da coisa ao objeto a*. *Ágora*, v. VIII, n. 1, p. 63-76. Rio de Janeiro, 2005.

FREUD, S. *Proyecto de psicología* (1950 [1985]). *Obras completas Sigmund Freud*, v. 1 (1886-99). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1992.

_____. *Tres ensayos de teoría sexual y otras obras* (1905). *Obras completas Sigmund Freud*, v. 7 (1901-05). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1992.

_____. *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912). *Obras completas Sigmund Freud*, v. 12 (1911-13). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1991.

_____. Recordar, repetir y reelaborar (1914). Obras completas Sigmund Freud, v. 12 (1911-13). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1991.

_____. À guisa de introdução ao narcisismo (1914). In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v. 1 (1911-1915). Coordenação Geral de Tradução: Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. Pulsões e destinos da pulsão (1915). In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v. 1 (1911-1915). Coordenação Geral de Tradução: Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. Luto e melancolia (1917). In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, v. 2 (1915-1920). Coordenação Geral de Tradução: Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. *Lo ominoso* (1919). Obras completas Sigmund Freud, v. 17 (1917-19). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1992.

_____. El yo e el ello (1923). Obras completas Sigmund Freud, v. 19 (1923-25). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1992.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, v. 2 (1915-1920). Coordenação Geral de Tradução: Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. *Más allá del principio de placer* (1920). Obras completas Sigmund Freud, v. 18 (1920-22). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1992.

_____. *Inhibición, sintoma y angustia* (1926 [1925]). Obras completas Sigmund Freud, v. 20 (1925-26). Buenos Aires: Amorrortu ed., 1992.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>> Acesso em 26 de abril de 2019.

JORGE, M.A.C. Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, v.1: As bases conceituais. 2 ed., Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, v.3: A prática analítica. 1.ed., Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

_____. Angústia e castração. Reverso. ano 29, n.54, p. 37-42. Belo Horizonte, 2007.

JORGE, M.A.C.; FERREIRA, N. Lacan: o grande freudiano. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, J. (1949) O estágio do espelho como formador da função do eu. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

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

_____. (1953-1954) O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. (1955) Variantes do tratamento padrão. In: Escritos, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Escritos, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. (1958-1959) O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

_____. (1959-1960) O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. (1960-1961) O Seminário, livro 8: a transferência. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. (1962-1963) O Seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

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

_____. (1965). A ciência e a verdade. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. In: Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32. São Paulo, 2001.

LAMBERT, A. Psicanálise no Hospital. In: Opção Lacaniana. Prática Lacaniana nas Instituições, n. 37, 2003.

LIMA, F.B. O desejo do analista e seus efeitos na clínica em um quartel de Polícia Militar. Tese (doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2020.

MILLER, J.A. Introdução à leitura do seminário da angústia de Jacques Lacan. In: Opção Lacaniana, n.43, 2005.

RABELLO, M.A. O Câncer e o Brincar: Tratando o Real pelo Simbólico. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia). Rio de Janeiro; INCA, 2015.

RÊGO BARROS, R. Redes e Laços: Impasses e Desafios. In: Cadernos de Psicologia. O sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: Rio de Janeiro, 2014.

_____. Mesa Redonda: De que corpo se trata em oncologia? (palestra). In: III Simpósio de Lançamento dos Cadernos de Psicologia: O corpo na perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: Inca, 2016.

RINALDI, D. Ética e desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão. Reunião Lacanoamericana da Bahia, Salvador, out.1997. Disponível em <<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/doris-rinaldi/>>

_____. O desejo do analista na instituição pública de saúde mental. XV Jornada da Comissão de Enlace Regional – CER Brasil, Porto Alegre, ago.2017. Disponível em <https://appoa.org.br/correio/edicao/268/8203o_desejo_do_analista_na_instituicao_publica_de_sau_de_mental/483>.

SWINERD, M. M. A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico: uma visão da psicanálise. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2016.

TENÓRIO, F; COSTA-MOURA, F. Melancolia como presença real do objeto – uma abordagem lacaniana. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 469-484, set. 2014.

VIEIRA, M.A. Objeto e desejo em tempos de superexposição. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. VIII, n.1, jan./jun., p. 27-40, Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

VILANOVA, A. A dor na própria carne. In: Almeida, C. P.; Moura, J. M.. (Org.). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia*. Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1997.