

RONALDO SALES DE ARAÚJO

**Os efeitos da mastectomia sobre a sexualidade feminina, a partir da clínica  
psicanalítica.**

Belo Horizonte

2015

RONALDO SALES DE ARAÚJO

**Os efeitos da mastectomia sobre a sexualidade feminina, a partir da clínica psicanalítica.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Nádya Laguárdia de Lima.

Belo Horizonte

2015

150 Araújo, Ronaldo Sales de  
A663e Os efeitos da mastectomia sobre a sexualidade feminina,  
2015 a partir da clínica psicanalítica [manuscrito] / Ronaldo Sales  
de Araújo. - 2015.  
104 f.  
Orientadora: Nádya Laguárdia de Lima.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas  
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise – Teses. 3. Sexo -  
Teses. 4. Imagem corporal - Teses. 5. Mastectomia - Teses.  
I. Lima, Nádya Laguárdia de Lima. II. Universidade Federal  
de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências  
Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Os efeitos da mastectomia sobre a sexualidade feminina, a partir da clínica psicanalítica.**

**RONALDO SALES DE ARAUJO**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2015.

Anteane de Freitas Lima Gull  
João de Almeida  
Nádia Rajewski de Souza

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Ronaldo e Maria: um pai do qual herdei o nome e transmitiu uma Lei. Uma mãe que cuida e zela pela formação dos filhos de forma resiliente no enfrentamento da dureza da vida. Minha gratidão!

À minha orientadora Prof. Dra. Nádia Laguárdia, pela aposta no trabalho e pelo bom encontro! Não apenas na construção da dissertação, mas também de formas reiteradas: nos grupos de pesquisas sob sua coordenação, nas supervisões dos atendimentos clínicos, nos grupos de estudos da teoria lacaniana, como também pelo incentivo de publicar em revistas indexadas e participar em eventos acadêmicos nacionais e internacionais. Obrigado por tudo professora!

Aos professores que participaram da banca de qualificação, em especial o Prof. Dr. Paulo Vidal pelo acolhimento e sugestões de percursos que poderiam ser traçadas na dissertação. As professoras Dra. Andréa Guerra, Dra. Jacqueline de Oliveira e Dra. Cristiane Cunha (desde a banca de qualificação), pelo aceite do convite para avaliar a dissertação e participar da banca de defesa, enfim, de dividir comigo esse momento tão especial.

Busco na memória tantas pessoas das quais encontrei na minha caminhada e que contribuíram de alguma forma nesse meu percurso chamado vida. Gosto desse significante caminhada para eu tentar transmitir a um outro o valor e a gratidão que tento dar a cada uma das pessoas citadas nesse momento tão importante para mim.

Ao Dr. Vinícius Vieira, do qual me acompanha desde os primeiros meses de idade, lá na década de 70, quando nasci, um encontro contingencial entre ele e meus pais numa aposta que um pequeno *infans* se tornasse um sujeito de desejo, mesmo não sendo psicanalistas, mas de um lado, um residente de ortopedia apaixonado pela profissão e de outro lado um casal jovem buscando o melhor para um filho, ou seja, ambos pela via do amor!

Aos psicanalistas Cristiane Barreto e Henri Kalfmanner pelas contribuições na minha sustentação do *desejo de analista*.

Aos meus familiares – avós, tios, irmãos, primos, sobrinhos e agregados – especialmente as minhas tias: Maria Aparecida, Maria de Faria e Maria Tereza que transmitiram para mim o valor da dedicação aos estudos. À minha irmã e amiga Mônica, a minha prima e amiga Adriana que com suas atitudes e investimentos dispensados a mim me mostram que nosso laço é muito além de um grau de consanguinidade. A minha amiga e “irmã” Binha, que mesmo morando na Alemanha se mostra tão presente e investida na nossa amizade.

Aos meus amigos em geral, especialmente Antônio Jr, Flaviane Camargos, Hellen Brandão, Marcos Mudado, Patrícia Gontijo, Rafael Pais, Roseane Lisboa, Sandra Oliveira e Santuza Franco pelas repetidas vezes que me escutaram discorrendo sobre meu amor pela psicanálise e ultimamente pelo meu tema de pesquisa nos momentos sociais, enfim, “amém Lacan”! Aos novos amigos colegas de Mestrado, Doutorado e pesquisadores do Laboratório de Psicologia e Educação/UFMG, em especial: Fabiana, Juliana, Paula, Viviane.

Aos colegas de trabalho das instituições da quais já passei: Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves, Hospital Evangélico, Hospital Vera Cruz, Unimed BH núcleo Contorno, Hospital Unimed BH, Hospital Júlia Kubistchek. E aos colegas do Hospital Alberto Cavalcanti, em especial, Elaine e Sílvia (Serviço Social), Gislene (NEP) e a equipe de Psicologia Hospitalar.

Ao *sujeito*, de forma singular, pluralizada na minha experiência clínica, que autorizaram o início de sua análise sob o meu desejo do analista via *transferência de amor*.

Meu muito obrigado!

## RESUMO

Araújo, Ronaldo Sales de. (2015). *Os efeitos da mastectomia sobre a sexualidade feminina, a partir da clínica psicanalítica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Esta pesquisa abordou os efeitos da cirurgia de mastectomia sobre as mulheres em atendimento ambulatorial no Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) na cidade de Belo Horizonte/MG. Analisou, em especial, os efeitos dessa intervenção médica sobre a sexualidade feminina. A questão que moveu esta investigação foi: - Por que as mulheres em atendimento ambulatorial não abordam, em seus atendimentos clínicos, o tema da morte, mas questões relativas à imagem corporal e à sexualidade? Como metodologia de pesquisa, utilizou a pesquisa bibliográfica e o estudo de caso. O referencial teórico privilegiado para esta reflexão foi a psicanálise de orientação lacaniana. Os principais temas que sustentaram a discussão teórica foram: corpo, imagem corporal, belo, olhar e sexualidade feminina. Os casos clínicos analisados mostraram que, para essas mulheres, a mutilação do seio teve o efeito de um confronto com o real, despertando a angústia. A mastectomia provocou o abalo na imagem corporal e a perda da referência significativa que as localizavam no campo das identificações sexuais, como mulheres. Constatamos que a noção de feminilidade, para elas, estava ligada à beleza corporal. Identificamos dois tipos de resposta do sujeito a esse confronto com o real: a perda da identificação com a referência identificatória feminina com o desinvestimento na imagem corporal; e o reinvestimento na imagem corporal com a reconstrução da referência simbólica identificatória feminina. No segundo caso, houve uma recuperação da função do belo. Para Lacan, o belo como uma forma, tem um estatuto imaginário, mas apresenta uma eficácia simbólica. É uma tentativa do sujeito de tomar certa distância do real, de evitar a angústia diante da proximidade da Coisa. Assim, o belo operou, para essas mulheres, como uma barreira contra o real.

Palavras-chave: Psicanálise, Sexualidade Feminina, Imagem Corporal, Mastectomia, Câncer de mama.

## ABSTRACT

Araújo, Ronaldo Sales de. (2015) *The effects of mastectomy on feminine sexuality based on the psychoanalytic clinic*. Master's dissertation Postgraduate Program in Psychology, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.

This research approached the effects of mastectomy surgery on the women that attended the outpatient care at the Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) of the Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) in Belo Horizonte/MG. The focus of this work was the analysis of the effects of medical intervention on feminine sexuality. The question that motivated this investigation was: why outpatient women do not approach, in their clinical care, the theme of death, but issues related to body image and sexuality? As for the research methodology, bibliographic research and case study were used. The theoretical framework that was mainly used for this observation was the lacanian psychoanalysis. The major themes that sustained the theoretical discussion were: body, body image, the beautiful, view and feminine sexuality. The clinical cases that were analyzed showed that, for these women, breast mutilation resulted in a confrontation with the real, arousing anguish. The mastectomy caused shock on their body image and loss of the significant reference that placed them in the field of sexual identification, as women. We found that the notion of femininity, for them, was attached to their body beauty. We identified two kinds of answer that the subject gave to this confrontation with the real: the loss of identification with the feminine identificatory reference with disinvestment in body image; reinvestment in body image with the reconstruction of the symbolic feminine identificatory reference. In the second case, there were repercussions for the function of the beautiful. According to Lacan, the beautiful, as a shape, has an imaginary statute, but represents a symbolic effectiveness. It is an attempt of the subject to be distant from the real, to avoid anguish before the imminence of the Thing. Thus, the beautiful operated, for these women, as a barrier against the real.

Key words: psychoanalysis, feminine sexuality, body image, mastectomy, breast cancer.



## **Na frente do coração**

*[...] E a arquitetura do corpo se projeta na nova casa que é sua, sua casa-corpo para se reconhecer, se rejubilar. E descobrir a alegria. Não aquela de grandes gestos. A outra que lhe trouxe a escrita da vida. Rescrever a vida no corpo e saber que vale a pena.*

*Viu que não era prisioneira das formas, das casas, dos espaços fechados. Viu que podia fazer furos na casa, na vida e no corpo e viu que eles se abrem para outras possibilidades. A de reinventar o corpo, reinventar a vida, refazer as formas envelhecidas do amor.*

*A linha reta, cicatriz da dor se transforma em cicatriz da lembrança da dor que se transforma em novas feitura de desejo. Metamorfose. Metamorfose, escreveu o poeta. Morfose: as formas dúcteis se moldam como novo barro, como novo corpo, esse que se ergue: ergo sum. Um momento de jubilância. Um minuto em que o impossível da alegria e do amor se torna pura vida e tudo mais: corpo, olhos, linhas, mãos que cortam, costuram, bordam fazem não apenas um novo corpo com seus ovalados, ovos, mas são cerne da criação da nova vida nascida de novo olhar.*

*Mas o ovo e sua forma perfeita. Ovo é o que contém e sustenta a vida. Dentro e fora, o que se não mostra, mas o liso da casca é de uma fragilidade e forças tais que quebram*

*toda lógica. Quantos olhos já se espantaram  
com a forma perfeita do ovo. Ovo, vida, tão  
óbvio, tão obtuso. Os meus se quebraram, ela  
pensou e passou as mãos sobre a linha reta.  
Sem volume. E viu a sombra da vida e  
Vislumbrou uma ponta de morte.*

*[...] O bálsamo se faz pelo olho que acolhe a  
dor e a transforma. Sem palavras para definir.  
Ela não tinha. Só descobriu como num átimo  
uma espécie de segredo, de enigma: a vida não  
fala as línguas comuns e, estrangeira, teve que  
entrar por outras veredas, outras vias, nem  
sempre concretas ao vivo do olho, ao chão do  
pé, ao áspero tato da mão. [...]*

(Ruth Silviano Brandão)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. OS DESAFIOS DO TRABALHO DO PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL: A ANTINOMIA ENTRE A PSICANÁLISE E A MEDICINA</b>	
1.1. Um encontro possível entre a medicina e a psicanálise no contexto hospitalar .....	15
1.2. O discurso universitário como modo de operação médica .....	22
1.3. O discurso do analista como modo de operação da clínica hospitalar – HAC .....	24
1.4. A validação do profissional de psicologia no contexto hospitalar .....	25
1.5. Da queixa orgânica ao advento do sujeito do desejo .....	27
<b>2. A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL COM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: O CORPO MUTILADO, O OBJETO OLHAR E A FUNÇÃO DO BELO</b>	
2.1. A psicanálise, seu lugar entre as ciências .....	36
2.2. Psicanálise no hospital: psicanálise aplicada? .....	41
2.3. A construção do caso clínico: uma metodologia psicanalítica .....	43
2.4. A clínica psicanalítica com mulheres em tratamento contra o câncer de mama .....	46
2.5. Um objeto agalmático chamado <i>olhar</i> .....	48
2.6. A visão do corpo mutilado: a imagem corporal e a castração no real .....	53
2.7. Quimioterapia e beleza .....	58
2.8. Da imagem à ética da psicanálise: a função do belo .....	62
<b>3. DO ÉDIPO À SEXUAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A FEMINILIDADE</b>	
3.1. A feminilidade na teoria freudiana .....	71
3.2. A feminilidade na teoria lacaniana .....	77
3.2.1. A feminilidade através das fórmulas da sexualização: o outro gozo .....	80
3.3. Vinheta clínica .....	85
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	95
<b>ANEXO 1: Parecer Técnico da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG</b>	
<b>ANEXO 2: Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em pesquisa – CEP</b>	
<b>ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</b>	
<b>ANEXO 4: Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos</b>	

## INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu da minha prática ambulatorial, atendendo pacientes do sexo feminino diagnosticadas com câncer de mama em tratamento no Hospital Alberto Cavalcanti (HAC), em Belo Horizonte, MG, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) desde o ano de 2011.

O Hospital Alberto Cavalcanti foi credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) em 2008, sendo o primeiro hospital público de Minas Gerais a se tornar referência no tratamento do câncer (FHEMIG, 2012).

A minha prática psicanalítica ambulatorial no HAC<sup>1</sup> tem evidenciado, por meio das falas dos sujeitos, que a angústia das mulheres acometidas pelo câncer de mama está ligada predominantemente à perda vivida no corpo e não à possibilidade iminente da morte, mesmo no estado avançado da doença.

Tal fato pode indicar, à primeira vista, que essas pacientes não assimilam o discurso social estigmatizante que equivale câncer à morte, o que as difere de pacientes com outras doenças clínicas e neoplásicas em atendimentos psicanalíticos nesse mesmo ambulatório hospitalar. Nesse sentido, as mulheres com câncer de mama se colocam como uma exceção na abordagem da terminalidade, em seus atendimentos clínicos. Surgiu, portanto, a questão fundamental que moveu esta investigação: - Por que estas mulheres não abordam a morte em seus atendimentos clínicos, mas, sim questões ligadas à feminilidade, à imagem e à estética corporais?

A partir desta constatação, surgiu o meu interesse em investigar a relação existente entre feminilidade, imagem corporal, estética e morte, segundo a teoria psicanalítica de orientação lacaniana. O presente trabalho foi desenvolvido com base no aporte teórico

---

<sup>1</sup> O Hospital Alberto Cavalcanti (HAC), localizado no bairro Padre Eustáquio, BH/MG, foi inaugurado em 1936 com o nome de Sanatório Minas Gerais e, naquela época, tratava pacientes de tuberculose. Em 1947, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB) adquiriu o sanatório, que passou a se chamar Sanaminas, nome que ficou conhecido em todo o País até 1956. Em 1960, com o nome de Sanatório Alberto Cavalcanti, tornou-se o mais moderno centro para tratamento de tuberculose no Brasil. Antes de integrar a FHEMIG, o hospital pertenceu ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, em seguida, ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Atualmente, o Alberto Cavalcanti é um hospital geral de porte médio, que oferece os serviços de mastologia, cirurgia geral e especialidades como clínica médica, oncologia, serviços de urgência/emergência e ambulatorial.

proporcionado pelo curso oferecido na clínica D'ISS (2013), em Belo Horizonte/MG, pelo cartel (2013) com a temática sobre o corpo, pelas sessões clínicas de psicanálise com crianças vinculadas à Escola Brasileira de Psicanálise/MG, pelo grupo de pesquisa sobre o feminino<sup>2</sup> na UFMG de 2012 a 2014, e pelas disciplinas do curso de Mestrado em Psicologia da UFMG, realizado em 2013 e 2014. As discussões na banca de qualificação foram decisivas para o delineamento do meu objeto de pesquisa.

Pesquisas divulgadas pela presidente Dilma Rousseff na abertura da conferência mundial da ONU (Organização das Nações Unidas) em Nova York/ EUA, em julho de 2014, informaram que o câncer é a segunda mais frequente causa de morte no Brasil, perdendo quantitativamente apenas para as doenças cardiovasculares (Portal Brasil, 2014). No que se refere especificamente ao câncer de mama, de acordo com os dados divulgados pelo INCA (Instituto Nacional do Câncer), verifica-se que:

O câncer de mama é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do câncer de mama foi reafirmado como prioridade no *plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer*, lançado pela presidente da República, em 2011. (INCA, 2015)

O tratamento do câncer pode envolver a retirada total ou parcial da mama afetada, o que provoca um grande impacto físico, social e psíquico nessas mulheres. Relatos sobre os efeitos da marca deixada pela mastectomia sobre a imagem corporal e sobre a sexualidade são frequentes na clínica.

Tal pesquisa se justifica, em primeiro lugar, pelo número insuficiente de pesquisas acadêmicas brasileiras que abordam o tema, especialmente no campo da psicanálise. Fato constatado através de buscas realizadas em ambiente virtual em sites acadêmicos. Em segundo lugar, pela relevância de se desenvolver uma pesquisa acadêmica em um hospital de referência de tratamento do câncer. Em terceiro lugar, por considerar que a clínica psicanalítica no hospital pode contribuir para a implicação do sujeito, acometido pelo câncer, no tratamento da doença. Dessa forma, torna-se pertinente a abordagem desse fenômeno a partir da orientação teórico/clínica psicanalítica.

---

<sup>2</sup> Título da pesquisa: Adolescência e contemporaneidade: o feminino nas redes sociais da internet. Coordenada pela prof. Dra. Nádia Laguárdia de Lima.

É relevante problematizar a relação do sujeito com o seu corpo, numa perspectiva que ultrapasse a dimensão orgânica, para contribuir para os estudos de casos no campo da saúde geral. No caso específico desta pesquisa, busquei compreender os efeitos da marca inscrita no corpo, decorrente da mastectomia, sobre os sujeitos. Em especial, interrogo, a partir dos casos clínicos selecionados, os efeitos da amputação do seio sobre a percepção da imagem corporal e sobre a feminilidade desses sujeitos.

Para realizar essa investigação, utilizei, como metodologia de pesquisa, a pesquisa bibliográfica, estudos de casos do HAC, além da leitura do blog: Quimioterapia e Beleza, com livre acesso ao público.

O seguinte percurso foi elaborado para a discussão do tema:

O Capítulo 1 apresenta uma reflexão sobre os desafios e as possibilidades do trabalho do psicanalista no hospital geral. Como recurso teórico, aborda os discursos do analista e do universitário, de Lacan (1992/1969-70), para diferenciar a clínica médica da clínica psicanalítica no hospital.

O Capítulo 2 discute a delicada relação da psicanálise com as ciências, reflete sobre as especificidades da pesquisa em psicanálise e explicita a metodologia escolhida para esta investigação. Comenta ainda alguns fragmentos clínicos e os escritos de uma jovem em um blog, apresentando as reflexões teóricas centrais desta pesquisa. Para fazer esta discussão, privilegia os seguintes temas: imagem corporal, objeto olhar e belo, baseando-se especialmente na teoria de Lacan.

O Capítulo 3 percorre, de forma sintética, alguns textos de Freud e de Lacan sobre o tema da feminilidade, buscando analisar a sua relação com a questão central desta pesquisa. Ao final, apresenta um fragmento de caso clínico, para articular os principais temas abordados nesta dissertação.

Considero que esta pesquisa pode contribuir para a construção da interdisciplinaridade em um contexto de saúde pública. Na medida em que a relação do sujeito com o seu corpo e com a sua sexualidade referencia o modo como este lida com o tratamento

médico, a psicanálise pode oferecer importante contribuição para o campo ampliado da saúde.

Tendo em vista a complexidade do tema, esta pesquisa não oferece uma resposta conclusiva à questão formulada inicialmente, mas uma resposta parcial, elaborada a partir de um recorte teórico preciso e de uma prática clínica específica, que aponta para a necessidade de se avançar nas investigações.

## **1. OS DESAFIOS DO TRABALHO DO PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL: A ANTINOMIA ENTRE A PSICANÁLISE E A MEDICINA**

*(...) entre o que fala e aquilo de que se fala.*

(Foucault, 2004/1980, p. 7)

### **1.1. Um encontro possível entre a medicina e a psicanálise no contexto hospitalar**

O hospital geral, lugar tradicionalmente marcado pelo saber médico, é, na atualidade, um lugar em que transitam profissionais de diferentes campos do saber, ou seja, é um espaço de circulação de vários discursos, dentre eles, o do psicanalista. Neste capítulo, faremos uma reflexão sobre o lugar do psicanalista no hospital, em especial, as especificidades do seu trabalho nesta instituição de saúde.

No Hospital Alberto Cavalcanti (HAC), cabe ao Analista de Gestão e Assistência à Saúde (AGAS) – Psicologia Clínica, garantir o espaço de trabalho do profissional da psicologia na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), através da sustentação e defesa da sua prática neste contexto.

Nesse ambiente institucional, há ao mesmo tempo um encontro e um desencontro entre o saber da medicina e o saber da psicanálise. Operar com o saber da psicanálise é reconhecer que há uma relação indissociável entre investigação e tratamento. Como salienta Teixeira, “o saber que rege a pesquisa em psicanálise emerge como efeito de sua colocação em ato” (2010, p. 28). Assim, a transmissão da psicanálise se dá pela via do ato e não pela via do saber teórico. A condução do tratamento é orientada pelo interesse nos aspectos singulares de cada caso, ou seja, a clínica psicanalítica é sustentada pela “operação de esvaziamento do saber prévio, indispensável à construção do caso clínico” (Teixeira, 2010, p. 59). Se cada caso é único, trata-se de buscar o saber que emerge do próprio sujeito em análise, resultado do estabelecimento da transferência analítica.



Para o exercício da prática clínica no hospital, utilizamos o dispositivo clínico da associação livre<sup>3</sup>, designado por Freud como regra fundamental do método psicanalítico. Essa regra é válida para toda clínica psicanalítica, independentemente do contexto em que ela se dá. Assim, a clínica psicanalítica no hospital segue os mesmos princípios da clínica psicanalítica no consultório. Lacan (1964/2008b), em seu Seminário o XI, nos esclarece:

O que é uma práxis? Parece-me duvidoso que este termo possa ser considerado como impróprio no que concerne à psicanálise. É o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico. (Lacan, 1964/2008b, p. 14)

No entanto, a prática psicanalítica que ocorre numa instituição hospitalar apresenta algumas especificidades. No hospital, o trabalho do psicanalista pode ser realizado com o paciente, com a família e/ou com a equipe multiprofissional. Neste último, o trabalho se dá frequentemente mediante discussões de casos clínicos, tanto nas unidades de internação, quanto nas reuniões de multiprofissionais, visando contribuir para o trabalho em equipe.

A articulação teórico-prática que o psicólogo, sustentado pela teoria psicanalítica, deve construir no hospital, é sempre um grande desafio para esse profissional. As vicissitudes encontradas diariamente em nossa prática nos levam a questionar a função da psicanálise no hospital. Torna-se fundamental que o psicanalista seja orientado pelo pilar que sustenta a clínica psicanalítica, que inclui o estudo teórico, a supervisão clínica e a própria análise. A teoria psicanalítica de Freud e de Lacan é, portanto, um subsídio fundamental para a sustentação e transmissão da clínica psicanalítica no hospital. Mas, para além deste pilar que sustenta toda clínica psicanalítica, a prática hospitalar apresenta os seus atravessamentos.

A clínica hospitalar nos mostra que, apesar da condição de doente que marca a identidade do paciente no hospital, a oferta da palavra produz efeitos sobre o sujeito que vão além daqueles que envolvem a doença orgânica instaurada em seu corpo.

Desde a invenção da psicanálise, por Freud, sabemos que existe uma maneira própria de operar sobre um fenômeno que desafia os médicos, que é o sintoma histérico, fato que

---

<sup>3</sup> Conceito trabalhado no Capítulo 2 dessa dissertação.

podemos testemunhar até hoje na clínica exercida nos hospitais. Colocado inicialmente pelos médicos como sendo uma forma de se chamar a atenção, ou como um fingimento do paciente, o sintoma neurótico coloca um impasse ao saber da ciência, na medida em que ele não consegue curá-lo. Algo não cessa de não se inscrever (Lacan, 1972-73/2008c). Freud constata que a histérica quer ser escutada, e esse é o caminho para a sua cura.

A psicanálise surgiu do campo da ciência, mais especificamente da medicina, pois Freud era um neurologista reconhecido no meio médico. Ele percebeu, naquele momento, que o manejo clínico, em sua vertente médica, não tratava o mal-estar que não tinha uma causa orgânica. Diante de tal realidade, construiu sua grande inovação: ofertar para essas pacientes um tratamento que permitisse ao médico não exercer nenhum poder sobre elas.

O discurso do analista opera a partir do não-saber sobre a verdade do outro, numa aposta de que a verdade do sujeito, de forma singular, possa advir. Isso nos leva a pensar que não existe um analista propriamente dito, mas, sim, um lugar para a função de analista operar.

No hospital, o saber da medicina é fundamental, o que confere ao médico um lugar assegurado de trabalho neste local. Já o psicanalista deverá marcar a relevância do seu trabalho no hospital, tendo em vista que a inclusão da psicanálise neste espaço é contingencial.

É possível abordar o encontro que se dá entre a psicanálise e a medicina no hospital pela via da antinomia. Se não há coincidência entre esses dois saberes, há um encontro possível entre médicos e praticantes da psicanálise dentro do contexto hospitalar. O psicanalista e o médico atendem o mesmo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), no mesmo local. Mas, o discurso que anima a clínica, a ética que a sustenta e o lugar do profissional na direção do tratamento demarcam algumas das principais diferenças entre os dois campos.

O psicanalista tem como pressuposto fundamental o determinismo do inconsciente na vida de um sujeito. A direção do tratamento é sustentada pelo funcionamento psíquico

do sujeito do inconsciente, que emerge no intervalo entre dois significantes (S1 e S2)<sup>4</sup>. Assim, o psicanalista considera que nenhuma resposta do sujeito no ambiente hospitalar é por acaso, seus atos e palavras dizem algo sobre ele. Tendo em vista que o psicanalista não sabe sobre o desejo do Outro, ele precisa da fala do sujeito.

Percebemos que, atualmente, há uma demanda crescente dirigida ao psicólogo que trabalha com as teorias cognitivo-comportamentais, por sua promessa de cura em curto espaço de tempo. Entretanto, essa resposta rápida ocorre em função de um tratamento protocolar e generalista, que desconsidera o sujeito do inconsciente. Assim, questionamos os efeitos de um tratamento para o sujeito que visa apenas a sua adequação social.

Freud, ao longo de sua obra, nos alerta sobre as dificuldades vivenciadas no cotidiano da prática psicanalítica. Ele postula que analisar, educar e governar, são tarefas impossíveis (Freud, 1937/1996k) e que não há nenhuma garantia ou previsibilidade acerca do tempo necessário à experiência analítica. O psicanalista busca a produção de um saber ancorado na transferência, em “função da relação com o sujeito suposto saber” (Lacan, 1966/2001, p. 13). A nomeação de uma doença instaurada no corpo do sujeito se mostra ineficaz para abranger o singular do sujeito.

Faz-se necessário destacar as demandas que são dirigidas ao psicólogo no contexto hospitalar para refletirmos sobre a forma como um psicanalista pode responder a essas demandas. O psicanalista não deve perder de vista a sua posição ética, a orientação clínica voltada para o singular de cada um. Assim, ele não responde à demanda que lhe é feita de adequação do paciente ao tratamento, nem responde à demanda atual de cura rápida, que é ainda mais forte no contexto hospitalar. Trata-se de uma impossibilidade de se prever a duração de um tratamento, levando em conta a dimensão atemporal dos processos inconscientes.

Segundo Foucault (1980/2004), a medicina não leva em conta o mal estar que o paciente verbaliza; a posição do médico é a de um saber sobre o que atinge o órgão do

---

<sup>4</sup> A construção das formações de discurso deverá operar-se, portanto, sobre o fundamento da diversificação, no registro da realidade, da estrutura geratriz do simbólico – que é a da metáfora. Sendo representado pelo significante, o simbólico obedece às suas leis, sobretudo à sua lei de construção, em virtude da qual o significante representa um sujeito para um outro significante (Kaufmann, 1996, p. 131).

paciente. Foucault considerou que “o ato fundamental do conhecimento médico era estabelecer uma demarcação: situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico” (Foucault, 1980/2004, p. 31).

Para Lacan, “o desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva já em uma organização mundial” (Lacan, 1966/2001, p.10). Segundo o autor:

Na era científica, o médico encontra-se em uma dupla função: por um lado, ele lida com um investimento energético do qual não suspeita o poder se não o lhe explicarmos, por outro lado ele deve colocar este investimento entre parênteses em razão mesma dos poderes dos quais dispõe, daqueles que ele deve distribuir, no plano científico em que está situado. Quer queira quer não, o médico está integrado neste movimento mundial de organização de uma saúde que torna-se pública e por este fato novas questões lhe serão colocadas. (Lacan, 1966/2001, p. 14)

Lacan (1969-70/1992), através da sua teoria dos discursos, pode nos auxiliar no sentido de analisar o manejo clínico do psicanalista no contexto hospitalar. Os discursos do mestre, do universitário, da histérica e do analista, visam o laço social, ou seja, são quatro maneiras diferentes de nos relacionarmos com o outro e de tentarmos contornar o impossível. O discurso do mestre se refere ao ato de governar, o discurso do universitário se vincula ao ato de educar, o discurso do analista ao ato de psicanalisar e o discurso da histérica ao ato de se fazer desejar.

A noção de discurso surge em alguns momentos no ensino de Lacan, mas é em seu Seminário XVII que ele defende a ideia de um discurso para além da fala, colocando-o como protagonista do laço social:

Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. (Lacan, 1969-1970/1992, p. 11)

Diante dessa concepção, cada discurso revela uma tentativa de contornar o incontornável, o real. Lima (2014) nos esclarece:

A teoria dos discursos foi elaborada por Lacan para formalizar os laços sociais entre os homens. As relações entre os seres humanos se sustentam por meio dos discursos. A noção de discurso, segundo Lacan, visa à inscrição daquilo que funda a palavra nos seus efeitos. Ela permite que se perceba o que se passa quando se faz uso da palavra. Uma palavra é endereçada a um Outro. O discurso, portanto, enquanto articulação significativa, funda um vínculo social instaurado pela palavra. (Lima, 2014, p. 163)

Para Lacan (1969-1970/1992), há quatro variações possíveis do discurso, apresentadas pela composição de quatro elementos (os significantes S1 e S2, o sujeito \$ e o *objeto a*) distribuídos em quatro lugares (o agente, o outro, a verdade e a produção) matematizados da seguinte maneira:

$$\begin{array}{ccc} \text{Agente} & \rightarrow & \text{outro} \\ \text{Verdade} & // & \text{Produção} \end{array}$$

Os lugares podem ser ocupados pelos quatro elementos, um em cada posição. A cada quarto de giro, que se dá no sentido horário, surgirá um novo modo discursivo. O campo do Sujeito encontra-se do lado esquerdo, onde estão o agente e a verdade, e, do lado direito está o campo do Outro<sup>5</sup> - colocado na teoria lacaniana como sendo o lugar dos significantes no campo da linguagem - onde se apresentam o outro e a produção. Um agente, movido por uma verdade, se dirige a um Outro que, por sua vez, responde com a sua produção. Quando se tem como agente do discurso o S1, estamos no discurso do mestre; se o S2 é o agente, estamos no discurso do universitário; já no discurso da histórica, o agente é o \$; e no discurso do analista, é o *objeto a* que está no comando. Para refletirmos sobre as especificidades das práticas médica e psicanalítica no espaço hospitalar recorreremos aos discursos do universitário e do analista.

O HAC é um hospital-escola, ou seja, visa à construção de um saber, além da assistência clínica. Ele tem uma vinculação acadêmica, portanto, sustenta um campo de ensino e pesquisa no âmbito da saúde pública. Isso nos leva a pensar em seu vínculo estreito com o discurso do universitário. Neste discurso, um saber equivale a outro saber, pois, os títulos universitários pressupõem uma igualdade de valor, tendo como efeito a exclusão do próprio sujeito como agente do discurso.

$$\begin{array}{ccc} \text{Discurso Universitário} & & \\ \mathbf{S_2} & \longrightarrow & \mathbf{a} \\ \hline \mathbf{S_1} & // & \mathbf{\$} \end{array}$$

<sup>5</sup> De fato o grande Outro, é a própria referência ao simbólico. Nessa medida, a própria linguagem vai ser um efeito do lugar do Outro e todo usuário da linguagem vai se deslocar imediatamente na metáfora. Em outras palavras, propõe Lacan, “o S, significante do Outro, nos impõe a renúncia de toda metalinguagem” (21 de março de 1962). (Kaufmann, 1996, pp. 386-87)

O discurso do universitário, tendo como agente o S2, possui como efeito o exercício do domínio pelo saber. O saber, na posição de agente do discurso, leva a considerar a possibilidade de se alcançar um saber universal. Nesse discurso, segundo Lacan (1969-70/1992), o saber se traduz em um conhecimento organizado, cumulativo e burocrático que pode apagar o desejo, o desejo de saber.

Podemos perceber que o produto desse discurso, o \$, é um sujeito que tende a repetir os enunciados nos quais não se faz presente o seu desejo. Para Lacan, “o discurso da ciência só se sustenta, na lógica, fazendo da verdade um jogo de valores, eludindo radicalmente toda sua potência dinâmica” (Lacan, 1969-70/1992, p. 95), ou seja, coloca o saber como agente, resultando numa teorização para tudo. Nesse contexto, parece que estamos no ideal científico, que aposta em uma produção de saber que exclui o saber do cientista, do pesquisador, ou seja, da autoria de um sujeito. Nesse discurso, há a possibilidade de respostas já catalogadas visando à universalidade, portanto, acabando com a diferença.

Lacan (1969-70/1992) discorreu sobre o discurso do universitário a partir de sua posição fundamental onde o discurso da ciência se estrutura. Nesse discurso do universitário, o S2 ocupa o lugar de agente, da ordem, do mandamento. Esse lugar foi, primeiramente, de acordo com Lacan nesse mesmo Seminário, ocupado pelo mestre. Ele acrescenta: “é impossível deixar de obedecer ao mandamento que está aí no lugar do que é a verdade da ciência – vai, continua. Não para. Continua a saber sempre mais” (Lacan, 1969-70/1992, p. 110).

No discurso da Universidade, de maneira mais ou menos mascarada, sempre identificado a esse objeto a, encarregado de produzir o quê? O S barrado que vem a seguir, à direita e abaixo. A diferença está aí. Resultou desse produto, um sujeito. Sujeito do quê? Sujeito dividido em todo o caso. (Lacan, 1969-70/1992, p. 156)

Já no discurso do analista, que representa o ato de psicanalisar, uma profissão segundo Freud, tão impossível quanto à de governar e educar trata-se tão somente de tomar uma posição dentro de uma cadeia discursiva. Agenciando o discurso como *objeto a*, ou seja, assumindo uma posição enigmática, como um resto da operação da linguagem, que, entretanto, opera como causa. Lacan (1969-70/1992) sustentou que a posição do analista deve se localizar do lado oposto ao de toda a vontade de dominação. Portanto, o

discurso do analista é o lado avesso do discurso do mestre. Devemos situar o analista como um ponto de mira para o desejo de saber.

Discurso del analista

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

Nesse contexto, surge outra particularidade do discurso do analista: é o único que trata o outro como sujeito (\$). Vimos que, no discurso do universitário, o outro é tratado como objeto (*objeto a*). Tratar o outro como sujeito é propiciar a possibilidade que sua singularidade se manifeste através do produto desse discurso, o S1. Como pensar o discurso do analista onde o saber ocupa o lugar da verdade? Como saber sem saber? Isso é um enigma (Lacan, 1969-70/1992, p. 36). Ou seja, uma função de enigma, um semi-dizer. O analista “se faz de causa do desejo do analisante” (Lacan, 1969-70/1992, p.39). Ele continua:

Esse efeito – ponhamos agora isto aqui entre aspas – de ser, seu primeiro afeto só aparece no nível de que se faz causa do desejo, quer dizer, no nível do que nós situamos, por esse primeiro efeito de aparato, do analista – do analista como lugar que tento cercar com essas letrinhas no quadro-negro. É lá que o analista se coloca. Ele se coloca como causa de desejo. Posição eminentemente inédita, senão paradoxal, que uma prática ratifica. (Lacan, 1969-70/1992, p. 161)

A posição do analista como agente de um discurso vem substancialmente do *objeto a*. Nas palavras de Lacan:

Na articulação que faço do que é estrutura do discurso, na medida em que ela nos interessa e, digamos, na medida em que é tomada no nível mais radical em que importa para o discurso psicanalítico, essa posição é, substancialmente, a do objeto a, na medida em que esse objeto a designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e, no entanto essencial. Trata-se do efeito do discurso que é efeito de rechaço. (Lacan, 1969-70/1992, p. 44)

## 1.2. O discurso universitário como modo de operação médica

Percebemos que na clínica dentro do ambiente hospitalar, o discurso do médico é o representante do discurso da ciência, aquele discurso que exclui a subjetividade dos atores que estão na cena, o do médico e o do paciente. Podemos inferir que a objetividade esperada do médico está sustentada pela exclusão da subjetividade do paciente. Tal objetividade tem que ser cumprida por todos os atores nesse contexto, vide

a prescrição médica e os exames clínicos propostos para definir um diagnóstico. Sem esses instrumentos, parece não ser possível o tratamento médico. Por isso é preciso obedecer ao comando dos protocolos, como um imperativo científico. Ao mesmo tempo em que o paciente fica reduzido a uma doença, o médico também “desaparece” diante das exigências do seu saber.

Diante dessa realidade, não queremos sustentar que não há relação entre médico e paciente na sua clínica. O que ocorre diante do discurso científico é o imperativo do saber total via procedimentos, prescrições e condutas concretas. As subjetividades do médico e do paciente, tamponadas pelos protocolos impostos no dia a dia dentro do hospital, ainda conseguem exercer alguma influência nessa relação. Mas quando elas não são consideradas, os sujeitos permanecem sem voz diante do tratamento médico proposto. Nessa relação médico-paciente, a subjetividade tende a ser excluída tanto de um como do outro, e o que sustenta essa relação é o distanciamento entre ambas as partes.

Se o discurso da ciência opera via exclusão da subjetividade do paciente, quais os efeitos dessa exclusão? Um dos efeitos é a identificação do paciente com a doença que porta, ficando na posição de objeto da investigação científica (médica). O discurso científico propõe certo modo operativo que, em sua prática, não dá conta de responder ao que escapa ao saber científico. Tendo em vista que a exclusão ocorre no nível imaginário, pois algo do real insiste, o psicanalista está atento aos efeitos dessa exclusão subjetiva, visando resgatar o sujeito no contexto hospitalar.

Acompanhamos uma mudança da relação médico-paciente para uma relação instituição médica-doença. A destituição subjetiva dos atores envolvidos na cena, quando o médico passa a ser apenas um coadjuvante do tratamento e a doença um objeto descrito nos códigos internacionais de doenças, não é, pois, sem efeitos. Como salienta Foucault: “E o hospital desempenha alternadamente este duplo papel: lugar das verdades sistemáticas para o olhar do médico, e o das experiências livres para o saber que formula o mestre” (Foucault, 1980/2004, p. 52).

Nos hospitais, de maneira geral, o paciente não escolhe o médico e a equipe que vai atendê-lo, sujeitando-se às normas das instituições. A subjetividade do paciente não é



considerada pelas instituições. Por outro lado, o médico também é atravessado por suas determinações inconscientes que interferem em sua prática clínica, mesmo que isso não seja levado em conta pela instituição hospitalar. Segundo Foucault (2004/1980), a relação médico-paciente é algo que não interessa à medicina, uma vez que esse campo de atuação é nitidamente delimitado do ponto de vista metodológico. Nas suas palavras: “Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente” (Foucault, 1980/2004, p. 7). E continua:

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença: são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada, enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o conhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (Foucault, 1980/2004, p. 8)

O discurso universitário, nesse caso exemplificado pela medicina, tenta reduzir ao máximo uma possível desordem ocasionada pela subjetividade, tanto do profissional, quanto do paciente. Uma forma de se evitar as interferências subjetivas no trato com o doente é pela via da classificação e padronização das doenças, imposta pelos códigos internacionais de doenças. No hospital, trata-se da doença e não do doente. É uma supremacia da técnica sobre o sujeito. Contudo, vivenciamos, nessa prática hospitalar, um fracasso inevitável desse imperativo técnico, que abre espaço para uma possível prática psicanalítica dentro do hospital geral.

### **1.3. O discurso do analista como modo de operação da clínica hospitalar – HAC**

O setor de psicologia hospitalar do HAC foi criado em 1983 pela psicóloga e psicanalista Maria Mazzarello Saraiva Nunes. Naquela época, o setor visava o atendimento de pessoas portadoras de leucemia. No início da década de noventa, iniciaram-se os atendimentos aos pacientes encaminhados pela equipe da mastologia. Atualmente, a equipe foi reformulada a partir das nomeações de profissionais aprovados em concurso público realizado no ano de 2009. A equipe atual é formada por cinco profissionais praticantes da psicanálise, investidos na formação psicanalítica.

Os pacientes atendidos nesse serviço são usuários do SUS. Os profissionais atuam em todas as unidades do hospital (clínica médica, cirúrgica e oncológica; na urgência e no CTI – um profissional por setor) e no ambulatório hospitalar (quatro profissionais que

atendem os egressos do HAC e os encaminhados pela rede SUS). Ao total são oitenta leitos de enfermaria, quinze leitos na urgência e sete leitos de CTI. Os pacientes são atendidos de segunda à sexta feira, no período de 7 horas às 20 horas. Os usuários do serviço comumente são adultos, de ambos os sexos, com doenças clínicas diversas, com a prevalência de doenças oncológicas, havendo a única exigência, no caso de atendimento psicológico ambulatorial, de ter sido atendido (a) no HAC ou encaminhados pela rede SUS. Caso contrário, o usuário (a) do SUS deverá procurar a unidade de saúde pública de sua referência, clínicas universitárias ou clínicas particulares.

Ao recorrermos ao discurso do analista elaborado por Lacan (1969-70/1992), concluímos que não existem duas práticas psicanalíticas, uma para o consultório e outra para o ambulatório. Podemos apostar na aplicação desse dispositivo para além dos consultórios privados, pois o que determina a especificidade desta clínica é o lugar ocupado pelo psicanalista e sua orientação em direção ao singular de cada um. O ambulatório é um local possível para a prática da psicanálise, uma vez que existe a possibilidade de certa regularidade dos atendimentos por meio da marcação de consultas, do sigilo sobre o caso e de certa autonomia do profissional para exercer a sua prática psicanalítica.

Os três casos clínicos que constarão neste trabalho são de pacientes que foram atendidos no nível ambulatorial pelo pesquisador. Essa dinâmica de trabalho do serviço de psicologia hospitalar no HAC foi viabilizada para possibilitar aos pacientes, que apresentam uma demanda de tratamento, uma oferta do serviço no nível ambulatorial. O número de atendimentos não é pré-definido, ou seja, eles ocorrem de acordo com as especificidades de cada caso, orientados pela ética da psicanálise, “que é a práxis de sua teoria” (Lacan, 1971/2003e, p. 238).

#### **1.4. A validação do profissional de psicologia no contexto hospitalar**

Consideramos como o principal objetivo do profissional de psicologia orientado pela psicanálise no contexto hospitalar a escuta do sujeito que está na condição de hospitalizado. Diante disso, o psicanalista deve se ater ao fato de que não é um atendimento psicanalítico dentro dos moldes tradicionais do chamado *setting* terapêutico/analítico. Ao contrário do sujeito que toma a iniciativa de procurar o

tratamento no local onde o psicanalista atua, o paciente hospitalizado será abordado pelo analista em seu próprio leito, a partir de sua própria demanda ou da demanda de um outro (familiar ou equipe multiprofissional).

Cada sujeito, de modo particular, nos ensina sobre a sua doença, sobre os significados que ele atribui à doença, sobre os impactos objetivos e subjetivos que advém dessa condição de doente, as fantasias que o acompanham e os recursos que ele encontra para lidar com a angústia decorrente dessa condição.

O paciente, ao ser hospitalizado, pode sofrer um processo de “despersonalização”, pois deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de determinada patologia, encarnando, dessa forma, o estigma do doente. Ele deixa de ser considerado como sujeito e passa a ser apenas um objeto da prática médico hospitalar, abrindo mão de sua privacidade e de seus interesses individuais, e transformando-se em mais um caso a ser contabilizado.

Ao trabalhar no sentido de rever os processos de “despersonalização” no âmbito hospitalar, o profissional de psicologia auxiliará na humanização do hospital. Portanto, abre-se espaço para uma mudança do paradigma sustentado pela perspectiva meramente curativa, ou seja, para além de um lugar de reabilitação orgânica, para o particular de cada caso.

O profissional orientado pela psicanálise contribui para o resgate da condição de sujeito do paciente, tendo efeitos importantes na cena do processo de humanização<sup>6</sup> do hospital, na medida em que ele trabalha orientado pela ética do desejo. Sabe-se, ainda, que as doenças orgânicas são atravessadas por questões subjetivas. Um sujeito com quadro diagnosticado de câncer pode apresentar uma variedade de sintomas que não estão diretamente relacionados à doença, como cefaleia, náuseas, dentre outros, que pode sugerir a interferência de fatores subjetivos no seu quadro clínico. A escuta psicanalítica é uma possibilidade de se dar lugar ao sujeito, subjugado pela doença. A palavra, quando escutada, pode ter efeitos sobre o corpo, levando ao desaparecimento de sintomas não relacionados à doença.

---

<sup>6</sup> Mais informações sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) estão disponíveis no link: <http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal.../humanizasus>.

### 1.5. Da queixa orgânica ao advento do sujeito do desejo

O ambiente hospitalar é o espaço de domínio do saber médico, como um “templo” da ciência moderna. Todos os tratamentos, desde o simples atendimento até o uso de instrumentos tecnológicos altamente sofisticados, visam o restabelecimento da saúde do paciente.

Entretanto, nesse espaço de prevalência da medicina, surgem novos profissionais da saúde para atender ao que o saber médico não pode responder. No contexto de saúde pública regida pelo SUS, atua, pois, uma equipe multiprofissional.

Percebemos frequentemente, nessa prática hospitalar, uma desconsideração dos médicos à fala dos pacientes sobre os seus sintomas. O saber médico sobre a doença se impõe sobre o saber do sujeito acerca do próprio corpo, de suas manifestações e sintomas. O saber médico se mostra ineficiente para codificar as questões subjetivas envolvidas na produção do sintoma.

A clínica médica é uma clínica do olhar, em que o corpo biológico é utilizado como objeto de investigação (do médico, dos aparelhos e dos instrumentos produzidos pela ciência: radiografias, laparoscopias, tomografias, ultrassonografias, microscopias, etc.). A medicina moderna privilegia o mecanismo corporal, o organismo como uma coleção de órgãos passíveis de substituições por dispositivos biotecnológicos no ambiente hospitalar. O sujeito fica como um resto nessa cena ou, até mesmo, sai de cena, quando o que está em questão é a organicidade.

Os protocolos médicos descrevem a forma de tratamento de uma determinada doença buscando o máximo nível de excelência, que, a nosso ver, aproxima-se do campo do ideal. Entretanto, cabe aqui uma ressalva. O saber médico, como um saber científico, não pode ser desprezado. Reconhecemos os avanços alcançados no campo da medicina, inclusive, com o apoio dos recursos tecnológicos. O que buscamos fazer é refletir sobre os riscos da exaltação do saber científico e da desconsideração de todos os fatores envolvidos na produção de uma doença, como os sociais, econômicos, políticos e subjetivos. Trata-se, especialmente de refletir criticamente sobre as incidências do

discurso capitalista sobre a medicina e de ressaltar a importância da relação médico-paciente no tratamento da doença.

O discurso do psicanalista nos orienta, pois, sobre a função do psicanalista no hospital, que é a de ofertar a palavra ao paciente para o advento do sujeito de desejo:

O que é o desejo? O desejo é de alguma forma o ponto de compromisso, a escala da dimensão do gozo na medida em que de certo modo este desejo permite levar mais longe o nível da barreira do prazer. Este é, no entanto, um ponto fantasmático, ou seja, ali intervém o registro da dimensão imaginária que faz com que o desejo seja suspenso a alguma coisa da qual não é de sua natureza verdadeiramente exigir a realização. (Lacan, 1966/2001, pp. 12-13)

Consideramos que é a partir da transmissão da psicanálise pelo seu praticante e dos efeitos de suas intervenções sobre os sujeitos, que o psicanalista pode definir o campo de sua atuação no hospital, um trabalho clínico orientado pela ética da psicanálise. Em seu texto *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1953/1998c), Lacan já afirmava que deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que “não conseguir alcançar, em seu horizonte, a subjetividade de sua época” (Lacan, 1953/1998c, p. 322).

A função do psicanalista é escutar o sujeito, que, através da associação livre, se mostra ancorado na linguagem de uma forma própria. Assim, o psicanalista deve se manter em um lugar de ignorância, ou seja, ele opera pelo não saber. Ao falar, o sujeito expõe suas fantasias, constrói um saber possível sobre sua doença e seu corpo, numa tentativa de articular a palavra ao real do corpo. Mas, o que é o corpo para a psicanálise? Não é o mesmo da medicina.

Na psicanálise lacaniana, especialmente a partir da clínica borromeana, o corpo pode ser abordado nos três registros da realidade psíquica: imaginário, simbólico e real. Beneti (2013) diferencia os três registros do corpo na psicanálise e na medicina:

Nó borromeano	Psicanálise	Medicina
O registro Imaginário	Dimensão da imagem, una, toda, inteira, sem falhas, narcísica, apontando para a dimensão da harmonia, do encontro, do bem-estar.	Corpo anatômico mais o funcional. Corpo perfeito, da saúde e do funcionamento ideal. Da alma corporizada. Corpo da pressão, da demanda contemporânea.

O registro Simbólico	Aponta para o significante, constitui o corpo das zonas erógenas atravessadas pelo significante, delimitadas pelos mesmos, que articulados com a pulsão, falam do corpo erógeno, erotizado, sexualizado.	Corpo fragmentado pelo significante, onde o que está em jogo é a função: fígado, tireoide, olho, coração, mama, etc; corpo construído por esses significantes que compõem o saber médico, falado pelo Outro da medicina. O que permite, por exemplo, a um cirurgião dizer ao sair de uma cirurgia hepática: “saí de um fígado...”
O registro Real	Corpo do gozo sexual, que aponta para a impossibilidade do bem-estar, da harmonia do encontro.	Corpo biológico, da fisiologia, carne totalmente deserogeneizada. Num extremo, o cadáver.

Neste espaço hospitalar, que mostra um descompasso entre a urgência médica e a urgência subjetiva, a presença do psicanalista se torna possível. Entretanto, existe uma disjunção entre a demanda médica e a resposta do psicanalista. Segundo Beneti (2013), vivenciamos, nesse espaço, duas clínicas radicalmente diferentes: a da medicina que opera no corpo biológico (clínica do olhar) e a da psicanálise que opera com a palavra (clínica da escuta). Se a medicina visa um tratamento universal para os pacientes, o psicanalista, no ambiente hospitalar, testemunha os efeitos subjetivos da intervenção da ciência sobre o corpo.

Tendo em vista que, no hospital, há uma busca por respostas rápidas regularmente estruturadas pelo saber científico, a clínica psicanalítica opera por outra via. Uma via construída por um corte, uma brecha que deixa um lugar para a particularidade do sujeito, abrindo espaço para a palavra daquele que sofre.

Existem casos que não respondem às expectativas previstas nos protocolos médicos. Ao psicanalista isso não causará um estranhamento, pois ele considera algo que está fora desse campo médico, fora do saber científico, que é o modo de gozo<sup>7</sup> de cada sujeito.

<sup>7</sup> Em 1960, no Seminário sobre a ética da psicanálise, Lacan havia mostrado que o campo do gozo poderia ser assim definido: tudo que diz respeito à distribuição do prazer no corpo (Kaufmann, 1996).

Ao pensarmos sobre a atuação do psicanalista como um integrante da equipe multiprofissional hospitalar, consideramos a sua posição peculiar de estrangeiro nesse campo, na medida em que a psicanálise não é uma especialidade médica nem uma teoria da psicologia, embora seja atravessada por essas ciências em seu campo.

Diferentemente dos outros discursos, o psicanalista opera a partir do não-saber. O psicanalista no hospital acolhe as demandas surgidas da equipe de saúde, do próprio paciente, e/ou do familiar, avaliando as possibilidades de intervenção no caso a caso. Sob o vínculo transferencial<sup>8</sup>, o analista atua como uma testemunha pontual da subjetividade, permitindo que ela emerja.

É importante que o analista fique atento às demandas que lhes são dirigidas. No hospital, raras são as vezes que o paciente busca o atendimento de um psicólogo ou de um psicanalista. Na maior parte das situações, é a equipe ou os familiares do paciente que acionam o serviço de psicologia. Quando se busca um hospital, busca-se, na verdade, um médico, ou um saber que possa curar a doença. Portanto, trata-se de uma situação diferente daquela em que o sujeito busca uma análise em consultório particular. Entretanto, percebemos que no ambiente hospitalar há um sofrimento “mais além” do físico. E para que um sofrimento se transforme em demanda, até mesmo analítica, faz-se necessário um modo de operação analítico.

O psicanalista, com a sua presença física, escuta as diversas queixas que lhe são dirigidas. A sua escuta irá favorecer ou não o surgimento de uma demanda de tratamento, além de permitir a sua inserção (como incluído/excluído) na equipe multidisciplinar hospitalar.

No HAC, apesar de existir uma sala da psicologia em conjunto com os profissionais de terapia ocupacional e da fonoaudiologia, os atendimentos não ocorrem necessariamente nesta sala, devido às limitações do espaço físico e às contingências do ambiente hospitalar. O lugar do psicanalista pode ser construído a partir desse sem-lugar, como um espaço vazio que pode ser preenchido com a sua presença. É comum, nessa prática

---

<sup>8</sup> Conceito trabalhado no Capítulo 2 dessa dissertação.

hospitalar, o psicanalista ser convocado a participar de algum caso médico quando a angústia do paciente emerge. Diante disso, a interconsulta, como um modo de convocação do serviço de psicologia, torna possível a prática psicanalítica no hospital.

A partir desse espaço vazio, surge a possibilidade de construção de um lugar para o psicanalista no ambiente hospitalar. O pedido de atendimento via interconsulta pode indicar a busca de outro saber, de um especialista da psicologia. No entanto, ao ser chamado, o psicanalista não dá consistência a essa especialidade da psicologia. Ele opera no espaço vazio, sem consistência. Assim, não há uma concordância entre o lugar em que ele é chamado a ocupar – de especialista – e o lugar de onde ele pode responder. O psicanalista é convocado a responder geralmente diante de um impasse do saber médico. Por exemplo: quando o paciente demanda a presença da família fora do horário de visita instituído pelo hospital ou quando ele dorme ou chora muito, quando fala demais ou se cala, quando não respeita a rotina hospitalar, etc... Ou seja, quando algo ocorre fora da previsibilidade médica, que aponta para a particularidade do paciente. É isso que vai interessar à psicanálise. É nesse momento, quando algo escapa ao saber da ciência, ao seu controle, criando um hiato, que o psicanalista é convocado a intervir. Se ele não responde à demanda médica, nem dá consistência ao lugar de especialista da psicologia, o que pode sustentar o seu lugar neste espaço? Acreditamos que o que sustenta o seu lugar no hospital são os efeitos do discurso analítico sobre os sujeitos.

Para ilustrar nossa discussão, vamos trazer um pouco da clínica do HAC.

Flor, ao ser convidada pelo médico para realizar um procedimento estético (prótese mamária), ou seja, no momento em que precisava dar o seu consentimento para a realização do procedimento cirúrgico, responde de forma considerada incompreensível, segundo os médicos.

A urgência da demanda médica, naquela data, foi justificada pelo grande número de próteses que havia chegado à unidade (HAC), e deveria, portanto, ser disponibilizada para a população o mais rápido possível, conforme relatado pelo médico ao psicanalista. Flor decide, contudo, esperar “*mais tempo para pensar*”, sendo então encaminhada para um tratamento psicanalítico no ambulatório do HAC na semana seguinte à consulta com o cirurgião plástico. Vamos ao fragmento clínico:



Flor, 72 anos, mastectomizada há três anos devido a um câncer na mama esquerda, divorciada, mãe de um filho, é encaminhada pela equipe de cirurgia plástica para a psicologia com o objetivo de aceitar o procedimento médico estético. A paciente inicia o tratamento dizendo que não tinha certeza se queria ou não realizar a reconstrução de sua mama esquerda. No HAC, é comum que a demanda de atendimento psicológico surja após a cirurgia e não antes do procedimento, como foi nesse caso. Flor se colocou como uma exceção nessa clínica: não consentir com a oferta da ciência.

No tratamento, ela fala sobre o seu medo do procedimento cirúrgico. Desde a perda do seio, Flor coloca um “*saquinho de alpiste*” no lugar do órgão retirado e diz ter se acostumado a viver sem o seio. Entretanto, desde a cirurgia (2009), não consegue se olhar no espelho, ou seja, há três anos. O tratamento avança e Flor endereça ao psicanalista a pergunta que lhe é feita pelo médico: “*O que você acha doutor: eu faço a cirurgia? Troco o saquinho de alpiste por um seio sem bico? E depois como vai ser: eu com um peito em pé e outro lá na barriga? Isso não vai ser legal né?*”. A paciente, que atualmente permanece com suas consultas com a equipe da oncologia, não faz uso de nenhum medicamento e possui rede familiar, laboral e social. No seu atendimento, aborda especialmente as questões relativas ao corpo e à falta de um parceiro amoroso.

Separada há 30 anos, Flor nega um relacionamento amoroso desde então. Após o diagnóstico de câncer de mama, ela passou a questionar a sua vida, se angustiando diante do envelhecimento: “*Acho que acordei tarde demais, estou com o coração machucado, as pessoas me batem e não consigo falar dos meus sentimentos com elas*”.

Durante os atendimentos, Flor desloca dessa posição de passividade diante do outro para uma posição reivindicatória: “*Algo acontece comigo, de um tempo pra cá não levo mais desaforo para casa, agora aprendi a falar*”. O atendimento prossegue, e, apesar de não se olhar no espelho, ela planeja cuidar do próprio corpo: “*Quero emagrecer, minha barriga está estufada, comecei nesses dias aí pra trás a fazer uma dieta. Já falei pro meu filho: vai fazer academia, você tá gordinho, precisa emagrecer, mas ele não vai*”.

O impasse médico surgiu pelo não saber da paciente sobre a aceitação do procedimento cirúrgico. O médico pressupõe que todos os que perderam o seio querem colocar a prótese. A medicina propõe um tratamento generalizado, ideal para todos. O psicanalista é chamado a intervir quando surge o mal-estar, o imprevisto, o furo no saber, mas não para reparar a falha ou para fazer o paciente adaptar-se à norma, pois isso excluiria a dimensão subjetiva do paciente.

Assim, é importante refletir sobre a resposta do psicanalista às demandas que lhes são dirigidas, tendo como guia o discurso do analista. O discurso científico oferece um procedimento cirúrgico, invasivo, com o objetivo estético. Dessa vez, o pedido de interconsulta foi acionado com o objetivo de precipitar uma decisão da paciente em consentir ou não com o procedimento cirúrgico. A equipe médica demandava uma resposta rápida, pois ela não tinha o tempo que a Flor demandava. O impasse estava posto!

Flor, quando pressionada a responder fora do seu próprio tempo subjetivo, ou seja, ao ter que atender a uma perspectiva temporal regida por uma determinação externa, não dá conta de fazer uma escolha. Podemos presumir que, nesse caso, o saber médico deixou escapar a dimensão subjetiva.

O psicanalista, por sua vez, segue outra determinação, a da escuta da subjetividade, respeitando a atemporalidade dos processos inconscientes. Podemos observar, pelo fragmento clínico, que Flor sustentou o seu posicionamento diante da imposição médica, se deslocando do plano objetivo, médico (prótese mamária) para o plano subjetivo, do desejo (*“Eu preciso ou quero um peito novo?”*).

Acreditamos que, na medida em que Flor se serviu do espaço analítico para falar, ela pôde escolher, no seu tempo, se queria colocar a prótese ou não, sustentando a sua escolha e comunicando-a ao médico. O campo de atuação de um psicanalista em um hospital é subjetivo, ou seja, não se trata de adaptar o sujeito ao desejo do Outro, mas, sim de levar o sujeito a fazer a sua escolha, orientado pelo próprio desejo, responsabilizando-se por ela.

As discussões sobre a prática do psicanalista fora do consultório particular tem ganhado notoriedade na época atual. Lacan já afirmava que o analista deve considerar “a subjetividade de sua época” (Lacan, 1953/1998c, p.322). Continua Laurent: “há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora” (Laurent, 1999, p.13).

A presença do analista na instituição não visa a adequação à norma e nem se mostra compreensiva. Laurent (2007) afirma que é esta a particularidade da clínica do um a um que define o lugar do psicanalista, pois ele

não se identifica com nenhum dos papéis propostos pelo seu interlocutor, nem qualquer mestria ou ideal existente na civilização. Em certo sentido, o semblante de analista é aquele de alguém que só se pode atribuir o lugar da questão sobre o desejo. (Laurent, 2007, p. 216)

Na condição de psicanalista, dentro do hospital, pode-se, de alguma maneira, criar um espaço que favoreça a manifestação do singular. O papel do psicanalista está pautado na construção do caso clínico, a estratégia da sua ação está subordinada ao saber elaborado pelo sujeito. Essa prática é atravessada por uma série de variáveis. A transferência que o sujeito estabelece com a instituição exige um cuidadoso manejo por parte do psicanalista, considerando que a demanda que lhe é feita implica, muitas vezes, uma urgência médica.

Lacan, no seu artigo *O lugar da psicanálise na medicina* (1966/2001), considera que o lugar da psicanálise visto pela medicina é um lugar marginal, como uma espécie de ajuda externa, comparável a outras categorias profissionais, tais como a dos psicólogos. Já do ponto de vista do psicanalista, este lugar seria extraterritorial, pois mesmo atuando no mesmo lugar, com o mesmo paciente, é importante que o psicanalista se mantenha numa posição de extraterritorialidade.

Nesse contexto da cena médica o psicanalista não pode ser um personagem incluído, porque a clínica psicanalítica se dá em outra cena, como mencionou Freud acerca da posição do inconsciente. O psicanalista, como um estrangeiro, porta uma estranheza que deve ser mantida no espaço hospitalar, o que demarca a posição de antinomia entre a psicanálise e a medicina no hospital:

O que indico ao falar da posição que pode ocupar o psicanalista, é que atualmente ela é a única de onde o médico pode manter a originalidade de sempre da sua posição, qual seja daquela de alguém que tem que responder a uma demanda de saber, ainda que isso possa ser feito conduzindo-se ao sujeito a voltar-se para o lado oposto das ideias que emite para apresentar sua demanda. Se o inconsciente não é uma coisa monótona, mas ao contrário uma fechadura tão precisa quanto possível e cujo manejo não há nada além de não abrir aquilo que está além de uma cifra da maneira inversa de uma chave, esta abertura só pode servir ao sujeito em sua demanda de saber. O inesperado é que o próprio sujeito confesse sua verdade e a confesse sem sabê-lo. (Lacan, 1966/2001, p. 13)

## 2. A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL COM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA: O CORPO MUTILADO, O OBJETO OLHAR E A FUNÇÃO DO BELO

*O que faz de uma psicanálise uma aventura do singular  
é a busca do ágalma no campo do Outro.*

(Lacan, 1962-63/2005, p. 366)

### 2.1. A psicanálise, seu lugar entre as ciências

Desde os primórdios da psicanálise, o interesse de Freud estava voltado prioritariamente para o sujeito que portava um sofrimento psíquico, e não para a doença ou o transtorno. As elaborações teóricas freudianas surgiram da sua prática clínica. A clínica psicanalítica orienta-se pela escuta do inconsciente, que se manifesta na presença do analista. No entanto, a psicanálise sempre enfrentou forte oposição no meio científico. Em seu texto sobre *As cinco lições de psicanálise* Freud (1910/1996m) já mencionava a resistência dos cientistas à psicanálise:

No meio de tais opositores encontram-se sem dúvidas homens familiarizados com o raciocínio em outras matérias, incapazes de contestar, por exemplo, o resultado dum exame microscópico, só porque não o podem confirmar pela inspeção do preparado anatômico com a vista desarmada, e que não emitiram parecer algum antes de minuciosa observação ao microscópio. Mas no tocante da psicanálise as circunstâncias são realmente desfavoráveis a um imediato assentimento. (Freud, 1910/1996m, p. 51)

Freud foi responsabilizado por uma das três assim chamadas feridas narcísicas infligidas ao homem moderno: Copérnico deslocou a Terra da posição central do universo, Darwin inscreveu o homem na continuidade do animal através da teoria da evolução, e Freud, por sua vez, afirmou que não somos “senhores da nossa própria casa” (Freud, 1917/1996g, p.153), numa referência à determinação inconsciente dos nossos afetos, pensamentos, escolhas e atos.

Pedir a um paciente que associe livremente é uma aposta de que há uma lei no que ele verbaliza: a do sujeito do inconsciente. A verdade do sujeito não corresponde à realidade externa. O psicanalista opera por meio da fala do sujeito, a partir dos significantes que ele utiliza. Ele não opera com um saber prévio acerca do desejo do

sujeito. A sua posição é a de não compreender, de suspender as significações, possibilitando a emergência da singularidade no momento em que o real se presentifica e afeta a linguagem.

Nos textos sobre a metapsicologia que descrevem o processo psíquico sob três pontos de vista – a saber, dinâmico, tópico e econômico –, Freud apresenta os fundamentos conceituais da psicanálise, destacando, no início de seus estudos, a importância da ciência ser construída sobre conceitos fundamentais nitidamente definidos. Ao longo de seu percurso, entretanto, ele abre mão de pressupostos marcadamente biológicos que sustentavam suas primeiras elaborações teóricas. O conceito de pulsão é um exemplo dessa mudança. Freud trabalhou em uma articulação inédita até então entre a vida psíquica, por um lado, e o corpo biológico/orgânico/anatômico, por outro lado. O mencionado conceito abriu novas perspectivas teóricas e deu suporte à metapsicologia, ou seja, à psicanálise.

A posição da psicanálise com relação à ciência é paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que não está orientada segundo os modelos de uma ciência cartesiana, apresenta modos operacionais nitidamente científicos sob uma determinada lógica de raciocínio. Como toda ciência, ela investiga suas hipóteses estabelecendo conceitos, mas, ao mesmo tempo, prioriza a singularidade de cada caso.

O discurso científico tenta universalizar, padronizar, protocolizar o sujeito em detrimento de sua singularidade. Isso coloca um impasse na investigação orientada pela psicanálise, pois o seu interesse é a singularidade do ser falante. Deste modo, o que a psicanálise trouxe de novo para o campo científico, para essas verdades científicas, é de certo modo uma subversão: “é essa subversão, explicitada por Lacan para caracterizar o ponto de real de onde pode ou não surgir um saber marcado pelo desconhecido imposto pelo inconsciente” (Pinto, 2006, p.38).

Para Lima (2014), a ciência moderna, exemplificada pelo *cogito* cartesiano, rompe com a noção de *cosmos*, acabando com a harmonia natural, destruindo, assim, a harmonia humana. Consequentemente, com o advento da ciência moderna, o saber universal não se sustenta mais. Na trilha de Milner, Lima considera que:

O *cogito* cartesiano não é a afirmação de uma identidade, de um “eu” como função de síntese, ao contrário, é o esvaziamento da esfera psíquica e de todo o universo de representações, de tudo o que é imaginário. Descartes introduz a noção de um esvaziamento de substância, desamarrado de todas as aderências naturais. (Lima, 2014, p.44)

A psicanálise surge na modernidade, portanto, ela está comprometida com o contexto científico da época. O esvaziamento da esfera psíquica introduzido por Descartes propicia o surgimento do conceito de sujeito do inconsciente, como defende Milner (1996). Ou seja, a ciência moderna ofereceu condições favoráveis para o surgimento da psicanálise.

Lacan, no artigo sobre *A ciência e a verdade* (1966/1998d), afirma que o sujeito com o qual operamos na psicanálise só pode ser o sujeito da ciência. Milner (1996) esclarece essa afirmação lacaniana a partir de três premissas: “1) a psicanálise opera sobre um sujeito, 2) existe um sujeito na ciência, 3) estes dois sujeitos constituem apenas um” (Milner, 1996, p. 28).

A partir das elaborações de Milner (1996), podemos considerar que a primeira premissa nos remete à clínica psicanalítica, em que o sujeito que se endereça a um Outro (analista) no qual supõe um saber. A transferência é condição para a análise.

A segunda premissa nos remete ao advento de um conceito: o sujeito da ciência. Mas não seria exatamente a posição de sujeito via *cogito*. Pois Lacan, segundo Milner, “se explicou suficientemente quanto a isso; só é de Lacan a afirmação de que dessa definição de ciência decorre uma prática particular do sujeito” (Milner, 1996, pp. 28-29).

A terceira premissa se baseia em correlações históricas sobre o sujeito que a psicanálise opera e a existência do sujeito da ciência, tendo em vista que “... o doutrinal da ciência é fundamentalmente historicizante em cada uma das suas partes” (MILNER, 1996, p. 36). Esse paradigma de ciência via *cogito* está situado em um momento historicamente definido. Para Milner:

Assim se configura o universo moderno: uma união entre ciência e a técnica, tão íntima e tão recíproca que podemos também dizer que continua se tratando de uma mesma entidade sob duas formas, ou então uma ciência, ora fundamental ora aplicada, ou então uma técnica, ora teórica ora prática. (Milner, 1996, p. 38)

Na psicanálise lacaniana, o saber é limitado em relação ao real, o saber *todo* é impossível. A ciência trabalha para encontrar um saber no real. Essa posição entre o saber e o real Lacan chama de sujeito da ciência, “o que equivale a dizer que o sujeito em questão continua a ser o correlato da ciência, mas um correlato antinômico, já que a ciência se mostra pelo não-resultado do esforço de suturá-lo” (1966/1998d, p. 875). O que é excluído do simbólico retorna no real:

O discurso da ciência é determinado por essa *Verwerfung*, e é provavelmente por isso – o que é rejeitado do simbólico reaparecendo, segundo minha fórmula, no real – que aconteça de ele desembocar numa perspectiva em que é justamente algo de tão enigmático como a Coisa que se delineia ao termo da física. (Lacan, 1959-60/2008a, p.160)

O sujeito cartesiano, para Milner (1996), pode ser pensado a partir de uma cadeia significativa desde o *cogito* (“penso, logo existo”). Já o sujeito freudiano, aquele que surge a partir do testemunho do inconsciente, pode e deve ser instituído como sujeito de um significante, o inconsciente pensado como uma cadeia, ou seja, estruturado como linguagem. Essa linha de raciocínio seria localizada no primeiro ensino de Lacan, onde a vertente simbólica era prevalente.

Já no segundo ensino de Lacan, a partir da década de 70, percebemos algumas mudanças no seu trajeto, configurando um novo direcionamento. Nesse momento, a linguística perde a sua importância especialmente nos artigos *Radiofonia* (1970/2003a) e *Aturdido* (1972/2003b), e também em seu Seminário intitulado *Mais, ainda* (1972-73/2008c). Milner (1996) considera que o pivô dessa mudança no ensino de Lacan foi o advento da teorização do matema, quando a transmissão de saber passa a ocorrer sob um paradigma matemático.

Lacan, através de seus estudos sobre a linguística, forjou a teoria dos discursos, constituindo a sua concepção de laço social. O autor faz um deslocamento, de uma articulação cronológica em direção ao conceito de corte, como o “apontamento de um impossível literal” (Milner, 1996, p. 49). Na sua teoria sobre os discursos<sup>9</sup>, ele nos mostra essa descontinuidade que os afeta.

Como destaca Pinto, “à psicanálise interessa um saber situado em posição de verdade, articulado à economia pulsional, à própria enunciação” (Pinto, 2006, p. 34). Lacan

<sup>9</sup> A saber: discurso da histórica, do mestre, do universitário e do analista (Lacan, 1969-70/1992).



destacou que o discurso do analista é a única modalidade de tratamento do mal-estar que considera o Outro como um sujeito, o que marca uma diferença essencial com relação aos outros discursos:

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

A operação analítica de orientação lacaniana só é possível a partir da ciência moderna, mas ela atesta uma descontinuidade do discurso, que afeta o sujeito de forma singular.

Segundo Milner:

Se a psicanálise está aí ligada à emergência do universo moderno, isso é evidentemente uma de suas condições positivas, mas o doutrinal de ciência diz mais; ele contém igualmente uma condição negativa: o desaparecimento da ciência antiga. Em outras palavras, há algo na episteme que se liga de maneira radical à psicanálise para poder impedi-la; entender a episteme é portanto também entender a psicanálise. Não mais apenas por um contraste, mas por uma relação íntima de exclusão mútua. (Milner, 1996, p. 44)

Percebemos que a psicanálise tem uma posição antitética. Na experiência analítica, o paciente deve falar do que não se pode dizer, isso confirma a hipótese de que as palavras não são suficientes para tudo dizer. Funda-se a enunciação de um sujeito como uma aposta na restauração da sua dimensão da verdade, e não, de uma verdade universal. Essa impossibilidade é própria do curso do tratamento. Quando o paciente se depara com essa impossibilidade, ele encontra-se com a sua realidade. Não a externa e, sim, a subjetiva.

Há uma busca da verdade singular através da escuta analítica. Badiou, citando Lacan, diz que “o real é estranho à questão do conhecimento, tanto negativamente (não se o conhece), quanto positivamente (ele não é também incognoscível). (...) O real não se conhece, ele se demonstra” (Badiou, 1999, p. 67).

A grande novidade de Freud para a ciência foi a de demonstrar que: a partir do singular, da construção do caso clínico, é possível construir conceitos universais. Poli (2006) considera que mesmo que as produções discursivas, sobre as quais e com as quais a psicanálise opera, tragam sempre a marca do singular e do contingente, mantêm-se o compromisso – ético e epistêmico – do singular ser portador da verdade. Verdade do

sujeito, isto é, interna à experiência que a produz, mas que pode ser transmitida e, portanto, compartilhada por uma comunidade, sociedade, ou cultura.

## 2.2. Psicanálise no hospital: psicanálise aplicada?

A aplicabilidade da psicanálise nos dias atuais, mais especificamente, em um hospital, não foge a essa orientação ética. Rosa (2007) considera o termo “psicanálise aplicada” como uma terapêutica, portanto, um ato que trata do sintoma naquilo que ele tem de insuportável:

Nesse sentido, se considerarmos o fator temporal, percebemos que a “aplicação” da psicanálise pode durar um encontro, 20 entrevistas ou sessões, etc.; pode ocorrer em um *setting standard*, como um consultório com divã, ou em um ambiente menos convencional, como um centro de saúde, uma escola, um hospital, etc., sem que essas variações no número de encontros com o analista ou no lugar no qual eles ocorrem impliquem uma mudança naquilo que a psicanálise tem de mais fundamental: a crença na existência do inconsciente e no bem-dizer, o trabalho sob transferência e a constatação da repetição e da força pulsional. (Rosa, 2007, pp. 28-29)

A psicanálise aplicada trata o sofrimento advindo pelo sintoma sem a exigência de que o procedimento seja levado até o final, produzindo um analista, explica Rosa (2007). Nesse sentido, podemos questionar o termo “psicanálise aplicada”, já que toda clínica psicanalítica é orientada pela ética do desejo, independentemente do contexto institucional onde ela se dá. Da mesma forma, nenhum processo analítico é previsível, ou seja, não existe garantia do sujeito chegar ao seu final.

Consideramos que a clínica psicanalítica pode ser exercida nas diferentes instituições, independentemente do *setting*. O psicanalista, no hospital, não observa o doente, mas escuta o sujeito, oferecendo uma contribuição decisiva para o seu tratamento.

O termo “psicanálise aplicada” foi usado por Lacan em seu *Ato de fundação* (Lacan, 1964/2003c, pp. 235-247) para remeter às diversas práticas de orientação psicanalítica vivenciadas nos âmbitos sociais. Já em *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola* (Lacan, 1967/2003d, pp. 248-264) discorre sobre a psicanálise em intensão e extensão, em que o praticante de psicanálise assume o risco e o desejo que determinam sua práxis como analítica. Para ele, a psicanálise em extensão seria “a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores

para ela” (Lacan, 1967/2003d, p. 251). Então, a noção de extensão e intensão são para Lacan operadores teóricos que denunciam o que é mais íntimo numa extensão da prática clínica: a inclusão da intensão do praticante e a singularidade do sujeito.

Ao refletirmos sobre a presença do psicanalista fora do consultório tradicional, como, por exemplo, numa instituição hospitalar, podemos inferir sobre a presença da psicanálise no mundo, ou seja, sua função política. Freud, em *Explicações, aplicações e orientações*, discorreu sobre a possibilidade da aplicação da psicanálise no campo da educação sem abandonar seu rigor ético. “A atividade psicanalítica é árdua e exigente, não pode ser manejada com um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair e caminhar” (Freud, 1933[1932]/1996n p. 150). Continua:

Aqueles psicoterapeutas que empregam a psicanálise, entre outros métodos, ocasionalmente pelo que sei, não se situam em chão analítico firme, não aceitaram toda a análise, tornaram-na aguada – mudaram-lhe a essência, quem sabe; não podem ser incluídos entre os analistas”. (Freud, 1933 [1932]/1996n, p. 150)

Desde essa época, Freud já refletia sobre a aplicabilidade na psicanálise no campo social a partir das novas condições do mundo. A extensão da prática psicanalítica para além do consultório tradicional é uma possibilidade que o analista pode lançar mão, como a extensão de sua intensão de responder com a sua ética aos imperativos de nossa época. Nesse sentido, a universidade pode se servir da psicanálise ao incluí-la no seu currículo por meio do ensino, pesquisa e extensão, nas áreas de educação, hospitalar, saúde mental, entre outras. Apostamos em uma possibilidade de se alcançar um saber que possa ser transmitido a uma comunidade científica a partir do singular. Essa é a tarefa ética do psicanalista em sua prática clínica institucional.

Para Lacan, a “psicanálise só pode ser corretamente situada entre as ciências ao submeter sua técnica ao exame do que ela pressupõe e efetua de verdade” (Lacan, 1962-63/2005, p. 271). Constata-se que a ciência e a psicanálise em face da verdade se encontram em caminhos diferentes. Pela via do conceito de sujeito do inconsciente, a verdade abre a possibilidade de introduzir em seu fazer alguma diferença em relação a esse comando habitual da ciência.

Miller (2012) aponta que a psicanálise, para se configurar como uma ciência, não deixa de enfrentar contestações sobre seu método. Para a psicanálise, a fala produz um efeito

para quem está em tratamento. Mas, há um impossível de dizer, que Lacan designa como “o real”. Segundo Miller:

A verdade freudiana como uma não totalidade, ela é fundamentalmente refratária à totalidade. Há sempre algo mais a dizer. A verdade se esquia tanto no *Todo* quanto do *Um*. Não há, disso, uma. Ela não é delimitada pela teoria. A verdade é sempre *outra*. (Miller, 2012, p. 26)

Se a psicanálise ainda hoje encontra forte resistência por não se adequar a uma ideologia científica vigente, ela pode, entretanto, apresentar à comunidade científica um novo modo de fazer ciência: a partir da construção de um saber clínico via caso a caso.

### **2.3. A construção do caso clínico: uma metodologia psicanalítica**

Ao refletir sobre o percurso da psicanálise, desde Freud, percebemos que a sustentação de uma cientificidade psicanalítica foi construída a partir de casos clínicos por ele atendidos e publicados em sua obra, ocasionando numa transmissão de sua pesquisa, ou seja, numa transmissão da psicanálise. Para Vorcaro,

A concepção do clínico sobre um tema de pesquisa reverbera sobre o método com o qual o caso foi abordado e tratado, produzindo interrogações não apenas relativas à capacidade operatória da psicanálise para o tema tratado, mas também sobre o sujeito a que tal clínica se dirige. (Vorcaro, 2010, p.15)

Freud observa, no início de sua prática clínica, a existência de lapsos nas falas das suas pacientes. Isso o intrigou e revelou-lhe uma influência de instâncias psíquicas para além da consciência do sujeito: as leis do inconsciente. Essas produções livres e espontâneas versadas pelo sujeito poderiam ter um efeito de livre encadeamento de associações. Nesse sentido, a partir dos estudos sobre a histeria, Freud (1905/1996b) utiliza o método da associação livre indicada por suas pacientes. Freud deixa de operar numa abordagem médica, via hipnose, e elege a associação livre como o método clínico de tratamento psicanalítico. Em seu artigo sobre *Os dois verbetes da enciclopédia*, ele nos esclarece sobre o método:

A “Regra Técnica Fundamental” desse procedimento de “associação livre” foi desde então mantida no trabalho psicanalítico. O tratamento é iniciado pedindo-se ao paciente que se coloque na posição de um auto-observador atento e desapaixonado, simplesmente comunicando o tempo inteiro a superfície de sua consciência e, por outro lado, não retendo da comunicação nenhuma ideia, mesmo que (1) sinta ser ela muito desagradável, (2) julgue-a absurda ou (3) sem importância demais ou (4) irrelevante para o que está sendo buscado. Descobre-se uniformemente que justamente as ideias que provocam as reações por último mencionadas são as

que têm valor específico para a descoberta do material esquecido. (Freud, 1923[1922]/1996i, p. 256)

A psicanálise inaugura algo novo, ou seja, ela se manifesta pelo efeito da relação de linguagem entre esses sujeitos, utilizando como método de investigação a associação livre, no qual “se justificam todos na concepção de inconsciente de seu inventor” (Lacan, 1957/1998b, p. 517).

Esses esclarecimentos corroboram com as considerações de Nogueira (2004) sobre a metodologia psicanalítica. Para ele, a metodologia científica em psicanálise confunde-se com a própria pesquisa. Assim, a psicanálise é uma experiência original e podemos formalizar, com bastante segurança, a novidade dessa ciência. Em nossa pesquisa, elegemos, como metodologia, a construção do caso clínico. Entretanto recortaremos, para essa discussão, apenas alguns fragmentos dos casos clínicos selecionados.

Viganò (2010) nos esclarece que o termo “construção” desenvolvido por Freud é diferente de “interpretação”. Para ele, uma interpretação seria a decifração dos significantes recalçados. Já a construção designa aquilo que Freud chamou de indestrutibilidade do objeto psíquico, ou seja, o objeto permanece enquanto os significantes se perdem, e é esse objeto que deve ser reconstruído. Nas palavras de Freud:

Interpretação aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma construção, porém quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu. (Freud, 1937/1996k, p. 279)

Viganò (2010) destaca na construção do caso clínico três conceitos fundamentais: transferência, sintoma e demanda. Na transferência, o analisando tende a colocar o Outro (analista) no lugar do sujeito suposto saber (Outro do saber). Essa transferência denotaria o deslocamento de um momento meramente clínico para um tratamento psicanalítico. Viganò (2010) considera a transferência como uma condição preliminar para uma aposta na elaboração do sintoma propiciado a partir do seu início. Do lado do analista, há uma aposta de que o sujeito desloque seu sofrimento, saindo de uma posição “da bela alma, da posição de vítima inocente, para a posição daquele que suspeita de uma cumplicidade própria, mesmo sendo enigmática, no sintoma do qual ele sofre.” (Viganò, 2010, p. 123). Isso é fundamental para que o sujeito tenha uma demanda de

trabalho analítico, numa tentativa de responder ao enigma sintomático. Citando a origem etimológica da palavra *clínica*, Viganó comenta:

A palavra *clínica* vem do latim *Klinein* e quer dizer *leito*. A clínica é o ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito. (Viganò, 2010, p. 118)

Para Lacan, poderíamos pensar no conceito de uma “construção do fantasma”. A construção restaura a topologia de um furo originário, do furo da falta que causa o desejo, deste modo, a construção fornece um testemunho das fases de trabalho do analisante.

Através da construção do caso clínico como uma metodologia psicanalítica, torna-se possível investigar quais os efeitos do tratamento contra o câncer de mama sobre cada sujeito em atendimento no HAC, em especial, sobre a vivência da feminilidade para cada mulher. Nesse caso, a investigação foi feita em pacientes submetidas a um procedimento cirúrgico médico específico, a mastectomia.

Para essa investigação foram consultados os registros dos casos clínicos das pacientes atendidas pelo próprio pesquisador no ano de 2012 no serviço de psicologia do ambulatório do HAC, seguindo os seguintes critérios: diagnóstico de câncer de mama, sexo feminino, mastectomizadas total ou parcialmente em uma ou em ambas as mamas, sem histórico de doenças psiquiátricas e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esses registros foram feitos pelo pesquisador durante o período em que realizou os atendimentos, para a construção dos casos clínicos.

As pacientes foram convidadas pessoalmente pelo pesquisador para participarem da pesquisa e esclarecidas sobre os seus propósitos, a possibilidade do livre acesso aos dados da pesquisa e, principalmente, sobre a confidencialidade das informações. O convite foi feito como exigência do Comitê de Ética do hospital (Anexos 1,2 e 4) para que elas autorizassem o uso dos registros das consultas pelo psicanalista em sua pesquisa de mestrado. Após esses esclarecimentos, as pacientes assinaram o TCLE como participantes voluntárias da pesquisa (Anexo 3). Além destes casos clínicos (HAC), pesquisamos a página *Quimioterapia e Beleza*, via web, da jornalista brasileira

Flávia Flores<sup>10</sup> com acesso público, que nos ofereceu contribuições importantes para a discussão do tema.

#### **2.4. A clínica psicanalítica com mulheres em tratamento contra o câncer de mama**

Freud (1914/1996e) postula que uma perturbação física ou mental ocasiona uma diminuição da autoestima, podendo ocasionar até uma incapacidade de amar e em um empobrecimento do eu. Em 1923, ao discorrer sobre a constituição do eu, Freud afirma que a ideia de nosso corpo nos advém muitas vezes de alguma doença dolorosa:

Um outro fator, além da influência do sistema Pcpt., parece ter desempenhado papel em ocasionar a formação do ego e sua diferenciação a partir do id. O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é visto como qualquer outro objeto, mas, *ao tato*, produz percepção interna. A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos do mundo da percepção. Também a dor parece desempenhar um papel no processo, 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 corpo. (Freud, 1923/1996j, p. 39)

O tratamento do câncer pode envolver a retirada total ou parcial da mama afetada (mastectomia), com grande impacto físico, psíquico e social, testemunhado pelas pacientes na presença do psicanalista. Abaixo, algumas fotos da mastectomia parcial e total:



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

---

<sup>10</sup> Link para a página: <https://www.facebook.com/QuimioterapiaEBeleza>

O procedimento cirúrgico é um ato que marca o corpo do sujeito. Considerando a impossibilidade de separar psique e corpo, buscamos investigar os efeitos dessa vivência cirúrgica mutiladora sobre os sujeitos, a partir dos casos clínicos. O nosso interesse centrou-se especialmente na investigação dos efeitos dessa castração real no corpo sobre a imagem corporal e sobre a vivência da feminilidade para cada sujeito que fez a cirurgia de mastectomia.

Pensamos que uma cirurgia mutiladora como a mastectomia não opera somente sobre o órgão doente, mas tem efeitos subjetivos, incidindo sobre a sexualidade e, sobretudo, sobre a feminilidade. O seio tem um valor imaginário, é um símbolo da feminilidade e instrumentaliza o exercício do desejo. Além disso, o seio pode ser abordado pela via do real, como objeto *a*.

Nos atendimentos clínicos das pacientes submetidas ao tratamento da doença, surgem, frequentemente, questões relativas à sexualidade e à feminilidade. Depois da cirurgia de mastectomia, é comum o surgimento de inibições sexuais e até mesmo a recusa do ato sexual.

Uma paciente do ambulatório HAC comenta sobre a sua dificuldade em ver seu corpo no espelho depois da cirurgia, e acrescenta que também percebe o olhar de “*nojo*” de suas filhas. Ela diz que uma das filhas lhe pede para não mostrar mais a cicatriz da cirurgia, pois ela “*é muito feia*”. Desde então, a paciente não fica mais sem roupa na frente das filhas e do marido. Durante as relações sexuais, sempre usa uma camiseta para “*tampar o buraco onde tinha o seio*”.

Nessa prática psicanalítica ambulatorial foi possível perceber que a angústia das mulheres está mais ligada aos efeitos da perda vivida no corpo do que à possibilidade iminente da morte, mesmo nos casos mais graves da doença. Ressaltamos que as pacientes selecionadas para esta pesquisa estão na fase terminal do tratamento oncológico, ou seja, um tratamento que não visa à cura da doença, mas apenas intervenções médicas paliativas. Isto nos indica que, de alguma forma, essas pacientes não fazem a associação tão comum entre câncer e morte. Nos atendimentos psicanalíticos de pacientes com outras doenças clínicas e neoplásicas, nesse mesmo



ambulatório hospitalar, o tema da morte é o mais constante. As pacientes com câncer de mama, nesse sentido, se colocam como uma exceção na abordagem do tema da morte.

As pacientes verbalizam frequentemente a reação de horror que sentem ao verem as marcas da mutilação em seus corpos. Elas escondem os seus corpos de si mesmas e de seus familiares, evitando olharem e serem olhadas. Uma delas verbaliza: “*a coisa aqui embaixo não está bonita, não tive coragem de olhar a cirurgia*”.

A perda de um seio reatualiza outras perdas e provoca um abalo narcísico nas pacientes. As mulheres verbalizam o medo de não serem mais amadas, e conseqüentemente, de serem abandonadas pelos seus parceiros amorosos, pois elas não se consideram mais desejáveis:

Freud nos diz que a anatomia é o destino. Vocês sabem que, em certos momentos, ergui-me contra essa formulação, pelo que ela pode ter de incompleta. Mas ela se torna verdadeira se atribuímos ao termo “anatomia” seu sentido estrito e, digamos, etimológico, que valoriza a *anatomia*, a função de corte. Tudo o que sabemos de anatomia está ligado, de fato, à dissecação. O destino, isto é, a relação do homem com essa função chamada desejo, só adquire toda a sua animação na medida em que é concebível o despedaçamento do próprio corpo, esse corpo que é o lugar dos momentos de eleição de seu funcionamento. (Lacan, 1962-63/2005, p. 259)

Diante desse contexto da clínica do HAC, achamos pertinente avançar em nossa pesquisa sobre uma questão que está em cena nesses casos clínicos: a imagem de um corpo feminino atravessado pelo tratamento oncológico. Para fazer essa reflexão, será abordado o objeto olhar em sua relação com o desejo, a partir das considerações de Lacan sobre o tema.

## **2.5. Um objeto agalmático chamado olhar**

A relação do objeto “olhar” com a beleza pode ser ilustrada em diferentes contos infantis, que fascinam as meninas, como o conto da *Branca de Neve*. Branca de Neve nasceu branca como a neve, com lábios vermelhos e cabelos pretos, pois assim foi desejada por sua mãe. Quando esta morreu, Branca de Neve foi perseguida pela bela feiticeira e madrasta, que rivalizava com ela em beleza. Sua madrasta a via por um espelho mágico, que lhe revelou que sua enteada era superior a ela em beleza. Esse conto infantil evidencia o padrão estético ideal da nossa cultura, além de mostrar a projeção narcísica que os pais fazem nos filhos, necessária à construção do *eu ideal* pela

criança. Ele aborda ainda a relação ambivalente que existe entre mãe e filha, a relação entre o objeto olhar e a beleza, e aponta que a própria imagem é sustentada pelo olhar do outro, o espelho. Esse conto exerce tanto fascínio sobre as crianças porque toca em questões subjetivas fundamentais, alimentando as fantasias infantis e ajudando a construir a noção de feminilidade presente em nossa cultura.

A função do olhar na sustentação do desejo foi marcada por Freud, que, em 1905 já destacava a importância da impressão visual para despertar o desejo:

A impressão visual continua a ser o caminho mais frequente pelo qual se desperta a excitação libidinosa, e com a transitabilidade desse caminho que conta a seleção natural ao fazer com que o objeto sexual se desenvolva em termos de beleza. A progressiva ocultação do corpo advinda com a civilização mantém desperta a curiosidade sexual, que ambiciona completar o objeto sexual através da revelação das partes ocultas, mas que pode ser desviada (“sublimada”) para a arte, caso se consiga afastar o interesse dos genitais e voltá-lo para a forma do corpo como um todo. (Freud, 1905/1996d ,p. 148)

O conceito de pulsão (*Trieb*) em Freud reúne a materialidade corporal de uma descarga libidinal à variabilidade estética de seu objeto. O sujeito parte da matéria do seu corpo para uma imagem que possa satisfazer o seu desejo. No texto *As pulsões e seus destinos*, Freud (1915/1996f) inicia a sua discussão apresentando o conceito de pulsão na perspectiva da fisiologia e o conceito de estímulo a partir do modelo do arco reflexo:

Podemos, portanto, concluir que os instintos, e não os estímulos externos constituem as verdadeiras forças motrizes por detrás dos progressos que conduziram o sistema nervoso, com sua capacidade ilimitada, a seu alto nível de desenvolvimento atual. (Freud, 1915/1996f, p. 126)

Freud (1915/1996f) discorre sobre o conceito de pulsão a partir do estudo dos termos: pressão, finalidade, objeto e fonte. A “pressão” [*Drang*] seria o fator motor, a quantidade de força exigida para o trabalho que a pulsão representa. Já a “finalidade” [*Ziel*] seria a satisfação obtida a partir da eliminação do estado de estimulação na fonte da pulsão. O “objeto” [*Objekt*] é a coisa em relação à qual a pulsão atinge sua finalidade. E, finalmente, por “fonte” [*Quelle*] da pulsão entende-se que a excitação acontece num órgão ou parte do corpo. A pulsão atua com uma força constante, que incide no corpo, mas não no registro da necessidade. O corpo não é regido estritamente pelas leis da anatomia.

Lacan (1964/2008b) sublinha essa distinção na obra freudiana, pois considera que, desde o início, Freud deixou claro e formalizado que *Trieb* não é uma pressão da ordem da necessidade, como a fome, *Hunger*, ou a sede, *Durst*, e adverte que:

A constância do impulso proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo. A primeira coisa que diz Freud da pulsão é, se posso me exprimir assim, que ela não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, que ela não tem subida nem descida. (Lacan, 1964/2008b, p. 163)

O conceito de pulsão, na sua vertente escópica, permite estabelecer para o olho uma função que vai além da visão, como fonte de libido. Lá onde estava a visão, Freud encontra a pulsão.

A beleza é apreendida através da pulsão escópica que permite ao sujeito ver o objeto e desejá-lo, desnudá-lo, gozar com isso. Para além da função biológica, do campo visual, óptico, o olho opera como um paradigma da pulsão sexual libidinizada:

Esse componente de fascínio na função do olhar, no qual toda subsistência subjetiva parece perder-se, ser absorvida, sair do mundo, é enigmático em si mesmo. No entanto, é ele o ponto de irradiação que nos permite questionar o que a função do desejo nos revela no campo visual. (Lacan, 1962-63/2005, p. 264)

No *Seminário XI*, Lacan (1964/2008b) avança na teorização sobre as pulsões, a partir das operações de alienação e separação, necessárias para a constituição do sujeito na cadeia significante. Ele faz uma aproximação do simbólico com o gozo do inconsciente a partir das zonas erógenas, apontando uma identidade estrutural entre o inconsciente simbólico e o funcionamento pulsional. A pulsão seria para Lacan, nesse Seminário, o resultado da operação do significante sobre a necessidade, que produz um resto.

Ao fazer do olhar uma vertente do *objeto a*, Lacan (1972-73/2008c) busca demonstrar o caráter agalmático do objeto causa de desejo. O ágalmá, um objeto que possui beleza e que tem um brilho próprio, pode representar o olhar como *objeto a*. O olhar como *objeto a*, é um objeto pulsional, que reveste o sujeito de beleza. Através desse modo pulsional, o escópico, podemos perceber e adjetivar uma pessoa com índices que denotam a operação da libido, por exemplo, como um objeto excitante e charmoso, indo ao encontro do belo. Parece que através do olhar, enquanto objeto da pulsão, denuncia o desejo do sujeito no campo do Outro que foi subjetivado como causa desse desejo.

Portanto, a pulsão escópica tem um efeito agalmático sobre o objeto ao cobri-lo de beleza.

Nos dias atuais, o olhar ocupa um lugar de destaque, favorecido pelos inúmeros dispositivos tecnológicos de acesso e divulgação da imagem. O olhar é um modo privilegiado de gozo na época atual.

Foucault (1975/2013) nos lembra de um modo de gozo semelhante ao trabalhar a sociedade do século XVII sob um dispositivo disciplinar, no qual eram instituídas formas de confinamentos das populações, por exemplo, em escolas, em fábricas, em prisões ou em hospitais, visando à prática da norma de vigiar. Naquele momento, a cidade era colocada sob a autoridade de um síndico, cuja função era a de vigiar e controlar os deslocamentos da população. Caso algum cidadão deixasse de obedecer as suas ordens, poderia ser punido com a morte. Para conseguir exercer essa função, o síndico inspecionava constantemente. “O olhar está alerta em toda parte: um corpo de milícia considerável, comandado por bons oficiais e gente do bem” (Foucault, 1975/2013, p. 186). A cidade era vigiada em todos seus pontos, onde os movimentos eram controlados e registrados. Cada cidadão era constantemente localizado e contabilizado entre “os vivos, os doentes e os mortos” (Foucault, 1975/2013, p. 188).

Para Foucault (1975/2013), por detrás do dispositivo disciplinar se lê o medo pelo contágio, pela revólva, pelos crimes, que denunciam a desordem, tão comum em nossos dias. Para ele, o dispositivo disciplinar seria um mecanismo de poder com a pretensão de ter uma visibilidade constante. Ele se refere ao Panótipo de Bentham:

O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Em suma, o princípio da masmorra é invertido; ou antes, de suas três funções – trancar, privar de luz e o olhar que vigia captam melhor que a sombra, que finalmente protegia. A visibilidade é uma armadilha. (Foucault, 1975/2013, p. 190)

O Panóptico é um mecanismo de poder destinado a difundir-se no campo social, devido ao seu efeito de observação que causa a generalização do funcionamento de uma sociedade, atrelando as relações de poder com o dia-a-dia das pessoas. Ainda segundo o autor, “a máquina de ver é uma espécie de câmara escura em que se espionam os indivíduos; ela se torna um edifício transparente onde o exercício do poder é controlável pela sociedade inteira” (Foucault, 1975/2013, p. 196).

Foucault (1975/2013) afirma que nossa sociedade não é a do espetáculo e sim da vigilância exemplificada por tantos modos de se obter e fazer trocas de imagens, delineando os “circuitos da comunicação” (Foucault, 1975/2013, p. 205), ou seja, denotando um gozo mais-de-olhar na acumulação do saber. Para ele o indivíduo em nossa sociedade é “cuidadosamente fabricado, segundo uma tática das forças e dos corpos” (Foucault, 1975/2013, p. 205).

Foucault (1975/2013) descreve a anatomia política como o exercício de um poder sobre o corpo do outro através de técnicas supostamente rápidas e eficientes. Esse controle é feito, por exemplo, através da categorização da população, da higiene, da saúde pública e da segurança (polícia). O controle sobre as vidas e os corpos de toda uma população recebe o nome de biopoder.

Para Deleuze (1992), passamos de uma sociedade disciplinar, descrita por Foucault, para a sociedade de controle. Enquanto a sociedade disciplinar ocorreu nas instituições modernas através de estratégias de disciplina e confinamento, a sociedade de controle é marcada pela invisibilidade, quando a vigilância torna-se rarefeita e virtual.

As sociedades atuais lançam mão das tecnologias de poder em prol do mercado de consumo. Elas visam controlar a população para instigar o consumo. Assim, as relações de poder na cultura capitalista avançam para o campo das tecnologias virtuais, como um novo instrumento para o exercício do poder. Não há mais uma relação de poder e de controle dentro de um campo institucional, mas um controle invisível da população fora dos domínios institucionais via tecnologia, que serve para alimentar a lógica capitalista. Tudo é transformado em consumo, desde o saber, as relações sociais, até os cuidados corporais e a saúde. Diante disso, percebemos que há cada vez mais um avanço do poder sobre a vida em sociedade, através das tecnologias virtuais.

Essa tentativa de controle pode ser feita de diferentes formas, como se vê na atualidade através do consumo e dos dispositivos tecnológicos da imagem. A lógica capitalista visa tornar o sujeito um consumidor de produtos ofertados pelo mercado e, ao mesmo tempo, controlado, através das câmeras espalhadas em todos os espaços sociais. Através dos dispositivos tecnológicos da imagem, o sujeito se oferece espontaneamente para ser

vigiado pelo Outro. Há o gozo em ser visto e em ver o outro, em penetrar na intimidade alheia através do olhar.

## 2.6. A visão do corpo mutilado: a imagem corporal e a castração no real

O olho é o nosso primeiro instrumento de coordenação do espaço, que o percebe, o registra e o organiza antecipadamente, ou seja, antes mesmo que o sujeito possa mobilizar-se e deslocar-se fisicamente. A organização do olhar precede o gesto e a palavra.

A teoria do Estádio do Espelho, explicitada por Lacan, nos esclarece sobre a constituição da imagem corporal. Vamos priorizar, para a nossa reflexão sobre o tema, o artigo sobre *O estádio do espelho como formador da função do eu* (1949/1998a) e o *Seminário X* (1962-63/2005), quando Lacan retoma a teoria do espelho a partir do conceito de *objeto a*.

O autor descreve a formação do eu, instância imaginária, a partir da teoria do espelho. De acordo com Lacan (1949/1998a), a teoria do espelho nos “fornece a função do [eu] na experiência que dele nos dá a psicanálise.” (Lacan, 1949/1998a, p. 96). Ela ilustra o aspecto de conflito na relação dual, imaginária, pois a relação que o sujeito mantém com ele mesmo e com os outros permanece sempre mediada pelo eixo imaginário.

Assim, essa *Gestalt*, cuja pregnância deve ser considerada como ligada à espécie, embora seu estilo motor seja ainda irreconhecível, simboliza, por esses dois aspectos de seu surgimento, a permanência mental do [eu], ao mesmo tempo em que prefigura sua destinação alienante; é também prenhe das correspondências que unem o [eu] à estátua em que o homem se projeta e aos fantasmas que o dominam, ao autômato, enfim, no qual tende a se consumir, numa relação ambígua, o mundo de sua fabricação. (Lacan, 1949/1998a, p. 98)

Interessa-nos, especialmente, a função do olhar do Outro na instauração da imagem do corpo, ou seja, na relação especular com o outro. A criança, ao olhar para o espelho, se reconhece na imagem refletida. A identificação com essa imagem vai proporcionar à criança uma ilusão de completude. Lacan demonstra que a visão da forma total do corpo humano fornece ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, que ainda se faz prematuro em relação ao domínio real. Em suas palavras:

O estádio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as

fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental. (Lacan, 1949/1998a, p. 100)

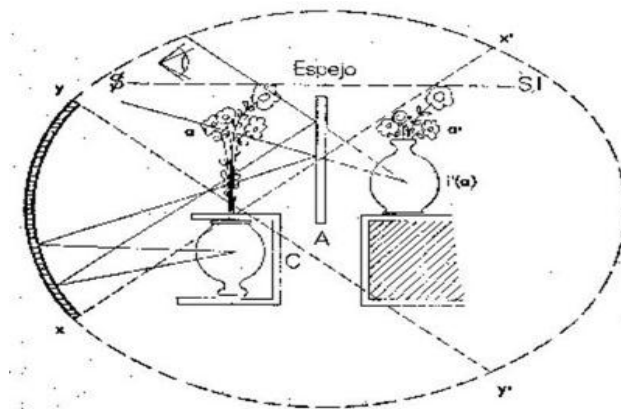
Com Lacan, o espelho se torna uma concepção psicanalítica, um instrumento essencial no destino de cada sujeito, apoiado na ideia de que o ser humano é um ser prematuro ao nascer e que apresenta uma descoordenação motora constitutiva. Antes do estágio do espelho, a criança se vê como um corpo fragmentado. É pela via do espelho que a unificação da imagem se efetiva:

A imagem em sua forma *i(a)*, imagem especular, é o objeto característico do estágio do espelho. Ela tem mais de um aspecto sedutor, que não se liga apenas à estrutura de cada sujeito, mas também à função do conhecimento. Essa imagem é fechada, encerrada, gestáltica, ou seja, marcada pela predominância de uma boa forma, o que é a conta certa para nos pôr em guarda o que contém de armadilha essa função Gestalt, tal como fundamentada na experiência característica desse campo, que é a da boa forma. (Lacan, 1962-63/2005, p. 277)

O estágio do espelho ilustra o momento em que o sujeito, ainda *infans*, se reconhece jubilarmente na imagem que lhe é oferecida através do olhar do Outro, e que tem como efeito a formação do eu.

Para Lacan (1962-63/2005), o reconhecimento do eu advém do espaço virtual para além do espelho plano, a imagem especular *i'(a)* como eu ideal (imaginário). A constituição do eu (instância imaginária) se dá em relação ao ideal do eu, instância simbólica:

Na simples imagenzinha exemplar da qual partiu a demonstração do estágio do espelho – o chamado momento jubilatório em que a criança, vindo captar-se na experiência inaugural do reconhecimento no espelho, assume-se como totalidade que funciona como tal em sua imagem especular – porventura já não relembrei desde sempre o movimento feito pela criancinha? Esse movimento é tão frequente, tão constante, eu diria, que qualquer um pode lembrar-se dele. Ou seja, a criança se volta, como observei, para aquele que a segura e que está atrás dela. Se nos esforçarmos por assumir o conteúdo da experiência da criança e por reconstruir o sentido desse movimento, diremos que, através desse movimento de virada da cabeça, que se volta para o adulto, como que para invocar seu assentimento, e depois retorna à imagem, ela parece pedir a quem a carrega, e que representa aqui o grande Outro, que ratifique o valor dessa imagem. (Lacan, 1962-63/2005, p.41)



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

A instauração da imagem é o resultado da formação do Um, de uma unidade entre o objeto real e a imagem especular, exemplificado na experiência óptica de Bouasse através do jarro de flor. Do lado esquerdo do esquema, encontramos o conjunto construído pelo objeto real, fazendo o Um com a imagem real, e um resto que se constitui a reserva de libido não especularizável o *objeto a*. Assim, a reformulação da teoria do espelho permite localizar um ponto cego no espelho, um ponto não especularizável, o *objeto a*, que aponta para o real. O *objeto a* pode, entretanto, desempenhar a função de causa do desejo:

O *a* é a causa, a causa do desejo. Indiquei-lhes que não é um modo ruim de compreendê-lo voltar ao enigma que nos é proposto pelo funcionamento da categoria da causa, pois está bastante claro que, seja qual for a crítica, seja qual for o esforço de redução, fenomenológica ou não, que lhe aplicarmos, essa categoria funciona, e não como uma etapa meramente arcaica de nosso desenvolvimento. (Lacan, 1962-63/2005, p. 307)

O corpo na teoria psicanalítica pode ser tomado nos três registros: imaginário, que lhe confere uma unidade narcísica; simbólico, que o articula ao Outro; e no real, como corpo pulsional, fonte de gozo, um excesso de excitação que não entra nos intercâmbios simbólicos. Esse excesso produz mal-estar, é fonte de sofrimento humano. Freud, no texto sobre o *Mal estar da civilização*, nos esclarece:

O sofrimento nos ameaça a partir de três dimensões: de nosso próprio corpo, à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. (Freud, 1929-30/1996l, p. 84)

Assim, nos vemos às voltas na clínica do HAC com uma das fontes de mal-estar humano: o corpo. A perda da mama na mulher marca, de forma incisiva, o confronto da



paciente com a realidade da doença. Diante da necessidade da retirada parcial ou total da mama, deve-se considerar o efeito dessa mutilação sobre um corpo que é atravessado pela linguagem e que possui uma consistência imaginária. O sujeito que apresenta um câncer de mama se vê diante da contingência de um corpo afetado pelo real da castração. Segundo Lacan (1962-1963/2005):

A captura narcísica introduz quanto ao se pode investir no objeto, na medida em que o falo, ele próprio, continua auto-eroticamente investido. A rachadura que resulta disso na imagem especular vem a ser, propriamente, o que dá respaldo e material à articulação significante que, no outro plano, o simbólico, chamamos de castração. (Lacan, 1962-63/2005, p.19)

A castração para a psicanálise lacaniana é uma operação simbólica do falo (objeto imaginário) efetuada pelo pai real (agente) ocasionando o complexo de castração, como uma renúncia ao gozo incestuoso. O sujeito passa a reconhecer a lei de proibição do incesto, dependendo do pai para ter o título fálico. Portanto, o falo vai funcionar no complexo de castração como dádiva ou dom que o pai, como agente, pode ou não conceder à criança, para uma investidura futura do sujeito. A apuração da castração em Lacan coloca o sujeito a reconhecer que o acesso aos objetos implica uma dívida (posição masculina) ou uma subtração, uma perda (posição feminina). A inscrição do nome do pai produz como efeito a significação fálica, que é também um índice de gozo:

O significante nome-do-pai conserva um efeito de significado que é a significação fálica. Ao mesmo tempo, o falo é um índice de gozo; inclusive o índice de gozo por excelência, a tal ponto que Lacan modificará esta construção e se verá conduzido a falar do falo como significante de gozo. (Miller, 2006, p. 274)

Lacan, nos anos 70, desloca a ênfase de sua teoria, do registro simbólico para o real, promovendo o conceito de gozo a um lugar central em suas elaborações teóricas. O autor destaca, no processo de constituição subjetiva, as operações, simbólica e imaginária, que recobrem o gozo.

A imagem pode ser tomada como um véu, um quadro que vela a falta, e até mesmo como um espetáculo que chama a ver, como, por exemplo, uma produção artística que provoca o olhar. Se a imagem corporal vela o vazio, a doença coloca em cena a imperfeição do corpo, na medida em que revela a fragilidade e a temporalidade da carne. A doença aponta para o ponto não especularizável que falta à imagem, o *objeto a*, despertando a angústia. Esta é a articulação entre *objeto a*, o desejo e o campo da imagem que pretendemos salientar nessa pesquisa. A busca incessante que constitui o

desejo na teoria psicanalítica depende da existência da falta de objeto como sendo a sua condição primordial. O circuito do desejo, na teoria lacaniana, se insere na dimensão da imagem na falta desse objeto. Essa discussão conduziu Lacan a discorrer sobre o “caráter radicalmente ilusório de todo o desejo” (Lacan, 1962-63/2005, p. 249). Mas, às vezes acontece um reencontro impossível com o objeto. A visão da mutilação da mama pelo sujeito aponta para a presença do *objeto a* na cena, perturbando o circuito do desejo e despertando a angústia.

Ao ver no espelho a imagem do próprio corpo mutilado, o sujeito é confrontado com o real, com o vazio, sem o véu da imagem que deveria recobri-lo. Ou seja, é como se houvesse uma quebra do espelho, denunciando o que essa imagem busca velar, o real. Nesse sentido, ao se apresentar na cena, o *objeto a* ultrapassa uma barreira até então intransponível, posto que algo do real se introduz na dimensão imaginária, desfazendo a ilusão da unidade corporal. Nas palavras de Lacan (1962-63/2005):

Mesmo na experiência do espelho, pode surgir um movimento em que a imagem que acreditamos estar contida nele se modifique. Quando essa imagem especular que temos diante de nós, que é 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 quanto há um momento em que o olhar que aparece no espelho começa a não mais olhar para nós mesmos. *Initium*, aura, aurora, de um sentimento de estranheza que é a porta aberta para a angústia. Essa passagem da imagem especular para o duplo que me escapa, eis o ponto em que acontece algo do qual a articulação que damos à função do *a* nos permite mostrar a generalidade, a presença em todo o campo fenomênico. (Lacan, 1962-63/2005, p. 100)

Lacan, no Seminário X, demonstra que o *objeto a* escapa, como algo em sua dimensão real que se apresenta como efeito de uma situação traumática, pensado na teoria psicanalítica em sua relação com a fratura, com corte. Desse corte, se desprende o *objeto a*.

Na clínica do HAC deparamo-nos com uma diversidade de respostas das mulheres ao vazio deixado pela retirada do seio. Muitas mulheres buscam (re)construir a imagem corporal, ou seja, investem na imagem corporal tentando preencher esse vazio. Observamos, por exemplo, o cuidado com que se apresentam para o atendimento ambulatorial: os diferentes adornos que utilizam em seus corpos, as perucas e lenços na cabeça, as maquiagens no rosto, além dos enchimentos que velam a ausência dos seios. Esses diferentes véus visam atrair o olhar e ocultar o vazio. A ambivalência da função do véu, que atrai o olhar ao mesmo tempo em que vela o vazio, parece, por vezes,

denunciar exatamente o ponto que deveria ocultar, revelando o real e despertando a angústia:

Ora, lembrem-se do que eu lhes disse da mancha no nível do campo visual. Com a mancha, aparece ou se prepara a possibilidade de ressurgimento, no campo do desejo, do que há de oculto por trás dela, ou seja, no caso, do olho cuja relação com esse campo deve ser necessariamente esvaziada, para que o desejo possa permanecer nele com a possibilidade ubíqua ou nômade que lhe permite furtar-se à angústia. (Lacan, 1962-63/2005, p. 303)

## 2.7. Quimioterapia e beleza

A publicitária Flávia Flores (35 anos) possui uma página no site *Facebook* intitulada *Quimioterapia e Beleza*, que tem quase 86 mil curtidas. Nesta página, ela dá dicas de beleza e moda para ir à sessão de quimioterapia.



Fonte: Quimioterapia e Beleza (2014)

Em outubro de 2012, Flavia descobriu um câncer agressivo durante uma troca de próteses. Ficou muito abalada com a possibilidade de perder os seios e os cabelos com o tratamento. Depois de se lamentar por alguns dias, resolveu “*encarar de frente*” a doença, segundo o seu relato. Na cirurgia, retiraram os dois seios e, no local, foram colocados expansores para que mais tarde fossem implantadas as próteses. Ela fez quimioterapia e radioterapia.

Durante esse processo, ela criou a página na internet chamada *Quimioterapia e beleza*, que obteve milhares de acessos. Segundo ela, a autoestima é fundamental para um

tratamento bem sucedido, e acrescenta que através de suas dicas de moda e beleza, ela inspirou muitas mulheres. Seguem alguns trechos de seus escritos na página:

*“Quimioterapia é punk. Quero compartilhar dicas de beleza, receitas, truques, makes e cosméticos para passar essa barra com estilo e sem tristeza, né? Maquiagens, perucas e acessórios me fazem abrir o sorriso! Me reconhecer no espelho, valorizar os meus traços para sair poderosa na rua não tem preço. Esse poder feminino me faz feliz.”*

*“O câncer veio como uma missão para mim, isso é claro, e se não mata, embeleza. De verdade! Você fica mais forte, mais bonita, mais sensível, mais integrada com o mundo. É incrível como as mulheres precisavam de alguém para se espelhar e não havia nenhuma disposta a botar a carinha para bater, não é?”*

*“Depois que eu aceitei o diagnóstico e o tratamento de um câncer de mama, entendi que era inevitável perder os cabelos, a cor e as formas. Então eu fui a busca de um material que me ensinasse como me produzir durante o tratamento quimioterápico. Só que eu não encontrei quase nada... Desde então coleciono e compartilho dicas que tornaram meu tratamento mais fácil, fazendo eu me sentir mais bonita, sexy, saudável e ainda manter o bom humor. Todo dia quando me levanto, olho pro espelho e visto uma personagem pra sair na rua, pra me divertir e continuar sorrindo. Posso ser quem eu quiser durante o tratamento, me disfarço, me produzo – depende do meu estado de espírito! Consigo assim, fazer com que todo mundo que está a minha volta, passe pelo tratamento melhor. Mais feliz!”*

A escuta de pacientes em atendimento no hospital, associada à leitura deste perfil no site *Facebook* e de alguns blogs de mulheres que estão em tratamento oncológico, nos mostrou que muitas mulheres, diante da amputação do seio, ou seja, diante do confronto com a castração real, reagem à amputação reinvestindo na imagem corporal. Elas passam a se enfeitar, a usar diferentes adornos, a dar dicas de beleza, enfatizando a possibilidade de ser bonita e feminina mesmo diante de tratamentos que agridem drasticamente o corpo.

Lacan (1959-60/2008a), no Seminário VII, comenta que “o simbolismo da roupa é um simbolismo válido, sem que em nenhum momento possamos saber se o que se trata de

fazer com esse falo-pano é de revelar ou de escamotear” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 271). O bem (roupa) serve como uma forma de despertar o desejo e velar a Coisa. Ele acrescenta que há outro ponto de “transposição que pode permitir discernir precisamente um elemento do campo do para além do princípio do bem. Esse elemento é o belo” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 283).

Outras mulheres não fazem esse investimento na imagem corporal depois da cirurgia, como será visto a seguir.

Emília, 41 anos, é diagnosticada com câncer na mama direita. Ela é encaminhada pela equipe de fisioterapia para a psicologia na fase do pré-operatório de mastectomia. Emília é casada, mãe de três filhos, possui rede laboral e social. Ela inicia o tratamento psicanalítico verbalizando sobre a angústia que sente diante do desconhecido, como, por exemplo, o fato de não saber qual o tratamento oncológico a ser realizado: a quimioterapia ou a radioterapia. Com relação à cirurgia de mastectomia, se angustia ao pensar no tamanho da cicatriz que terá no lugar do seu seio. Emília teme as consequências da cirurgia em sua vida amorosa, e considera a possibilidade do abandono do seu marido. Ela teme especialmente a perda do seio direito e o aumento de gordura corporal, pois leu em algum lugar que o tratamento do câncer faz engordar muito. Emília fantasia a recusa do marido no momento do coito, pois considera que deixará de ser uma mulher desejável. Fala insistentemente sobre o seu estilo sensual de vestir e que gosta de frequentar ambientes sociais em que as mulheres usam biquínis, como os clubes. A paciente é submetida à extração total do seio direito.

Nas sessões seguintes, se mostra muito angustiada com o tamanho da cicatriz deixada pela intervenção cirúrgica: *“Não pensava que seria tão grande, fico impressionada com a extensão do corte, inicia debaixo do braço e vai até o meio da barriga, estou horrível”*. Apesar de escutar do marido que não haveria problema para ele a falta de um seio, que ele a amava da mesma forma, Emília passa a recusar a relação sexual com o marido: *“Não sei o que está acontecendo, não consigo transar com ele mais, tô sem tesão, não gosto que ele me toque no peito”*. Descreve uma cena em que os filhos, ao olharem a cicatriz em seu corpo, a chamam de Emília: *“estou toda cortada e costurada igual uma boneca”*.

Lacan (1962-63/2005) ressalta que a angústia está ligada a um “eu” que não sabe que objeto “eu sou para o desejo do outro”, e acrescenta que “mas isso só é válido para o nível escópico” (Lacan, 1962-63/2005, p. 353). Para Emília, a perda da mama, como a irrupção de um real, levou à quebra do espelho, despertando a angústia.

Alguns casos clínicos nos mostram que a mastectomia tem como efeito a perda da capacidade de investimento na imagem corporal. Essas mulheres recobrem o corpo, evitam olhar-se no espelho, assim como evitam ser olhadas, e frequentemente desenvolvem uma inibição sexual, recusando totalmente o ato sexual. Elas não se sentem mais desejáveis, e, portanto, femininas.

Freud (1914/1996e) afirma que há uma diferença entre os homens e as mulheres em relação ao tipo da escolha objetal. No homem o amor objetal seria do “tipo de ligação” (p. 95), ou seja, uma valorização do objeto sexual, que pode ser exemplificado por uma pessoa apaixonada. Neste caso, ocorre um empobrecimento do ego em relação à libido dispensada ao objeto amoroso. Já para as mulheres, segundo Freud (1914/1996e), isso não ocorre:

Com o começo da puberdade, o amadurecimento dos órgãos genitais femininos, até então em estado de latência, parece ocasionar a intensificação do narcisismo original, e isso é desfavorável para um desenvolvimento de uma verdadeira escolha objetal concomitante supervalorização sexual. As mulheres, especialmente se forem belas ao crescerem, desenvolvem certo autocontentamento que as compensa pelas restrições sociais que lhes são impostas em sua escolha objetal. Rigorosamente falando, tais mulheres amam apenas a si mesmas, com uma intensidade comparável à do amor do homem por elas. Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de serem amadas; e o homem que preencher essa condição caíra em suas boas graças. (Freud, 1914/1996e, p. 95)

Nos dois casos descritos acima, ou seja, tanto no caso em que a paciente, depois da cirurgia, passa a investir em sua imagem corporal buscando se embelezar, quanto no caso em que a paciente não investe na própria imagem corporal, observa-se que a noção de feminilidade, para essas mulheres, está ligada à beleza corporal. Mesmo diante da proximidade da morte, as mulheres não abordam o tema da morte na clínica. O que prevalece em suas falas é o tema da beleza, associado à feminilidade. Diante desta constatação, surgiu o nosso interesse em pesquisar a função do belo na psicanálise, para, em seguida, relacioná-lo com a feminilidade.

## 2.8. Da imagem à ética da psicanálise: a função do belo

Ao iniciarmos esta pesquisa, descobrimos outros campos do saber que se ocupam do tema do belo, além da psicanálise. Mas, privilegiaremos, para esta dissertação, os autores da psicanálise, em especial, Freud e Lacan.

Freud, em *A Interpretação dos Sonhos* (1901/1996c), texto inaugural da psicanálise, descreve o movimento que o aparelho psíquico faz para reinvestir uma imagem associada à satisfação. Nesse texto, ele enlaça a vida psíquica à criação de imagens, através de mecanismos da formação dos sonhos, condensação e deslocamentos, cujo propósito seria a realização de desejo, mesmo que na forma disfarçada. Nas palavras de Freud:

Os sonhos são atos psíquicos tão importantes quanto quaisquer outros; sua força propulsora é, na totalidade dos casos, um desejo que busca realizar-se; o fato de não serem reconhecíveis como desejos, bem com suas múltiplas peculiaridades e absurdos, devem-se à influência da censura psíquica a que foram submetidos durante o processo de sua formação; à parte a necessidade de fugir a essa censura, outros fatores que contribuíram para sua formação foram a exigência de condensação de seu material psíquico, a consideração a sua representabilidade em imagens sensoriais e – embora não invariavelmente – a demanda de que a estrutura do sonho possua uma fachada racional e inteligível. (Freud, 1901/1996c, p. 564)

No relato do sonho, nas figuras e paisagens estranhas para a consciência do sujeito, há uma organização estética para expressar o desejo. O sonho é um acontecimento psíquico cuja cena se dá através de imagens que serão editadas a posteriori pelo relato do sujeito que sonhou. Assim, o sonho seria um lugar das representações, espaço habitado pelo visto e não recalcado, pelo que foi pensado e não censurado. São as imagens que constituem o enredo onírico que dão forma para o desejo. A estética é o resultado da criação de uma forma, como condição para que o desejo possa se realizar. Freud continua:

Não poderemos descartar a probabilidade de que, também nos sonhos, a transformação dos pensamentos em imagens visuais seja, em parte, resultante da atração que as lembranças expressas sob a forma visual e ávidas de uma revivescência exercem sobre os pensamentos desligados da consciência e que lutam por encontrar expressão. (Freud, 1901/1996c, p.576)

Freud (1929-30/19961) enfatiza a busca da felicidade na vida, predominantemente pela fruição da beleza, seja ela percebida pela forma ou nos gestos humanos, nos objetos, na natureza, nas criações artísticas, ou até mesmo pela via na construção científica. Se as

ciências e a psicanálise encontram limites na compreensão da beleza, segundo Freud (1929-30/1996l), o que é certo é sua derivação do campo do sentimento sexual. A beleza é um atributo do objeto sexual. Em suas palavras: “O amor da beleza parece um exemplo perfeito de um impulso inibido em sua finalidade. ‘Beleza’ e ‘atração’ são originalmente atributos do objeto sexual” (Freud, 1929-30/1996l, p. 90).

Nesse mesmo texto, Freud (1929-30/1996l) atribui à pulsão um papel relevante para a fundação de uma civilização. Ele destaca o predomínio do estímulo visual em detrimento do olfativo:

A periodicidade orgânica do processo sexual persistiu, é verdade, mas seu efeito sobre a excitação sexual psíquica foi investido. Parece mais provável que essa modificação se tenha vinculado à diminuição dos estímulos olfativos, através dos quais o processo menstrual produzia efeito sobre a psique masculina. Seu papel foi assumido pelas excitações visuais, que, em contraste com os estímulos olfativos intermitentes, conseguiram manter um efeito permanente. (Freud, 1929-30/1996l, p. 105)

Freud afirma que a sublimação é uma troca da meta sexual por uma meta mais elevada e com um valor social. Segundo o autor, “exatamente os componentes do instinto sexual se caracterizam por essa faculdade de sublimação, de permutar o fim sexual por outro mais distante e de maior valor social” (Freud, 1910/1996m, p.64). Tanto na arte quanto na experiência psicanalítica, o desejo possui uma função central, pois, a inscrição do sujeito de desejo se mostra pela presença de uma ausência. O autor nos esclarece que o desejo não surge da necessidade: “não é possível reduzir a função do desejo fazendo-a surgir, emanar, da dimensão da necessidade” (Lacan, 1959-60/2008a, p.248).

Lacan defende desde o início do seu ensino que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Ao abordar o inconsciente como linguagem, operacionalizada pelo signo linguístico, produz nesse sistema um significante que tem uma forma, uma estética tanto visual quanto acústica: “O significante introduz suas ordens no mundo, a verdade e o acontecimento (...) em relação ao ponto de visada do desejo” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 314). Tendo uma forma, não poderia faltar o vazio. Uma forma vazia, por isso o significante pode representar vários significados, forjando uma estética para o discurso. Para Lacan, a linguagem possui uma estética e o desejo circula na metonímia do discurso. Como ele destaca,

o desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda. É a mudança como tal. Insisto – essa relação propriamente metonímica de um significante ao outro que chamamos desejo, não é



o novo objeto, nem o objeto anterior, é a própria mudança de objeto em si. (Lacan, 1959-60/2008a, p. 344)

Mas, a partir do Seminário VII, Lacan (1959-60/2008a) começa a fazer um giro no seu ensino, abrindo mão da prevalência do simbólico e deslocando-se para o real. Neste seminário, Lacan descreve uma estética relacionada fundamentalmente ao real, à Coisa. Lacan faz um retorno a Freud, não mais pela via do simbólico, mas pela via do real, trabalhando a noção freudiana da pulsão de morte e do mais além do princípio do prazer. Ou seja, um segundo tempo do ensino de Lacan marca um deslocamento do sujeito do inconsciente ao sujeito do gozo, do grande Outro à Coisa: “Para além do princípio do prazer aparece-nos essa face opaca – tão obscura que pode parecer, para alguns, a antinomia de todo pensamento, não apenas biológico, mas até mesmo simplesmente científico – que se chama pulsão de morte” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 31).

No Seminário VII, Lacan sustenta que, mais além do inconsciente estruturado como linguagem, há um real do gozo pulsional como sendo o mais próximo do campo real de *Das Ding*. Lacan (1964/2008b, p. 32) considerou que Freud procurava o inconsciente através de aparecimentos via modos de tropeço, desfalecimento, rachadura, sonhos, atos falhos e chistes, por exemplo. Um achado que na verdade é um “reachado”, que está prestes a escapar de novo, constatando uma dimensão da perda. Já o inconsciente lacaniano estaria no nível do sujeito da enunciação:

Enquanto segundo as frases, segundo os modos, se perdendo como se encontrando, e que, numa interjeição, num imperativo, numa invocação, mesmo num desfalecimento, é sempre ele que nos põe seu enigma, e que fala – em suma no nível em que tudo que expande no inconsciente se difunde, tal o mecelium, como diz Freud a propósito do sonho, em torno de um ponto central. Trata-se sempre é do sujeito enquanto que indeterminado. (Lacan, 1964/2008b, p. 33)

Na experiência psicanalítica, a assunção imagética tem o efeito de evitar o vazio, operando como um véu para o sujeito, bordejando o vazio, a Coisa, como descreve Lacan. No Seminário VII, Lacan (1959-60/2008a) defende uma dimensão irredutível ao simbólico, um lugar vazio de representação. Na sublimação artística, por exemplo, o objeto da arte se coloca pela via imaginária, em um lugar de elevação simbólica, obturando o vazio do real da Coisa.

Lacan, nos anos 60, descreve a sublimação como outra satisfação, como o resultado da renúncia pulsional. Nas palavras do autor:

Em suma, para começar o problema da *Sublimierung*, a plasticidade dos instintos deve ser primeiramente lembrada, devendo-se dizer em seguida que, por razões que desde então restam a elucidar, nem toda sublimação é possível no indivíduo. No indivíduo – visto tratar-se do indivíduo e colocando-se, portanto, a propósito disso, tanto a questão das disposições internas como as ações externas – encontramos-nos diante de limites. Alguma coisa não pode ser sublimada, há uma exigência libidinal, a exigência de uma certa dose, de uma certa taxa de satisfação direta, sem o que resultam danos e perturbações graves. (Lacan, 1959-60/2008a, p. 114)

Lacan reitera a sublimação como um dos destinos da pulsão, é uma saída que o sujeito pode lançar mão numa tentativa de representar a Coisa. Por exemplo, no campo escópico um objeto qualquer pode ser a figura que encarna a Coisa. Essa proximidade da coisa pode promover um efeito de beleza que a encobre. Nesse contexto, o tratamento ético do real passa por uma *assunção* do tratamento estético de *Das Ding* através do conceito de sublimação em psicanálise.

Para Lacan, a *Das Ding* é ao mesmo tempo irrepresentável (sem imagens e fora do significante), mas também uma zona incandescente, cheia de gozo. Possui uma propriedade de excentricidade e de terror ao mesmo tempo, “o que há em *Das Ding* é o verdadeiro segredo” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 60). Ele continua:

*Das Ding* é o que – no ponto inicial, logicamente e, da mesma feita, cronologicamente, da organização do mundo no psiquismo – se apresenta, e se isola, como o termo de estranho em torno do qual gira todo o movimento da *Vorstellung*, que Freud nos mostra governado por um princípio regulador, o dito princípio do prazer vinculado ao funcionamento do aparelho neurônico. É em torno desse *das Ding* que rola todo esse processo adaptativo, tão particular ao homem visto que o processo simbólico mostra-se inextricavelmente tramado. (Lacan, 1959-60/2008a, p. 74)

Quando Lacan diz que a Coisa é outra coisa, ele convoca o conceito de sublimação, pois, a proximidade da Coisa é insuportável, o encontro com a Coisa seria a morte para o sujeito, ela destruiria qualquer sentimento estético. Há, pois, uma aproximação entre a Coisa e a sublimação:

A Coisa, se no fundo ela não está velada, não estaríamos nesse modo de relação, com ela que nos obriga – como todo psiquismo é obrigado – a cingi-la, ou até mesmo contorná-la, para concebê-la. Lá onde ela se afirma, ela se afirma em campos domesticados. É justamente por isso que os campos são assim definidos – ela se apresenta sempre como unidade velada. (Lacan, 1959-60/2008a, p. 144)

Em seu Seminário VII, Lacan desenvolve a teoria sobre a Coisa a partir de uma oscilação particular. A Coisa é definida ao mesmo tempo como um gozo pleno e como um vazio, como um vazio central na subjetividade. As vertentes da Coisa aparecem tanto na perspectiva do significante, que denota uma impossibilidade de representação, quanto na perspectiva do gozo, que excede ao sujeito, que o submete a uma repetição.

Podemos pensar a Coisa lacaniana como um excesso de gozo, um horror... Como podemos pensar a estética em relação à ética psicanalítica? Tendo em vista a ética que coloca em cena a subjetividade, a estética é um modo de operação que tenta uma circunscrição, uma borda, um véu sobre a Coisa.

Trabalhamos numa articulação do conceito de sujeito com a noção de estética, para analisar a participação desta relação na produção da subjetividade que é “edificada na superfície de um organismo” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 55).

A estética pode ser, portanto, uma saída para o desejo. Afinal de contas, “o valor de uma coisa é a sua desejabilidade” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 26). A partir de Lacan, trabalharemos a dupla função da estética: de recobrir o vazio e de produzir prazer circunscrevendo o desejo.

Assim, no Seminário VII, Lacan coloca o belo como uma defesa frente ao real. O belo é uma força estética, um véu, que está em uma relação com o real, com o insuportável de perceber. Lacan, neste Seminário, descreve a função do belo como a de fazer uma última barreira frente à *Das Ding*, como uma forma de suportar o desagradável, o trágico:

A verdadeira barreira que detém o sujeito diante do campo inominável do desejo radical uma vez que é o campo da destruição absoluta, da destruição para além da putrefação, é o fenômeno estético propriamente dito uma vez que é identificável com a experiência do belo – o belo em seu brilho resplandecente, esse belo do qual disseram que é o esplendor da verdade. É evidentemente por o verdadeiro não ser muito bonito de se ver, que o belo é, se não seu esplendor, pelo menos sua cobertura. (Lacan, 1959-60/2008a, p. 259-260)

O belo como uma forma tem um estatuto imaginário, mas apresenta uma eficácia simbólica. É uma tentativa do sujeito de tomar certa distância do real, de evitar a angústia diante da proximidade da Coisa. O belo é como um véu que vai recobrir o horror de *Das Ding*. O belo não remove o real, mas oferece uma distância estética dele, operando como uma barreira protetiva em relação à Coisa.

Nessa temática não podemos deixar de considerar a relação da ética com o desejo para psicanálise lacaniana. Para isso, Lacan (1959-60/2008a) recorre à teoria kantiana especialmente em seus estudos sobre a vontade moral e à teoria de Sade sobre nosso direito de exercer o prazer com todos, com a pretensão de sustentar uma ética no campo psicanalítico desvinculada dos ideais civilizatórios.

Lacan (1959-60/2008a) nos esclarece que nas teorias de Kant e Sade há pontos importantes a serem pensados para além do princípio do prazer, ou seja, o campo do gozo. Sade defendia a posição de que todas as pessoas, homens e mulheres, têm o direito de gozar sobre todos aqueles de quem desejar desfrutar. Já Kant, em sua ação moral, pretendia eliminar qualquer elemento sentimental, qualquer bem subjetivo sob a ótica de um ideal burocrático.

A ética da psicanálise não seria uma ética pautada nas obrigações ou nos mandamentos, mas sob o desejo que se sustenta na falta. A ética na psicanálise nos leva diretamente à questão: se somos culpados de alguma coisa, é a de “ter cedido ao nosso desejo” (Lacan, 1959-60/2008a, p. 373). A ética do desejo apresenta uma relação entre o sujeito e o campo do Outro, entre o ser falante e o mundo. No Seminário VII, Lacan trabalha a questão da ética na psicanálise separada do ideal. Deste modo, ao pensarmos sobre um destino pulsional, a sublimação, Lacan a coloca em relação ao real e não ao ideal freudiano.

A ética para psicanálise não diz respeito ao campo da moral, do testemunho e da obrigação, mas ao campo do vazio, da falta. Ou seja, fora do campo dos bens, que existem a partir da concepção do coletivo social. Mas há um único bem que precisa ser pago pelo sujeito, conforme Lacan, no campo das neuroses: pagar o preço pelo seu desejo articulado à Lei do pai, instância simbólica herdada do complexo de Édipo. A lei que interdita o sujeito, proibindo o incesto.

Lacan não aborda a estética distanciada da ética psicanalítica e de sua prática, ou seja, da clínica. A noção de estética em psicanálise diferencia de qualquer outro discurso, pois está atrelada à dimensão ética do desejo. A imagem pode ser tomada como um véu

que recobre o real. O imaginário é revisto por uma lógica, a do simbólico. Isso é possível a partir do encontro do sujeito com a castração simbólica.

Após esse breve percurso sobre a ética e sobre o desejo para a psicanálise, percebe-se que Lacan busca retomar aspectos da clínica freudiana sob outro campo: do real.

Freud, no texto de 1919, *Das Unheimliche* [*O Estranho*], afirma que há algo de familiar naquilo que é ou possa ser estranho. Ele postula que o novo sempre tem algo do recalcado, que, ao se aproximar da consciência desperta angústia ou estranhamento. Há o reconhecimento de algo profundamente familiar naquilo que é estranho.

A civilização não pode excluir uma forma, tendo como efeito o apaziguamento da angústia. Lacan (1962-63/2005) diz que a angústia opera como um sinal de desconstrução da articulação imaginária que constitui o ego ideal. Em seu seminário X, ele nos forneceu uma definição sobre a angústia: “A angústia, como lhes disse, deve ser definida como o que não engana, precisamente na medida em que todo e qualquer objeto lhe escapa” (Lacan, 1962-63/2005, p. 240). Ele continua: “Não só ela não é sem objeto, como também, muito provavelmente, designa o objeto, digamos, mais profundo, o objeto derradeiro, a Coisa. Nesse sentido, a angústia é aquilo que não engana” (Lacan, 1962-63/2005, pp. 338-39).

Nesta perspectiva, a psicanálise opera como uma prática simbólica que tenta tratar o real da Coisa. A experiência psicanalítica é pensada a partir de um deslocamento do gozo para o desejo (um menos de gozo). A sublimação barra a Coisa, como uma possibilidade de criação fundada sobre a falta de representação, como um modo de circunscrição do vazio.

Essa posição de Lacan remete ao que Freud denominou como “além do princípio do prazer”. O real a partir da leitura lacaniana nos remete para um ponto mais fundamental e sem significação que habita um sujeito, ao mesmo tempo, direciona as suas escolhas e ações. Denotando o que há de mais singular ao sujeito, mesmo não sendo totalmente assimilável por ele.

Neste momento, Lacan prioriza a relevância da ideia freudiana sobre o mais além do princípio do prazer, a pulsão de morte, que ele articula ao gozo, ao real. Portanto, o

simbólico já não supre totalmente o real na experiência analítica, há um *Mais, ainda* como indica Lacan no Seminário XX. Lacan, na década de 60, defende a relação que existe entre desejo e real, especialmente no Seminário X (1962-63/2005), quando ele conceitua o *objeto a* como sendo causa de desejo. Lacan considera que nem tudo é investido pela imagem. Algo do próprio corpo não é especularizável, que é o *objeto a*. Podemos situá-lo do lado do sujeito e do lado do parceiro do desejo, aquele outro que é investido na imagem e que possui um valor erótico: “De fato, o objeto definido em sua função por seu lugar como (a), o objeto que funciona como resto da dialética do sujeito com o Outro” (Lacan, 1962-63/2005, p. 252). Lacan considera no Seminário X, que o *objeto a* condiciona o desejo, sob suas formas de desejo oral, anal, escópico e voz.

O que vai nos interessar nesse momento é a vertente escópica, em que o desejo está ligado à imagem, que, para Lacan (1962-63/2005) é a função de um corte que sobrevém no campo do olho desde os primórdios da nossa relação com o outro. Nesse sentido:

A base da função do desejo é, num estilo e numa forma que têm que ser precisados a cada vez, o objeto central a, na medida em que ele é não apenas separado, mas sempre elidido em outro lugar que não aquele em que sustenta o desejo, mas numa relação profunda com ele. Esse caráter de evitação em parte alguma é mais manifesto que no nível da função do olho. É por isso que o suporte mais satisfeito da função do desejo, ou seja, a fantasia, é sempre marcado por um parentesco com os modelos visuais em que comumente funciona, e que, por assim dizer, dão o tom de nossa vida desejante. (Lacan, 1962-63/2005, p. 276)

Assim, a partir do ensino lacaniano, o *objeto a* como um objeto faltoso remete ao desejo, que mantém uma relação próxima com a falta, que leva a concluir que o objeto *a* é causa de desejo.

Enfatizaremos, no próximo capítulo, a relação entre o belo e a feminilidade, a partir das discussões sobre o feminino em Freud e Lacan e dos fragmentos de caso clínico realizado no ambulatório do HAC.

### 3. DO ÉDIPO À SEXUAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A FEMINILIDADE

*Do que é que se trata então no amor?*

*O amor será que é fazer um só?*

(Lacan, 1972-73/2008c, p. 13)

A feminilidade na teoria psicanalítica é um tema complexo, como também, sem dúvida, original. Ele foi pensado, por Freud, a partir da teoria do Complexo de Édipo e foi deslocado, por Lacan, para a lógica do *não todo*, situado além do Édipo. O sexo feminino representa o impossível de dizer, que, mesmo pensado de forma operativa, não deixa de se constituir como uma “ficção” (André, 2011, p. 10). Ao longo do ensino de Lacan, o tema da feminilidade foi, pois, movido do registro do desejo para o do gozo, percurso que será realizado, de forma sintética, ao longo desse capítulo.

Para fazer esta reflexão a partir das elaborações de Freud e de Lacan, escolhemos percorrer quatro vias ou caminhos teóricos: pulsão, sexualidade infantil, feminilidade e partilha sexual. Finalmente, apresentaremos uma vinheta clínica para tentar localizar, em um caso clínico, alguns pontos discutidos nesta dissertação.

Freud postulou que a eleição do sexo e do parceiro amoroso não é determinada pela anatomia, mas depende da posição assumida pelo sujeito diante da castração. O autor aborda o tema da feminilidade, portanto, pela via do Complexo de Édipo e do Complexo de Castração, apresentando a inveja do pênis [*penisneid*] como um dos seus efeitos.

Lacan, por sua vez, ressalta o caráter enigmático da feminilidade. É no Seminário XX, *Mais, ainda* (1972-73/2008c), que ele avança em suas elaborações teóricas sobre a feminilidade, designando-a como *não toda* determinada pela função fálica. Ao abordar esse tema, o autor defende a ideia de que *A Mulher* é supostamente a substituta da inexistência do Outro. O enigma, assim, tenta recobrir a ausência da relação sexual (Lacan, 1972-73/2008c, p. 69). A posição feminina consiste em ser *não toda* submetida à lei fálica, ou seja, em ter acesso a um gozo *não todo* submetido ao significante fálico. Essa definição do feminino é resultado de uma mudança do ensino de Lacan

evidenciada mais claramente nos anos 70, quando o autor desloca a ênfase da sua teoria da lógica edipiana para o gozo situado além do falo.

As diferentes figuras do feminino se constituem a partir da tensão existente entre o singular de uma mulher e o ideal cultural que se propõe para todas. Cada mulher lança mão de múltiplos semblantes<sup>11</sup> extraídos da cultura em diferentes épocas da história para se localizar no campo das identificações sexuais. A cultura oferece figuras ideais para a identificação das mulheres. Esse ideal feminino que se constitui em cada época indica a imagem que deve ser alcançada para contornar a inquietante busca sobre o que é ser mulher.

Na antiguidade, encontramos a figura das guerreiras, as sacerdotisas, as deusas, as místicas; na Idade Média, as virgens e religiosas, que permaneceram através dos tempos; destaca-se a mulher como objeto de troca na sociedade feudal; assim como as facetas variáveis da mulher nos dias atuais: mãe, profissional bem-sucedida e independente. Portanto, nessa breve reflexão, podemos inferir que os semblantes das mulheres se multiplicam na história como diferentes versões do feminino na cultura. Entretanto, as identificações não recobrem o que há de propriamente feminino, como será visto.

### **3.1. A feminilidade na teoria freudiana**

As ideias sobre a feminilidade surgem gradativamente na obra freudiana. O autor salientou o caráter inacabado de suas pesquisas sobre o tema, considerando que a vida sexual das mulheres adultas constitui um “continente obscuro” para a psicologia. Para fazer esta reflexão, apresentaremos um breve percurso de Freud sobre a feminilidade.

A feminilidade foi pensada inicialmente por Freud pela via pulsional. Freud introduziu a pulsão como um dos conceitos fundamentais da teoria psicanalítica (1905). Para Freud, as pulsões sexuais se apoiam inicialmente nas pulsões de autoconservação. Assim, o primeiro objeto de satisfação pulsional é o seio, objeto responsável pela conservação da vida:

---

<sup>11</sup> “A que chamamos semblante? Ao que tem a função de velar o nada” (Miller, 2010b, p. 2).



A primeira e mais vital das atividades da criança - mamar no seio materno (ou em seus substitutos) - há de tê-la familiarizado com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança comportam-se como uma *zona erógena*, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas. (Freud, 1905/1996d, p.171)

O autor parte da noção de objeto contendo uma base real, ou seja, como uma fonte de excitação situada em uma parte do corpo, por exemplo, na boca e no ânus. O objeto da pulsão é um componente variável e substituível, ou seja, ele não é fixo nem organicamente determinado.

A sexualidade, na experiência e na teoria psicanalítica, não designa apenas o prazer e as atividades que dependem do aparelho genital, mas uma série de excitações e de atividades despertadas na infância que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fundamental.

Freud (1905/1996d) descreve a sexualidade infantil como perversa e polimorfa. Perversa, pois a pulsão sexual não visa à reprodução, mas, sim, à satisfação, fora do objetivo de cópula. Polimorfa, pois não existe um objeto específico de satisfação pulsional, ela advém das múltiplas zonas erógenas do corpo com localizações diferentes. O prazer está ligado a certas fixações relacionadas às fases da sexualidade infantil, que permanecem registradas no psiquismo e levam à conformação da sexualidade genital de cada um na fase adulta. A inocência da criança foi, portanto, perdida, pois, em relação à sexualidade, todos os sujeitos estão em condição de igualdade, desde a criança até o adulto. Nas palavras de Freud:

É instrutivo que a criança, sob a influência da sedução, possa tornar-se perversa polimorfa e ser induzida a todas as transgressões possíveis. Isso mostra que traz em sua disposição a aptidão para elas; por isso sua execução encontra pouca resistência, já que, conforme a idade da criança, os diques anímicos conta os excessos sexuais – a vergonha, o asco, e a moral – ainda não foram erigidos ou estão em processo de construção. (Freud, 1905/1996d, p. 180)

Freud (1905/1996d) descreve a libido “como uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual” (p.205), ou seja, a libido é a energia sexual que move o sujeito.

No texto sobre *os Instintos e suas vicissitudes*, de 1915, Freud comenta que a pulsão sexual no ser humano não é organizada segundo as categorias de gênero - macho ou fêmea – mas, sim, em torno da atividade-passividade e sujeito-objeto. Ele observa que

as primeiras vivências sexuais da criança são passivas em relação à mãe, mas que gradativamente a criança adquire uma posição ativa diante de seu cuidador. Uma parte da libido manifestar-se-á rapidamente de modo ativo: “mamar” substituirá o “ser alimentado”; a criança tentará fazer da mãe um objeto e a si mesma atribuirá um papel de sujeito ativo: a mãe é, com efeito, o primeiro sedutor na vida da criança, pois executa nela os cuidados corporais. O autor faz uma aproximação entre a passividade e feminilidade e entre atividade e masculinidade. A feminilidade corresponderia à posição de passividade pulsional, contrapondo à posição ativa pulsional masculina. Para o autor, a libido é masculina, pois a busca pela satisfação pulsional por ela acionada tem um caráter ativo. Mas, o autor nos adverte que mesmo ao assumir uma posição passiva diante do outro, trata-se de uma passividade ativamente produzida pelo sujeito.

Além de abordar a diferença entre os sexos pela via pulsional, Freud desenvolve a concepção de feminilidade como um dos destinos do Complexo de Édipo. Segundo o autor, até determinado momento de suas vidas, meninos e meninas não se diferenciam em seu desenvolvimento psicosexual. A sexualidade de ambos é predominantemente ativa, marcada pela primazia do falo. Em *As teorias sexuais das crianças* (1908/1996a), ao relatar sobre os primeiros anos de vida das crianças, Freud comenta que o menino não percebe a falta do pênis na menina, afirmando que o membro está lá. Mais tarde, em *A organização Genital Infantil* (1923/1996o), Freud já repensa essa primeira concepção e descreve que o menino vê a falta de pênis como o resultado de uma castração. O menino, diante do órgão genital feminino, vê a castração e não o sexo feminino. Freud considera que a diferença sexual deve ser procurada não na diferença entre os sexos, mas na posição do sujeito diante da castração. Enquanto a menina se vê como aquela que foi castrada, o menino se angustia pela possibilidade da castração.

Em *A dissolução do complexo de Édipo* (1924/1996r), Freud relata os caminhos diferentes entre a sexualidade da menina e do menino. Para o menino, a inscrição da castração na mãe tem um efeito retroativo de ameaça de castração, de modo que o desencadeamento da angústia de castração produz a saída do complexo de Édipo. Para a menina, o confronto com a castração é o fator decisivo para o seu desligamento da mãe e a sua entrada no Complexo de Édipo. “Ela desliza – ao longo da linha de uma equação simbólica, poder-se-ia dizer – do pênis para um bebê. Seu complexo de Édipo culmina

em um desejo, mantido por muito tempo, de receber do pai um bebê como presente – dar-lhe um filho” (Freud, 1924/1996r, p. 198).

Em *Algumas consequências psíquicas sobre a diferença anatômica entre os sexos* (1925/1996t), o autor descreve sobre o desenvolvimento psicológico das mulheres. Para Freud o complexo de Édipo nas meninas é mais problemático que nos meninos. Levando em conta a troca do objeto de amor: da mãe para o pai. Denotando a relação edipiana nas meninas, tendo o efeito nas meninas de desejar terem um filho – pênis-criança – ao notarem a diferença anatômica que possuem. Tal reconhecimento abre caminhos para um possível desenvolvimento da feminilidade.

Nos textos sobre a sexualidade feminina (1931/1996u) como também em *Feminilidade* (1933[1932]/1996n), Freud enfatiza a forte ligação pré-edípica da menina com a mãe. O autor destaca o elemento ativo na relação da menina com a mãe e na feminilidade em geral. O caminho para a feminilidade implica em duas passagens. A primeira constitui o abandono do que foi a principal zona genital, o clitóris, em favor de outra nova, a vagina. A segunda diz respeito à troca do seu objeto original, que é a mãe, para o pai. O desejo de ter um pênis é substituído pelo desejo de ter um filho.

No início da sua conferencia sobre a feminilidade (1933/1996s), Freud considera que parte do aparelho sexual masculino também pode ser encontrada no corpo da mulher, embora em estado atrofiado. No texto *Análise Terminável e Interminável*, de 1937, ele comenta: “Viemos a saber, contudo, que todo ser humano é bissexual nesse sentido e que sua libido se distribui, quer de maneira manifesta, quer de maneira latente, por objetos de ambos os sexos” (Freud, 1937/1996p, p. 260). Freud mantém a sua posição acerca da bissexualidade infantil até os seus escritos finais. A grande questão para o autor é como a menina parte de uma disposição bissexual e torna-se mulher.

O complexo de Édipo é, portanto, o fator determinante nesse processo, constituindo-se no fenômeno central da organização genital infantil. É na fase fálica que se situa a predominância do falo, órgão descoberto pela criança como fonte de admiração e satisfação, pronto para alojar a descarga de excitação sexual ligada às figuras parentais

do Complexo de Édipo<sup>12</sup>. A menina tem seu pai como objeto de amor e espera-se, no curso do seu desenvolvimento, que ela desloque desse objeto paterno para uma escolha objetual definitiva. Freud (1933[1932]/1996n) conclui, no caso da menina, que ela deverá mudar de zona erógena, do clitóris para a vagina, e de objeto, da mãe para o pai, já no menino, ambos permanecerão. Nas suas palavras:

Na situação edipiana, porém, a menina tem seu pai como objeto amoroso, e espera-se que no curso normal do desenvolvimento ela haverá de passar desse objeto paterno para sua escolha objetual definitiva. Com o passar do tempo, portanto, uma menina tem de mudar de zona erógena e de objeto – e um menino mantém ambos. (Freud, 1933[1932]/1996n, p. 119)

É relevante extrair da obra freudiana a presença inexorável de uma perda pulsional e a tendência de se buscar uma satisfação a partir dessa perda desse circuito pulsional, contribuindo para o que poderíamos chamar de uma função sexual. A função sexual depende ou implica em uma perda, sendo exercida a partir da busca de uma satisfação gerada por uma falta, por um desejo (Freud, 1933[1932]/1996n).

No caso da menina, a passagem do amor para a rivalidade marca o afastamento em relação à mãe. A ligação com o pai é construída sobre o relacionamento original da menina com a mãe. Há uma passagem no texto sobre a feminilidade (1933[1932]/1996n) que de certo modo resume o que se coloca nessa fase pré-edipiana de ligação com a mãe, que permite enfatizar aqui o âmbito da questão que nos cabe investigar: a feminilidade. Freud afirma que a distinção anatômica deve expressar-se em consequências psíquicas: “foi uma surpresa descobrir a partir da análise que a menina responsabiliza a mãe pela falta de pênis e não a perdoa por essa desvantagem” (Freud, 1933[1932]/1996n, p. 124).

Assim, a feminilidade é uma conquista da mulher posterior ao Complexo de Castração, que surge de uma masculinidade primitiva, marcada pela primazia do falo. A descoberta da castração é decisiva para o desenvolvimento da menina, havendo três saídas possíveis: a primeira seria uma inibição sexual ou a neurose; a segunda seria uma

---

<sup>12</sup> O complexo de Édipo designa o conjunto das relações que a criança estabelece com as figuras parentais e que constituem uma rede em grande parte inconsciente de representações e de afetos entre os dois polos de suas formas positiva e negativa. A forma positiva refere-se ao que é colocado pela tragédia do Édipo rei, o desejo sexual pela mãe e o desejo assassino pelo pai rival. E sua forma negativa diz respeito ao “Édipo invertido” ou “Édipo feminino”: o desejo erótico pelo pai e o ódio ciumento à mãe (Kaufmann, 1996, p. 135)

modificação do caráter no sentido de um complexo de masculinidade; e a terceira seria a feminilidade normal (Freud, 1933[1932]/1996n, p. 126).

Sobre a saída da inibição sexual, Freud (1933/1996s) sustenta que a menina obtém prazer sexual pela via clitoriana, ou seja, de acordo com o modo masculino. Quando ela compara o seu clitóris com o órgão do menino, a menina sente inveja do pênis e perde o prazer que obtinha até então pela sexualidade fálica. Ela renuncia a satisfação masturbatória clitoriana, repudia o seu amor pela mãe e pode inibir a maioria das suas inclinações sexuais.

Na segunda saída, designada por Freud (1933[1932]/1996n) de complexo de masculinidade, a menina se recusa a reconhecer sua *inferioridade* clitoriana em relação ao órgão do menino, permanecendo na atividade clitoriana. Ela se identifica com uma mãe ou um pai fálicos, podendo chegar, mas não exclusivamente, numa homossexualidade manifesta.

Já a feminilidade normal, para Freud (1933[1932]/1996n), não haveria uma reivindicação, ficando a mulher submetida ao desejo do homem. Ele finalizou esse artigo da seguinte forma:

Isto é tudo o que tinha a dizer-lhes sobre a respeito da feminilidade. Certamente está incompleto e fragmentário, e nem sempre parece agradável. Mas não se esqueçam de que estive apenas descrevendo as mulheres na medida em que sua natureza é determinada pela função sexual. É verdade que essa influência se estende muito longe; não desprezamos, todavia, o fato de que uma mulher possa ser uma criatura humana também em outros aspectos. Se desejarem saber mais a respeito da feminilidade, indaguem da própria experiência da vida dos senhores, ou consultem os poetas, ou aguardem até que a ciência possa dar-lhes informações mais profundas e mais coerentes. (Freud, 1933[1932]/1996n, p. 134)

Freud reconhece que a feminilidade “é uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia” (Freud, 1933[1932]/1996n, p. 115). De todo modo, a psicanálise não tenta descrever o que é a mulher, mas se interessa pelo modo como se dá a constituição da feminilidade a partir de uma disposição bissexual original. Freud considera como o caminho para a feminilidade, o desejo da mulher de ter um filho do pai (Freud, 1924/1996r). Lima (2014) destaca a aproximação, feita por Freud, entre a feminilidade e a maternidade, a partir da equivalência falo=bebê:

A feminilidade é alcançada pela aceitação de sua condição de privação e por não buscar auto-proporcionar-se o substituto fálico; ela o espera de um homem, especialmente sob a forma de um

filho. O desejo do pênis então deve ser substituído pelo desejo de um filho do pai, para que se instaure a feminilidade. Esse é o impasse a que Freud chega com relação à feminilidade, pois ele equivale mulher e mãe. (Lima, 2014, p. 90)

Como tornar-se mulher? Freud mantém esse enigma até o final de suas elaborações sobre a feminilidade. Para o autor, a feminilidade parece não se desvincular da solução fálica, na medida em que ele a faz equivaler à maternidade. Veremos como Lacan nos permite avançar no tema, pensando a feminilidade para além da solução fálica.

### **3.2. A feminilidade na teoria lacaniana**

Na teoria lacaniana, a mulher foi primeiramente pensada a partir das teorias freudianas do Complexo de Édipo e do Complexo de Castração. O Édipo freudiano é revisado por Lacan a partir da dialética fálica, numa sequência de três tempos lógicos. No Seminário V (1957-58/1999), Lacan parte da apresentação da tríade mãe-criança-falo, submetida à cadeia metonímica do falo e à ação da metáfora paterna.

No primeiro tempo, a criança se identifica como objeto de desejo da mãe, ou seja, o falo. A mãe, como sujeito, está submetida à lei simbólica, pois a criança recebe a lei simbólica por seu intermédio, mas, nesse momento do Édipo, a lei é desmedida, onipotente. A mãe responde ao grito da criança pela sua própria vontade, pelo seu capricho. A criança se confronta assim com um Outro absoluto, que é um Outro que também veicula a linguagem. A mãe é um representante do objeto primordial, *Das Ding*, a Coisa, que aloja um gozo primordial, perdido desde sempre pela ação do simbólico. A criança, por sua vez, se identifica com a imagem ideal que foi oferecida pela mãe.

No segundo tempo, ocorre a inauguração do simbólico. Lacan explica esse momento através do jogo do carretel descrito por Freud no artigo *Mais além do princípio do prazer* (1920/1996q), segundo o qual a criança joga o objeto o fazendo desaparecer e reaparecer, com a particularidade de pronunciar as palavras *Fort-Da*, que indicam ausência e presença. A criança repete ativamente através desse jogo uma experiência que viveu passivamente: a ausência de sua mãe.

A mãe, representante do campo simbólico, introduz a linguagem na relação mãe-criança. Nesse tempo do Édipo, se introduz o terceiro elemento que atua para além da lei materna. Por meio da palavra de interdição, estabelece-se a lei do pai. O Nome do Pai indica para a criança que o desejo da mãe tem relação com a lei do pai. A proibição do incesto funciona do lado materno como uma interdição de reintegrar seu objeto, e, do lado da criança, tem um efeito de separação na sua identificação com o objeto de desejo materno. Portanto, a mãe passa de um Outro absoluto para um Outro barrado, indicando, para a criança, a castração do Outro, e inserindo a criança no campo simbólico.

O terceiro tempo corresponde ao declínio do Édipo. A criança se desloca da posição de falo da mãe para perder essa posição, com suas diferenças nos dois sexos: do lado masculino, surge a problemática sobre o que fazer com o falo, e, do lado feminino, o que fazer com a falta do falo. O pai real aparece, nesse contexto, como suporte das identificações do ideal do ego que permitem a nominação do desejo. O menino coloca o pai como alguém que possui o falo. Já a menina se confronta com o *penisneid*, e transita de diferentes formas na sua falta: através do “parecer ser” (mascarada<sup>13</sup>), da maternidade e da demanda do amor do seu parceiro.

Lacan, em *A significação do falo* (1958/1998f), nos esclarece que as “fases” são “estruturas” atemporais devido à relação do sujeito com o Outro, sob a dialética da demanda de amor e da experiência do desejo. O autor (1958/1998f) articula o falo com a linguagem. Ele acredita que o falo não pode ser identificado a nenhum órgão do corpo humano, muito menos a um objeto, seja ele bom ou mal. O falo, para Lacan (1958/1998f), é um significante privilegiado, mas “só pode desempenhar seu papel enquanto velado” (p. 699), pois é como signo, como presença marcada pela ausência, que ele adquire a sua importância. Nas palavras do autor:

Pois o falo é um significante, um significante cuja função, levanta, quem sabe, o véu daquela que ele mantinha envolta em mistérios. Pois ele é o significante destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante. (Lacan, 1958/1998f, p. 697)

---

<sup>13</sup> A noção sobre a mascarada será trabalhado ao longo desse Capítulo.

A partir da década de 1960, Lacan avança em suas reflexões sobre o continente negro feminino. Ele ressalta a condição significativa do falo, para desconsiderá-lo definitivamente como órgão, liberando a mulher da ideia do *penisneid*. O falo simbólico da castração, como um significante, inscreve-se como diferença sexual do ser falante tanto para o homem quanto para a mulher.

Em *Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina*, de 1960, Lacan aponta que, na abordagem freudiana, a falta-a-ser simbolizada pelo falo se estabelece como derivação da falta-a-ter, gerada por qualquer frustração da demanda. Ele aponta que o filho entra numa cadeia simbólica metonímica, no campo do desejo:

Seja como for, reencontra-se a questão estrutural introduzida pela abordagem de Freud, isto é, a de que a relação de privação ou de falta-a-ser simbolizada pelo falo se estabelece, como uma derivação, com base na falta-a-ter gerada por qualquer frustração particular ou global da demanda – e de que é a partir desse substituto, que afinal o clitóris instaura antes de sucumbir na competição, que o campo do desejo precipita seus novos objetos (antes de mais nada o filho por chegar), pela recuperação da metáfora sexual com que já estavam comprometidas todas as outras necessidades. (Lacan, 1960/1998e, p. 739)

A mulher, pois, é fálica apenas em relação ao homem, na medida em que ela se joga na cena imaginária como mascarada, numa lógica masculina, como é o caso da histérica. A relevância dessa discussão para o nosso trabalho ficará clara na vinheta clínica que será apresentada no final desse capítulo.

Entretanto, desde os anos 1960, Lacan já defendia que o feminino escapa ao campo fálico:

A castração não pode ser deduzida apenas do desenvolvimento, uma vez que pressupõe a subjetividade do Outro como lugar de sua lei. A alteridade do sexo descaracteriza-se por essa alienação. O homem serve aqui de conector para que a mulher se torne esse Outro para ela mesma, como o é para ele. Talvez queira dizer que tudo pode ser imputado à mulher, já que, na dialética falocêntrica, ela representa o Outro absoluto. (Lacan, 1960/1998e, p. 741)

Então a mulher torna-se outra para ela mesma. Lacan afirma que o homem serve de conector para que a mulher se torne esse Outro para ela mesma, como o é para ele. Assim, o autor localiza a alteridade radical que representa a feminilidade para cada mulher.

A significação fálica organiza o discurso do sujeito, o campo do desejo e o sintoma, regulando o gozo. O campo simbólico implica uma representação, uma significação



fálica. O gozo, nesse campo, está subordinado ao significante fálico. A mulher está inserida nesse campo, como efeito da operação de castração. Ela pode desejar um filho como substituto da falta fálica, para preencher a falta a ter, mas essa não é uma solução propriamente feminina, mas, sim, masculina.

Nos anos 70, a partilha sexual é definida a partir dos modos do gozo. Lacan afirma que há um gozo *mais* além do masculino, ou seja, além do falo. A máxima lacaniana “a mulher não existe”, aponta que a feminilidade não é um ser, mas um “tornar-se”.

### **3.2.1. A feminilidade através das fórmulas da sexuação: o outro gozo**

Lacan, nos anos 70, trabalha a concepção do gozo feminino para além da lógica fálica, ou seja, da lógica do “não todo”. O autor diferencia a sua abordagem da feminilidade daquela defendida por Freud, avançando, portanto, nos estudos sobre o tema. Se na lógica fálica, o gozo é circunscrito pelo significante fálico, resultado da operação de castração, Lacan inaugura (1972-73/2008c), com as fórmulas da sexuação, a lógica do “não todo”: “Testemunho de que a mulher se define por uma posição que aponte como o não-todo no que se refere ao gozo fálico” (Lacan, 1972-73/2008c, p. 14).

A partir da incidência do significante fálico, a sexuação localiza o feminino e o masculino. As fórmulas da sexuação surgem nos estudos lacanianos no texto *O Aturdido* (1972/2003b), inserida em uma perspectiva lógica, particularmente na teoria do cálculo proporcional, que será desenvolvida no Seminário XX.

Nas fórmulas da sexuação, há dois quantificadores. Primeiramente, o quantificador existencial, que define o caráter, a existência de uma coisa (existe X) e que singulariza os objetos, caso tenhamos um conjunto de objetos. Dentro desses objetos, existe um Y, portanto, há pelo menos um objeto que é Y. O outro quantificador é o universal (para todo X), que define a universalidade dos elementos. Começamos por um quantificador e depois pela função Fx.

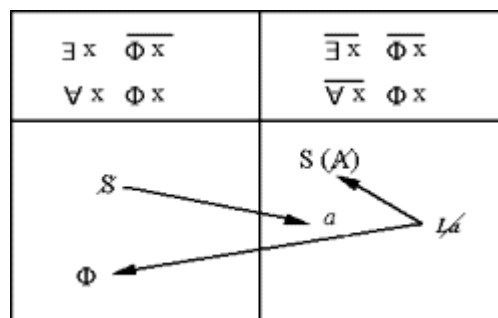
Lacan (1972-73/2008c) lança mão da lógica matemática e acrescenta a negativa sobre o sujeito e o predicado, ressaltando que para uma afirmação existir é necessário que uma

negativa se apresente. Assim, ele defende a ideia de que o universal contém o particular, com o “ao menos um” e o “não todo”, como veremos a seguir:

- Para todo  $x$  é verdadeiro que a função fálica se aplica ao  $x$ .
- Para não todo  $x$  é verdadeiro que a função fálica se aplica ao  $x$ .
- Existe ao menos um  $x$  tal que a função fálica não se aplica ao  $x$ .
- Não existe ao menos um  $x$  tal que a função fálica não se aplica ao  $x$ .

Lacan (1972-73/2008c) constrói as fórmulas da sexuação a partir do quantificador universal, o falo, tanto do lado masculino quanto do lado feminino. Ele destaca que os dois lados, masculino e feminino, irão se relacionar com o falo de forma não equivalente, nem complementar, mas, suplementar.

Vamos às fórmulas (Lacan, 1972-73/2008c, p. 84):



Podemos observar que a figura acima está dividida em quatro quadrantes, os dois da esquerda representam o lado masculino e os dois da direita o lado feminino. Os dois quadrantes superiores foram construídos por quatro fórmulas que foram unidas duas a duas: as da esquerda representam o lado masculino e as da direita o lado feminino da sexuação. Os dois quadrantes inferiores também apresentam a mesma divisão entre o lado masculino e o lado feminino. Eles contêm cinco termos (Lacan, 1972-73/2008c):

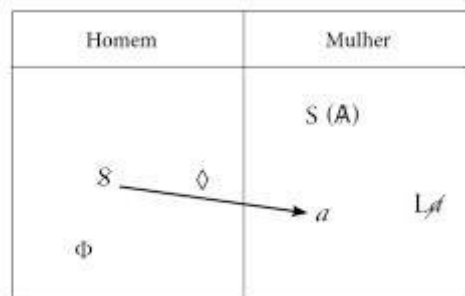
- Sujeito dividido ( $S$ )
- O símbolo fálico ( $\Phi$ )
- O objeto pequeno ( $a$ )
- Nada se pode dizer sobre uma mulher ( $L/A$ )
- E o significante da falta no Outro ( $S(A)$ )

Entre esses termos percebemos a existência de três setas interligando alguns deles. Lacan (1972-73/2008c) propõe na lógica masculina, para todo homem, ou todo  $x$ , *fhi de*  $x$ , que constitui a imagem do falo. De acordo com as fórmulas, todo homem esta submetido à lógica da castração simbólica e todo homem está inscrito na função fálica, exceto um, ou seja, existe ao menos um que não está inscrito na função fálica, que não é castrado. Essa é uma referência ao pai da horda (mito freudiano<sup>14</sup>), o pai da exceção, que aponta para um limite da função fálica:

$$\begin{array}{c} \exists x \quad \overline{\phi x} \\ \forall x \quad \phi x \end{array}$$

E esse ao menos um é a função paterna. Esse um não castrado é o pai mítico, da horda, que gozava de todas as mulheres. O enunciado todo homem existe é o resultado da ação do pai mítico. Na medida em que existe um pai mítico, se pode construir um universo possível do lado masculino: todos os homens tem acesso à castração e ao falo. Sabemos que, na lógica matemática, para existir um conjunto, é necessária a existência da exceção. Lacan lança mão dessa premissa para afirmar que a lógica masculina se sustenta pela totalização, construída pela exceção como termo que a nega integralmente. Nesse sentido, o sujeito que opera pelo lado masculino vai se colocar nessa lógica, como um sujeito dividido pela castração simbólica, e, como tal, desejante. Ele vai localizar em sua parceira o *objeto a*, para acessá-la no plano da fantasia, ou como objeto causa de desejo.

Fig. 2



<sup>14</sup> Texto de Freud: *Totem e tabu*, de 1913.

No campo da junção e disjunção [ $\langle \rangle$ ] Lacan vai sustentar o seu aforismo: “não há relação sexual”, ou seja, não há uma relação plena, uma complementariedade entre os dois sexos. Há um hiato nessa relação. Uma solução possível para acessar esse outro será através do amor ou da fantasia. Para Lacan (1972-73/2008c), “o que vem em suplência à relação sexual, é precisamente o amor” (p. 51). Lacan continua:

Esse \$ só tem a ver, enquanto parceiro, com o objeto  $a$  inscrito do outro lado da barra. Só lhe é dado atingir seu parceiro sexual, que é o Outro, por intermédio disso, de ele ser a causa de seu desejo. A este título, como indica alhures em meus gráficos a conjunção apontada desse \$ e desse  $a$ , isto não é outra coisa senão fantasia. Essa fantasia, em que o sujeito é preso, é, como tal, o suporte do que se chama expressamente, na teoria freudiana, o princípio da realidade. (Lacan, 1972-73/2008c, p. 86)

O sujeito, na lógica masculina, é submetido à castração simbólica, que abre a via para uma posição desejante, de amante, ao passo que a mulher, na outra posição, ocupa um lugar de desejável, de amada:

O desejo põe em jogo a relação do sujeito ao Outro simbólico, ou seja, um outro sem substância, puro lugar do significante onde a fala do sujeito encontra seu fundamento; enquanto que no gozo é o corpo do Outro real que é convocado, e falhado, ficando a relação reduzida ao laço estabelecido pela fantasia ente o sujeito e o objeto  $a$ . (André, 2011, p. 301)

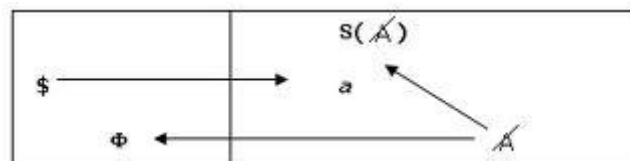
Agora vamos ao quadrante superior do lado feminino:

$$\begin{array}{cc} \overline{\exists x} & \overline{\Phi x} \\ \overline{\forall x} & \Phi x \end{array}$$

Nesse lado, podemos perceber que não existe uma que não esteja submetida à função fálica, ou seja, todas estão submetidas à castração simbólica. Porém, a mulher está não-toda submetida à castração. Uma mulher é não toda inscrita na castração simbólica, talvez o que podemos chamar de continente negro para Freud.

Para Lacan, é impossível construir um universal das mulheres, o que permite introduzir as formulações de que “a mulher não existe”. Não há um significante que possa nomear “a mulher”. Lacan defende a ideia de que se não há o conjunto das mulheres, cada uma terá que inventar uma forma de lidar com o feminino, com o vazio.

Vamos às fórmulas do quadrante inferior do lado feminino (Lacan, 1972-73/2008c):



Lacan ao dizer que “a mulher não existe”, barra esse A e mostra que se trata de uma estrutura incompleta, que vai ser um outro furado, um outro incompleto. As mulheres estão escritas de maneira “não toda” na lógica do conjunto fálico:

Esta função inédita na qual a negação cai sobre o quantificador a ser lido *não-todo*, isto quer dizer que quando um ser falante qualquer se alinha sob a bandeira das mulheres, isto se dá a partir de que ele se funda por ser não-todo a se situar na função fálica. É isto o que define a... a o quê? – a mulher justamente, só que A mulher, isto só pode escrever barrando-se o A. Não há A mulher, artigo definido para designar o universal. Não há A mulher pois – já arrisquei o termo, e por que olharia eu para isso duas vezes? – por sua essência ela não é toda. (Lacan, 1972-73/2008c, pp. 78-79)

A mulher se coloca como objeto causa de desejo do homem. Assim, se na dissimetria da partilha sexual, do lado masculino, o homem toma a mulher como *objeto a* para fazer dela a sua parceira, como condição para o seu desejo e para satisfazer o seu gozo fálico; do lado feminino, a mulher dispõe de um gozo suplementar à lógica fálica, a seta que sai do  $\bar{A}$  em direção ao  $S(\bar{A})$ . Não se trata de um gozo complementar, mas suplementar, pois ele não se ordena, não se regula, nem tão pouco se compartilha ou se tem qualquer elaboração de saber sobre ele. Os lados dissimétricos da partilha sexual apontam para a impossibilidade de existir uma relação complementar entre eles.

Como vimos, as mulheres mantêm uma relação com a castração distinta da dos homens. A função fálica que se inscreveu pela via do pai mítico não tem a inscrição do significante da mulher. Diante do vazio, uma série de ficções surge como uma tentativa de delimitar essa inexistência. As mulheres estão submetidas à singularidade de cada uma.

A mulher que não existe, apresenta, pois, uma duplicidade entre o gozo fálico ( $\Phi$ ) e o gozo suplementar ( $S(\bar{A})$ ) feminino. Ela tem dois vetores nas fórmulas da sexuação. Dessa maneira, do lado feminino, o sujeito se coloca no lugar de  $L\bar{A}$  Mulher,

conservando a barra do S. Ela busca no corpo do homem o significante fálico, mas ela se diferencia do homem pelo gozo suplementar, ao se relacionar com a sua fantasia pelo (S (  $\bar{A}$  )) e não pela via do falo:

Como conceber que o Outro possa ser em algum lugar aquilo em relação a que uma metade – porque também é grosseiramente a proporção biológica – uma metade dos seres falantes se refere? É, entretanto, o que está escrito lá no quadro com aquela flecha partindo do  $\bar{A}$ . Esse  $\bar{A}$  não se pode dizer. Nada se pode dizer da mulher, A mulher tem relação com S (  $\bar{A}$  ), e já é nisso que ela se duplica, que ela não é toda, pois, por outro lado, ela pode ter relação com  $\Phi$  (Lacan, 1972-73/2008c, p. 87)

Essa duplicidade coloca em evidência a mulher em relação ao falo e em relação à alteridade radical, destacando a relação privilegiada das mulheres com o real.

Entretanto, esta perspectiva lógica da partilha sexual aponta que o “não todo” não se restringe à mulher, mas está colocada para os dois sexos. Lacan afirma que, entre as duas partes da partilha sexual, se distribui todo aquele “que habita a linguagem (1972-73/2008c, p. 107).

### 3.3. Vinheta clínica

Atossa<sup>15</sup>, 43 anos, mastectomizada em 2011 devido a um câncer na mama esquerda, está em tratamento oncológico devido à reincidência do câncer de mama, agora no seio direito. Ela foi encaminhada pela equipe da oncologia clínica com o objetivo de se preparar para o início de mais um tratamento oncológico, que inclui a quimioterapia e a radioterapia.

No primeiro diagnóstico, ela iniciou o tratamento psicológico, mas o abandonou por não ter “*gostado*” da profissional. Casada, mãe de três filhas, a paciente chega para o início do tratamento usando peruca e vários adornos femininos, como brincos, colar e sapatos de salto. Ela fala sobre a “*forma traumática*” com que recebeu de um médico o diagnóstico de câncer de mama, o que ocasionou a “*troca*” do profissional.

<sup>15</sup> O historiador grego Heródoto, 440 a.c, registra o caso de Atossa, rainha da Pérsia, que foi subitamente acometida de uma doença incomum. Atossa descobriu um caroço que lhe sangrava no peito, provavelmente provocado por uma forma particularmente malévola de câncer de mama chamada de inflamatório. Vivia enrolada em lenções, numa quarentena voluntária, envergonhada demais para buscar o conselho de seus próprios médicos (Mukherjee, 2012, p.62).

No primeiro tratamento, tanto a psicóloga quanto o médico foram substituídos por Atossa, pois eles não satisfizeram às suas expectativas, de acordo com as suas palavras. Neste segundo tratamento, ela se mostra implicada, não se queixa do ritmo, nem das consultas reduzidas, provavelmente por ser atendida por profissionais de sua escolha.

O estabelecimento da transferência foi fundamental para que Atossa assumisse uma posição mais ativa no tratamento. Nos atendimentos médicos, ela se mostra questionadora, participativa, ocupando um lugar de protagonista do seu tratamento oncológico.

No tratamento psicanalítico, ela fala sobre o câncer, os conflitos familiares, abordando especialmente as questões sobre as dificuldades de sentir-se mulher e mãe. Apesar de ter três filhas, ela diz que não consegue se identificar com a maternidade. Ela se considera muito autoritária, sem retribuir os carinhos que as filhas lhe fazem. Com relação ao parceiro, ela diz que não tem “*coragem*” de ter relação sexual com ele, devido aos efeitos do tratamento oncológico, tais como a perda dos cabelos, o inchaço corporal e a falta de um seio, além das dores que diz sentir por todo o corpo.

Atossa diz que aparenta ser forte, ou seja, ela usa uma “*máscara*” de força, de alguém que dá conta de “*tudo*”: “*casa, marido, trabalho e filhas*”, mas, com o diagnóstico de câncer na mama, as suas dificuldades e fragilidades começaram a despontar:

*“No primeiro tratamento quando me perguntaram se eu queria fazer a reconstrução da mama, respondi que não. Sabe por quê? Acho que a mama serve para amamentar, como já amamentei, então naquele momento, a mama não servia mais pra nada”.*

Acreditamos que, ao afirmar que ela não precisa mais da mama, já que não precisa mais amamentar um filho, ela faz uma equivalência seio = mama (amamentação). Ou seja, o seio aqui não é tomado como *objeto a* que causa o desejo do homem, mas como órgão de amamentação. Dessa forma, a dificuldade dela não parece ser com a maternidade, mas sim com a feminilidade. Ao dizer que não precisa mais do seio, ela parece considerar que, por estar impossibilitada de amamentar, não é mais mulher. Ela faz a equivalência entre a mulher e a mãe. Essa é uma saída histórica, que coloca o filho no

lugar do falo. A “máscara” que ela utiliza de “força”, de alguém que dá conta de tudo, da casa, dos filhos e do marido, é própria da histérica.

A relação entre histeria e feminilidade nos leva à definição da mascarada e sua função na sexualidade feminina. Em “*A significação do falo*” Lacan (1958/1998f) afirma:

Por mais paradoxal que possa parecer essa formulação, dizemos que é para ser o falo, isto é, o significante do desejo do Outro, que a mulher vai rejeitar uma parcela essencial da feminilidade, nomeadamente todos seus atributos da mascarada. É pelo que ela não é que ela pretende ser desejada, ao mesmo tempo em que amada. (Lacan, 1958/1998f, p.701)

Na histeria, o desejo resulta enigmático e é enfatizada a insatisfação. A mascarada vela a falta, mas fica numa relação dialética com a identificação viril, que tramita sua relação com o desejo do Outro. Por sua vez, a feminilidade está para além do falo. Ela não é o falo senão quem guarda a direção por um homem e tenta captar seu desejo através do parecer ser (Soler, 2005). A identificação viril da histérica oculta a castração imaginária, ao passo que a feminilidade toma como ponto de partida seu modo particular de tratamento da falta.

Lacan, em seu Seminário XVII, indica que a posição da histérica se desdobra em uma parte na castração do pai idealizado e noutra parte na privação. Miller explica:

A operação da histérica por excelência: a que consiste em dissociar desejo e gozo, introduzindo uma estratificação erótica do tempo. Em outras palavras, esta é a essência temporal da histérica: obter a continuidade do desejo por meio da suspensão do gozo. (Miller, 2000, p. 33)

Esta operação da histérica explica o gozo de privação em termos de dissociação entre gozo e desejo. Ela produz a suspensão do gozo para eternizar assim o amor insatisfeito.

Devemos considerar ainda que, recusar a prótese no momento em que ela “perde” o seio pode apontar para uma recusa em aceitar tamponar a falta de uma parte do corpo (com todo o seu valor simbólico e imaginário), com uma prótese, ou seja, com um objeto da ciência. É necessário um tempo de luto pela perda do seio, tempo que é próprio de cada um. E mesmo após o luto, nem todas as mulheres vão desejar colocar a prótese.

Assim, apesar da indicação médica, Atossa se mostra totalmente contra a realização da cirurgia de reposição da mama. Os atendimentos avançam e a sua demanda dirigida ao analista é outra: “*preciso aprender a amar, você me ensina?*”.



Quando ela diz que não consegue “amar” os filhos, ela reconhece, de alguma forma, as suas limitações e fragilidades, que ficavam ocultadas por trás da máscara de dar conta de tudo. Ela “não” se sente uma boa mãe, mas isso não quer dizer que ela seja uma má mãe, apenas que ela se vê com limites, como alguém que se vê marcada por um menos.

O tratamento prossegue e Atossa retorna ao ambulatório e aborda a sua dificuldade em ver o próprio corpo no espelho. Ela traz uma cena em que uma das filhas lhe pede para não mostrar a cicatriz da cirurgia, pois ela “*era muito feia*”. Desde então, Atossa não fica mais sem roupas na frente das filhas. Nas escassas relações sexuais com o marido, ela sempre usa uma camiseta para “*tampar o buraco onde tinha o seio*”. No final de 2012, Atossa relata: “*estou compulsiva para comprar roupas e sapatos, saio daqui após as consultas e vou às compras, estou endividada*”.

Constatamos que, após receber o diagnóstico de câncer, algo do feminino tocou esse sujeito. Na ausência da vestimenta imaginária do seio para recobrir o buraco escavado pela cirurgia, surge a angústia, como sinal do real. A amputação do seio desvelou o real, sem o véu que o recobria, mas, para além da dificuldade de se ver nessa imagem corporal amputada, o real da castração desvela a sua dificuldade de amar, de ser mãe. Diante do confronto com o real, há um furo no saber, uma perda dos significados que até então conferiam um sentido à vida do sujeito. Atossa busca um novo sentido para a sua vida, ela busca um saber, ela quer aprender a amar as filhas, pois se sente “endividada” em relação ao Outro.

Surge, ainda, a compulsão a comprar roupas. Diante da falha no saber, surge o ato. Sair da consulta analítica e comprar compulsivamente pode apontar para a dimensão do *acting out*, que pressupõe um cenário e um público. No *acting out*, “isso” diz, a verdade fala. Ele corresponde a uma demanda endereçada ao Outro, uma forma de convocação ao analista.

No Seminário X, sobre a Angústia, Lacan define o *acting-out* em relação ao objeto a, como um subir à cena, que envolve um endereçamento ao outro e não um deixar-se cair junto com o objeto na passagem ao ato (LACAN, 1962-63/2005, p. 140). Os atos são considerados modos de defesa contra a angústia. O autor aponta a angústia como sinal

do real. A passagem ao ato e o *acting out* acontecem quando o sujeito não dispõe de um recurso simbólico para inscrever a castração como falta. Assim, ele reproduz a situação como uma encenação, recorrendo ao imaginário para encenar a falta através de sua fantasia, colocando um objeto no lugar da falta. O comprar compulsivo de objetos para o corpo (amputado) aponta para um excesso, um excedente de gozo. Essa “compulsão”, paradoxalmente, acaba por deixar o sujeito “endividado”, em falta.

Atossa não quer se olhar no espelho. Vimos, nessa dissertação, que ao fazer do olhar uma vertente do objeto *a*, Lacan (1972-73/2008c) busca demonstrar o caráter agalmático do objeto causa de desejo. Parece que através do olhar, enquanto objeto da pulsão, o sujeito denuncia o seu desejo no campo do Outro que foi subjetivado como causa do desejo. A doença apontou para o ponto não especularizável que falta à imagem, o *objeto a*, em sua dimensão real. O circuito do desejo, na teoria lacaniana, se insere na dimensão da imagem na falta desse objeto. Mas, às vezes, acontece um reencontro impossível com o objeto. A visão da mutilação da mama pelo sujeito aponta para a presença do *objeto a* na cena, perturbando o circuito do desejo e despertando a angústia, como no caso de Atossa. Nesse sentido, ao se apresentar na cena, o *objeto a* ultrapassa uma barreira até então intransponível, posto que algo do real se introduz na dimensão imaginária, desfazendo a ilusão da unidade corporal.

A partir do momento que o Outro nomeia sua marca corporal como sendo feia, Atossa se identifica com esse significante, pois se vê num corpo fragmentado, que perdeu sua unidade corporal, um corpo estranho, feio, que não assegura a sua condição de desejável. Atossa já não percebe o seu corpo como erógeno, mas como pura carne, sem Eros, puro real. Assim ela se esquivava do olhar do outro.

Como vimos, a diferença anatômica da mulher pode ser tomada imaginariamente como uma castração efetiva, assim a mulher se vê marcada por “um menos”. A cirurgia de mastectomia parece reforçar esse imaginário.

Atossa, mesmo não comprando mais compulsivamente, mantém o seu interesse em se embelezar. Acreditamos que ao se adornar, ao enfeitar o próprio corpo, ela está buscando uma saída diante do confronto com o real da castração. Ela está tentando reconstruir a imagem perdida, utilizando o belo como último recurso diante do real.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso teórico que desenvolvemos nesta pesquisa buscou responder à questão surgida em nossa clínica ambulatorial: Por que as mulheres com câncer de mama não verbalizam sobre a morte, presentificada pelo avanço da doença, mas, sim, sobre as questões ligadas à imagem corporal e seus efeitos sobre a feminilidade? Para fazer tal reflexão, buscamos o suporte teórico da psicanálise, em especial, de Freud e Lacan.

Apresentamos inicialmente uma reflexão sobre os desafios do trabalho do psicanalista no Hospital Geral. Começamos a discussão apresentando o *setting* onde surgiu a questão que causou o desejo do pesquisador, ou seja, o ambulatório do Hospital Alberto Cavalcanti. O ambiente hospitalar, lugar tradicionalmente marcado pelo saber médico, é um espaço onde transitam profissionais de diferentes campos do saber, ou seja, é um espaço de circulação de vários discursos, dentre eles, o do psicanalista. Para operar com a psicanálise nas instituições é preciso reconhecer que há uma relação indissociável entre a investigação teórica e a prática clínica. Acreditamos que a clínica psicanalítica, no hospital, segue os mesmos princípios da clínica psicanalítica no consultório. No entanto, a prática psicanalítica que ocorre numa instituição hospitalar apresenta algumas especificidades.

No hospital, *a priori*, trata-se da doença e não do doente. Trata-se de uma supremacia da técnica sobre o sujeito. Contudo, vivenciamos, nessa prática hospitalar, um fracasso inevitável desse imperativo técnico, que abre espaço para a clínica psicanalítica no hospital. A escuta psicanalítica dá lugar ao sujeito, subjugado pela doença. A palavra, quando escutada, pode ter efeitos sobre o corpo, levando ao desaparecimento de alguns sintomas relacionados ou não à doença. Consideramos que o saber médico, como um saber científico, não pode ser desprezado. Reconhecemos os avanços alcançados no campo da medicina, inclusive, com o apoio dos recursos tecnológicos na atualidade. No entanto, devemos refletir sobre os riscos da exaltação do saber científico e da desconsideração de todos os fatores envolvidos na produção de uma doença, como os sociais, econômicos, políticos e subjetivos. Discorremos sobre o lugar da psicanálise nas ciências consideradas positivistas, segundo o modelo do sujeito cartesiano. Abordamos a especificidade do objeto de pesquisa da psicanálise, que é o sujeito do inconsciente, que a coloca em um lugar estrangeiro, *êxtimo*, no campo das ciências.

Freud nos mostrou que a psicanálise é um saber que pode ser transmitido a uma comunidade científica, a partir do singular de cada caso. Esta é uma tarefa ética do psicanalista em sua prática clínica institucional.

O termo “psicanálise aplicada” foi usado por Lacan em seu *Ato de fundação* (Lacan, 1964/2003c, pp. 235-247) para remeter às diversas práticas de orientação psicanalítica vivenciadas nos âmbitos sociais. Em *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola*, Lacan (1967/2003d, pp. 248-264) discorre sobre a psicanálise em intensão e extensão, mostrando que o praticante de psicanálise assume o risco e o desejo que determinam sua prática como analítica. Para Lacan, a psicanálise em extensão seria “a função de nossa Escola como presentificadora da psicanálise no mundo, e a psicanálise em intensão, ou seja, a didática, como não fazendo mais do que preparar operadores para ela” (Lacan, 1967/2003d, p. 251). As noções de extensão e intensão são, para Lacan, operadores teóricos que denunciam o que é mais íntimo numa prática clínica: a inclusão da intensão do praticante e da singularidade do sujeito.

Constatamos que a retirada total ou parcial da mama afetada causa grande impacto físico, psíquico e social nas mulheres, testemunhado pelas pacientes na presença do psicanalista. Consideramos o efeito dessa mutilação sobre um corpo que é atravessado pela linguagem e que possui uma consistência imaginária. O sujeito que apresenta um câncer de mama se vê diante da contingência de um corpo afetado pelo real da castração. Entretanto, a clínica psicanalítica nos mostra o modo particular como cada mulher subjetiva esse confronto com o real.

Destacamos um fato comum a todas as pacientes que atendemos no ambulatório, que é a ausência do tema da morte em suas falas, mesmo nos casos mais avançados da doença. Essas mulheres abordam especialmente os efeitos da mutilação do seio sobre a sua imagem corporal e sobre a sua identificação com a feminilidade. Em suas falas surgem, frequentemente, questões relativas à sexualidade e à feminilidade. É comum o aparecimento de inibições sexuais e, até mesmo, a recusa do ato sexual depois da cirurgia de mastectomia. Ressaltamos, nos casos atendidos, a presença de um discurso que associa a beleza à feminilidade.

Buscamos, pois, investigar os efeitos dessa castração real no corpo sobre a imagem corporal e sobre a identificação com a feminilidade para cada uma delas, em sua relação com a beleza, reconhecendo, contudo, a impossibilidade de formular uma resposta universal para esta questão.

Freud (1929-30/1996l) destaca a busca da felicidade na vida, predominantemente pela fruição da beleza, seja ela percebida pela forma ou nos gestos humanos, nos objetos, na natureza, nas criações artísticas, ou, até mesmo, pela via da construção científica. Se as ciências e a psicanálise encontram limites na compreensão da beleza, segundo Freud (1929-30/1996l), o que é certo é sua derivação do campo do sentimento sexual. A beleza é um atributo do objeto sexual.

Nos dias atuais, o olhar ocupa um lugar de destaque, favorecido pelos inúmeros dispositivos tecnológicos de acesso e divulgação da imagem. Acreditamos que o olhar é um modo privilegiado de gozo na época atual. Lacan nos ensina que a beleza é apreendida através da pulsão escópica que permite ao sujeito ver o objeto e desejá-lo, desnudá-lo, gozar com isso. Para além da função biológica, do campo visual, óptico, o olho opera como um paradigma da pulsão sexual libidinizada.

Ao ver no espelho a imagem do próprio corpo mutilado, o sujeito é confrontado com o real, com o vazio, sem o véu da imagem que deveria recobri-lo. É como se houvesse uma quebra do espelho, denunciando o que essa imagem busca velar: o real. Nesse sentido, ao se apresentar na cena, o *objeto a* ultrapassa uma barreira até então intransponível, posto que algo do real se introduz na dimensão imaginária, desfazendo a ilusão da unidade corporal.

Na clínica do HAC, deparamo-nos com uma diversidade de respostas das mulheres ao vazio deixado pela retirada do seio. Muitas mulheres buscam (re) construir a imagem corporal, tentando preencher esse vazio. Observamos, por exemplo, o cuidado com que se apresentam para o atendimento ambulatorial: os diferentes adornos que utilizam em seus corpos, as perucas e lenços na cabeça, as maquiagens no rosto, além dos “enchimentos” que velam a ausência dos seios, que como véus, visam atrair o olhar e, ao mesmo tempo velar o vazio.

Outros casos clínicos nos mostram a perda da capacidade de investimento na imagem corporal, depois da cirurgia. Essas mulheres recobrem totalmente o corpo, evitam olhar-se no espelho, assim como evitam ser olhadas, e, frequentemente, desenvolvem uma inibição sexual, recusando totalmente o ato sexual. Elas não se sentem mais desejáveis e não se veem como femininas.

Com base em Lacan, trabalhamos a dupla função da estética: a de recobrir o vazio e a de produzir o prazer circunscrevendo o desejo. Lacan coloca o belo como uma defesa frente ao real. O belo é uma força estética, um véu, que está em uma relação com o real, com o insuportável de perceber. Lacan descreve a função do belo como a de fazer uma última barreira frente à *Das Ding*, como uma forma de enfrentar o trágico.

Constatamos em nossa clínica que as mulheres não falam sobre a morte. No Seminário VII, Lacan aborda o real como a Coisa, aproximando-o da pulsão de morte. O real é o vazio, o que o simbólico não apreende. A morte seria, portanto, o real, o impossível de simbolizar, o que torna compreensível a dificuldade dessas mulheres de abordarem o tema da morte. Assim, diante do confronto com o inominável, com o real, como essas mulheres respondem?

Apesar das diferentes respostas, os casos clínicos nos mostraram que elas abordam especialmente o tema da imagem corporal e da feminilidade. Elas associam a feminilidade à beleza. Lacan nos ensinou que o belo tem um estatuto imaginário, mas apresenta, também, uma eficácia simbólica. É uma tentativa do sujeito de tomar certa distância do real, de evitar a angústia diante da proximidade da Coisa. O belo é como um véu que vai recobrir o horror de *Das Ding*. O belo não remove o real, mas oferece uma distância estética dele, operando como uma barreira protetiva em relação à Coisa.

A imagem, assim como o belo, pode ser tomada como um quadro que vela a falta. Se a imagem corporal vela o vazio, a doença coloca em cena a imperfeição do corpo, na medida em que revela a fragilidade e a temporalidade da carne. A doença ressalta o ponto não especulável que falta à imagem, o *objeto a*, despertando a angústia. Esta é a articulação entre *objeto a*, o desejo e o campo da imagem que defendemos nessa pesquisa.

Se o corpo é atravessado pelo simbólico, o seio pode representar, para a mulher, um recurso simbólico que a sustenta no campo das identificações sexuais, como mulher. Não existe a categoria “mulher”, entretanto, cada mulher busca, no campo simbólico, uma forma de se localizar no campo das identificações sexuais, ou seja, uma forma de construir uma identidade supostamente feminina, identidade que é sempre imaginária. O seio pode ser um significante que a localiza no campo das identificações, oferecendo-lhe certa sustentação imaginária, como uma identidade feminina. Sem esse apoio significativo, ela pode se sentir no vazio, sem uma identidade imaginária feminina. Algumas mulheres dizem que não se sentem mais femininas.

Não há um significante que possa nomear A Mulher. O feminino para Lacan é um dos nomes do real. Diante do confronto com o real da castração, ou seja, com a perda real no corpo, Flor, Emília, Flávia e Atossa se vêem confrontadas com o feminino, com o vazio de representação, sem o apoio significativo do seio. A visão de “um buraco no corpo” provoca a quebra da imagem corporal, de sua unidade narcísica, fazendo emergir o objeto olhar, que presentifica o real e desperta a angústia.

O belo pode ser associado à feminilidade, como um véu que recobre o vazio, o feminino. Há uma proximidade entre o semblante e o real, pois, o semblante, como um véu, vela o vazio, ao mesmo tempo em que o aborda. Diante da presença do real, algumas mulheres reinvestem na imagem corporal, reconstituindo o véu da beleza. Assim, elas apostam que é possível recuperar a função do belo, para reconstituir a imagem e criar uma barreira simbólica que afasta o real.

## REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, S. (2011). *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- BADIOU, A. (1999). Lacan e o real. In GARCIA, Célio. (Org.) *Conferências de Alain Badiou no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica.
- BENETI, A. (2013). *O corpo na psicanálise e na medicina*. Recuperado em 21 de outubro de 2013, de <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/publicacoes/almanaque5.htm>
- DELEUZE, G. (1992). Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- FHEMIG. Hospital Alberto Cavalcante: complexo de especialidades. Recuperado em 25 de agosto de 2012, de <http://www.fhemig.mg.gov.br/en/atendimento-hospitalar/complexo-de-especialidades/hospital-alberto-cavalcanti>
- FOUCAUL, M. (2004). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Texto originalmente publicado em 1980)
- FOUCAULT, M. (2013). *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1975)
- FREUD, S. (1996a). *Sobre as teorias sexuais das crianças*. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1908)
- FREUD, S. (1996b). Estudos sobre a histeria. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- FREUD, S. (1996c). A interpretação dos sonhos. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901)
- FREUD, S. (1996d). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- FREUD, S. (1996e). Sobre o narcisismo: uma introdução. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- FREUD, S. (1996f). Os instintos e suas vicissitudes. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)



FREUD, S. (1996g). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

FREUD, S. (1996h). O estranho. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)

FREUD, S. (1996i). Dois verbetes de enciclopédia. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923[1922])

FREUD, S. (1996j). O ego e o id. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

FREUD, S. (1996k). Construções em análise. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

FREUD, S. (1996l). O mal estar na civilização. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1929-30)

FREUD, S. (1996m). Cinco lições de psicanálise. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910)

FREUD, S. (1996n) Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e Orientações. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933[1932])

FREUD, S. (1996o). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

FREUD, S. (1996p) Análise Terminável e Interminável. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1937)

FREUD, S. (1996q) Mais além do princípio do prazer. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1920)

FREUD, S. (1996r). Dissolução do complexo de Édipo. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1924)

FREUD, S. (1996s). *Feminilidade*. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1933)

FREUD, S. (1996t). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1925)

FREUD, S. (1996u). Sexualidade feminina. In FREUD, S. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1931)

INCA. Instituto Nacional do Câncer, 2015. Recuperado em 07 de janeiro de 2015, de [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama)

KAUFMANN, P. (1996) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.

LACAN, J. (1992). *O Seminário, livro XVII: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-70).

LACAN, J. (1998a). O estádio do espelho como formador da função do eu. In LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1949)

LACAN, J. (1998b). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1957)

LACAN, J. (1998c) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Texto originalmente publicado em 1953)

LACAN, J. (1998d) A ciência e a verdade. In LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1966)

LACAN, J. (1998e). Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina. In LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1960)

LACAN, J. (1998f). A significação do falo. In LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)

LACAN, J. (1999). *O Seminário, livro V: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar. 1999. (Lições originalmente pronunciadas em 1957-58)

LACAN, J. (2001) O lugar da psicanálise na medicina. In *Revista Opção Lacaniana*, n. 32, São Paulo. (Texto originalmente publicado em 1966)

LACAN, J. (2003a). Radiofonia. In LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1970)

- LACAN, J. (2003b). O aturdido. In LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1972)
- LACAN, J. (2003c). Ato de fundação. In LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- LACAN, J. (2003d). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)
- LACAN, J. (2003e) Ato de fundação. In LACAN, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Ed. Zahar. (Texto originalmente publicado em 1971)
- LACAN, J. (2005). *O Seminário, livro X: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar. 2005. (Trabalho original publicado em 1962-63).
- LACAN, J. (2008a). *O Seminário, livro VII: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. 2008. (Trabalho original publicado em 1959-60)
- LACAN, J. (2008b). *O Seminário, livro XI: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- LACAN, J. (2008c). *O Seminário, livro XX: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-73)
- LAURENT, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n. 13, p. 12-19.
- LAURENT, E. (2007). *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro. Contra Capa Ed.
- LIMA, N. L. (2014). *A escrita virtual na adolescência: uma leitura psicanalítica*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- MILLER, J.A. (2000). *A erótica do tempo*. Rio de Janeiro: Contra capa.
- MILLER, J.A. (2006). *Los signos del goze*. Buenos Aires: Editora Paidós.
- MILLER J.A. (2012). *A psicanálise, seu lugar entre as ciências*. In MARTELO Andrea ; SANTIAGO, Jésus ; SANTOS, Tânia Coelho dos. (Orgs.). *De que real se trata na clínica psicanalítica ? Psicanálise, ciência e discursos da ciência*. Rio de Janeiro: Cia Freud/PROAP/CAPS.
- MILNER, J. C. (1996). *A obra clara : Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- MUKHERJEE, S. (2012) *O imperador de todos os males: uma bibliografia do câncer*. São Paulo: Companhia das Letras.

NOGUEIRA, L.C. (2004). *A pesquisa em psicanálise*. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642004000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100013)> Acesso em 01 de maio 2013.

PINTO, J. M. (2006). Psicanálise e universidade: mais, ainda. In BIANCO, Ana Carolina Lo (Org.). *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. p. 29-38.

POLI, M. C. (2006). “Eu não procuro, acho”: sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In BIANCO, Ana Carolina Lo (Org.) *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. p. 39-52.

PORTAL BRASIL. Recuperado em 07 de janeiro de 2015, de <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/09/presidenta-defende-acesso-a-medicamentos-como-elemento-estrategico-de-inclusao-social>

ROSA, M. (2007). A psicanálise e os seus efeitos terapêuticos rápidos. In : *Cartas de Psicanálise, Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise – Vale do Aço*, v.2 – n.2, p. 29-29, dez. 2007.

SOLER, C. (2005) *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

TEIXEIRA, A. (2010). *Metodologia em ato*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

VIGANÒ, C. (2010). A construção do caso clínico. In ALKIMIM, W. (Org.). *Novas conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros. p. 117-129.

VORCARO, A. (2010). Psicanálise e método científico : o lugar do caso clínico. In NETO, F. K.; MOREIRA, J. O. (Orgs.) *Pesquisa em psicanálise : transmissão na Universidade*. Barbacena: Ed. UEMG. p. 11-23.

**ANEXO 1: Parecer Técnico da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG**

DIGEPE – Gerência de Ensino e Pesquisa  
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31) 3239-9545 / 3239-9556

**PARECER TÉCNICO 075/2013**

SIPRO: 00142492270/2013-0  
De: DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa  
Para: NEP / HAC  
Data: Belo Horizonte, 27 de maio de 2013.

**Projeto de Pesquisa "A feminilidade diante do corpo marcado pelo adoecimento: câncer de mama na clínica psicanalítica contemporânea"**

**Unidade: HRAD**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Ronaldo Sates de Araujo**

Ilma, Coordenadora do NEP / HAC,

O projeto foi adequadamente apresentado em uma cópia impressa e uma em CD-ROM; *Check-list* preenchido e assinado pelo pesquisador, diretor e coordenadora do NEP; Folha de Rosto preenchida e assinada pelo pesquisador responsável; e link do Currículo *Lattes* dos pesquisadores envolvidos.

Trata-se de uma dissertação de mestrado do pesquisadora principal, servidor da Fhemig, orientado por Ronaldo Sales de Araujo. O projeto não está vinculado a Grupo de pesquisa da FHEMIG.

O objetivo do estudo é compreender em pacientes do Hospital Alberto Cavalcanti os efeitos da marca no real do corpo, decorrente de tratamento oncológico na feminilidade da paciente, a partir dos diferentes registros psíquicos do corpo tendo como referência teórica a clínica borromiana de Jacques Lacan.

Os dados serão coletados de prontuário clínico institucional.

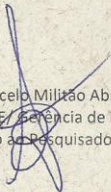
Critérios de inclusão bem definidos: diagnóstico de câncer de mama, sexo feminino, mastectomizadas total ou parcialmente em uma ou em ambas as mamas, sem histórico de doenças psiquiátricas (estrutura psicótica) e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Redação do trabalho de forma clara e com muitas referências bibliográficas.

O Cronograma e o Orçamento estão adequados (sem ônus para a FHEMIG). Não há potencial de patentes nem risco institucional.

Aprovo o projeto de pesquisa e solicito que uma cópia deste parecer seja encaminhada aos pesquisadores para ser inserida na Plataforma Brasil junto com a folha de rosto assinada.

Atenciosamente,

  
Marcelo Militão Abrantes  
FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa  
Núcleo de Apoio ao Pesquisador – (31)3239-9545

## ANEXO 2: Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em pesquisa – CEP



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS -  
FHEMIG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A FEMINILIDADE DIANTE DO CORPO MARCADO PELO ADOECIMENTO: CÂNCER DE MAMA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA CONTEMPORÂNEA

**Pesquisador:** RONALDO SALES DE ARAUJO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17235113.0.0000.5119

**Instituição Proponente:** Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 298.728

**Data da Relatoria:** 04/07/2013

#### Apresentação do Projeto:

- Projeto reencaminhado para solução de pendências referentes ao:

Parecer Número: 295.591

Data da Relatoria: 06/06/2013

#### Pendência Identificada:

A- Encaminhar novo TCLE com linguagem mais simples, mais sucinto e adequado para o perfil das pacientes.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender em pacientes do Hospital Alberto Cavalcanti os efeitos da marca no real do corpo, decorrente de tratamento oncológico na feminilidade da paciente, a partir dos diferentes registros psíquicos do corpo lendo como referência teórica a clínica borromiana de Jacques Lacan, conseqüentemente, o advento do conceito lacaniano de objeto a.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em entrevistas e coleta de dados via prontuários, sem intervenção clínica.

- BENEFÍCIOS: não há benefícios diretos para os participantes, mas há para a comunidade científica

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100  
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-280  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3239-9532 Fax: (31)3239-9532 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



Continuação do Parecer: 296.720

em geral.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.196/1996 do CNS-MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Projeto: devidamente descrito;
- TCLE: Adequado para o perfil da amostra;
- Parecer CEP: Aprovado;
- FR: devidamente preenchida e assinada.

**Recomendações:**

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- O estudo pode ser realizado sem restrições.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BELO HORIZONTE, 10 de Junho de 2013

---

Assinador por:  
 Vanderson Assis Romualdo  
 (Coordenador)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100  
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-280  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9532 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br

### **ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu, Ronaldo Sales de Araújo, responsável pelo estudo com o título: A feminilidade diante do corpo marcado pelo adoecimento: câncer de mama na clínica psicanalítica contemporânea, realizado no Hospital Alberto Cavalcanti, convido você para participar desse estudo como voluntária. Sua participação será através de uma autorização liberando o psicólogo Ronaldo Sales de Araújo ler no seu prontuário, arquivado no hospital, os atendimentos psicológicos realizados no ano de 2012. O estudo é para saber quais as conseqüências do tratamento de câncer de mama em sua vida. A partir dessa leitura, o psicólogo Ronaldo Sales de Araújo irá estudar essas conseqüências no seu curso de pós graduação em Psicologia na UFMG. As informações colhidas nesta leitura de prontuário serão colocadas no trabalho apresentado na UFMG sem colocar suas informações pessoais, tais como: nome, endereço e documentos pessoais. Durante todo o período do estudo que ocorrerá até março de 2015, você pode tirar qualquer dúvida pessoalmente ou através do telefone: 3469-1854 ou pelo e-mail: [rsales.psi@gmail.com](mailto:rsales.psi@gmail.com).

Autorização:

Eu, \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o psicólogo Ronaldo Sales de Araújo que esclareceu todas as minhas perguntas. Autorizo a leitura do meu prontuário arquivado no hospital para ajudar no estudo que será apresentado na UFMG, participando como voluntária.

Assinatura da voluntária:

---

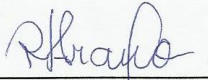



## ANEXO 4: Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: A FEMINILIDADE DIANTE DO CORPO MARCADO PELO ADOECIMENTO: CÂNCER DE MAMA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA CONTEMPORÂNEA		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 3	
3. Área Temática: <i>Psicologia</i>			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: RONALDO SALES DE ARAUJO			
6. CPF: 027.370.686-14		7. Endereço (Rua, n.º): CASTELO DE EDIMBURGO 35 CASTELO casa BELO HORIZONTE MINAS GERAIS 31330240	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (31) 9239-2891	10. Outro Telefone: <i>31-3351524</i>
		11. Email: rsales.psi@gmail.com	
12. Cargo: <i>Psicólogo Clínico IAGAS</i>			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <i>16, 06, 13</i>		 _____ Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG		14. CNPJ: 19.843.929/0001-00	15. Unidade/Orgão: <i>HAC</i>
16. Telefone: (31) 3239-9552		17. Outro Telefone: <i>31-3293.9500</i>	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <i>ROBERTO MARINI LAUREA</i>		CPF: <i>374198196-53</i>	
Cargo/Função: <i>DEPENTE AB ENFERM ELEVAVISI</i>			
Data: <i>29, 05, 13</i>		 _____ Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			