



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – IFCH
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ELAINE ANTUNES DE SOUZA

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL: a elaboração do sofrimento psíquico a partir da angústia em pacientes oncológicos

BELÉM – PA
2024

ELAINE ANTUNES DE SOUZA

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL: a elaboração do sofrimento psíquico a partir da angústia em pacientes oncológicos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGP da Universidade Federal do Pará – UFPA, sendo requisito necessário para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicanálise: Teoria e Clínica.

Orientador: Professor Dr. Breno Ferreira Pena.

BELÉM – PA
2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

S719c Souza, Elaine Antunes de Souza.
A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL : a elaboração
do sofrimento psíquico a partir da angústia em pacientes
oncológicos / Elaine Antunes de Souza Souza. — 2024.
110 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Breno Ferreira Pena Pena
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, Belém, 2024.

1. psicanálise; hospital; câncer; angústia; sofrimento. I.
Título.

CDD 150

ELAINE ANTUNES DE SOUZA

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL: a elaboração do sofrimento psíquico a partir da angústia em pacientes oncológicos

Dissertação de Mestrado, apresentada como requisito necessário para a obtenção do título de Mestra em Psicologia, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia/PPGP da Universidade Federal do Pará/UFPA.

Data da aprovação: 10 /06 / 2024

Conceito: Aprovada.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. BRENO FERREIRA PENA
Orientador - UFPA

Prof. Dr^a. ANA CLEIDE GUEDES MOREIRA
Membro interno - UFPA

Prof. Dr. SÉRGIO VIZEU LIMA PINHEIRO
Membro externo - UFPA

Aos meus adoráveis pais, Eliete e Naldo,
que ao me investirem de afeto, apostaram
em mim enquanto sujeito.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais, que são fonte constante de inspiração e suporte fundamental ao longo da minha vida.

Aos meus avós (in memoriam), em particular à minha avó paterna, Alzelina, que enfrentou o adoecimento oncológico, e a quem nós, enquanto família, não medimos esforços para minimizar o sofrimento.

Ao meu amado companheiro, Maick, pelo suporte constante, tornando a jornada mais leve e feliz.

Aos meus amigos e amigas, especialmente Ludimila e Karol, minhas parceiras de profissão e de vida. Vocês celebraram cada conquista junto a mim e acolheram minhas angústias com carinho.

Aos meus pacientes, pelo conhecimento compartilhado e por me permitirem ocupar seus lugares de fala em meio ao intenso sofrimento.

Ao psicanalista Alan Lima, pela escuta atenta, um lugar fundamental que me permitiu seguir.

Aos professores que compartilharam conhecimento e contribuíram para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Ao orientador Breno, pelo suporte, orientação e paciência durante esta jornada acadêmica.

À banca de qualificação, Ana Cleide e Sérgio, pelas importantes contribuições neste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFPA), pela oportunidade de realizar esta pesquisa

Ao Hospital Ophir Loyola (HOL), por ter possibilitado o campo de pesquisa.

*Não tenho medo da morte
Mas tenho medo de morrer, sim
A morte é depois de mim
Mas quem vai morrer sou eu
O derradeiro ato meu
E eu terei de estar presente
Assim como um presidente
Dando posse ao sucessor
Terei de morrer vivendo
Sabendo que já me vou.*

*Não Tenho Medo da Morte
Gilberto Gil*

RESUMO

Elaine Antunes de Souza¹

Breno Ferreira Pena²

¹Psicóloga; Especialista em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA); Especialista em Psicanálise com Crianças e Adolescentes: Teoria e Clínica (IPOG); Mestranda em Psicologia na linha de pesquisa: Psicanálise, Teoria e Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

²Psicólogo; Psicanalista; Doutor e Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC- MG); Professor da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). Professor da Residência Multiprofissional, Complexo Hospitalar UFPA-EBSERH, Unidade João de Barros Barreto (HUJBB).

Resumo: Este trabalho aborda a dimensão da clínica psicanalítica no hospital, considerando a elaboração psíquica do sofrimento em sujeitos atravessados pela angústia ao enfrentarem o diagnóstico oncológico. Neste contexto, encontramos a representação social da doença associada à morte, ainda considerada um tabu. Este imaginário social possui raízes muito antigas na história, demarcado por intensos sofrimentos físicos e psíquicos, uma vez que a doença era frequentemente acompanhada pela morte, independentemente do tratamento realizado. Quando se trata do adoecimento pelo câncer, o exercício da psicanálise no hospital ocorre em caráter de urgência, ou melhor, de urgência subjetiva, na qual buscamos compreender as repercussões psíquicas abaladas neste momento de adoecimento. A ideia de urgência subjetiva remete-nos à quebra do discurso do sujeito ao deparar-se com algo insuportável, sem mediação simbólica. Nesse momento, ao faltar palavras para nomear tal situação, o sujeito adoecido posiciona sua realidade psíquica em ato. O sofrimento manifestado a partir das relações humanas e da finitude do próprio corpo apresenta-se de forma imperiosa, pois enlaça o sofrimento ao que é inelutável e escapa ao pleno domínio do sujeito. O corpo, sendo parte da natureza, impõe limites em relação ao seu funcionamento e duração, e neste caso, podemos considerar a própria experiência do sofrimento psíquico no adoecimento oncológico, manifestado no corpo. Para a compreensão da angústia, que desde o início se tornou central na teoria psicanalítica, Freud deparou-se com este conceito na clínica das neuroses, investigando suas formas de manifestação psíquica e elaborando sua teoria. Em seu "*Rascunho E*", tido como um dos escritos mais importantes direcionados a Fliess, ele associa o afeto angústia a outro conceito central na teoria psicanalítica: a sexualidade. Freud escreve sobre duas teorias da angústia: a primeira como transformação da libido e a segunda como resultado do recalque. Para Lacan, a angústia é um afeto, porém, ele considera que não é um sintoma. Ele a caracteriza como um afeto sem rumo, completamente à deriva, pois jamais é recalçada. Essa característica a torna tão inquietante, pois não se amarra à rede de significantes, sendo impossível de ser representada. Desse modo, a clínica psicanalítica na instituição de saúde considera a diferença entre o adoecimento inscrito no corpo e o adoecimento enquanto experiência. Neste aspecto, o psicanalista busca proporcionar a transição do acontecimento em si para uma experiência, possibilitando a construção de subjetivação e elevando tal adoecimento à posição de experiência, produzindo um saber único. Considerando que estamos inseridos na instituição hospitalar, é importante pensar no tempo de cada sujeito, uma vez que a temporalidade do hospital ignora a própria temporalidade do paciente. Lacan apresenta a problemática da lógica do tempo, discorrendo sobre a constituição de três instâncias: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Podemos associar esses três conceitos à experiência do adoecimento pelo câncer. O instante de ver corresponde ao diagnóstico oncológico e ao desespero diante da certeza da própria morte, confrontando o paciente com a realidade da finitude humana. Ao transitar para o tempo de compreender, com o estabelecimento da transferência, o sujeito alcança o processo de elaboração psíquica. Por fim, o trabalho psíquico se encerra com o momento de concluir, referente ao que se fez questão. O sujeito, ao deparar-se com tais experiências subjetivas, confronta-se com a transitoriedade da

própria vida. O método de pesquisa utilizado foi o estudo de caso clínico, realizado em uma instituição hospitalar em Belém do Pará, referência em tratamento oncológico. O objetivo geral foi compreender a prática clínica psicanalítica no contexto hospitalar, especificamente a elaboração psíquica do sofrimento a partir da experiência da angústia em pacientes com câncer. Os objetivos específicos incluíram a investigação da concepção de angústia por Freud, Lacan e seus comentadores, a exploração da relação entre angústia e câncer, e a identificação do processo de elaboração do sofrimento psíquico em pacientes oncológicos.

Palavras-Chave: psicanálise; hospital; câncer; angústia; sofrimento

ABSTRACT

Abstract: This present work will address the dimension of the psychoanalytic clinic in the hospital, considering the psychic elaboration of suffering in subjects who are overcome by anguish when facing an oncological diagnosis. In the context of oncological treatment, we find the social representation of the disease associated with death, still considered a taboo topic. This social imaginary has very ancient roots in history, being marked by intense physical and psychological suffering, since the disease was often accompanied by death, regardless of the treatment carried out. When it comes to illness due to cancer, the exercise of psychoanalysis in the hospital takes place on an urgent basis, or better said, subjective urgency, in which we seek to understand the psychic repercussions, which are shaken at this moment of illness. The idea of subjective urgency refers to the breaking of the subject's speech when faced with something unbearable, without symbolic mediation. At this moment, lacking words to name this situation, the ill subject positions his psychic reality in action. Suffering manifested through human relationships and the finiteness of one's own body presents itself in an imperious way, as it links suffering to what is ineluctable and escapes the subject's full control. And the body, as it is part of nature, imposes limits in relation to its functioning and duration, which in this case, we can consider the experience of psychological suffering in cancer, being manifested in the body. To understand anguish, which from the beginning became central in psychoanalytic theory, Freud came across this concept in the clinic of neuroses, starting to investigate its forms of psychic manifestations, developing his theory addressing this important concept. In his Draft It is considered one of the most important writings addressed to Fliess, on the affect of anxiety, which associates it with another central concept in psychoanalytic theory, sexuality. We can observe that Freud writes about two theories, the first mentioned as being a transformation of libido and the second, the theory of repression. For Lacan, anguish is an affect, but he considers it not to be a symptom. To the extent that it configures anguish as an affect, it characterizes it aimlessly, completely adrift, because it is never repressed. It is this characteristic of it that makes it so unsettling, as it is not tied to the network of signifiers that is impossible to represent. In this way, the psychoanalytic clinic in the health institution considers the difference between illness inscribed in the body and illness as an experience. In this aspect, the psychoanalyst will seek to provide the transition from the event itself to an experience, enabling the construction of subjectivation, elevating such illness to the position of experience producing unique knowledge. Since we are part of the hospital institution, it is important to think about the time of each subject, since the temporality of the hospital ignores its own temporality. Lacan presents us with the problematic of logic regarding time, discussing the constitution of three instances, namely: the moment of seeing, the time of understanding, the moment of concluding. We can associate these three concepts with the experience of becoming ill with cancer. Being the moment of seeing, the oncological diagnosis and despair emerged in the face of the certainty of one's own death, confronting the patient with the reality of human finitude. When moving to the time of understanding, with the establishment of transference, the subject reaches the process of psychic elaboration. And finally, the psychic work ends with the moment of concluding what you asked about. And as the subject is faced with such subjective experiences, he is confronted with the transience of his own life. The research method used was the clinical case study, carried out in a hospital institution in Belém do Pará, a reference in oncological treatment. The general objective was to understand psychoanalytic clinical practice in the hospital context, specifically the psychic elaboration based on the experience of anguish in cancer patients. The specific objectives included the investigation of the conception of anguish by Freud, Lacan and their commentators, the exploration of the relationship between anguish and cancer, and the identification of the process of elaboration of psychological suffering in cancer patients.

Keywords: psychoanalysis; hospital; cancer; angst; suffering.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. A MANIFESTAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO.....	19
2.1. O câncer e seu imaginário social	19
2.2. A urgência subjetiva no adoecimento oncológico	26
2.3. O sofrimento psíquico	32
3. A ANGÚSTIA: UM AFETO, MAS SEM REPRESENTAÇÃO	40
3.1. Os primórdios da angústia	40
3.2. A angústia sinal	47
3.3. A angústia, o afeto que não engana	65
4. A CERTEZA ANTECIPADA NA INSTUIÇÃO DE SAÚDE	73
4.1. A clínica psicanalítica e a certeza antecipada no hospital	73
4.2. Caso Clínico Joana: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir	81
4.3. A morte e a transitoriedade ao adoecer pelo câncer.....	91
5. PARA CONCLUIR	98
REFERENCIAIS TEÓRICOS	102
ANEXO	107

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho aborda a dimensão da clínica psicanalítica no hospital, considerando a elaboração psíquica do sofrimento em sujeitos atravessados pela angústia ao enfrentarem o diagnóstico oncológico. Buscamos compreender como o psicanalista pode permitir que estes sujeitos, imersos e paralisados por esse afeto, possam subjetivá-lo, diante da pressa e do enfoque na cura predominantes na medicina. No entanto, a psicanálise se apresenta sob outra perspectiva, ao oferecer um espaço de pausa para escutar a urgência subjetiva que também se manifesta neste cenário, direcionando-se ao encontro deste sujeito, que a princípio se manifesta enquanto objeto nesta lógica subjetiva. No encontro analítico, há a urgência de, enfim, dar sentido ao seu sofrimento psíquico enquanto experiência subjetiva.

Este sujeito, na iminência de um possível diagnóstico, já impulsionado para o ambiente hospitalar, passa a ser reconhecido como doente. Neste caso, as implicações subjetivas manifestam-se de forma imperiosa, ainda que o diagnóstico seja descartado. Em outras palavras, inicialmente, este momento é caracterizado por um saber indefinido, já marcado em sua própria percepção corporal, que indica mal-estar (Dunker, 2016). Na oncologia, não é diferente, pois estar marcado por um provável diagnóstico de câncer já significa conviver com o imaginário social em torno desta doença, ou seja, indica sofrer.

De acordo com Figueira et al. (2018), no contexto do tratamento oncológico, encontramos a representação social da doença associada à morte, ainda considerada um tabu. O câncer é vivenciado como um adoecimento resultante de um ataque externo ao corpo, levando a diversas alterações na imagem corporal.

Este imaginário social possui raízes muito antigas na história, sendo demarcado por intensos sofrimentos físicos e psíquicos, uma vez que a doença era frequentemente acompanhada pela morte, independentemente do tratamento realizado. Ao longo da história, o câncer foi constantemente comparado ao enfrentamento de uma guerra. Mesmo com os avanços nos procedimentos, esse imaginário social ainda persiste em nossa realidade, uma vez que as estatísticas nos mostram números significativos de mortes por câncer (Mukherjee, 2012). Esses fatos destacam as dificuldades de acesso a atendimentos básicos para prevenção e promoção de saúde, o que atesta a importância do diagnóstico precoce, permitindo acesso ao tratamento. Caso contrário, o câncer se dissemina, revelando sua natureza invasiva, traiçoeira e inicialmente silenciosa.

Diante deste cenário, o enfrentamento do câncer impõe uma urgência subjetiva em relação à experiência do adoecer. Isso nos leva a considerar a importância da psicanálise nas

instituições de saúde, uma vez que a subjetividade impera neste contexto de adoecimento (Gomes, 2013). Com isso, a palavra "tragédia" passou a ser empregada para descrever a vivência de se estar com câncer. Essa associação nos remete à tragédia grega Antígona, condenada à morte por descumprir as ordens do rei. Na oncologia, essa analogia representa a sensação de estar morto em vida, pois o diagnóstico é frequentemente recebido como uma sentença de morte (Moura, 2013).

Diante de tais circunstâncias, a psicanálise se aproxima da urgência subjetiva, ao considerar as manifestações psíquicas inerentes à sua atuação nos hospitais. Cada paciente apresenta-nos sua subjetividade, identificada através da angústia, possibilitando que este afeto assumira sua autoridade singular, que deve ser manejada. Nossa tarefa enquanto analistas se faz através da escuta deste, para expressar sua singularidade por meio do seu lugar de fala, possibilitando espaço para elaboração subjetiva e transformação no encontro analítico (Almeida e Aires, 2023).

A urgência subjetiva associada ao adoecimento oncológico é demarcada pela ideia do imaginário social, ressaltando momentos críticos ao destacar a vulnerabilidade do sujeito, fazendo-o confrontar a possibilidade da própria morte. Simonetti (2018) menciona que a psicanálise, nesta condição, amplia-se e busca abordar todos os sentidos do sujeito, enfatizando as paixões e seu intenso sofrimento psíquico, dando relevância à subjetividade no contexto hospitalar.

Assim, podemos compreender que a urgência subjetiva a ser vivenciada representa momentos críticos ao sinalizar algo da insuportabilidade, manifestada pela falta de simbolização à medida em que aniquila a pessoa em adoecimento. Pois, de acordo com Azevedo (2019, p. 103):

A urgência nesse espaço pode ser tomada como algo impossível de suportar. Situa-se no momento de crise, marcada por uma ausência de um marco significativo, produzindo um efeito de mortificação no sujeito. No hospital, podemos inferir que o sujeito, em face da urgência daquilo que se apresenta como uma pedra no caminho, um real impossível de simbolizar, precipita-se diante do tempo do fim, da morte (Azevedo, 2019, p. 103).

Quando trabalhamos com a clínica psicanalítica nos hospitais, nos deparamos com um campo de atuação que envolve não apenas o sofrimento psíquico em si, mas também a relação do sujeito com esse sofrimento. Muitas vezes, ele não compreende o que o conduziu até ali, mas está ciente de que se encontra em sofrimento e, por meio do estabelecimento da transferência, poderá se reposicionar em sua vida (Lima, 2018).

Nesta cena hospitalar, nos deparamos com a abordagem da medicina que busca compreender a doença, enquanto a psicanálise se diferencia pela compreensão do inconsciente. Utilizamos o conceito de "páthos", que representa paixão, passividade e sofrimento, visando, portanto, escutar e compreender os significados atribuídos ao sofrimento pelo próprio paciente (Simonetti, 2018).

Na experiência de adoecimento oncológico, observamos mudança de interesses e investimento do sujeito, que se tornam mais voltados para seu estado de doença, refletindo mal-estar. Freud (1914) descreve os abalos narcísicos que ocorrem quando enfrentamos o adoecimento. Esses abalos levam o sujeito a retirar seus investimentos libidinais do mundo externo e a concentrá-los em seu próprio ego. Porém, à medida que se recupera, o sujeito volta a se interessar pelo mundo externo.

Desta forma, podemos considerar que tais manifestações psíquicas no adoecimento oncológico fazem emergir a relação do sujeito com o seu sofrimento. Freud (1930) aborda três indícios de que este encontra-se destinado a sofrer, referindo-se ao mundo externo, questões diante da finitude e as relações interpessoais, sendo as duas primeiras inevitáveis, causando sofrimento, escapando ao controle humano.

Ao escutarmos o sujeito com câncer, nos deparamos com sua doença e com seu sofrimento, o que possibilita facilitar um processo de elaboração psíquica, permitindo que essa experiência dolorosa não seja tão aterrorizante (Kupermann, 2016). Diante disso, pude constatar em minha prática de escuta aos pacientes oncológicos, pois inquietava-me com as angústias manifestadas ao longo de suas experiências de adoecimento, o que me motivou a aprofundar na teoria psicanalítica deste afeto, construída por Freud e Lacan.

Segundo Almeida (2009), Freud inicia sua análise sobre a angústia nos Rascunhos A, B e E, representando sua primeira tentativa de teorização desse afeto. No *Rascunho A* (1892), Freud menciona a depressão periódica, comparando-a com a neurose de angústia e observando sua relação com a inibição sexual. Já no *Rascunho B* (1893), ele discute a neurastenia e a neurose de angústia, desenvolvendo sua teoria sobre o tema.

No entanto, é apenas no próximo texto, o *Rascunho E* (1894), que Freud organiza de maneira mais clara sua teoria sobre a angústia. Neste texto, ele menciona sua experiência clínica como base para formular essa teoria importante, argumentando que a angústia surge a partir da acumulação e transformação da tensão sexual (Almeida, 2009).

No que diz respeito ao seu próximo texto, Freud (1895) aponta a diferença entre neurose de angústia e neurastenia, revelando seus funcionamentos e etiologias próprios, sendo provável afirmar que os sintomas surgem em função da angústia (Costa e Costa, 2019).

Entretanto, na teoria psicanalítica, é possível observar que Freud abordava questões além de sua ideologia sobre a sexualidade em relação à angústia. Conforme Fuks (2011), ele demonstrou que sua teoria inicial sobre os sintomas psiconeuróticos ligados à sexualidade estava também relacionada a outras manifestações sintomáticas. Isso levou à inclusão da angústia nas conversões histéricas, nas mais variadas formas de fobias e rituais obsessivos. Esse texto de Freud de 1895 tornou-se um modelo para entender a angústia oculta diante da perda do amor na histeria, e para o temor ao superego na neurose obsessiva, sendo a angústia de castração, ligada ao complexo de Édipo, o afeto central que aterroriza o sujeito.

No que segue, observamos que Freud discute duas teorias distintas. A primeira, descrita como uma transformação da libido, e a segunda, conhecida como a teoria do recalque, que considera a angústia como um sinal que mobiliza a defesa do ego (Campos, 2004). A primeira teoria é abordada em seu texto de 1917.

Em seu trabalho sobre a angústia, Freud (1917) explora o significado das palavras *Angst*, *Furcht* e *Schrek*. *Angst* é descrita como uma ansiedade sem objeto específico, enquanto *Furcht* está ligada ao medo relacionado a um objeto específico. Já *Schrek* refere-se a um susto imediato, focando no efeito do perigo sem passar pela preparação da angústia. Freud sugere que o ser humano se protege do terror por meio da angústia. É neste texto que ele discute este afeto como um enigma, um nó a ser desvendado no sintoma do sujeito.

Freud (1917) aborda a angústia em dois tipos distintos: a angústia realística e a angústia neurótica. A primeira é considerada um estado racional e compreensível, uma reação ao perceber um perigo manifesto e esperado. Ela está relacionada ao instinto de autoconservação, manifestando-se como um reflexo de fuga diante de situações desconhecidas ou perigosas. A identificação da angústia realística ocorre através da maneira como as pessoas percebem e compreendem o mundo externo.

Já sobre a angústia neurótica, Freud (1917) a descreve de duas formas: a angústia expectante e as fobias. Na angústia expectante, ele observa uma aflição importante, pronta para se associar às ideias, mobilizando expectativas para que enfim sejam justificadas. Sobre as fobias, são relacionadas a perigos, que tentamos minimizar. Este grupo inclui fobias situacionais, onde o perigo está presente, mas é ignorado ou minimizado. Sua característica não é o conteúdo do medo, mas sim a intensidade da angústia associada, que Freud descreve como "verdadeiramente inapelável" (Freud, 1917, p. 523).

Embora antecipe algumas ideias sobre a angústia neste texto, é em seu próximo trabalho que Freud (1926) revisa sua teoria, descrevendo-a como um sinal que surge diante do perigo.

Nesta obra, Freud modifica sua compreensão sobre o surgimento da angústia, apontando-a como causadora do recalque e não, como vinha afirmando, que o recalque mobilizava angústia.

Sobre sua última obra a respeito desta temática, Freud (1933) dedica-se ainda ao tema abordado em seu texto anterior, destacando a origem dupla desse afeto, seja diante de um momento traumático ou como sinalização de algo. Sintetiza sobre seu seminário vinte e cinco, considerando a angústia um estado afetivo que reúne diversas sensações de prazer-desprazer, com descargas motoras indicando sua presença. Freud sugere que o momento do nascimento pode ser caracterizado como um traço afetivo, onde ocorrem alterações cardíacas e respiratórias típicas da angústia.

Além da teoria psicanalítica de Freud, vamos abordar a teoria de Lacan sobre a angústia. Para Lacan (1963), a angústia é um afeto que não pode ser reprimido, permanecendo livre para manifestar-se de forma deslocada, distorcida ou descontrolada, mas nunca reprimida. O que passa a ser reprimido são os significantes que a sustentam.

Lacan (1963) define a angústia como sendo um sinal mínimo. Podemos interpretar que, em relação ao significante, ela não é abrangente, pois algo se perde ao procurar pelo objeto, resultando em uma diferença entre eles. No entanto, mesmo que não compreendamos a angústia, já que ela não pode ser descrita em palavras, esse afeto possui a particularidade de se manifestar no próprio corpo de forma imperativa.

É pela presença da clínica psicanalítica nas instituições de saúde que podemos sustentar nossa escuta diante das angústias manifestadas pelo sujeito em adoecimento oncológico. Porém, Azevedo (2019) sugere que pacientes que buscam atendimento em instituições de saúde não estão necessariamente procurando um psicanalista, pois chegam lá devido ao mal-estar em seus corpos. Mas, ao encontrar um psicanalista, esses pacientes podem revelar um sofrimento psíquico do qual inicialmente não conseguiam falar. É o próprio sofrimento, que muitas vezes impede sua expressão, dificultando o seu dizer.

Assim, a clínica psicanalítica nos hospitais leva em conta a distinção entre o adoecimento físico e o adoecimento enquanto experiência subjetiva. Neste sentido, a psicanálise busca transformar o evento em si em uma experiência significativa, permitindo a construção de subjetividade e elevando o adoecimento, que antes era apenas um evento descritível, à condição de experiência que gera produção de um saber singular (Moretto, 2019).

Isso torna-se possível ao considerarmos a transferência neste processo. Freud (1912) destaca que esta se desenvolve ao longo do tratamento psicanalítico, assumindo uma função já conhecida e fundamental para a análise. Esse mecanismo é considerado um dos pilares do

processo analítico, pois reflete o modo como o sujeito estabelece relações ao longo da vida, sendo moldado pelas experiências de sua infância, reeditado em suas relações.

Ainda neste contexto hospitalar, o analista surge como aquele que oferece a escuta para o sofrimento psíquico. Essa oferta é orientada pelo psicanalista, enquanto a demanda em ser escutado é guiada pelo paciente. A particularidade desse ambiente consiste no movimento do analista em direção a este, demarcando espaço ao ofertar sua escuta, permitindo que o sujeito possa emergir neste encontro, se assim o desejar. No entanto, se o paciente não se interessar, não há demanda, circunstância que não significa que o analista deva cessar sua oferta de escuta. Porém, vale ressaltar que não há análise sem demanda, mas, já que nos encontramos na instituição hospitalar, podemos pensar que a partir desta oferta possa surgir a demanda, iniciando a análise (Moretto, 2019).

Dentro deste contexto hospitalar, é importante considerar a temporalidade de cada pessoa em adoecimento, uma vez que a própria dinâmica temporal deste local muitas vezes a desconsidera. Nesse ambiente, há uma pressa constante para não se perder tempo, porém, há também outro tempo a ser considerado: o tempo subjetivo, que precisa ser validado. Tanto no hospital quanto no processo analítico, o tempo ocorre de maneira singular para cada caso, pois é necessário pensar no tempo do sujeito, levando em conta as particularidades de cada situação (Azevedo, 2019).

Lacan (1945) aborda a questão da lógica temporal, descrevendo a constituição de três momentos: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento para concluir. Esses conceitos podem ser associados à experiência do adoecimento oncológico. O instante de ver corresponde ao momento do diagnóstico, quando o paciente se depara com a certeza da própria morte, gerando desespero diante da finitude humana. Ao passar para o tempo de compreender, através da transferência, o sujeito inicia o processo de elaboração psíquica, à medida que fala sobre seu sofrimento. E, por fim, o trabalho psíquico se completa chegando ao momento de concluir, referindo-se ao que foi elaborado durante o processo analítico.

Esta experiência em torno do adoecimento pelo câncer nos leva a refletir sobre o sofrimento humano ao confrontar sua própria finitude, especialmente evidente em ambientes hospitalares. A angústia, solidão, tristeza e coragem inerentes ao ser humano são destacadas diante de eventos urgentes e imprevisíveis ao longo da vida, contribuindo para a importância dos psicanalistas nas instituições de saúde (Moura, 1996).

O sujeito com adoecimento oncológico vivencia angústia, surgindo a partir do medo da morte, acompanhada pela sensação das perdas subjetivas, como a estrutura familiar, o trabalho e o próprio ideal de vida. A angústia é sinalizada como receio de perder algo de grande valor,

evitando aquilo que causa medo, ou seja, a própria morte. O significante "câncer" pode representar a finitude e a presença da morte de forma concreta para o sujeito (Silva e Cardoso, 2023).

Freud (1915) aborda a negação da morte, mesmo que saibamos que faz parte do ciclo da vida. A morte é incompreensível e, por isso, tendemos a fantasiar sobre ela, mascarando sua possibilidade. No entanto, de modo geral, ninguém realmente acredita na própria morte, uma vez que em nosso inconsciente, a ideia de morte não possui registro.

A partir disso, podemos compreender que, ao longo do desenvolvimento humano, o ser humano é orientado a evitar falar e até mesmo pensar sobre a própria morte, tornando esse tema estranho para ele. Essa influência contribui para a dificuldade em verbalizar e, conseqüentemente, elaborar este assunto (Silva e Cardoso, 2020).

Com isso, podemos refletir sobre o conceito de transitoriedade na obra freudiana, que menciona a reflexão sobre a relação humana com a morte. Freud (1916) inicialmente discute ao conversar com seu amigo poeta, que, apesar de admirar a beleza ao seu redor, não se alegrava com ela. O poeta expressava sua insatisfação com o fato de que tudo o que era belo e criado pelo homem estava destinado a desaparecer, sendo a transitoriedade o destino inevitável de todas as coisas e de todos. Freud (1916), contudo, menciona que ao desejarmos a imortalidade, estamos, na verdade, expressando desejos que não conseguem confrontar o valor da própria realidade. Contestando assim a visão do poeta, afirmando que a transitoriedade da beleza não a desvaloriza, mas sim a torna mais digna de reconhecimento. Freud sugere valorizar a transitoriedade, sendo, na verdade, uma forma de reconhecer sua grandeza, elevando sua raridade.

Neste texto, Freud aborda a questão da efemeridade das coisas belas e valiosas na vida. Ele discute como a consciência da transitoriedade pode gerar angústia e insatisfação, mas também destaca que essa mesma consciência é o que dá valor e grandeza a essas experiências. Ao associarmos esse conceito ao adoecimento oncológico, podemos perceber que os pacientes confrontam diretamente a finitude da vida, tornando a consciência da transitoriedade particularmente intensa, levando a uma reflexão sobre a fragilidade de sua existência e a inevitabilidade da própria morte. Isso pode gerar angústia e desespero, mas também pode levar a uma valorização das experiências e relações significativas. Assim, ao compreender a transitoriedade, pode ser um aspecto importante no processo de elaboração psíquica.

Esta dissertação se baseia na teoria psicanalítica de Freud e Lacan sobre a angústia, além de outros teóricos relevantes para a prática da clínica psicanalítica em instituições de saúde, juntamente com seus principais comentadores. Utilizamos como método de pesquisa o estudo

de caso clínico, atendido em uma instituição hospitalar em Belém do Pará, referência em tratamento oncológico. Tendo como objetivo geral compreender a prática da clínica psicanalítica no contexto hospitalar, especificamente a elaboração do sofrimento psíquico a partir da experiência da angústia em pacientes com câncer. E como objetivos específicos, a investigação da concepção de angústia por Freud, Lacan e seus comentadores, a exploração da relação entre angústia e câncer e a identificação do processo de elaboração do sofrimento psíquico em pacientes oncológicos, como forma de subjetivação.

No primeiro capítulo deste trabalho, iniciamos explorando a manifestação do sofrimento psíquico no adoecimento oncológico, dividido em três subcapítulos. No primeiro subcapítulo, abordamos a história da construção do câncer como doença, suas particularidades e o forte imaginário social que o envolve, ainda influenciando significativamente a experiência do adoecimento oncológico na atualidade. No segundo subcapítulo, discutimos a urgência subjetiva, explorando sua conceituação, como essa experiência se manifesta e a possibilidade de construção de narrativas para o paciente, garantindo seu lugar de fala enquanto sujeito, e possibilitando a subjetivação de seu sofrimento a partir da própria vivência do adoecer. No terceiro subcapítulo, delineamos o sofrimento psíquico, destacando as diferenças entre abordagens psicanalítica e médica, além de explorar o impacto no narcisismo ao enfrentar o adoecimento oncológico, os três principais tipos de sofrimento comumente experimentados e o luto, que considera as diversas perdas enfrentadas por essas pessoas em sofrimento.

No segundo capítulo, seguimos um percurso em torno da teorização da angústia, com uma estrutura semelhante à do primeiro capítulo. No primeiro subcapítulo, abordamos a construção teórica de Freud sobre a angústia, explorando seus conceitos iniciais e sua evolução enquanto teoria. No segundo subcapítulo, examinamos as primeiras e segundas teorias de Freud sobre a angústia, descrevendo-a como um sinal. No último subcapítulo, estudamos a concepção de angústia em Lacan, caracterizando-a como um afeto que não nos engana.

Por fim, o terceiro capítulo também se divide em três subcapítulos, desenvolvendo o tema da certeza antecipada na instituição de saúde. No primeiro subcapítulo, discutimos a clínica psicanalítica no hospital, apresentando as especificidades desse contexto de atendimento, incluindo a transferência e minha experiência como psicóloga residente em oncologia. No segundo subcapítulo, analisamos o estudo de caso de Joana, relacionado ao tempo lógico diante do instante de ver, o tempo de compreender e o momento para concluir. Isso implica um manejo do tempo subjetivo como recurso importante diante do imperativo da urgência na angústia, permitindo uma pausa na pressa e criando espaço para a compreensão diante do choque inicial do instante de ver, visando chegar a uma conclusão. Este caso clínico

nos permitiu observar os indícios do processo de elaboração psíquica do sofrimento de Joana conforme ela começava a falar. Por último, no terceiro subcapítulo, abordamos a morte e a transitoriedade no contexto do adoecimento oncológico, levando-nos a refletir sobre a vida, a morte e a finitude. Freud (1916) menciona que ao ignorarmos ou tentarmos esquecer esses aspectos, perdemos a oportunidade de compreender a transitoriedade inerente à existência humana. Reconhecer a importância de que tudo na vida é passageiro, incluindo nossos próprios momentos de alegria e sofrimento, pode ajudar-nos a valorizar cada momento vivido e a lidar de maneira mais saudável com as perdas e limitações que a vida nos impõe.

2. A MANIFESTAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO

“Era tudo que ia ficando de um passado cujo aniquilamento não se consumava, porque continuava aniquilando-se indefinidamente, consumindo-se dentro de si mesmo, acabando-se a cada minuto, mas sem acabar se acabar nunca.”

Cem Anos de Solidão

Gabriel Garcia Marques

2.1. O CÂNCER E SEU IMAGINÁRIO SOCIAL

O câncer é uma doença muito antiga, sendo Hipócrates (460-370 a.C.) o primeiro a estudá-la. Ele observou algumas deformações que se assemelhavam às patas de um caranguejo, nomeando-as como *karkinos* e *karkinoma*, significando caranguejo na língua grega (Malziner; Caponero, 2013).

Com vasos sanguíneos aumentados em torno do tumor, Hipócrates imaginava-os como sendo um caranguejo com suas patas cravadas na areia. Outros escritores posteriores a ele, tanto médicos quanto pacientes, fizeram observações adicionais sobre o câncer se assemelhar a esse crustáceo. Alguns mencionavam a aparência endurecida e pálida, que lembrava sua carapaça. Outros relatavam a sensação do tumor se mover, como se o câncer se dissipasse de fato por sua estrutura física. Já para outros, a compreensão estava em torno da fisgada imediata de dor provocada pela doença, comparando-se a estar aprisionado pelas firmes patas do caranguejo (Mukherjee, 2012). Esta doença foi ainda associada a diversas outras situações do cotidiano, como podemos observar na citação abaixo:

O câncer é uma doença que desencadeia comportamentos peculiares. Sempre foi algo a ser escondido por vir acompanhado de muitos estigmas, como a inevitabilidade da morte e as explicações equivocadas a respeito de sua etiologia, que atribuíam a sua origem à promiscuidade sexual ou à falta de higiene e transmitiam a ideia de ser uma enfermidade contagiosa ou repugnante (Ferreira *et al.* 2021, p. 16).

A área de estudo do câncer é compreendida pela oncologia, onde a palavra grega *onkos* está associada à história do câncer, sendo utilizada para caracterizar tumores e empregada para denominar cargas, massas ou, de forma mais comumente utilizada, um fardo. Com isso, o

câncer passou a ser idealizado como um peso carregado pelo corpo. Ao explorarmos a tragédia grega, encontramos essa mesma palavra sendo usada para designar a máscara, frequentemente "carregada" pelo personagem, demarcando toda a carga psíquica por ele suportada (Mukherjee, 2012).

A oncologia é representada biologicamente por mais de 100 tipos de patologias com características semelhantes, designando a proliferação desequilibrada da célula motivada por mudanças genéticas e epigenéticas do DNA. Seu resultado é a reprodução descontrolada, proliferando células anormais e constituindo neoplasias malignas. Esse processo é compreendido por carcinogênese (Ferreira et al. 2021).

Desde o final do século XIX e início do século XX, essa área de estudo do câncer vem avançando suas pesquisas, modificando de forma positiva o contexto da pessoa diagnosticada. Com isso, foi possível modificar o percurso do tratamento oncológico, onde o câncer, em sua maioria, passou a ser reconhecido como uma doença de evolução crônica e não somente aguda e mortal (Figueira et al. 2018).

Seus principais tratamentos são: radioterapia, quimioterapia, cirurgia, terapia alvo, imunoterapia, iodoterapia, transplante de células-tronco hematológicas e outras intervenções biológicas. Esses tratamentos oncológicos podem ocasionar consequências a curto ou a longo prazo, sendo passageiras ou permanentes. Além disso, é fundamental a atuação interdisciplinar para proporcionar cuidado de qualidade e humanizado ao paciente oncológico, como forma de minimização de seu sofrimento psíquico (Santos et al. 2018).

Com a evolução da tecnologia e da ciência, descobriram-se novas intervenções: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, transplantes; então, o olhar tornou-se focal, isto é, restringiu-se à parte específica do corpo adoecido e não mais ao funcionamento do ser humano como um todo. Assim, em linhas gerais, o câncer passou a ser visto como um problema corporal localizado (Figueira *et al.* 2018, p. 122).

De acordo com Mukherjee (2012), o câncer é uma doença antiga, presente na história da humanidade, constatando que o imaginário social é de dor, sofrimento e morte, intensificando o estigma da doença como "invasiva e traiçoeira" (Mukherjee, 2012, p.13). Em diversas pessoas, os sintomas se manifestam quando a doença está avançada e seus tratamentos, principalmente quimioterapia e radioterapia, são associados à guerra, acarretando perda na qualidade de vida. Segundo Kovács (2016), a realidade no Brasil é de que há índices importantes de diagnóstico de câncer em estágio avançado, considerando o medo da doença, em consequência de sua representação social.

Na evolução da história do câncer, a associação direta com a morte era inevitável, e assim o diagnóstico era informado somente aos familiares, tirando o paciente completamente da cena, uma prática que se manteve por muito tempo. Tal atitude resultava no afastamento do próprio paciente em relação aos assuntos que lhe diziam respeito, ou seja, ele não participava da tomada de decisões sobre as condutas terapêuticas. Com isso, esperava-se que ele se manifestasse de forma passiva na relação com os médicos e familiares (Ferreira et al., 2021). No entanto, observavam-se diversas outras consequências reativas a essa conspiração do silêncio, exemplificadas no parágrafo a seguir:

Ocultar a informação trazia outras consequências. A comunicação de médicos e familiares com o paciente ficava truncada. O segredo a ser ocultado, ao impedir uma comunicação aberta, acabava por comprometer o contato mais amplo com o paciente, deixando-o numa condição de isolamento, além de infantilizá-lo. Todos se tornavam atores de uma representação de má qualidade na qual paciente, médico e familiares fingiam não saber o que sabiam (Ferreira *et al.* 2021, p. 16).

Podemos ainda destacar consequências desastrosas da conspiração do silêncio, que podem desencadear sensações de solidão, abandono e desesperança no paciente, ao considerar sua percepção sobre as manifestações clínicas em seu corpo, mas acabar sendo excluído da relação de cuidado e de decisões. De forma gravíssima, o que também pode acontecer é a perda de confiança na equipe de saúde e em seus familiares (Figueira et al., 2018).

Atualmente, Kovács (2016) aponta que temos bons resultados no que se refere ao diagnóstico precoce e específico, tratamento eficaz e vida prolongada. Seus desafios atuais incluem a promoção da qualidade de vida, a psicoeducação sobre a doença e os cuidados voltados à família. Tais tratamentos, cada vez mais sofisticados, levantam importantes questionamentos que devem ser considerados na tomada de decisões referentes à qualidade de vida do paciente e aos efeitos colaterais, que podem impor mais sofrimento ao corpo e ao psíquico já em sofrimento diante do longo tempo de tratamento.

O desenvolvimento de tratamentos oncológicos promove o fascínio pelo prolongamento da vida, no combate mais intenso da doença. Por outro lado, implica a necessidade de avaliar cada processo e tomar a decisão de interrupção de tratamentos, que embora possam combater a doença, causam tantos efeitos colaterais, que o sofrimento ultrapassa os possíveis benefícios (Kovács, 2016, p. 294).

Ainda, outro desafio relevante no tratamento oncológico é a promoção da autonomia do paciente em relação à tomada de decisão sobre o rumo do seu tratamento, sendo garantido a partir do documento Diretivas Antecipadas de Vontade, que consiste em "um instrumento que permite ao paciente registrar, no presente, sua manifestação em relação a procedimentos

médicos no futuro, quando estiver inconsciente ou incapaz de opinar" (Almeida; Aires, 2023, p. 63).

Importante considerar o convívio da tecnologia de diagnósticos, intervenções, tratamentos e a arte, sensibilidade e especialização dos cuidados paliativos na garantia do controle dos sintomas e qualidade de vida dos pacientes gravemente enfermos, promovendo dignidade no processo de morrer (Kovács, 2016, p. 295).

O câncer é uma doença que atinge tanto o público masculino quanto o feminino, de todas as idades, culturas e situações socioeconômicas. Diante de seus comprometimentos psicossociais, afeta também a família do paciente e a equipe de saúde, de acordo com as relações que passam a ser estabelecidas. O surgimento dessa doença envolve várias circunstâncias, exigindo um significativo investimento social, que inclui impactos emocionais, culturais, financeiros e profissionais. Com isso, existe a necessidade de oferecer atenção e cuidado voltados para a prevenção, tratamento precoce e adoção de medidas paliativas, e não somente intervenções focadas na cura (Santos et al. 2018).

O câncer é uma doença misteriosa, atinge democraticamente qualquer cidadão, em qualquer idade. Não importa cor, sexo, religião, qualidades ou defeitos de personalidade, o padrão cultural ou social. Na verdade, a doença câncer existe como uma patologia única e uniforme (Santos *et al.* 2018, p. 16/17).

Essa doença, caracterizada de forma democrática, acarreta significativas mudanças na vida dos pacientes oncológicos, impactando tanto o doente quanto sua família. Essas mudanças são permeadas por questões físicas e repercussões psicológicas, incluindo incômodo, dores, transformação, dependência e perda da autoestima, além de serem acompanhadas pelos imaginários sociais. Isso exige que a equipe multidisciplinar desenvolva uma escuta ativa para exercer uma comunicação apropriada para o cuidado, considerando a urgência subjetiva mobilizada, especialmente no sujeito acometido pelo câncer (Santos et al. 2018). “É comum estarem presentes: o medo da morte, imaginada como inevitável; o medo do sofrimento dos tratamentos; o medo do desfiguramento, quando a doença evolui; o medo da dor, muitas vezes pensada como sem controle” (Ferreira et al. 2021, p. 527).

Neste contexto de adoecimento oncológico, Lindenmeyer (1998) nos apresenta sua concepção a respeito da experiência com esses pacientes, observando em seus discursos uma repetição insistente sobre suas percepções corporais a partir do momento em que o médico informava “*you are cancer!*”. Tal concepção passou a ser conhecida como constituição do estatuto da doença, visto que uma das características do câncer, segundo o conhecimento

médico-científico, é justamente o poder de se desenvolver de forma silenciosa, sem que o sujeito possa sentir dor nas primeiras fases.

Dessa forma, o discurso da medicina, acompanhado de autoridade, mobiliza diversas manifestações na vida psíquica da pessoa acometida pelo câncer, fundando assim uma problemática: “de um lado, o discurso médico vivido como terror e, do outro, a constituição da experiência da doença a partir dos fantasmas pessoais de cada sujeito” (Lindenmeyer, 2016, p. 149). Pois o aparelho psíquico deste paciente direciona-se a este acontecimento, a constituição do estatuto da doença, e de forma paradoxal, seus efeitos terapêuticos e psicoterapêuticos posteriores permanecem submersos (Lindenmeyer, 2016).

A efração psíquica experimentada pelos pacientes oncológicos, no momento do desencadeamento de sua doença, apresenta-se como uma das figuras nas quais o corpo parece estar em aliança com a linguagem a fim de colocar em imagem os processos inconscientes. O corpo vem revelar o mais íntimo por meio de uma coreografia que, pelos gestos e figuras que ele compõe, pode desenhar no espaço da sessão o relato de toda uma vida (Lindenmeyer, 2016, p. 484).

Além de toda a subjetividade do paciente com adoecimento oncológico, temos ainda, segundo Figueira et al. (2018), uma representação do câncer no imaginário social associando-o a uma fatalidade, um tema tabu que o liga diretamente à morte, ainda também uma doença vivenciada como um ataque ao corpo vindo do exterior. “Devido a essa associação, o câncer é tido como a doença que mais provoca medo” (Figueira, 2018, p. 5). Seus estigmas são tão consolidados que percorrem gerações e, em sua maioria, não acompanham o progresso da medicina. Sua consequência mais destruidora são as expectativas delimitadas pela imagem do próprio corpo indicando sua finitude. “o câncer é uma das doenças mais marcadas pelos preconceitos, estigmas, ideias de incurabilidade e morte; isso é respaldado pelos casos que já chegam em estágio avançado” (Santos et al. 2018, p. 17).

O imaginário social passa a ser vivenciado a partir da investigação diagnóstica, diante da possibilidade de estar com câncer. Uma vez atestada a doença, existe o impacto do diagnóstico, que pode ser uma situação traumática para o paciente. Sobre isso, tem-se o trauma onde o sujeito é exposto ao que não possui sentido para si, um momento que recai sobre ele, rompendo qualquer oportunidade de simbolizar a situação traumática, que neste caso pode ser a comunicação diagnóstica ou um prognóstico ruim (Wakiuchi et al. 2018).

Houve um tempo em que o câncer era inevitavelmente fatal. Essa realidade fez com que se desenvolvessem, no imaginário das pessoas, medos intensos em relação a essa doença. Até há pouco tempo, não era difícil encontrar pessoas que sequer

pronunciassem a palavra câncer, o que pode ocorrer ainda hoje àqueles que não têm acesso adequado à informação (Ferreira *et al.* 2021, p. 526/527).

Em uma pesquisa realizada sobre a representação simbólica do câncer, identificou-se a compreensão desta doença a partir do olhar de cada sujeito envolvido na cena do adoecimento, sendo eles pacientes, cuidadores/familiares e os profissionais de saúde. Seus resultados apontaram compreensões de que o imaginário social ainda é potencializado em torno do adoecimento oncológico, constatados a partir de exemplos primitivos associados a elementos da natureza, sinalizando conteúdos simbólicos de morte, como demonstrado nas seguintes fala:

‘o câncer é como um formigueiro, as formigas trabalham quietinhas, mas, se chutarem o formigueiro ninguém segura!’. *‘É um dragão que te devora’*. *‘É como uma erva daninha que rasteia, aí não tem jeito não!’*. *‘É um bicho de sete cabeças, não tem cura, apesar de... pode ter tratamento, mas volta...’*; *‘Tenho que câncer é como um dragão, porque ele te come com tanta voracidade que você não sabe o que fazer’*; *‘Câncer é um bicho que te come, mas, tem vários tipos de bichos’*; *‘Câncer é um assassino oculto, cruel e sem piedade’* (Figueira *et al.* 2018, p. 122).

Este estudo concluiu que há necessidade de buscar reflexões para constituir uma redefinição da própria atitude diante do câncer, ainda considerado e encarado como uma doença potencialmente mortal, que nos consome pela demarcação da finitude. Enfatiza ainda que é possível contribuir buscando o aprimoramento do tratamento oncológico, começando pela revisão da formação dos profissionais de saúde, abandonando a postura de disseminador desse imaginário social que se reproduziu ao longo dos séculos, apesar de toda a evolução científica que acompanhamos (Figueira *et al.* 2018).

Além disso, o câncer é mencionado como uma metáfora de ações e situações sociais que representam destruição ou desintegração moral e social. É possível encontrarmos em noticiários expressões do tipo “os políticos são o câncer do nosso país” (p. 124), expressão que contribui para a permanência do preconceito e estigmas sociais associados a este adoecimento (Ferreira *et al.* 2021).

No entanto, o que também intensifica essa compreensão e perpetuação do imaginário social são as duas peculiaridades do câncer. Uma delas é ser uma doença que pode evoluir tanto para recidiva quanto para metástase, na qual a primeira é o retorno do câncer após sua “cura”, representando momentos críticos, e a segunda o avanço do adoecimento para outras partes do corpo da pessoa. A recidiva pode representar um alto potencial disruptivo, pois simbolicamente pode representar o fracasso no empenho e dedicação de todo o tratamento, vivenciada como uma ameaça adicional diante do corpo já fragilizado pelo adoecimento inicial (Wakiuchi *et al.*

2018). Tais particularidades sustentam este imaginário social, que manifesta uma certeza simbólica onde a morte passa a ser inevitável, despertando assim uma conscientização para a vida ao lado da possibilidade de sua própria morte (Figueira et al. 2018).

O medo e a angústia orientados pela dúvida da recidiva ou até mesmo pelo controle da doença direcionam o paciente, deixando-o como expectador de sua própria vida, alienando-se no discurso da medicina, que impõe seus protocolos. A psicanálise, nesse encontro possível, busca restituir o lugar de sujeito que foi perdido (Moura, 2013).

O câncer é uma doença expansionista; invade os tecidos, estabelece colônias em paisagens hostis, buscando “refúgio” num órgão e depois emigrando para outro. Vive desesperada, inventiva, feroz, territorial, astuciosa e defensiva – por vezes como se nos ensinasse a sobreviver. Enfrentar o câncer é encontrar uma espécie alternativa, talvez mais adaptada à sobrevivência do que nós mesmos (Mukherjee, 2012, p. 58).

Ao tratar-se do adoecimento oncológico, é necessário avaliar as mobilizações emocionais que o paciente enfrenta ao longo do tratamento. No entanto, apesar de todos os avanços da medicina, o estigma em torno do câncer ainda persiste, estando associado às experiências negativas ligadas à morte por esta doença (Gomes, 2013). Sua consequência mais devastadora são as expectativas marcadas pela mudança na imagem corporal, dores intensas e a própria morte, caracterizando uma “profecia autoelaborada” (Gomes, 2013, p. 127). Assim, é necessário seguir com a aceitação desta nova condição e encontrar recursos de enfrentamento (Figueira et al. 2018).

Nessa clínica, ao escutarmos pacientes oncológicos, identificamos os efeitos de uma doença no corpo. Efeitos de devastação, de rompimento e ruptura no ritmo de vida de cada um, na complexa cadeia que sustenta o sujeito em suas relações. Tais efeitos impõem um trabalho psíquico, pois se trata de uma vivência absolutamente singular (Lopes; Camargo; Maia, 2020, p. 13).

O que passa a ser estabelecido com o imaginário social é justamente a noção de verdade diante da crença relacionada a esta idealização. A lógica deste conceito é capaz de ser construída e reconstruída, diferente de uma simples ilusão associada ao ambiente externo, que passa a ser validada socialmente (Figueira et al., 2018).

Apesar de todo o avanço da medicina, o conceito de oncologia ainda se depara com explicações muito antigas e até mesmo irrealistas. Os recursos terapêuticos se expandem, mesmo assim, todo este imaginário social em torno do adoecimento oncológico permanece, intensificado pelas representações sociais (Figueira et al., 2018)."

Tais associações são encontradas na etimologia da palavra câncer, em sua historicidade e primordiais impressões. Supostamente, com o avanço da tecnologia e da ciência, do número de sobreviventes, da busca pela qualidade de vida, esperavam-se respostas com menos teor mórbido. Porém, tal impressão se mantém, apesar de a realidade apresentar conquistas significativas (Figueira *et al.* 2004, p. 122).

A dificuldade de controle do câncer, bem como seu crescente potencial de letalidade, marca a história desta doença, associando-a como um mal aniquilador, responsável pela instabilidade do corpo como um todo. “Nesse sentido, as neoplasias são objeto de estigmatização, associadas à morte, desfiguração, deterioração do corpo, sofrimento e dor” (Wakiuchi, 2020, p. 2). A própria palavra câncer está relacionada às consequências negativas da doença, e sua menção é evitada por seus pacientes e familiares como uma forma de negação ou tentativa de se afastar do sofrimento físico e psicológico que ela traz (Wakiuchi, 2020).

Para os pacientes oncológicos, o câncer pode ser percebido como um castigo, punição ou algo que destrói suas vidas. Essas percepções estão principalmente relacionadas às mudanças que a doença e seus tratamentos podem causar, construídas a partir das vivências individuais ao longo do percurso terapêutico. Com o diagnóstico, diversas mudanças significativas são impostas na vida do paciente, onde o adoecimento, juntamente com a vida e a morte, passa a dominar sua subjetividade (Wakiuchi, 2020).

Apesar da forte associação do câncer com a morte e o sofrimento atualmente, psicanalistas atuantes em instituições hospitalares procuram priorizar espaços de escuta clínica para possibilitar a elaboração desta experiência de adoecimento na contemporaneidade. No contexto do tratamento oncológico, foram desenvolvidas amplas evoluções nos últimos anos, impactando na sobrevivência e, possivelmente, nas manifestações e construções simbólicas sobre esse adoecer (Wakiuchi, 2020)."

2.2. A URGÊNCIA SUBJETIVA NO ADOECIMENTO ONCOLÓGICO

Quando se trata do adoecimento pelo câncer, o exercício da psicanálise no hospital ocorre em caráter de urgência, mais especificamente de urgência subjetiva, buscando compreender as repercussões psíquicas que são profundamente abaladas neste momento complexo de adoecimento e tratamento. Apesar dos avanços na terapêutica, persiste de forma insistente o estigma culturalmente enraizado que associa o câncer à morte de maneira trágica (Gomes, 2013).

A palavra "tragédia", de origem grega, inicialmente significava um ritual religioso e posteriormente referia-se a um gênero literário, que hoje em dia adquiriu outros significados.

No cotidiano, essa palavra tornou-se popular e é frequentemente usada para descrever a experiência de enfrentar o câncer (Moura, 2013).

Segundo Moura (2013), não há dúvidas de que a tragédia sugere a ideia de um personagem central lutando com todas as suas forças até o desfecho, seja qual for este desfecho. Na mitologia grega, há o exemplo da heroína trágica Antígona, condenada a ser enterrada viva por desobedecer às ordens do rei. De modo semelhante, na oncologia, ao receber o diagnóstico de câncer, os pacientes experimentam a condenação de sua própria morte ainda em vida. No senso comum, o câncer é geralmente percebido como um momento trágico que inevitavelmente conduz à morte.

O anúncio da doença confunde-se com o anúncio da morte: morte biológica e morte do ponto de vista das identificações. Trata-se de perdas reais: perde-se peso, cabelos, ganham-se sintomas advindos das terapêuticas. Perde-se lugar social: “o chefe”, “aquele que resolve tudo”, “o forte”, “o mais animado”, “o nosso líder”. É a autonomia interdita (Moura, 2013. p. 202).

Encontramos, no contexto do adoecimento oncológico, profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência das instituições hospitalares de maneira rápida e eficaz. Nessa situação de urgência médica, o foco está no cuidado do mal-estar do corpo biológico para restaurar a saúde do paciente, visando salvar sua vida. Nessas condições, lidamos com a pressa e o tempo, o que nos confronta com protocolos de atendimento predeterminados (Azevedo, 2019).

A urgência médica prioriza exclusivamente o corpo biológico, buscando restaurar sua integridade física. Por outro lado, o psicanalista introduz a urgência subjetiva, oferecendo sua escuta flutuante como ferramenta de trabalho para provocar o paciente a se expressar, permitindo que ele transite de paciente a sujeito, recuperando seu lugar (Lima, 2018). Da mesma forma, Moretto (2019, p. 70) argumenta que ao dar voz à subjetividade do paciente neste contexto, estamos "restituindo ao sujeito o lugar que a ciência lhe destituiu".

Neste momento, não estamos lidando somente com organismos, mas também, com um sujeito que tentará interpretar esse mal-estar orgânico no campo do mal-estar subjetivo. A temporalidade na urgência médica, em que a pressa está presente, é vivida de forma diferente pela equipe médica e pelo sujeito que procura a instituição hospitalar. A pressa da equipe é para tratar o mal-estar do organismo num curto espaço de tempo em busca do restabelecimento, a temporalidade do sujeito, porém, é diferente e introduz outra urgência, que a partir da psicanálise podemos denominar de urgência subjetiva (Azevedo, 2019, p.69).

A psicanálise, ao abordar a urgência subjetiva, a trata como uma temática intrínseca em sua atuação analítica. Frequentemente recebemos pessoas que atravessam momentos de crise, nos quais seus recursos psíquicos disponíveis se desestabilizam, refletindo um ocultamento de sua realidade psíquica. Segundo Almeida e Aires (2023, p. 98), “Parece-me que, com essa noção de urgência subjetiva, construímos uma arma de arremesso poderosa (...) para articular intervenções clínicas da psicanálise em cada caso a ser acolhido, tanto no âmbito privado quanto nas instituições de saúde pública.”

Há uma necessidade lógica intrínseca entre o devir analista e a urgência subjetiva, porque assim como não podemos universalizar o psicanalista [...], tampouco podemos universalizar a urgência subjetiva [...]. Em cada urgência subjetiva há uma urgência que obriga eticamente a cernir seu traço singular. Há de se fazer surgir a questão do sujeito ali onde ele se localiza por meio do afeto de angústia. Precisamente, o problema está em querer catalogar a urgência quando, sabemos, trata-se de dar a ela sua dignidade, qual seja: o singular que em cada urgência terá de ressoar, consoar. Fazer passar o singular de cada urgência ao plano da fala é uma orientação para o que terá de fazer operar o analista ao acolher alguém que está urgido por um dizer (Almeida e Aires, 2023, p. 100).

Partindo desta compreensão, a ideia de urgência subjetiva remete-nos à quebra do discurso do sujeito ao deparar-se com algo de caráter insuportável, sem mediação simbólica. Neste momento, ao faltar palavras para nomear tal situação, o sujeito adoecido posiciona sua realidade psíquica em ato. É-nos apontado que a urgência subjetiva rompe com o equilíbrio inicial e seus pontos de referência simbólica nos quais o sujeito se ampara, revelando assim uma nova forma de equilíbrio anteriormente desconhecida (Costa; Costa-Rocha, 2018).

É importante pensar que a urgência subjetiva, avesso da urgência/emergência médica tem a ver com certa dissolução do universo simbólico do sujeito, e o analista não pretende, assim como o profissional de saúde, dar conta de urgência social ou econômica. Neste momento, o aparecimento de um distúrbio agudo não é sinônimo de agravação médica, e a urgência subjetiva é mais de situação do que de diagnóstico (Costa; Costa-Rocha, 2018, p. 339).

O paciente, ao chegar no hospital, traz consigo algo do campo do sujeito que se manifesta, mas que não encontramos nos protocolos médicos, escapando assim do discurso ideal operado nesta ordem. Ele busca o tratamento do mal-estar orgânico, porém nem sempre é apenas disso que se trata. Diante da urgência subjetiva, o que está em jogo é um acontecimento destituído de sentido e de um saber, permitindo um resto, deslocado no tempo. Na urgência médica, a intervenção não pode ser adiada; há pressa por parte da equipe médica, mas também pausa necessária por parte do psicanalista (Azevedo, 2019).

Como podemos observar, o adoecimento oncológico, acompanhado de seu significativo imaginário social, é caracterizado como um momento crítico que coloca o sujeito de frente para sua vulnerabilidade ainda em vida, presentificando o fantasma de sua possível morte. Isso nos leva a considerar que este adoecimento se configura como uma manifestação de urgência subjetiva, necessitando de intervenção e escuta para que o sujeito consiga atravessar, em alguma medida, tal experiência crítica.

Como, então, caracterizar a urgência subjetiva? a urgência subjetiva é a demanda de todo paciente em situação de crise. Essa definição nos solicita definir o que podemos entender por crise. De todo modo, a definição pela crise aponta para uma ruptura, o que traz uma escansão temporal – um antes e um depois – e uma irrupção de algo que podemos chamar de traumático, seja da ordem de um desencadeamento psicótico, ou de uma despersonalização neurótica. Especificando ainda mais, a urgência é da ordem do que não pode esperar, o emergente e disruptivo. É um momento – que é sempre pontual – em que algo se torna insuportável (Azevedo, 2018, p.59).

Diante disso, podemos compreender a urgência subjetiva como um dispositivo clínico-institucional orientado pela clínica psicanalítica. É uma forma de acolhimento aos sujeitos que se encontram em algum momento de crise, direcionados às instituições com suas diversas demandas, solicitando-nos a escuta do sofrimento psíquico. É importante destacarmos que tal escuta deve voltar-se também aos “silêncios, embaraços, gritos, atuações” (Azevedo, 2019, p. 59), como podemos observar no desempenho do sujeito neste momento de adoecimento.

A literatura sobre esta temática aponta três momentos importantes da urgência subjetiva: "o momento da precipitação que leva o sujeito à instituição; o momento da recepção do caso na instituição e o momento do encaminhamento para a condução do tratamento" (Azevedo, 2018, p. 60). No entanto, devemos estar atentos às variações dos termos deste conceito.

Para que a urgência subjetiva seja interpretada no campo da teoria psicanalítica, é necessário diferenciá-la de uma demanda clássica. Assim, temos, inicialmente, o momento crítico da urgência que não se configura ainda como subjetiva, mas sim generalizada, é uma demanda endereçada às instituições de saúde. A urgência só pode ser considerada subjetiva a partir de uma operação analítica, situada em torno de significantes, formulada pelo sujeito a partir de seu próprio sintoma que aponta para um enigma (Azevedo, 2018).

É crucial destacar que ao trabalhar com pacientes oncológicos, o acolhimento inicial se constitui nas manifestações de suas demandas psíquicas, vinculadas ao duplo impacto das notícias ambivalentes e esclarecedoras mencionadas pela equipe de saúde: o diagnóstico de câncer e as consequências do tratamento oncológico, que mobilizam sofrimento psíquico (Moretto, 2013).

Para tanto, é preciso ter a compreensão que, na urgência subjetiva, há a pressa por um saber, e que não é somente um esparadrapo, um soro ou uma sutura de machucado que o sujeito do sofrimento pede ao outro (semelhante). Esse sujeito anseia por um significante, um sentido, o qual deve ser esvaziado dos sentidos que o fixam à condição de “doente”. Entendemos que o sujeito não quer apenas um saber de alguém. Ele quer, além desse, poder saber do seu próprio saber: *‘O que sou? Sou somente isso, uma doença, pela qual estou me representando?’* (Swinerd; Darriba, 2022, p. 4).

Esta prática consiste no atendimento do sujeito em sofrimento através da escuta clínica diante do que está sendo mobilizado, como um "estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito, ou em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra" (Azevedo, 2019, p. 91). Esse rompimento da linguagem revela algo no campo da insuportabilidade para o paciente, podendo levá-lo à passagem ao ato, colocando em risco sua vida. A urgência subjetiva é uma aposta "no compromisso do sujeito com o seu padecimento" (Azevedo, 2019, p. 91), ou seja, apostar na própria palavra do sujeito como forma de desencadear demandas analíticas para dar continuidade ao tratamento.

A atuação analítica com pacientes em intenso sofrimento psíquico compreende momentos críticos que podem desencadear ações que não são mitigadas com a administração de medicalização psiquiátrica, exigindo uma abordagem complexa de acolhimento e cuidado. Isso resulta em "restituir a esses pacientes o lugar de sujeitos" (Azevedo, 2018, p. 60).

Costa e Costa-Rocha (2018) defendem a urgência subjetiva como um dispositivo analítico pelo qual o psicanalista convoca o sujeito a identificar o que foi mobilizado nele, considerando a falta de palavras para situar-se diante da experiência de sofrimento psíquico no adoecimento oncológico, e posteriormente, na relação transferencial.

Neste cenário de urgência subjetiva, a doença se apresenta como uma alteração corporal na realidade, e o adoecimento se configura como o processo pelo qual o sujeito vivencia essas mudanças corporais advindas da doença. Este adoecimento pode manifestar-se de diversas maneiras, incluindo vivências de negação total, angústia intensa ou até doenças imaginárias, caracterizando os hipocondríacos. Neste contexto hospitalar diversificado, complexo e rico, o que se torna crucial para a psicanálise é a própria subjetividade (Simonetti, 2018).

Segundo Moretto (2013), o adoecimento pode provocar diversas manifestações emocionais nos pacientes, familiares e na equipe de referência, como a vivência de impotência e as possíveis ações decorrentes disso. A autora distingue entre acontecimento e experiência, onde o primeiro refere-se ao fato do adoecimento oncológico em si, enquanto o segundo abrange toda a dimensão subjetiva do paciente, marcada pela singularidade de cada caso, promovendo a discussão do seu sofrimento psíquico.

Esta atuação psicanalítica a partir da experiência do adoecimento trata-se de uma área de compreensão sobre o tratamento das questões psicológicas que acompanham o adoecimento. Esse momento se apresenta quando o sujeito adoecido, com toda sua subjetividade, depara-se com o real patológico constituído em seu corpo, podendo experimentar diversas repercussões psicológicas (Simonetti, 2004).

Levamos em conta que, para a psicanálise, no adoecimento oncológico, estamos sempre diante desta proposição: o câncer é um acometimento no corpo. No entanto, não se manifesta somente no orgânico, uma vez que este corpo se encontra vinculado, servindo como suporte de toda a subjetividade do paciente, em sua absoluta singularidade. "O acontecimento em si – a doença – é alvo direto da medicina a princípio, com todo o seu aparato teórico-clínico para lidar com os fatos" (Moretto, 2013, p. 358).

Somos profissionais que consideram a experiência do sujeito que adoecer, interessados na singularidade deste no adoecimento oncológico, sendo possível atuar como sujeitos a partir do acontecimento da doença e suas repercussões em diversos sentidos. Nesta nova vivência, no sentido de nunca ter sido nomeada, é comum o paciente apresentar-se sem palavras para manifestar o que o acomete, mostrando-se de forma angustiada. "O adoecimento é, então, uma experiência que exige um esforço psíquico extraordinário do paciente, para 'acomodar' esse fato em sua vida psíquica, muitas vezes tentando dar sentido ao que, sabemos, é, a princípio, sem sentido algum" (Moretto, 2013, p. 358).

Simonetti (2004) aponta que a doença pode ser definida como um momento de perdas, visto que estar doente significa perder a saúde, a autonomia, o tempo e diversas outras coisas, incluindo a própria vida. As diversas perdas reais e simbólicas produzem uma caixa de Pandora, caracterizada como resultados subjetivos da pessoa adoecida. O indivíduo frequentemente atribui sentido a todas as suas vivências, não sendo diferente com o adoecimento, e esses sentidos atribuídos ao seu adoecer constituem, conseqüentemente, o ambiente dos aspectos psicológicos.

Devido à constante associação do câncer à morte, ao receber o diagnóstico e ao submeter-se ao tratamento proposto, inicia-se também o processo do luto antecipatório da própria vida e de tudo o que terá que abandonar, ou seja, amigos, família, bens adquiridos e tudo o mais. Quem fica, separa-se da pessoa querida, mas permanece no contexto já construído (Wakiuchi *et al.* 2018, p. 24).

Nesta perspectiva psicanalítica, compreendemos que a medicina se propõe a cuidar do paciente, porém sem cuidar deste sujeito. Seu interesse profissional está apenas em entender a perspectiva dele sobre a sua própria doença. No entanto, a psicanálise surge para lembrar que a

fala do paciente não consiste apenas em informação para a medicina, mas que este lugar, de sujeito falante, é fundamental para a elaboração psíquica do próprio paciente (Simonetti, 2018).

Diante disso, o sujeito, ao experimentar o auge de sua angústia, depara-se com a falta na organização das diversas incertezas que se mostram. Neste caso, é dada a importância de fazer com que este sujeito fale, ou de se fazer ser escutado, diferenciando-nos do profissional de saúde ao responder o chamado do paciente, falando para e por ele quando necessário, mas principalmente escutando-o (Moretto, 2013).

Compreendemos que esses aspectos psíquicos compõem tudo o que passa a ser manifestado diante do adoecimento, como sentimentos, pensamentos, falas, desejos, fantasias, comportamentos, sonhos, crenças, lembranças, estilo de viver, de adoecer e conflitos. Essas particularidades revelam-se em uma atmosfera que envolve sua doença, transformando-a em adoecimento, podendo ser caracterizada como causa, desencadeadora, consequência ou até mesmo como agravante de seu adoecimento (Simonetti, 2004).

Toda essa subjetividade em torno do adoecimento compreende o objetivo da psicologia hospitalar de orientação psicanalítica, acrescenta Simonetti (2004). Nesse momento, a doença se torna o real do corpo, onde a pessoa se depara com toda sua subjetividade sacudida, fazendo-se necessária a escuta deste sujeito adoecido falando de si, de sua vida, da morte, do que pensa ou sente, de seus temores, ou seja, de tudo o que queira falar.

"Entendemos que, diante da angústia da condição inédita, é fundamental que o psicanalista possibilite ao paciente a construção de uma narrativa na condição de autor de sua história, e não como coadjuvante de um cenário identificado com o objeto de cuidados médicos" (Moretto, 2013, p. 359). Com isso, nós, na posição de analista, podemos testemunhar o que urge em seu sofrimento ainda enquanto paciente, mas necessitando de escuta para que possa escutar a si, possibilitando a restituição subjetiva diante do que está mobilizando sofrimento e, a partir de então, participar dessa experiência dolorosa enquanto sujeito.

2.3. O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Existe uma diferença fundamental no trabalho do psicanalista inserido nas instituições hospitalares, assim como em outros dispositivos de saúde, ao compararmos com sua atuação clínica. O psicanalista, neste contexto, não abrange somente as intervenções e incidentes das manifestações dos sintomas que antecedem o adoecimento, mas especialmente as repercussões no cenário da hospitalização, marcado pela experiência de sofrimento (Dunker, 2016). O sofrimento psíquico na instituição hospitalar é inevitável, sendo fundamental considerá-lo em

sua atuação. Dito de outra forma, é pertinente não atuar em direção contrária a este inevitável, pois não devemos tomá-lo como um problema do contexto, mas sim como parte importante deste momento (Moretto, 2013).

Incerteza diagnóstica ou efeitos deletérios de um mau prognóstico; temores diante das intervenções e exames; recusa ou resistência a aderir ao tratamento; dores e incômodos gerados pelo adoecimento; efeitos iatrogênicos da vida em hospital; (...) angústias e inibições que cercam a finitude e a morte. (...) Por outro lado, encontramos uma palavra que parece descrever perfeitamente e em todas as nuances a experiência da hospitalização: sofrimento (Dunker, 2016, p. 65).

Neste ambiente de adoecimento, o campo de atuação em psicanálise se delimita não somente pelo sofrimento, mas também pela relação do sujeito com seu sofrimento, objetivando o tratamento deste implicado em seu sintoma, partindo do questionamento de si. Inicialmente, o paciente não entende o que o levou até ali, mas por vezes sabe que está em sofrimento psíquico e, por via transferencial, pode se reposicionar emocionalmente em sua vida (Lima, 2018).

Atuar em uma instituição hospitalar requer compreender o motivo pelo qual somos chamados, levando em consideração o contexto desse acionamento. Isso implica reconhecer que há elementos subjetivos envolvidos, especialmente nos hospitais, como o próprio sofrimento psíquico, sua ausência ou até mesmo algo que destoe do ambiente hospitalar. Esses elementos são fundamentais para que sejamos solicitados a escutar esse sujeito (Moretto, 2013).

Para as perguntas do paciente oncológico *“Por que agora?” “Por que comigo?” “Eu nunca tive nada”* (Moura, 2013, p. 359), não existem respostas objetivas do analista. Sua resposta será escutar este sujeito. Pois, quando o sujeito é escutado, demarca-se que ele existe e que o que tem a dizer é importante para alguém, o analista (Moura, 2013).

O impacto dessa lembrança se faz notar em uma pergunta frequente, que quase sempre é uma das primeiras associações do paciente em atendimento: *“por que comigo?”*. Pergunta importantíssima especialmente porque, a rigor, é uma pergunta sem resposta imediata. A resposta, se houver, terá de ser construída (Moretto, 2013, p. 359).

Neste contexto de sofrimento psíquico, ao descartarmos as hipóteses diagnósticas, ainda assim este sujeito foi tratado e reconhecido como doente, e as implicações subjetivas fazem-se imperiosas, mesmo não sendo confirmado tal adoecimento. Este momento é, primeiramente, uma experiência do saber, que se manifesta pela consciência corporal e pelos indícios de mal-estar orgânico, instalando este conhecimento como indefinido perante o surgimento de uma realidade futura (Dunker, 2016).

Na cena hospitalar, a medicina organiza-se a partir da compreensão de doença, enquanto a psicanálise se constitui a partir da concepção de inconsciente. Trabalhamos principalmente

com a ideia de páthos, palavra originária do grego que significa paixão, passividade e sofrimento. A psicanálise amplia-se e propõe trabalhar e acolher os outros sentidos do paciente, tais como suas paixões e seu sofrimento emocional intenso (Simonetti, 2018).

Neste momento de adoecimento, o que passa a ser prioridade é sair deste saber orgânico, que se caracteriza como um não saber, pois a rotina do sujeito passa a ser tomada por idas a consultas e realização de exames para que se possa nomear uma possível doença. Nesta nova condição, a pessoa se retira da cena normal do dia a dia, passando a emergir uma nova dinâmica, considerando importante somente o que irá desvendar o mal-estar que se passa em seu corpo, deixando em segundo plano seu trabalho, estudos, lazer, etc.

É do conhecimento de todos que, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. [...] o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quanto se recupera (Freud, 1914, p. 98).

É possível observar na referida citação que, na experiência do adoecimento, os interesses do sujeito se modificam, permanecendo restritos ao seu corpo adoecido, sinalizando mal-estar. Tais observações foram desenvolvidas por Freud em 1914 ao discorrer sobre o conceito de narcisismo em seu texto *“Sobre o narcisismo: uma introdução”*, descrevendo sinais do abalo deste por quem vivencia o adoecimento. Freud nos apresenta a derivação do conceito clínico de narcisismo abordado por Paul Nacke, que em 1899 definiu como atitude de pessoas que se relacionam com o seu corpo da mesma forma em que se interessam pelo corpo como objeto sexual, "o afaga e o acaricia até obter satisfação completa através dessas atividades" (p. 89). Partindo deste ponto, o narcisismo seria proporcionar prazer a si mesmo, objetivando sua própria satisfação. Com isso, o que encontramos de forma complementar à libido é o egoísmo da pulsão de autopreservação. O que irá caracterizar este momento é justamente onde o sujeito adoecido retira seus investimentos libidinais do mundo externo, retornando-os ao seu próprio ego e, posteriormente, quando se recupera, volta ao ambiente externo seus interesses libidinais.

Adoecer é sempre um abalo narcísico, contudo, sob certas circunstâncias, que dizem respeito à fantasia inconsciente, esse abalo interfere na economia do gozo do sujeito, desencadeando novos sintomas ou fazendo com que antigos sintomas sejam vividos com mais sofrimento (Dunker, 2016, p. 66).

As repercussões psicológicas vivenciadas no adoecimento pelo câncer trazem à tona a relação do homem com o seu sofrimento. No texto *“O mal-estar na civilização”*, Freud (1930)

expõe três fontes de sofrimento a que o sujeito está destinado, as quais referem-se ao mundo externo, à finitude do próprio corpo, fadado ao declínio e dissolução, e às suas relações humanas, como podemos observar na referida citação:

Pela indicação de três fontes de que nosso sofrimento provém: o poder superior da natureza, fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade. Quanto às duas primeiras fontes, nosso julgamento não pode hesitar muito. Ele nos força a reconhecer essas fontes de sofrimento e a nos submeter ao inevitável. Nunca dominamos completamente a natureza, e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização. [...] Quanto a terceira fonte, a fonte social de sofrimento, nossa atitude é diferente. Não a adiamos de modo algum; não podemos perceber por que os regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam, ao contrário, proteção e benefícios para cada um de nós (Freud, 1930, p. 105).

De acordo com o que foi exposto, as duas primeiras fontes de sofrimento apresentam-se imperiosas, pois enlaçam o sofrimento ao que é inelutável e escapa ao pleno domínio do ser humano. O corpo, na medida em que faz parte da natureza, impõe limites em relação ao seu funcionamento e duração, que, neste caso, podemos considerar como a própria experiência do sofrimento psíquico no adoecimento oncológico, manifestado no corpo.

Considerando o sofrimento psíquico como palavra-chave, associando-o a outras duas formas de sofrimento — a dor e a sensação intensa — que podem ser caracterizadas pela diminuição do interesse pelas coisas do mundo, da mesma forma como é manifestado pela situação de luto (Dunker, 2016).

O luto é compreendido por Freud (1917) como sendo uma reação à perda de uma pessoa querida ou à perda de um lugar abstrato que esta pessoa ocupava, podendo ser o ideal de alguém. A manifestação do luto é vivenciada como um processo natural, não podendo ser caracterizado como algo patológico, pois o esperado é que, após um período, seja superado, sendo dispensável qualquer interferência para poder superá-lo. Neste momento, o trabalho do luto é concluído, e o ego fica livre.

"Parece-nos também uma comparação adequada chamar a disposição para o luto de 'dolorosa'. É bem provável que vejamos a justificação disso quando estivermos em condições de apresentar uma caracterização da economia da dor" (Freud, 1917, p. 276).

O teste de realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível. [...] Essa posição pode ser tão intensa, que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo. Normalmente, prevalece o respeito pela realidade

ainda que suas ordens não possam ser obedecidas de imediato. São executados pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia catexial, prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objeto perdido (Freud, 1917, p. 276/277).

Tal citação nos revela o trabalho realizado pelo sujeito enlutado, que ao perder algo ou alguém é levado a esta experiência de luto, provocando de imediato na realidade a ausência deste objeto amado e perdido, sendo necessário um trabalho doloroso ao retirar seus investimentos libidinais desse objeto que se foi. É um processo além de doloroso, difícil, que se desvia da realidade ao apegar-se a este objeto, utilizando-se de uma espécie de psicose alucinatória, repleta de desejo.

Da mesma forma, podemos observar no trabalho de luto executado pelos sujeitos acometidos pelo adoecimento oncológico, que vivenciam diversas perdas, manifestadas pela mudança na imagem corporal, a perda da saúde, do papel social, mudança da dinâmica familiar, entre outros. Através da escuta clínica psicanalítica, podemos acompanhar o atravessamento dessa experiência dolorosa.

Freud (1917) nos aponta que nessa experiência de luto, momento em que geralmente se predomina o respeito à realidade, tornando-se um trabalho exercido pouco a pouco, demandando tempo necessário, investimento de energia libidinal e o prolongamento da existência do objeto de amor que se perdeu: “Cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido está vinculada ao objeto, é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas” (Freud, 1917, p. 277).

Assim, ao trabalharmos com o processo de luto, temos a compreensão de que é possível superá-lo após um período de tempo, no qual cada sujeito terá para atravessar à sua própria maneira. Neste processo, o trabalho realizado pelo luto, um “penoso desprazer” (Freud, 1917, p. 279), é reconhecido como algo natural. Contudo, quando tal trabalho se conclui, o ego fica livre novamente (Freud, 1917).

Rivera (2012) concorda com Freud sobre suas principais contribuições em torno do luto. A autora considera que não é suficiente o desaparecimento do objeto para que possamos nos separarmos dele. É necessário um verdadeiro trabalho psíquico do que se perdeu – o que Freud chamou de “trabalho do luto” (Freud, 1917, p. 279) – momento em que o sujeito se ocupa de forma lenta e dolorosa, não apenas renunciando ao objeto, mas desligando-se dele pulsionalmente aos poucos, até que se transforme e reorganize-se neste jogo com o objeto perdido.

Falar da perspectiva de luto e do sofrimento psíquico é entender o processo de subjetivação como sendo a apropriação do discurso ao considerar a singularização do mal-estar manifestado por meio de uma demanda ou queixa. Essa singularidade é evidenciada de forma única, na qual a falta e a finitude, que caracterizam o sujeito do inconsciente, conversam com a particularidade simbolizada pela história de um grupo, bem como pelas características próprias da constituição do sujeito (Dunker, 2004).

No caso do câncer, consideramos sua especificidade como um evento no corpo, manifestado por diversas vivências singulares no sujeito, ao mesmo tempo em que se articula com outros campos de conhecimento, convidando a equipe ao diálogo marcado por suas distintas sustentações éticas. É nesse contexto que o psicanalista é convocado a participar, ancorado em sua própria ética (Moretto, 2013).

Na oncologia, não diferente do que ocorre em outras áreas médicas, o psicanalista, é habitualmente, convocado a atender em situações em que a equipe se encontra com dificuldades frente às manifestações de sofrimento psíquico do paciente, este que, no discurso médico, pertence a um determinado conjunto de pacientes, mas no discurso do psicanalítico, é tomado como um sujeito regido por leis particulares (Moretto, 2013, p. 361).

Ser paciente oncológico é deparar-se com diversas manifestações emocionais em sua experiência de adoecimento, que podem significar consequências importantes para o tratamento oncológico, tais como: o medo da morte, enfatizado pelos estigmas do câncer profundamente enraizados na sociedade; o receio das consequências do sofrimento inseridas no tratamento invasivo; a constante ameaça da mudança na imagem corporal ao longo do plano terapêutico; a própria evolução da doença, onde as chances de cura são mais difíceis; as dores que podem ser percebidas como quase impossíveis de serem controladas (Veit; Carvalho, 2010).

Essas manifestações emocionais no sujeito podem contribuir para o surgimento do sofrimento psíquico ao longo do tratamento. Esse sofrimento não afeta apenas o paciente oncológico, mas também seus familiares e a equipe de saúde (Veit; Carvalho, 2010).

O medo em relação ao câncer tem consequências importantes. Entre elas, o afastamento da possibilidade de diagnóstico precoce. Hoje sabemos que diagnóstico precoce e adequada intervenção imediata são elementos decisivos, que chegam a definir o prognóstico da doença. Em muitos casos, representam o diferencial para a cura (Veit; Carvalho, 2010, p. 527).

Cada paciente possui sua individualidade na experiência do sofrimento psíquico, mas é evidente que o apoio familiar e o convívio social ajudam a lidar com seu sofrimento e a adaptar-

se neste novo contexto de vida. O medo surge desde a suspeita de câncer, e seus efeitos colaterais podem ser interpretados como um lembrete do diagnóstico ou até mesmo como um indício de malignidade (Veit; Carvalho, 2010).

São diversas as maneiras de sofrimento psíquico no paciente com câncer, tais como: medo da morte, destruição de seus planos de vida, mudança na aparência física, dificuldades financeiras, ansiedade – contribuem para uma diminuição da qualidade de vida de maneira global. Deve-se salientar que as adversidades não são encontradas de forma isoladas, complicando a abordagem deles (Cóndo *et al.* 2004, p. 123).

No hospital, ao lidarmos com o paciente oncológico, testemunhamos seu sofrimento psíquico e podemos favorecer seu processo de elaboração em torno dessa experiência de adoecimento. Ser testemunha da sua dor física e psíquica permite que o sofrimento, muitas vezes surpreendente para o paciente, não se configure como uma situação apassivadora e impedidora de elaboração (Kupermann, 2016, p. 13).

Mas como todo esse sofrimento psíquico se manifesta no adoecimento oncológico? Será que ele surge pela via da angústia? Qual é a participação desse afeto nesse processo? Esses questionamentos têm acompanhado meu trabalho psicanalítico ao escutar os sujeitos afetados pelo diagnóstico de câncer. Surge então a pergunta: como eles conseguem suportar tanto sofrimento, principalmente o de ordem física e psíquica? E se conseguem, quais são as saídas psíquicas para atravessar esses momentos dolorosos e alcançar algum reposicionamento subjetivo em suas novas condições de vida?

Ao longo da minha experiência profissional com pacientes oncológicos no hospital, tenho testemunhado intensos sofrimentos psíquicos diante das mudanças impostas pela doença e pelo adoecimento. Isso os impulsiona ao ambiente do tratamento, permeado por um imaginário social vívido que, inicialmente, pode paralisar o sujeito em sua própria existência, acompanhado pelo fantasma da morte. Essas observações têm sido inquietantes do ponto de vista profissional, acadêmico e pessoal. São relatos carregados de desespero, inquietação e lágrimas - muitas lágrimas! Expressões como "*meu mundo caiu*", "*sinto um aperto no peito*", "*é como se tivesse um nó na garganta*", "*o que fiz na vida para passar por tanto sofrimento?*", "*não sei, não consigo falar*", "*não quero morrer*", "*não aguento mais tanto sofrimento*" são comuns.

Além disso, tenho escutado muitos silêncios. Mas esses silêncios não são de tranquilidade; são estridentes. O corpo adoecido e já fragilizado pela doença denuncia essa angústia com gestos como balançar das pernas, mexer nas unhas, segurar suas próprias mãos, e um olhar inquieto. Essas ações são manifestações da angústia nessa experiência de

adoecimento? Será que esse afeto está paralisando o paciente, impedindo-o de verbalizar seu sofrimento?

Com o passar do tempo, porém, esses relatos e silêncios se transformam em discursos de esperança, cura e superação, frequentemente acompanhados por forte religiosidade. No entanto, mesmo nessas manifestações de sinais positivos, a angústia persiste, tornando a experiência de sofrimento psíquico pelo câncer tudo menos linear.

Diante desse cenário, me inquieta entender o que se elabora nesse processo e de que maneira esses pacientes conseguem atravessá-lo. Será que a angústia é o caminho para essa elaboração? Ao longo dos anos de escuta clínica no hospital, percebi a importância de sustentar a psicanálise nessa instituição para oferecer acolhimento e recursos psíquicos que demarquem o lugar da subjetividade no sofrimento mobilizado pelo adoecimento oncológico. Escolhi a angústia como um conceito psicanalítico para pensar sobre sua função ao acompanhar o sujeito doente e como ela pode ajudar na elaboração desse intenso sofrimento.

Academicamente, abordar esse tema é contribuir para a construção do conhecimento sem esgotar suas possibilidades, pois trata-se de uma temática com inúmeros cenários possíveis de investigação. Profissionalmente, este trabalho pode contribuir para a atuação dos psicanalistas que acompanham pacientes oncológicos nas instituições de saúde, fornecendo abordagens embasadas em pesquisas nessa área. E pessoalmente, essa pesquisa me inquieta porque também experimento angústia ao caminhar ao lado dos meus pacientes, mas sustentar-me no tripé da psicanálise tem sido fundamental para manejar minhas próprias angústias.

É crucial refletirmos sobre a angústia e explorarmos esse campo de conhecimento. Segundo Azevedo (2018), esse afeto está cada vez mais presente nos serviços de urgência e emergência, e nós, psicanalistas nos hospitais, ao apostarmos na singularidade desses sujeitos, podemos construir respostas diante dessa experiência que se manifesta como angústia se antecipando ao sujeito. Assim, a autora defende que a angústia, como lugar em que os pacientes se veem imersos, pode ser entendida como um sintoma passível de manejo pelo psicanalista.

Pudemos verificar em nossa prática que esses sujeitos precisam de tempo, um tempo em que foge aos protocolos da instituição hospitalar, tempo em que não se reduz a um tempo cronológico. Um tempo subjetivo, em que possa localizar o sujeito em si mesmo, em seu lugar de sujeito. Um tempo em que se inaugura a partir do encontro com o analista, um encontro que abra possibilidade de passar de um impossível de dizer a um bem-dizer que o analista se vale de sua única arma, bem simples, mas que pode fornecer aos sujeitos invenções outras: a escuta, possibilitando a abertura de um tempo para a palavra do sujeito, tal como nos ensinou Freud (Azevedo, 2018, p. 214).

3. A ANGÚSTIA: UM AFETO, MAS SEM REPRESENTAÇÃO

“A angústia era um mar imenso, um mar revolto, sem limites, onde me sentia afogar.”

Angústia

Graciliano Ramos

3.1. OS PRIMORDIOS DA ANGÚSTIA

Para compreender a angústia, que desde o início se tornou central na teoria psicanalítica, Freud, ao se deparar com este conceito na clínica das neuroses, começou a investigar suas manifestações psíquicas, elaborando uma teoria abordando este conceito fundamental. Serão considerados como principais referenciais teóricos de Freud sobre a angústia: *Rascunho A* (1892); *Rascunho B: A Etiologia das Neuroses* (1893); *Rascunho E: Como se Origina a Angústia* (1894); *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada "Neurose de Angústia"* (1895 - 1894); *A Angústia* (1916 - 1917); *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926); e *Angústia e Instintos* (1930 - 1936). Em Lacan, utilizaremos o *Seminário 10: A Angústia* (1962 - 1963). Além disso, serão considerados comentários de outros estudiosos para compreender melhor o manejo da angústia em sujeitos com adoecimento oncológico. Este tema não se esgotará nesta pesquisa e poderá abrir novos rumos para a clínica psicanalítica no contexto hospitalar.

Freud demonstrou que o campo angustiante não se apresenta de forma linear, abrangendo não apenas a angústia em si, mas também experiências que envolvem medo (*Furcht*), estranheza (*Unheimlich*), terror (*Shreck*) e pânico (*Panik*). À medida que a temática da angústia foi sendo abordada, a teoria psicanalítica se desenvolveu, e esse conceito passou a ser considerado central na clínica das neuroses (Leite, 2011).

Ao explorar a angústia como um conceito psicanalítico, Freud inicialmente priorizou a escuta em seus atendimentos clínicos, percebendo tal afeto como a queixa mais frequente de suas pacientes, as chamadas históricas. Independentemente das manifestações clínicas específicas, a discussão em torno da angústia tem sido uma constante na evolução da psicanálise desde então (Leite, 2011).

Em suas primeiras correspondências direcionadas a Fliess, Freud (1892), no *Rascunho A*, levanta questionamentos sobre a angústia, como: "Será que a angústia das neuroses de angústia deriva da inibição da função sexual (...)? Será que a anestesia sexual nas mulheres não

é outra coisa senão um resultado da impotência?" (Freud, 1892, p. 199). Freud continua defendendo suas teses de que não há neurastenia ou neurose que não passe por um distúrbio da função sexual, e que a neurastenia nos homens, cuja etiologia está ligada à impotência, está também relacionada à neurastenia nas mulheres, devido à diminuição da potência deles. Ele também levanta a ideia de que a neurose de angústia, em parte, é uma consequência da própria inibição sexual. Seus grupos de observação incluem homens e mulheres saudáveis, mulheres estéreis sem traumas, mulheres infectadas por gonorreia e homens imorais. No texto, Freud também aborda os fatores etiológicos, como o esgotamento através de satisfação anormal, a inibição da função sexual e afetos relacionados a essa prática, bem como traumas sexuais.

Almeida (2009), ao analisar a correspondência entre Fliess e Freud, identificou um ponto de convergência nos três Rascunhos (A, B e E), que representam o início da primeira teorização sobre a angústia. No Rascunho A, Freud discute a depressão periódica, comparando-a com a neurose de angústia e sugerindo que esta última, em parte, resulta da inibição sexual. Esta ideia implica no acúmulo de tensão sexual devido à inibição dessa função, antecipando assim a teoria da angústia. No *Rascunho B*, Freud aborda a neurastenia e a neurose de angústia, delineando também essa teoria.

No *Rascunho B* (1893), Freud brevemente discute a neurose de angústia, descrevendo-a como podendo surgir de duas maneiras: primeiro, como um ataque de angústia, frequentemente associado à histeria e mais comum em mulheres; segundo, como um estado crônico de angústia, observado principalmente em neurastênicos. Ele destaca vários sintomas, incluindo angústia relacionada ao corpo e seu funcionamento, bem como angústia ancorada na memória. Freud também considera a hereditariedade e a sexualidade como fatores nessas neuroses, sugerindo que tais questões são adquiridas através da prática do coito interrompido.

No mesmo rascunho, Freud (1893) aborda questões econômicas relacionadas à neurose de angústia, apontando que tanto esta quanto a neurastenia possuem características peculiares, com a fonte de excitação e o motivo do distúrbio localizados no campo somático, não ocupando predominantemente o campo psíquico. Ele destaca que, na neurose de angústia, há um acúmulo de excitação, enquanto na neurastenia predomina a diminuição da excitação.

Em relação a este rascunho, Almeida (2009) observa que além de Freud mencionar que a neurastenia pode ser causada por comportamentos sexuais inesperados, o que é considerado anormal, ele também argumenta que fatores adquiridos podem influenciar o surgimento da angústia. É possível notar que a partir disso, ao mencionar a prática do coito interrompido, surge a preocupação com a gravidez, além do fato de que não há uma descarga adequada dos conteúdos sexuais, o que pode gerar angústia. No entanto, é somente no Rascunho E que Freud

apresenta com mais detalhes a suas considerações sobre a angústia, inaugurando assim as bases de sua primeira teoria deste afeto.

Freud (1894), em seu Rascunho E, considerado um dos escritos mais importantes dirigidos a Fliess sobre o afeto da angústia, associa-o a outro conceito central na teoria psicanalítica, a sexualidade. Na sua clínica, ele observou neuróticos que se queixavam de angústia relacionada à vivência da sexualidade, especialmente destacando a prática do coito interrompido em mulheres, que mobiliza a neurose de angústia. Durante suas investigações, Freud identificou uma ligação entre a neurose de angústia e a histeria. Ele descreve como a angústia se manifesta nesta prática da sexualidade: "na mulher, o medo de engravidar e, no homem, a preocupação de que seu método preventivo possa falhar" (Freud, 1894, p. 212). No entanto, em casos onde casais não desejam ter filhos, essa preocupação não é tão significativa em suas narrativas, o que implica que a angústia típica da neurose de angústia não persiste como uma memória ou construção histórica.

Outro aspecto importante refere-se à neurose de angústia, que afeta mulheres frígidas no contexto do coito interrompido, bem como aquelas que demonstram sensibilidade diante dessa prática. Isso sugere que a origem da angústia não deve ser investigada apenas no campo psíquico, mas como uma questão física relacionada à prática da sexualidade, que pode gerar angústia. Freud lista ainda sete situações clínicas em que observou a presença de angústia derivada de questões sexuais: angústia em pessoas virgens; angústia em pessoas abstinentes voluntariamente ou por força maior; angústia em pessoas que praticam coito interrompido (mulheres e homens); angústia em homens que excedem seu desejo ou capacidade; e angústia em pessoas que ocasionalmente se abstêm (Freud, 1894).

Freud (1894) observa que há um elemento comum nessas situações: a presença de abstinência. Ele sugere que isso leva ao acúmulo de excitação física, ou seja, uma acumulação de tensão sexual física. Esse acúmulo ocorre porque há uma evitação na descarga de toda a energia sexual, resultando na neurose de angústia que se comporta como uma neurose de represamento, similar à histeria. No entanto, a angústia não está diretamente relacionada ao acúmulo em si, mas surge da transformação dessa tensão sexual.

Essa transformação do acúmulo de tensão sexual em angústia ocorre de duas maneiras. Primeiro, através de um processo exógeno, onde uma fonte externa de excitação envia um aumento de excitação para a psique, que então é gerenciado de acordo com sua quantidade. Basta uma reação qualquer para reduzir essa excitação psíquica em igual medida. Segundo, através de um processo endógeno, onde as fontes são internas, como fome, sede ou pulsão sexual. Neste caso, Freud (1894) se interessa pelas reações específicas que visam evitar uma

nova excitação sexual. Essa tensão endógena caracteriza-se por um crescimento contínuo e descontínuo, que só é percebido ao atingir um certo limite. É neste ponto que, ao ultrapassar seu limiar, a tensão adquire significado psíquico, associando-se a ideias que buscam uma resolução. A própria tensão sexual, ao atingir seu limite, desperta a libido psíquica, o que pode induzir, por exemplo, ao coito. Portanto, quando a reação específica não ocorre, a tensão físico-psíquica aumenta significativamente, sem encontrar base para sua transformação em angústia. Na neurose de angústia, essa transformação ocorre da seguinte forma, conforme descrito na citação abaixo:

(...) a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em angústia. (Freud, 1894, p. 214).

Até este ponto de sua construção teórica, Freud (1894) insiste na ideia de que, na neurose de angústia, existe uma falta de afeto sexual na libido psíquica. Esse fato é confirmado por sua observação clínica, onde suas pacientes declaravam: “(...) que, pelo contrário, agora já não têm nenhum desejo. Os pacientes do sexo masculino (...) confirmam, como fato observado, que após passarem a sofrer de angústia, não sentiam nenhum desejo sexual.” (Freud, 1894, p. 215).

Uma questão importante para Freud (1894) é entender por que a transformação da tensão sexual resulta em angústia. Ele conclui que a angústia se constitui como uma sensação de acúmulo de outro estímulo dito endógeno, como o próprio ato de respirar, onde esse afeto pode ser utilizado para denominar o acúmulo de diversas tensões físicas. A angústia pode ser comparada a um ataque de pânico, manifestando-se de forma isolada, como dispneia, palpitação, sensação de angústia ou a combinação de todos esses elementos. Observamos que essas vias são percorridas pela tensão psicosexual, mesmo que seja transformada psiquicamente. No caso do coito interrompido, a dispneia e as palpitações são as únicas saídas para a excitação.

De acordo com Almeida (2009), podemos observar que a teorização da angústia se constitui de forma mais clara no *Rascunho E*, no qual talvez tenha sido formulada em sua íntegra. Neste rascunho, Freud relata que suas experiências clínicas o levaram à formulação de sua teoria da angústia, defendendo a premissa básica de que esse afeto se origina diante da tensão sexual acumulada, que se transforma devido ao insucesso das descargas dos conteúdos

ditos sexuais. No entanto, tal texto não está datado, mas os editores da correspondência entre Freud e Fliess consideram que foi desenvolvido em junho de 1894.

No que diz respeito ao seu próximo texto na elaboração da linha teórica sobre a angústia, é neste momento que Freud destaca a distinção entre a neurose de angústia e a neurastenia, apresentando seus mecanismos e suas etiologias específicas. Pode-se mencionar que tais sintomas se manifestam em decorrência da angústia (Costa; Costa, 2019).

Para avançar na construção teórica desse afeto, Freud (1895) desenvolve o conceito de neurose de angústia, que já estava delineado nos rascunhos anteriores, B e E. Cada característica dessa neurose pode ser relacionada ao sintoma principal da angústia, mantendo uma relação absoluta com ela. Neste texto, a proposta é a distinção entre a neurastenia e um ataque de angústia.

Na primeira parte de seu escrito sobre a sintomatologia clínica da neurose de angústia, Freud (1895) discute que essa condição pode manifestar-se de forma primária ou extremamente desenvolvida, combinando-se com outras neuroses ou ocorrendo de forma isolada. Essa diversidade de manifestações sustenta a neurose de angústia como uma expressão clínica distinta.

Freud (1895) organiza os sintomas clínicos manifestados em quadros de neurose de angústia, tais como: irritabilidade geral; expectativa angustiada; ansiedade; proporção em que os sintomas se agrupam (cardíacos, respiratórios, sudorese intensa pela noite, tremores e calafrios, fome, diarreia, vertigem, congestões e parestesias); acordar em pânico; intensa vertigem; ansiedade crônica, conhecida também como expectativa angustiada; atividades digestivas e parestesias. A neurose de angústia pode surgir ainda em sua forma crônica, dificultando sua percepção.

Em outro momento, Freud (1895) relata a incidência e a etiologia da neurose de angústia. Ele considera que há forte influência da sexualidade nesses fatores etiológicos, separando as manifestações em homens e mulheres. Nas mulheres, a angústia pode ocorrer nas seguintes situações: angústia virginal ou nas adolescentes; angústia da recém-casada; angústia onde seu esposo pratica coito interrompido; angústia em viúvas e em mulheres que, por vontade própria, são abstinentes. Nos homens, manifesta-se em: angústia nos que são voluntariamente abstinentes; em estado de excitação não praticada; nos que praticam o coito interrompido; e nos de idade avançada. Existem situações que ocorrem em ambos os casos, como a decorrente da prática de masturbação e manifestações etiológicas não relacionadas a práticas sexuais, como trabalho exaustivo.

Freud (1895) enfatiza a prática do coito interrompido, ressaltando suas observações. Em casos de mulheres recém-casadas, a neurose de angústia ainda não se estabeleceu, surgindo apenas de forma isolada e desaparecendo espontaneamente, o que pode ser atribuído ao coito interrompido. Em casos de anamnese de sintomas de neurose de angústia, observamos que homens e mulheres apresentam intensidade variada em suas manifestações. As investigações demonstraram que os sintomas possuem um período específico, assumindo um lugar.

Na terceira parte de seu texto, Freud (1895) explora que a histeria e a neurose traumática podem ser manifestadas a partir de um susto, ao contrário do que observamos na neurose de angústia. “Já o coito interrompido ocupa lugar tão preeminente entre as causas da neurose de angústia, julguei, (...) que a fonte da angústia contínua pudesse residir no medo, reiterado a cada vez que o ato sexual é praticado, de que a técnica falhasse e daí resultasse a concepção.” (Freud, 1895, p. 105). Porém, Freud compreende que tal sentimento durante esta prática, em ambos os sexos, não interfere na origem da neurose de angústia.

Freud (1895) continua suas descrições a respeito de suas observações, que até o momento de sua construção teórica não haviam sido mencionadas. Ele diz que a neurose de angústia é seguida de intensa diminuição da libido sexual ou do próprio desejo psíquico, de modo que “quando se diz aos pacientes que suas queixas decorrem de satisfação insuficiente, eles respondem regularmente que isso é impossível, pois justamente agora toda sua necessidade sexual se extinguiu.” (Freud, 1895, p. 105). Essas evidências indicam que a angústia se origina de um acúmulo de excitação de origem somática, ainda que de natureza sexual, acompanhada por diminuição da atividade psíquica nos processos sexuais. Isso leva à conclusão de que “o mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado numa deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal dessa excitação.” (Freud, 1895, p. 106).

Neste mesmo escrito, Freud (1895) evidencia a relação da neurose de angústia com a neurastenia e com a histeria. Ele menciona que essas são manifestadas pela via somática, mobilizando distúrbios, enquanto a histeria e a neurose obsessiva possuem suas causalidades na origem no psiquismo. Para Freud, a diferença entre neurose de angústia e a neurastenia é sintomática: na primeira, há um acúmulo de excitação, enquanto na segunda ocorre uma diminuição desse estado excitatório. Dito de outra forma, a neurose de angústia é desencadeada pela inexistência de descarga da própria excitação sexual, enquanto a neurastenia se configura como um caminho inadequado. A neurose de angústia compartilha três características com a histeria: a ocorrência do acúmulo de excitação, a insuficiência psíquica resultando em processos somáticos anormais, e a ausência de elaboração psíquica da própria excitação, desviando-a para

o campo somático. Segundo Freud, a neurose de angústia é o “equivalente somático da histeria” (Freud, 1895, p. 115).

(...) Freud retira a noção de angústia do quadro psiquiátrico, dando-lhe, daí por diante, um lugar de honra na então nascente clínica psicanalítica. Tomando como base o princípio da constância, estabelecido pelo físico alemão Fechner, sublinha a função do psiquismo, ou, como do aparelho na busca da homeostase ou estabilidade do sistema. Dentro desse quadro, define a angústia como libido transformadora, isto é, uma dada quantidade de libido não descarregada que se tornaria excitação acumulada, escapando sob a forma de angústia (Leite, 2011, p. 42).

Assim, como podemos observar na fundamentação da neurose de angústia, há algumas manifestações que contribuem para seu advento, podendo ainda ser reunidas diversas causas já mencionadas. No entanto, o que passa a ser relevante em tal situação é a própria angústia, seja ela revelada em sua forma grave, crônica ou leve (Costa; Costa, 2019).

As neuroses de angústia, apresentam, por sua vez, duas formas de emergência: como ataques de angústia e como estado crônico, mais brando e com aparecimento flutuante. A descrição freudiana dessa modalidade neurótica se assemelha bastante ao que é denominado pela psiquiatria contemporânea de transtornos de ansiedade, que envolvem os ataques de pânico e a ansiedade generalizada (Leite, 2011).

No entanto, é possível observar na teoria psicanalítica que Freud já abordava outras questões pertinentes além de sua ideologia a respeito da sexualidade relacionada à angústia. De acordo com Fuks (2001), o próprio Freud, em sua teorização sobre os sintomas psiconeuróticos associados à sexualidade, logo se mostrou atrelado a outras sintomatologias, determinando o surgimento destas e encontrando espaço para relacionar sua teoria sobre a angústia nas conversões históricas, nas manifestações das mais diversas fobias, bem como nos rituais obsessivos. Encontramos seu exemplo mais exaustivo na análise clínica do pequeno Hans. “Freud serve-se da fobia para demonstrar a relação do retorno do recaiado com a angústia e articulá-la ao complexo que estrutura os destinos da vida sexual do sujeito: o complexo de castração” (Fuks, 2001, p. 2). Isso se revela na manifestação dos sintomas fóbicos, ficando evidente que este texto serve como um modelo a ser seguido para a compreensão da angústia oculta diante da perda do amor, como observamos na histeria, e ainda pelo temor ao superego na neurose obsessiva, sendo a própria angústia de castração, ou seja, este afeto que se encontra ligado ao complexo de Édipo, apavorando o sujeito.

“Entretanto, sabe-se que Freud, em vários momentos cruciais de elaboração teórica, se viu acuado pela questão da angústia, não por conta de uma insuficiência de observações, mas porque esse afeto escapa a toda e qualquer solução definitiva que lhe seja atribuída” (Fuks,

2001, p. 3). Dessa forma, ao introduzir em sua teoria a concepção da existência de conflito pulsional entre pulsões de vida e de morte, Freud sentiu-se motivado a articular a angústia desse outro ponto, fugindo assim da trama edípica. É importante lembrar que, na construção deste dualismo pulsional, a psicanálise havia se limitado à Teoria da Sedução e à Teoria da Fantasia.

Um dos aspectos mais importantes da torção teórica dos anos vinte – torção que aqui se é obrigado resumir de maneira sumária e fatalmente superficial – foi, exatamente, o de ter trazido ao entendimento psicanalítico, os sintomas que indicavam a existência de um campo situado para além do campo fálico e, portanto, sem qualquer ligação com o complexo de castração. Ou seja, Freud endereçou sua escuta para além dos caminhos da libido, sem que tenha sido necessário, em momento algum, abandoná-los de todo (Fuks, 2001, p. 3).

Ao prosseguirmos na teorização da angústia, podemos observar que Freud escreve sobre duas teorias: a primeira mencionada como sendo uma transformação da libido e a segunda, a teoria do recalque, referindo-se à angústia como um sinal que mobiliza a defesa do ego (Campos, 2004). A primeira teoria é descrita em seu texto de 1917, que será discutido mais detalhadamente no próximo tópico deste trabalho.

O tema da angústia é abordado por Freud, do início ao fim de sua obra, por meio de duas teorias bem delimitadas. A primeira teoria da angústia é baseada essencialmente no ponto de vista econômico: trata-se de uma grande quantidade de energia sexual que invadiu o sujeito, de um grande acréscimo de excitação que se aliviaria por meio da descarga dessa energia sexual. Freud irá falar aí de um coito insatisfatório. A angústia é, então, considerada como um intenso afeto de desprazer vinculado estritamente à sexualidade (Jorge, 2007, p. 37).

3.2. A ANGÚSTIA SINAL

Após seus primeiros textos, Freud gradualmente muda sua percepção a respeito da sexualidade relacionada à angústia, e um de seus mais importantes textos é o Seminário 25: A Angústia, de 1917. É a partir deste momento que a primeira teoria a respeito da angústia se estrutura, destacando seu caráter emergencial relacionado à ideia de transformação da libido (Leite, 2011).

Freud em dois momentos principais: em 1916-1917, teorizada como um afeto incide posteriormente em relação ao recalque, como um produto deste último, e, num segundo momento, a partir de 1926, quando ela é considerada um afeto anterior e causador do recalque. Nesse segundo momento, portanto, ela é um indício de que o princípio regulador do aparelho psíquico, que quer a obtenção de prazer e a evitação de desprazer, falhou em sua ação. Ela é, pois, um anúncio da falência do princípio de prazer-desprazer, já que é percebida essencialmente como desprazerosa (Pisetta, 2008).

Neste escrito sobre a angústia, Freud (1917) busca aprofundar-se no significado das palavras "*Angst*," "*Furcht*," e "*Schreck*." A primeira, inicialmente, nos é apresentada com o sentido de ansiedade, a segunda significando medo, e a última referindo-se a susto. Freud define "*Angst*" como um estado sem consideração ao objeto, "*Furcht*" que nos convoca ao objeto, e "*Schreck*" com um sentido excepcional, centralizando sua atenção no efeito gerado pelo perigo, sem passar pela preparação da angústia. Assim, podemos considerar que “o homem se protege do terror por meio da angústia” (Freud, 1917, p. 523).

Ainda sobre a nomenclatura "*Angst*," Freud aborda sua ambiguidade. Entendemos a angústia como uma condição subjetiva na qual somos consumidos ao compreender o aparecimento deste afeto. A angústia, em seu significado dinâmico, é extremamente complexa, compreendendo descargas motoras em um primeiro momento e, em outro, incluindo percepções e sensações de prazer e desprazer, atribuindo ao afeto sua particularidade dominante (Freud, 1917).

No entanto, Freud acreditava que, desta forma, poderia não ter alcançado a natureza dos afetos, mas acrescenta profundamente em alguns, sendo reconhecidos de forma central, com sua descrição como a repetição de determinada experiência importante. Tal experiência somente seria capaz diante de um sinal recebido em um momento inicial, de origem muito ampla, posicionada na época pré-histórica e na espécie, mas não na pessoa. Para ser mais compreendido, Freud compara o estado afetivo ao ataque histerico, sendo impulsionado por uma lembrança do passado, ou seja, uma reminiscência (Freud, 1917).

Neste texto, Freud (1917) sinaliza que a angústia pode demonstrar-se a partir de sua intensa manifestação, tendo as mais diversas e distintas consequências. Enfatiza que não há necessidade de apresentar-nos a angústia, pois cada sujeito já passou por tal experiência, ou melhor dizendo, nas próprias palavras de Freud, já vivenciamos “esse estado afetivo” (Freud, 1917, p. 59), ou seja, mesmo que não saibamos o motivo de estarmos angustiados, sabemos que estamos angustiados. O autor nos questiona sobre a angústia no neurótico ser mais intensa do que em outras pessoas, entrando na diferenciação das palavras "nervoso" e "angustiado" (nervos [nervoso, neurótico] e *angstlich* [angustiado]) (Freud, 1917, p. 520), como se uma pudesse substituir a outra, tendo o mesmo significado, mas sendo distintas. “Há pessoas angustiadas que, de resto, não são nada neuróticas, assim como há neuróticos que sofrem de variados sintomas, entre os quais, contudo, a tendência à angústia não está presente” (Freud, 1917, p. 520).

Freud (1917) discorre sobre uma problemática em torno da angústia, que pode referir-se às mais diversas questões, colocando-a como um ponto nodal que denuncia um certo enigma,

cuja solução estará no conjunto de nossa vida psíquica. Porém, pontua: “Não vou afirmar-lhes que posso oferecer-lhes essa solução, mas os senhores por certo não de esperar que a psicanálise aborde também esse tema de forma diferente do modo como o fazem as escolas de medicina” (Freud, 1917, p. 520). Este campo de conhecimento centralizou-se em delinear as formas anatômicas em que a angústia se materializava. Freud menciona que por muito tempo dedicou-se a esse tipo de estudo em sua carreira médica, mas admite que desconhece qualquer outra maneira de interesse no assunto que não seja o de desvendar o enigma da angústia, bem como sua compreensão psíquica em torno deste afeto, pontuando que “trata-se de uma primeira tentativa de nos orientarmos nesse terreno obscuro” (Freud, 1917, p. 521).

Prosseguindo em sua teorização, Freud (1917) acredita que exista algo sobre uma precoce repetição deste afeto. O autor considera que deva tratar-se do “ato do nascimento” (Freud, 1917, p. 524), momento em que se estabelecem sensações corporais de desprazer e de descargas, tornando-se assim um protótipo do que podemos chamar de “um efeito gerado por um perigo de vida e que, desde então, repetimos sob a forma do estado de angústia.” (Freud, 1917, p. 524). Tal situação do nascimento descreveria uma primeira sensação de angústia, uma angústia tóxica, sendo caracterizada pela dificuldade de respiração do próprio momento do nascimento, e que atualmente é reproduzida em quase todas as manifestações deste afeto. Podemos observar que o autor defende a ideia de que existe uma certa universalidade nesta primeira vivência da angústia, como podemos ver na citação abaixo:

Reconhecemos também como bastante significativo o fato de aquele primeiro estado de angústia ter decorrido da separação da mãe. Por certo, estamos convencidos de que a disposição de repetir aquele primeiro estado de angústia foi tão incorporada ao organismo por uma série de incontáveis gerações que nenhum indivíduo logra escapar ao afeto da angústia, ainda que, como o lendário Macduff, ele tenha sido ‘arrancado prematuramente do ventre da mãe’, isto é, que não tenha experimentado o ato do nascimento (Freud, 1917, p. 525).

Sobre a compreensão da angústia neste primeiro momento, Freud (1917) a descreve de duas maneiras, a primeira considerada a angústia realista e em contraste a angústia neurótica. O autor expõe a angústia realista, designada como um estado completamente racional e compreensível. Pode ser descrita ainda como uma reação ao perceber o perigo manifesto, considerado uma nocividade esperada e previsível. Este tipo de angústia relaciona-se ao reflexo de fuga e pode ser observado como expressão do nosso instinto de autoconservação, onde podemos entender ainda a partir do desconhecimento da determinada situação, que pode gerar angústia. Sobre a identificação da angústia realista, seja em relação a objetos ou situações, está

naturalmente relacionada à maneira como as pessoas possuem conhecimento diante do mundo externo, bem como exemplifica Freud na seguinte citação:

Podemos compreender muito bem como um selvagem tem medo de um canhão e fica temeroso de um eclipse do sol, ao passo que o homem branco, que sabe manejar a arma e pode prever o eclipse, permanece sem angústia nessas circunstâncias (...) assim, o selvagem ficará aterrorizado com um rastro na floresta, porque este o avisa da proximidade de animal bravo; o mesmo rastro nada indica para uma pessoa desinformada dessas coisas (Freud, 1917, p. 459/460).

De acordo com Freud (1917), é um fato que o conhecimento possibilita reconhecer inicialmente o perigo; em outras palavras, é o saber que pode gerar angústia. Em uma análise complementar, devemos considerar que a angústia realística deve ser vista como lógica e vantajosa, mas necessita de uma revisão mais detalhada. Considerando que existe apenas uma maneira de comportamento vantajoso diante da ameaça perigosa, que é a comparação da força da pessoa com a magnitude da ameaça externa, e com isso tomar a decisão de fugir, defender-se ou atacar, contribuindo para uma melhor compreensão de uma saída bem-sucedida. Porém, nesta situação, não há espaço para a angústia, pois tudo o que ocorre seria resolvido mais facilmente se a angústia não estivesse presente. Nota-se que se a angústia for extremamente intensa, manifesta-se de forma inadequada em seu mais alto grau, imobilizando todo nosso comportamento, inclusive impedindo-nos de sair da situação de perigo externo. Em geral, reagir ao perigo representa uma combinação de angústia e ação em sua defesa. Como exemplificado por Freud: "Um animal aterrorizado sente medo e foge, mas o adequado nisso é a fuga e não o angustiar-se" (Freud, 1917, p. 523).

Sobre o desenvolvimento da angústia, Freud (1917) supõe que nos sentimos tentados a afirmar sua inadequação. No entanto, detalhar essa situação angustiante pode fornecer uma melhor compreensão sobre sua problemática. A primeira característica que chama a atenção é a prontidão diante do perigo, manifestada por meio de maior atenção que o habitual e tensão motora. Essa característica, chamada de prontidão expectante, é vantajosa para a situação, caso contrário, enfrentaríamos sérias consequências. Esta prontidão expectante resulta, por um lado, em ação motora, "inicialmente fuga, e em um estágio mais avançado, defesa ativa" (Freud, 1917, p. 522); por outro lado, resulta no próprio estado de angústia.

Quanto mais o desenvolvimento da angústia se reduz a mero estágio inicial, a um sinal, tanto mais imperturbada essa prontidão se converte em ação, e tanto mais adequado se configura todo o curso de eventos. Portanto, adequado naquilo a que chamamos angústia, parece-me ser a prontidão, e inadequado o seu desenvolvimento (Freud, 1917, p. 522).

Quanto à outra forma em que a angústia se apresenta, chamada de angústia neurótica, subdividindo-se em angústia expectante ou expectativa angustiada e fobias. Sobre a angústia expectante, Freud (1917) questiona-se sobre suas manifestações e formas. Encontramos neste tipo de angústia uma aflição generalizada, referente a um tipo de angústia flutuante pronta para ligar-se a uma ideia específica com conteúdo vagamente apropriado, influenciando o juízo e selecionando expectativas a fim de justificar-se.

Pessoas que sofrem desse tipo de angústia preveem sempre a concretização da possibilidade mais terrível, interpretam todo acaso como sinal de alguma desgraça, exploram toda a incerteza no pior sentido. Essa tendência a esperar desgraças é um traço de caráter de muitas pessoas que, em geral, não podíamos caracterizar como doentes; são chamadas de muito angustiadas ou pessimistas (Freud, 1917, p. 526)

Sobre esta citação, Freud (1917) intitula a angústia expectante ou expectativa angustiada. Indivíduos que experimentam este tipo de angústia antecipam constantemente as possibilidades mais aterrorizantes, interpretando todos os eventos imprevistos como indicações de mal, e inclinam suas dúvidas para o lado negativo, chegando a associá-las a doenças extremamente graves. Quando essa angústia está excessivamente presente e constitui uma perturbação nervosa, é denominada neurose de angústia, que compõe as neuroses atuais. "Mas uma notável medida de angústia expectante é, em regra, parte integrante de uma afecção nervosa que chamei de neurose de angústia e que incluo entre as neuroses atuais" (Freud, 1917, p. 526).

Freud (1917) apresenta outro grupo de angústias neuróticas, as fobias, subdivididas em três grupos: as relacionadas a objetos ou conteúdos, as fobias situacionais e, por último, a agorafobia.

Em contraste, temos outra manifestação da angústia nas fobias, que estão psiquicamente ligadas a certos objetos ou situações específicas. Encontramos esse tipo de angústia manifestando-se de maneiras variadas nas fobias, que são bastante particulares. Freud (1917) descreve diversos objetos e conteúdo que podem estar presentes nas fobias, como "escuridão, ar livre, lugares abertos, gatos, aranhas, lagartas, cobras, ratos, tempestades, pontas afiadas, sangue, espaços fechados, multidões, solidão, travessia de pontes, viagens marítimas e ferrovias, entre outros" (Freud, 1917, p. 527). O autor ressalta que, para nós, tais situações e objetos são temidos e possuem um aspecto perturbador, comparável ao significado que as manifestações evidentes têm nos sonhos. Freud concorda que muitos dos medos ligados às fobias estão simbolicamente relacionados ao perigo.

Esses dois tipos de angústia, a expectante e as fobias, são independentes, não havendo uma necessariamente mais intensa que a outra. Quando ocorre a coexistência frequente dessas duas formas, é uma exceção, como exemplificado por Freud (1917, p. 529): "pessoas que vivem limitadas pela agorafobia podem nunca ter apresentado a angústia expectante". As fobias relacionadas a objetos e situações parecem estar mais ligadas a doenças graves, enquanto a angústia da agorafobia parece ser excepcional. Todas essas situações estão incluídas nas histerias de angústia, caracterizadas como histerias de conversão.

O segundo grupo de fobias, segundo Freud (1917), é caracterizado pela presença de perigos que tendemos a minimizar ou ignorar. Neste grupo estão as fobias situacionais. "Sabemos que, ao viajar de trem, há maior chance de sofrer um acidente (...) do que se ficássemos em casa; (...). Contudo, não pensamos nesses perigos e viajamos sem nos angustiar (...)" (Freud, 1917, p. 528/529). O que causa estranheza nessas fobias não são os seus conteúdos, mas sim a sua intensidade. Nessas fobias, a angústia é "verdadeiramente inapelável" (Freud, 1917, p. 523).

Para Freud (1917), surge a questão sobre a teoria da angústia ao considerar esses tipos mencionados. "Podemos relacionar a angústia neurótica, na qual o perigo não desempenha nenhum ou apenas um papel muito pequeno, com a angústia realista, que é de fato uma reação ao perigo? E como devemos entender a angústia neurótica?" (Freud, 1917, p. 531). Ele considera que, primeiramente, devemos entender que se há angústia, deve haver algo que a cause, ou seja, neste momento, Freud pensa na manifestação da angústia como um sinal de algo.

Assim de cumpriria nossa expectativa de que, onde se manifesta a angústia, também há algo que angústia. Mas essa analogia poderia ser levada adiante. Assim como a tentativa de fuga ante um perigo exterior dá lugar a enfrentamento e a medidas que visam à defesa, também o desenvolvimento da angústia neurótica cede lugar à formação do sintoma, o que produz uma vinculação da angústia (Freud, 1917, p. 536).

Nesta obra, Freud (1917) fornece suas observações clínicas sobre a compreensão da angústia neurótica. Em sua primeira observação, ele constata que a angústia expectante está relacionada aos aspectos da vida sexual do indivíduo, acompanhada pela libido. Freud também acredita que pessoas com tendência a se angustiar exercem contenção na vida sexual. Ele acrescenta que as fases de desenvolvimento, como a puberdade e o período da menopausa, têm uma considerável influência no aumento da produção da libido: "a influência de certas fases da vida no adoecimento por angústia, como a puberdade e o período da menopausa, às quais podemos atribuir considerável aumento na produção da libido" (Freud, 1917, p. 533).

Sua outra observação refere-se às psiconeuroses, especificamente à histeria. Nesta manifestação, a angústia frequentemente está acompanhada de sintomas ou manifesta-se de forma desvinculada, aparecendo como acessos ou condições permanentes. Pessoas que sofrem dessa condição não conseguem identificar o motivo de sua angústia e, ao elaborar secundariamente, associam sua angústia às fobias mais comuns, como medo de morrer, enlouquecer ou sofrer um derrame (Freud, 1917).

Freud (1917) menciona que, ao submeter a situação geradora de angústia ou seus sintomas à análise, geralmente somos capazes de reconstruir o percurso dos eventos psíquicos que foram subtraídos e substituídos pelo fenômeno da angústia. Dessa forma, a angústia é uma experiência comum a todos, onde qualquer um dos impulsos afetivos pode ser substituído, levando à repressão dos conteúdos ideativos associados. Em outras palavras, como expresso na citação a seguir:

(...) nós construímos o processo inconsciente como ele seria, se não tivesse sofrido repressão, e sim prosseguido sem qualquer impedimento em seu caminho rumo a consciência. Também esse processo não terá sido acompanhado por determinado afeto, e descobrimos então, para nossa surpresa que o afeto que acompanha o curso normal, de eventos é, em todos os casos, substituído pela angústia após a repressão, independentemente de sua qualidade (Freud, 1917, p. 543).

Além disso, Freud (1917) destaca que todo esse processo é acompanhado por um certo afeto, considerando que esse afeto que o acompanha no curso dos eventos normais dá lugar à angústia após a repressão. Deste modo, podemos pensar que a angústia é um afeto universal que pode substituir suas outras manifestações afetivas, a medida em que seu conteúdo associado for submetido à repressão.

E por fim Freud (1917), discorre sobre sua terceira observação estar relacionada aos ditos doentes com ações obsessivas, ressaltando que “parecem ser isentos de angústia” (Freud, 1917, p. 534). Entendemos neste mecanismo que a angústia se encontrava encoberta pela atitude obsessiva, sendo realizada somente para evitar a mesma. Neste caso, a angústia sobrevivendo de outra forma, passando a ser substituída pela formação do sintoma, conhecida como neurose obsessiva. Freud compara também a formação de sintomas associados à histeria, como podemos observar na citação seguinte:

Também quando nos voltamos para a histeria encontramos nessa neurose uma relação semelhante: do processo repressivo resulta ou o desenvolvimento puro da angústia, ou angústia acompanhada de formação de sintoma ou, ainda, uma mais completa formação de sintoma sem a presença da angústia. Em sentido abstrato, portanto, não nos pareceria incorreto dizer que os sintomas se formam apenas para escapar ao desenvolvimento, de modo inevitável, da angústia. Essa concepção situa a angústia,

por assim dizer, no centro de nosso interesse pelos problemas da neurose (Freud, 1917, p. 535).

O pai da psicanálise, Freud (1917), prossegue com suas observações sobre a neurose de angústia, concluindo que o desvio da própria libido do curso normal dá origem à angústia, que se desenvolve no campo dos processos somáticos. No entanto, o autor enfatiza que seus conhecimentos sobre a neurose de angústia parecem ser imprecisos, necessitando de maiores investigações. Sua contribuição teórica nesse momento se concentra na ideia de que a repressão gera angústia: "Deixamos sempre de lado, porém, o que se passa com o afeto vinculado à ideia reprimida, e só agora descobrimos que o destino imediato desse afeto é ser transformado em angústia, qualquer que seja a qualidade que ele mostre em sua evolução" (Freud, 1917, p. 542).

Esta transformação do afeto é crucial para a compreensão do processo repressivo. Freud (1917) menciona que essa transformação é entendida como um processo de descarga de energia, diferenciado da ideia, sem que possamos afirmar que corresponde diretamente ao inconsciente, sem um esclarecimento dos processos psíquicos. Ele destaca que o pleno desenvolvimento da angústia está profundamente relacionado ao sistema inconsciente.

Freud (1917) esclarece ainda que esta transformação da angústia, ou melhor, a descarga sob a forma de angústia, é o caminho mais rápido que a libido pode assumir quando sujeita à repressão. Ele acrescenta que este não é o único e definitivo caminho, pois existem outras formas que podem ser assumidas. Este funcionamento é observado tanto nas neuroses quanto nas fobias:

Nas neuroses atuam processos que buscam vincular esse desenvolvimento da angústia e que, por caminhos diversos de fato conseguem fazê-lo. Nas fobias, por exemplo, é possível diferenciar claramente duas fases do processo neurótico. A primeira cuida da repressão e da conversão da libido em angústia, que é vinculada a um perigo exterior. A segunda consiste na construção de todas as precauções e garantias para evitar um contato com esse perigo, tratado como exterioridade (Freud, 1917, p. 543).

Sobre o funcionamento da repressão, e como resposta à tentativa de fuga do Eu diante da libido percebida como perigo, Freud (1917) aponta que essa projeção exterior ao perigo nunca pode ser bem-sucedida. Diante disso, outras neuroses podem utilizar outros sistemas de defesa. Apesar de ser uma área de conhecimento interessante, não foi desenvolvida pelo autor.

Freud (1917) acrescenta que o contra-investimento utilizado pelo Eu na repressão deve ser mantido de forma contínua para permanecer eficaz. A função deste contra-investimento é defender contra o pleno desenvolvimento da angústia após o mecanismo da repressão.

Em seu seminário, Freud (1917) conclui que está convencido de que a problemática da angústia ocupa um lugar central nas questões relacionadas à neurose. Ele enfatiza que existe uma constatação de que o desenvolvimento da angústia está associado aos destinos da libido, bem como ao sistema do inconsciente.

De forma sucinta, neste texto referido, a Conferência 25, Freud destaca a presença de duas angústias: a angústia neurótica, que se mantém como um produto da transformação da libido pela via do recalque, e a angústia realística, mencionada como uma reação esperada diante do perigo exposto. Apesar de nessas duas formas de angústia existir a presença de um perigo iminente, seja interno ou externo (Lourenço, 2004).

Entendemos que Freud se dedicava ao estudo do fenômeno da angústia sempre tentando articulá-la a um nível estrutural, como o faz na segunda tópica, buscando demarcar uma diferenciação da mesma em relação aos demais afetos. Vemos, por exemplo, em seu texto “Inibições, Sintomas e Ansiedade” (1926/1976, p. 189), que ele a considera como primazia devido ao caráter de “indefinição” e “falta de propriedade” que ela resguarda. Assim, há a consideração da angústia como única em seu caráter de paradoxo e resistência à síntese (Pisetta, 2008).

Tais concepções antecipam as ideias centrais da próxima produção de Freud em 1926, tanto que realiza uma revisão de sua teoria sobre a angústia, dando um lugar central a este afeto na "sobrevivência psicofisiológica" (Lourenço, 2004, p. 2). É neste instante que a angústia passa a ser definida como um sinal pelo Eu diante do surgimento de um perigo. "E essa preparação é acionada pela angústia, uma vez que esse estado afetivo caracteriza a expectativa de um perigo" (Lourenço, 2004, p. 2).

Freud (1926) em seu texto "*Inibição, sintomas e angústia*", continua discorrendo sobre a teoria deste afeto, trabalho este importantíssimo, no qual alterou sua compreensão sobre a angústia. Na primeira parte deste escrito, observamos a relação da inibição com a angústia. "A existência de um laço entre inibição e renúncia à função é claramente descrita, pois o exercício desta produziria angústia" (Freud, 1926, p. 35). Freud identifica diversas manifestações da inibição ao descrever que, uma vez interrompido o desenvolvimento da angústia, seu início não pode mais ser evitado. Além disso, encontramos algumas recusas como consequências da angústia, características dos estados psicóticos, como nos delírios de envenenamento.

Neste trabalho, Freud (1926) explora o fenômeno da consciência ligada ao sistema Pcp-Cs diante de sensações de prazer e desprazer, atingindo desenvolvimento psíquico conforme o princípio do prazer. "Nós tendemos a imaginar o Eu como impotente contra o Id, mas, quando ele se opõe a um processo instintual do Id, precisa apenas dar um sinal de desprazer para realizar sua intenção (...)" (Freud, 1926, p. 21). Considerando os perigos de origem externa, o organismo

interpreta-os como uma tentativa de fuga, inicialmente retirando o investimento da compreensão do que é percebido como perigoso. Posteriormente, ele desenvolve uma forma mais eficiente, que é a realização de contrações musculares à medida que a percepção do perigo se torna impossível, mesmo que este seja percebido, retirando-se assim do meio de ação decorrente do perigo. A repressão corresponde a essa ação fugitiva, ou seja, à própria tentativa de fuga. "O Eu retira o investimento (pré-consciente) do representante de instinto a ser reprimido e o aplica na liberação de desprazer (angústia)" (Freud, 1926, p. 23). Mas Freud se questiona a respeito de como surge a angústia na repressão, enfatizando não ser uma temática simplória. É neste momento que Freud apresenta um giro em sua teoria, pois em seus primeiros escritos defendeu a ideia de que era o recalque que gerava angústia, "rejeitando a concepção anterior de que a energia de investimento do impulso reprimido é transformada automaticamente em angústia" (Freud, 1926, p. 22).

Neste outro momento da construção teórica, Freud (1926) muda sua concepção, defendendo a ideia de que não é a repressão que gera a angústia, mas é esta que produz a repressão. "(...) a angústia não é gerada novamente na repressão, e sim reproduzida como um estado afetivo, segundo uma imagem mnêmica já existente" (Freud, 1926, p. 23). Freud indaga-se a respeito da origem desta angústia, considerando o campo da fisiologia, onde considera que:

Os estados afetivos incorporam-se à psique como precipitados de antiquíssimas vivências traumáticas, e são despertados como símbolo mnêmicos quando situações análogas ocorrem. Quero dizer que não errei ao compará-los aos ataques histéricos adquiridos depois e de forma individual, e considerá-los modelos normais desse ataque (Freud, 1926, p. 23)

Na parte quatro de seu texto, Freud (1926) considera os casos clínicos "*O pequeno Hans e o homem dos ratos*" a respeito do funcionamento da angústia. No primeiro caso, um menino se recusava a sair na rua, mencionando medo de cavalos. Inicialmente, pode-se pensar que o medo incompreensível de cavalos era seu sintoma; o não sair à rua caracterizava uma inibição imposta pelo Eu, ocasionando o não despertar da angústia, afeto este indeterminado diante de um cavalo, que se apresentava como uma angústia expectante de ser mordido por ele.

Já no caso do "*homem dos ratos*", duas questões chamam a atenção. Uma delas é o instinto reprimido nessa situação, sendo justamente a hostilidade direcionada ao pai; a outra é o oposto, manifestando-se a partir da passividade em relação a ele, constituindo assim pares antagônicos. Nestes dois casos clínicos, fica evidente para Freud (1926) o funcionamento da repressão relacionada à angústia, como evidenciado na seguinte citação:

Mas o afeto da angústia, que constitui a essência da fobia, não vem do processo de repressão, não vem dos investimentos libidinais dos impulsos reprimidos, mas da instância repressora mesma; a angústia da fobia de animal é o medo da castração inalterado, ou seja, um medo realista, angústia ante um perigo propriamente ameaçador ou considerado real. Aqui é a angústia que gera a repressão, e não, como julguei anteriormente, a repressão que gera a angústia (Freud, 1926. P. 43).

Sobre a angústia e a formação de sintomas, temos nas fobias a manifestação do medo de forma aparente. No entanto, de que maneira o Eu consegue se relacionar com essa angústia em outras formas de sintomas, questiona-se Freud (1926). Ele segue mencionando que isto é uma problemática, considerando que "a angústia procede, por uma espécie de fermentação, do próprio investimento libidinal perturbado em seu curso" (Freud, 1926, p. 62).

Deste modo, sabemos que "diante do perigo de castração, ele dá o sinal de angústia e inibe, através da instância prazer-desprazer..." (Freud, 1926, p. 64). Uma das formações substitutivas refere-se ao fato de que ao Eu é permitido acabar com o desenvolvimento da angústia, pois esta é opcional, aparecendo apenas quando seu objeto passa a ser percebido. "Assim, o que ocorre na fobia, no fundo, é um perigo externo ser substituído por outro. O fato de o Eu poder escapar à angústia evitando algo ou desenvolvendo um sintoma de inibição harmoniza-se muito bem com a concepção de que essa angústia é apenas um sinal afetivo..." (Freud, 1926, p. 66).

A angústia das fobias de animais é, portanto, uma reação afetiva do Eu ao perigo; e o perigo que nelas é sinalizado é aquele da castração. A única diferença em relação à angústia realista – que o Eu manifesta normalmente em situações de perigo – é que o conteúdo do medo permanece inconsciente, só vindo a se tornar consciente numa determinação. (Freud, 1926, p. 66).

Geralmente, após o estabelecimento da angústia, demonstrando sofrimento, alguns casos podem se manifestar por meio de um ataque de angústia. Este é excluído, mas surge novamente assim que falta uma condição protetora. O funcionamento da fobia se manifesta de forma positiva pela função da defesa, tendendo a se estabilizar. Assim, frequentemente, mas não necessariamente, ocorre a contínua luta defensiva, dirigindo-se ao sintoma (Freud, 1926).

A angústia é a reação à situação de perigo; dela é poupado o Eu ao fazer algo para evitar a situação ao subtrair-se a ela. Poder-se-ia dizer, então, que os sintomas são criados para evitar o desenvolvimento da angústia, mas isso não leva a enxergar profundamente. É mais correto dizer que os sintomas são criados para evitar a situação de perigo que é sinalizada pelo desenvolvimento da angústia (Freud, 1926, p. 68).

Mais adiante, Freud (1926) pontua o que realmente seria a angústia. Acrescenta que, primeiramente, este afeto é algo sentido, denominado como um estado afetivo, apesar de na

época não saber ao certo o que seria exatamente um afeto. Em seu modo de sensação, sua característica particular é ser desprazerosa. Além desta peculiaridade, percebemos também manifestações físicas relacionadas aos órgãos respiratório e cardíaco, evidenciando a participação de inervações motoras no fenômeno da angústia.

A angústia, portanto, é um estado desprazeroso especial com reações de descarga em trilhas específicas. Seguindo nossa concepção geral acreditaremos que na base da angústia exista um aumento da excitação que, por um lado, gera o carácter desprazeroso e, por outro lado alivia com as descargas mencionadas (Freud, 1926, p. 73).

Freud (1926) acrescenta que além do carácter fisiológico da angústia, refuta a ideia de Otto Rank, defendendo o seguinte argumento: "Fazer a angústia remontar ao evento do nascimento suscita objeções imediatas, que é preciso defender-se" (Freud, 1926, p. 74), pontuando que é completamente questionável significar um trauma para todas as pessoas. "Quando o indivíduo se acha numa nova situação de perigo, pode ser despropositado responder com o estado de angústia, com a reação a um perigo anterior, em vez de optar pela reação agora adequada" (Freud, 1926, p. 75).

Porém, existe a possibilidade de se adequar ao fim, podendo ser evidenciada diante da situação de perigo percebida de forma iminente, sinalizada com o surgimento da angústia. Dessa forma, há duas opções para o surgimento da angústia: uma sendo inapropriada, ligada a uma nova situação de perigo, e a outra apropriada, sinalizando evitar (Freud, 1926).

Mas Freud (1926), ao pensar no desenvolvimento da angústia, chega a algumas conclusões a partir da primeira infância. Defende a ideia de que a fobia nesta fase de desenvolvimento não pode estar associada ao momento do nascimento, considerando que o bebê não possui predisposição para a angústia tão intensa após o nascimento, surgindo apenas posteriormente com o desenvolvimento psíquico, mantendo-se por um período na infância.

Apenas em alguns casos da manifestação da angústia na infância nos são compreensíveis; a eles precisamos nos ater. Quando, por exemplo, a criança está sozinha ou na escuridão, ou depara com uma pessoa desconhecida no lugar de que lhe é familiar (a mãe). Esses três casos se reduzem a uma só condição, a falta da pessoa amada (ansiada). Com isso acha-se livre o caminho para o entendimento da angústia e para a resolução das contradições que parecem ligar-se a ela (Freud, 1926, p. 78).

Referente aos aspectos ligados à angústia diante do desamparo relacionado ao ato do nascimento, não significa uma ab-reação do trauma do nascimento, sendo possível considerar que a função da angústia é sinalizar a evitação do perigo. Porém, podemos considerar a perda do objeto como uma condição na qual a angústia atinge maiores proporções. O medo da

castração surge na fase fálica, caracterizando-se como uma angústia de separação associada à mesma condição (Freud, 1926).

O progresso do desenvolvimento da criança, sua crescente independência, a mais clara diferenciação de seu aparelho psíquico em várias instâncias, o surgimento de novas necessidades, não podem deixar de influir sobre o conteúdo da situação de perigo. Acompanharmos a mudança desta, da perda do objeto materno à castração, e vemos que o passo seguinte é ocasionado pelo poder do super-Eu, com a impessoalização da instância parental, da qual se temia a castração, o perigo se torna mais indeterminado. A angústia da castração evolui para a angústia de consciência, angústia social. Agora já não é tão fácil dizer o que a angústia teme. A fórmula "separação, exclusão da horda" diz respeito somente àquela porção ulterior do Super-Eu que se desenvolveu apoiando-se em modelos sociais, não ao núcleo do Super-Eu, que corresponde à instância parental introjetada. [...] Parece-me que a variante final desta angústia ante o Super-Eu é a angústia diante da morte (pela vida), o medo da projeção do Super-Eu nos poderes do destino. (Freud, 1926, p. 82).

Freud (1926) possui outra concepção a respeito da angústia, segundo a qual "trata-se da afirmação que o Eu é propriamente a sede da angústia" (Freud, 1926, p. 83). Esse estado afetivo, naturalmente, só pode ser sentido pelo Eu, o que significa que o Id não pode perceber a angústia da mesma forma que o Eu. Portanto, o Id não é capaz de organizar nem de julgar uma situação de perigo. De outra forma, frequentemente são realizados processos que inspiram ao Eu a geração de angústia. "De fato, provavelmente, as primeiríssimas repressões, e a maioria daquelas posteriores, são motivadas por tal angústia do Eu em relação a determinados processos do Id." (Freud, 1926, p. 83). Referente a isso, Freud (1926) cita duas situações: a primeira como algo que acontece no Id ativando uma das situações de perigo para o Eu, promovendo sinal de angústia para posterior inibição. E no segundo caso, produzida no Id a situação semelhante ao trauma do nascimento e de forma automática gera a reação de angústia. O primeiro caso está relacionado às psiconeuroses, enquanto o segundo está relacionado às neuroses atuais.

Com o avanço do desenvolvimento do Eu, é visível sua contribuição para avaliar e descartar a situação de perigo anterior, onde podemos partir da compreensão de que a cada fase do desenvolvimento se tem uma condição para o surgimento da angústia (Freud, 1926). Tais como: "O perigo do desamparo psíquico se adequa ao período de vida em que o Eu é imaturo, assim como o perigo da perda de objeto corresponde à dependência dos primeiros anos da infância, o perigo de castração à fase fálica, a angústia ante o Supereu à época de latência" (Freud, 1926, p. 85).

Em outro momento de seu texto, Freud (1926) considera a função da angústia na geração de sintomas, indicando que esta é uma sintomatologia da neurose, havendo proximidade entre ambas. Nesse sentido, qualquer formação de sintoma teria como objetivo a evitação da angústia.

Além disso, os sintomas capturam a energia psíquica que seria descarregada como angústia, de modo que este afeto seria a manifestação básica e o problema principal da neurose.

A segunda afirmação se justifica ao menos em parte, como demonstram alguns exemplos marcantes. Se abandonarmos uma pessoa agorafóbica na rua, após, tê-la acompanhado, ele terá um ataque de angústia. Se impedirmos um neurótico obsessivo de lavar as mãos após tocar em algo, ele será presa de uma angústia quase insuportável. É claro, então, que a condição de lavar as mãos têm o propósito e o resultado de prevenir tais acessos de angústia. Nesse sentido, toda inibição que o Eu impõe a si próprio pode ser denominada sintoma (Freud, 1926, p. 87).

Referente à citação acima, podemos pensar que a angústia retoma a situação de perigo, onde os sintomas são criados para reduzir o Eu à própria situação de perigo. Ao ser impedido na formação dos sintomas, o perigo surge, ou seja, ocorre a analogia referente ao nascimento, onde o Eu encontra-se desamparado diante das exigências instintuais, sendo "a primeira e primordial condição para a angústia" (Freud, 1926, p. 88).

Freud (1926) acrescenta que a geração de angústia inaugura a formação dos sintomas, um pressuposto importante, pois considera que se o Eu não motivasse a instância prazer-desprazer diante da angústia, não existiria o poder de interromper o processo gerado no Id. Diante disso, podemos observar que existe algo que podemos considerar como mínimo no processo de geração de angústia, uma vez que a associamos apenas como uma sinalização. Pois o desprazer que o processo instintual ameaça produzir poderia ser sentido em outro lugar, porém seria um curso sem sucesso, considerando o próprio princípio do prazer, apesar de surgir com frequência nas neuroses.

Portanto, Freud (1926) conclui a respeito da formação do sintoma que, o resultado desta é invalidar a própria situação de perigo. Dessa forma, compreendemos dois aspectos, um estando oculto produzindo no Id a mudança por meio do qual o Eu passa a ser reduzido ao perigo. E a outra situação é o próprio processo instintual na formação substitutiva.

(...) atribuindo ao processo defensivo o que acabamos de dizer sobre a formação de sintomas e utilizando essa expressão mesma como sinônimo de formação substitutiva. Parece claro, então, que o processo defensivo é análogo à fuga mediante a qual o Eu se subtrai a um perigo que ameaça de fora, que constitui uma tentativa de fuga ante um perigo instintual (Freud, 1926, p. 89).

Em outra argumentação, Freud (1926) trata da fuga de tudo o que possa ser sinalizado como perigo externo, buscando distanciar-se desta ameaça. No entanto, este processo defensivo é mais do que uma simples evasão da ameaça. Consiste na própria intervenção do processo instintual ameaçador, fazendo com que ele se desvie de sua meta, tornando-se inofensivo. É

válido comparar este processo, mas existem outras situações em que o Eu se defende mais ativamente, mobilizando ações contrárias.

Freud (1926), ao pensar sobre as condições para a angústia, considerou os períodos do desenvolvimento, cada um com suas justificativas. No início da infância, a criança não consegue se relacionar psiquicamente com grandes cargas de excitação, motivadas do mundo externo para o interno, sendo crucial neste momento que a pessoa responsável pelos cuidados não as remova. Com o início da convivência no meio social, o Super-Eu passa a ser caracterizado como imperativo, sua ausência representando um meio para grandes perigos e conflitos.

Assim, por exemplo, o medo da castração se conserva sob a máscara da fobia da sífilis, após o indivíduo saber que a castração não é mais habitual como punição para entrega aos apetites sexuais, mas que, por outro lado, graves doenças ameaçam a liberdade instintual. Outras condições para a angústia, com as do medo ao Super-Eu, não se acham absolutamente fadadas a dissolução, devendo acompanhar o indivíduo por toda a vida. [...] O fato de ser adulto não oferece proteção suficiente contra o retorno da traumática situação angustiosa original. Deve haver, para cada indivíduo, um limite além do qual seu aparelho psíquico fracassa em lidar com as quantidades de excitação que requerem avivamento (Freud, 1926, p. 93).

Em seus complementos, Freud (1926) reúne outras considerações sobre a angústia. Considera que ela possui uma relação próxima com a expectativa, caracterizada por indeterminação e ausência de objetos. Por meio da linguagem, sua nomeação modifica-se, passando a ser reconhecida como temor. Além da relação com o perigo, a angústia está associada à neurose. Questiona-se se todas as angústias são neuróticas, já que muitas são consideradas normais. Por último, Freud pontua a diferença entre angústia realística e neurótica.

Diante deste último questionamento, na angústia realística, Freud (1926) considera que o perigo é conhecido, ou seja, é um perigo que conhecemos e reconhecemos como tal. Já a angústia neurótica é um afeto manifestado diante de uma ameaça desconhecida. "A análise nos ensinou que ele é um perigo instintual. Ao trazer à consciência esse perigo desconhecido do Eu, apagamos a diferença entre angústia realística e angústia neurótica e podemos tratar esta última como a primeira" (Freud, 1926, p. 114/115).

Freud inclui como condição para a expectativa o próprio estado de perigo, sendo este o sinal para a angústia, concluindo que:

Portanto, a angústia é, de um lado, expectativa do trauma, e, de outro lado, repetição atenuada do mesmo. As duas características que nos chamaram a atenção na angústia têm origens diversas, portanto. Sua relação com a expectativa se liga à situação de perigo, sua indeterminação e ausência de objeto, à situação traumática de desamparo, que é antecipada na situação de perigo (Freud, 1926, P. 116).

Como discutido, observamos que em 1926 Freud apresenta sua principal mudança de pensamento: "A angústia não é mais posterior ao recalque: temos uma angústia somática, no momento do recalque primordial, e uma angústia voluntária, que aciona os recalques posteriores." (Lourenço, 2004, p. 39). Essa modificação não está relacionada apenas ao recalque e à angústia, mas também faz referência ao papel da libido na origem deste afeto. É neste momento que o autor também introduz a ideia da adaptação da angústia no organismo, sendo este afeto mais do que uma simples descarga fisiológica de excitações sexuais, mas sim uma reação que indica percepções, sejam internas ou externas.

Na sua última conferência sobre angústia, em 1933, Freud dedica-se a explorar o tema abordado em seu texto anterior, apontando também para a origem dupla deste afeto, seja como resultado de um momento traumático ou como sinalização de algo. Neste momento, revela-se que o Eu é o local deste afeto, onde o sinal de angústia aciona o princípio do prazer-desprazer (Leite, 2009).

Freud (1933) considera a angústia ainda como um estado afetivo, uma reunião de diversas sensações de prazer-desprazer, com descargas motoras ao sinalizar sua presença, manifestando-se também como um evento importante na hereditariedade, podendo ser comparada ao surto histérico de forma individual. Sugere que pode ser caracterizada também como um traço afetivo no momento do nascimento, onde ocorrem alterações cardíacas e respiratórias, reações próprias da angústia. Portanto, a primeira angústia seria uma angústia tóxica, partindo assim da diferenciação entre angústia realista e angústia neurótica. A primeira é uma reação compreensível a um perigo externo iminente, enquanto a segunda é caracterizada por ser enigmática e sem funcionalidade.

Analisando a angústia realista, nós a reduzimos a um estado de elevada atenção sensorial e tensão motora, que chamamos de disposição a angústia. Desta se desenvolveria a reação de angústia. Nela seriam possíveis dois desfechos. Ou o desenvolvimento da angústia, a repetição da antiga vivência traumática, limita-se a um sinal, e a reação restante pode adequar-se à nova situação de perigo, procedendo à fuga ou à defesa, ou a situação antiga prevalece, toda a reação se esgota no desenvolvimento da angústia e o estado afetivo torna-se paralisante e inadequado ao presente (Freud, 1933, p. 225).

É neste trabalho que Freud (1933) volta-se para a angústia neurótica, desenvolvendo três condições a partir de suas observações. Sua primeira concepção diz respeito à angústia geral, que se encontra de forma livre e flutuante, pronta para ligar-se temporariamente a qualquer nova possibilidade, como é o caso da própria neurose de angústia. Sua outra ideia refere-se aos conteúdos ideativos das fobias, que ainda reconhecemos como relacionados ao

perigo externo, mas estão desproporcionais à angústia provocada por esse perigo. Por fim, sua terceira formulação menciona a angústia na histeria, bem como em outras formas de neurose mais severas, acompanhadas de sintomas, ou até surgindo de forma independente, como um ataque, ou permanecendo de forma mais duradoura, sem um perigo aparente. Diante disso, Freud (1933) questiona: “Do que as pessoas têm medo na angústia neurótica? E como relacioná-la com a angústia realista diante do perigo externo?” (Freud, 1933, p. 226).

Neste contexto, Freud (1933) alcança algumas conclusões significativas. Ele menciona a expectativa angustiada, indicando que a experiência clínica mostrou que esta está ligada à economia libidinal na vida sexual, sendo sua causa comum a excitação frustrada, onde "no lugar dessa libido desviada de sua aplicação surge então a angústia" (Freud, 1933, p. 226).

Neste trecho, Freud (1933) revisita o desenvolvimento da angústia diante da formação do sintoma, considerando a angústia como primária e o sintoma como secundário. Ele descreve o surgimento da formação do sintoma como um estado afetivo da angústia, caracterizado como um evento antigo e ameaçador. Nessa condição, a angústia é vista como relacionada à autoconservação, semelhante a um sinal de perigo novo. A angústia também surge da libido que se tornou inutilizável devido ao processo de repressão, sendo substituída pela formação do sintoma. Esses elementos estão psiquicamente ligados pela angústia, como “sente-se que aqui está faltando algo que junte os pedaços num todo” (Freud, 1933, p. 229).

Em outra parte de sua obra, Freud (1933) aborda a relação entre as instâncias do Super-Eu, Eu e Id, à angústia, sustentando a ideia de que o Eu é a única instância psíquica capaz de experimentar tal afeto, nos apresentando esta nova concepção sobre o tema. Ele identifica três principais tipos de angústia - a realista, a neurótica e a da consciência - que podem ser facilmente associadas ao Eu, enquanto a angústia em relação ao mundo externo seria atribuída ao Id e ao Super-Eu. Nessa nova provocação, Freud destaca a função crucial da angústia, servindo como sinal de perigo. Ele menciona que, nesse contexto, o interesse em compreender a natureza da angústia em si foi perdido, mas enfatiza que a relação entre as angústias realista e neurótica foi esclarecida de maneira mais simples.

Em sua investigação sobre a angústia nas fobias, Freud (1933) a associa à histeria de angústia, examinando casos nos quais a repressão dos desejos do complexo de Édipo se manifestou. “Segundo nossa expectativa, o investimento libidinal no objeto materno é o que, graças à repressão, se transformaria em angústia e então sugeriria, em expressão sintomática, ligado ao sucedâneo do pai” (Freud, 1933, p. 230). Freud reafirma que, nesse contexto, é a angústia que desencadeia a manifestação da repressão.

De forma natural, Freud (1933) pontua que a angústia de castração não é a única motivação da repressão. “Afina, não existe nas mulheres que têm um complexo de castração, mas não podem ter angústia de castração” (Freud, 1933, p. 232). Em seu lugar, origina-se a angústia de perda de amor, evidenciando a continuação da angústia do lactente que sente falta da mãe. “Não rejeitem a ideia de que esses determinantes da angústia repetem, no fundo, a situação da angústia de nascimento original, que também significou uma separação da mãe” (Freud, 1933, p. 232).

Seguindo sua síntese, Freud (1933) retoma a concepção de Otto Rank ao falar sobre a angústia do nascimento, onde este “(...) possui também o mérito de ter enfatizado a importância do ato do nascimento e da separação da mãe” (Freud, 1933, p. 233). No entanto, Freud não aceita tal ideia, considerando-a extrema para ser incluída nas teorias das neuroses, bem como na teoria analítica. Contudo, o autor questiona o desenvolvimento da angústia, sugerindo que a concepção de Otto Rank sobre o assunto deve ser descartada. Para Freud, as situações de perigo correspondentes tornam-se menos significativas à medida que o Eu se desenvolve.

O medo em relação ao Supereu e a angústia da consciência nas interações sociais geralmente só são superados em casos extremamente raros nos quais o indivíduo consegue se libertar da influência social. “Algumas das antigas situações de perigo acabam por ser substituídas em épocas posteriores, modificando a tempo seus determinantes de angústia. Assim, por exemplo, o perigo de castração se conserva sob a máscara da sífilofobia” (Freud, 1933, p. 234). Um adulto compreende que a castração já não é utilizada como castigo diante de perigos nas práticas sexuais, mas entende que sua liberdade instintual pode ser ameaçada por doenças graves. Sem dúvida, os indivíduos neuróticos permanecem infantis em suas atitudes diante dos perigos, não superando os antigos riscos determinantes de angústia (Freud, 1933).

Podemos observar que neste momento de sua construção teórica, Freud resgata a ideia de dois tipos de angústia, a angústia real e a neurótica, uma discussão produtiva para pensarmos nos transtornos de pânico, por exemplo. Neste caso, pensar nas diferentes manifestações da angústia é relevante para fins diagnósticos na clínica psiquiátrica. O que encontramos na clínica psiquiátrica sobre o transtorno de pânico pode ser caracterizado como uma potencialização do quadro neurótico com crises recorrentes de angústia, resultado de sua história de vida, onde a pessoa foi excluída. Nessa situação, a utilização de medicamentos como única via de tratamento só potencializará “este estado de coisas” (Leite, 2011, p. 58).

A segunda teoria da freudiana da angústia a considera como um verdadeiro sinal de alarme, motivado pela necessidade de o eu se defender diante da iminência de um perigo. Trata-se eminentemente de uma reação à perda, à separação de um objeto

fortemente investido. Logo, esta segunda teoria da angústia representa uma releitura que Freud faz a partir do momento em que inclui os novos elementos de sua doutrina: o Édipo e a castração. A angústia surge aqui basicamente como angústia de castração e está ligada à perda e à separação. Freud passará a considerar a angústia, enquanto angústia de castração, como sendo um dado universal (Jorge, 2007, p. 37).

3.3. A ANGÚSTIA, O AFETO QUE NÃO ENGANA

A psicanálise atribui à angústia um papel fundamental na formação do sujeito. Quando Freud destaca a importância do recalçamento, a angústia passa a desempenhar um papel central na estruturação psíquica. Nessa perspectiva teórica, a angústia assume um papel determinante, tornando-se um guia importante. No entanto, suas manifestações são diversas, e tentar entender sua coerência representa um desafio teórico (Lustoza, 2015).

Para além da teoria psicanalítica freudiana, neste momento vamos percorrer a teoria psicanalítica de Lacan a respeito da angústia. Sua principal obra é “*O Seminário 10: A Angústia*” (1963). O título deste subcapítulo sugere a abordagem de Lacan para entender este afeto na manifestação do psiquismo do sujeito em sofrimento, uma perspectiva que também será utilizada ao considerar o sujeito afetado pelo adoecimento oncológico.

Diante da urgência subjetiva no hospital, o que temos é um obstáculo à fala. Os sujeitos tomados pela angústia no momento de urgência mostram-nos os recursos simbólicos ou imaginários estão obstruídos, impossibilitando uma saída para o sujeito. O que se apresenta nesse momento é um vazio, um obstáculo no percurso (caminho) da cadeia significante – algo se rompe, desestabilizando o sujeito no tempo – que o deslocaliza de sua posição diante do Outro (Azevedo, 2019, p. 107).

Podemos pensar que, independentemente da posição analítica, seja ela no divã ou do outro lado, e em articulação com a citação acima, Lacan (1963) nos questiona sobre a comunicação da angústia, especialmente sobre nossa angústia enquanto analistas. O autor segue mencionando que este afeto “parece tamponar tão bem em si mesmos a ponto de ela os guiar, será que é a mesma do paciente? Por que não?” (Lacan, 1963, p. 13). Inicialmente, o autor se restringe ao método de investigação sobre o afeto da angústia, considerando que suas manifestações indicam um cenário de nuances e relevos, sendo construídas ao longo do discurso de Lacan.

Ao retomar Freud em seu texto “*Inibição, sintoma e angústia*” (1926), Lacan (1963) o critica afirmando que “fala-se tudo, graças a Deus, exceto de angústia” (Lacan, 1963, p. 18). Ele segue mencionando que sua compreensão desses três conceitos é diferente, oferecendo explicações importantes ao longo do desenvolvimento de seu próprio texto sobre a angústia.

Ao abordar a inibição, Lacan (1963) menciona que Freud tratou esse conceito apenas no sentido da locomoção. Metaforicamente, a inibição permeia toda sua função, mesmo que não seja através da locomoção, como bem explicado na citação abaixo:

Na inibição, é da paralização do movimento que se trata. Porventura isso significa que é apenas a paralisação que a palavra 'inibição' serve para nos sugerir? [...] Nossos sujeitos ficam inibidos quando nos falamos de sua inibição, e nós mesmos o ficamos ao falar em congressos científicos, mas, no dia a dia, eles ficam mesmos e impedidos. Estar impedido é um sintoma. Ser inibido é um sintoma posto no museu (Lacan, p. 18/19, 1963).

Sobre tal impedimento, Lacan (1963) o aborda no nível do sintoma expresso no instante em que o sujeito se locomove em direção ao gozo, dirigindo-se ao que está mais distante dele, encontrando-se assim confrontado com a ruptura íntima, próxima a si, sendo "deixado apanhar, no caminho, em sua própria imagem especular. É essa a armadilha." (Lacan, 1963, p. 19).

Seguindo essa linha de pensamento, Lacan (1963) acrescenta a palavra embaraço, considerando o que se vive. Etimologicamente, faz sentido que tal expressão signifique o sujeito barrado, "(...) está a imagem da vivência mais direta do embaraço" (Lacan, 1963, p. 19). Ao considerar toda a dificuldade envolvida na experiência da barreira, que assume diversas formas, o autor traça um paralelo com a tríade freudiana sobre inibição, sintoma e angústia, resultando em "a primeira fileira horizontal, que começa com a inibição e continua com o impedimento, levando a uma forma leve de angústia que pode ser chamada de embaraço" (Lacan, 1963, p. 20).

Mas qual é o significado da angústia para Lacan (1963)? O autor se distancia da concepção de que a angústia seja uma emoção e a introduz como um afeto. A angústia é um afeto que não é recalçado; ao contrário, ele se desvincula, flutua livremente e pode ser encontrado de forma deslocada, distorcida, mas nunca reprimida. O que é reprimido são os próprios significantes que a englobam.

O que representa do desejo do Outro como sobrevivendo por essa vertente? É aí que o sinal adquire seu valor. Se ele se produz num lugar que podemos chamar topologicamente de eu, realmente diz respeito a algum outro. Se o eu é o lugar do sinal, não é para o eu que o sinal é dado. [...] Se isso se acende no nível do eu, é para que o sujeito seja avisado de alguma coisa, a saber, de um desejo, isto é, de uma demanda que não concerne à outra coisa senão meu próprio ser, que me questiona. [...] Ele solicita minha perda, para que o Outro se encontre aí. Isso é que é a angústia (Lacan, 1963, p. 169).

De acordo com Leite (2011), este afeto surge no ponto em que corresponde à referida falta, a falta que sustenta toda a imagem corporal. O objeto *a*, que foi perdido e

consequentemente causa desejo, se apresenta ao sujeito, promovendo assim a desestruturação da imagem corporal. Essa vivência é intensamente desprazerosa, acompanhada por percepções corporais já apontadas por Freud. Na teoria lacaniana sobre a angústia, o sujeito se vê contido, movido, envolvido com o mais íntimo de si mesmo. "A angústia é exatamente essa vivência que suspende qualquer verdade, indicando a presença dessa divisão radical do sujeito, sua incompletude constitutiva, herdada do Outro, e a necessidade de reinserção do desejo como expressão do movimento da vida" (Leite, 2011, p. 71).

O afeto que nos convoca talvez tenha sido o que desencadeou a manifestação de todo e qualquer discurso, contemplando a angústia como consequência para a teorização dos afetos de modo geral. É "a agudeza da angústia que devemos nos ater" (Lacan, 1963, p. 24).

Em sua obra, Lacan (1963) questiona o que a relação do sujeito com o objeto *a* produz. Ele considera que é nesse momento que a angústia se manifesta, como resultado dessa relação. Para formalizar essa teoria em torno do objeto *a*, foi necessário articular prioritariamente o significante com o objeto *a* como o real, representando o que não pode ser concretamente simbolizado.

Apesar das críticas à teoria freudiana, Lacan (1963) reafirma que a angústia é um afeto, mas não um sintoma. Configurada como afeto, a angústia permanece sem rumo, completamente à deriva, pois nunca é recalçada. É essa característica que a torna tão inquietante, pois não se amarra à rede de significantes, sendo impossível ser representada.

Mas como Lacan (1963) fundamenta a definição da angústia? Ele a conceitua de forma "mínima como sinal. Embora tenha sido proferida por Freud ao término do progresso de seu pensamento, essa definição não é o que se supõe" (Lacan, 1963, p. 57). Podemos entender que em relação ao significante, não se configura como abrangente, pois algo se perde ao buscar pelo objeto, havendo uma diferença entre eles. No entanto, mesmo que não possamos compreender a angústia, pois ela mesma não pode ser descrita em palavras, este afeto possui a especificidade de se anunciar no próprio corpo de maneira imperiosa.

Admite-se que a angústia é sem objeto. Isso, que é extraído não do discurso de Freud, mas de parte de seus discursos, é propriamente o que retifico com meu discurso. Portanto, vocês podem considerar certo que, como tive o cuidado de lhes escrever no quadro, à maneira de um pequeno memento – por que não esse, entre outro? -, *ela não é sem objeto*. É exatamente essa a formulação em que deve ficar suspensa a relação da angústia com o objeto. Esse objeto não é objeto da angústia propriamente dito. Já fiz uso desse *não é sem* na formulação que lhes apresentei a respeito da relação entre o sujeito e o falo: *ele não é sem tê-lo* (Lacan, 1963, p. 101).

"A angústia da qual precisamos fornecer uma formulação aqui é uma angústia que ressoa em nós, uma angústia que provocamos, uma angústia com a qual, de vez em quando, temos uma relação determinante" (Lacan, 1963, p. 68). Partindo do princípio de que a angústia se configura como um sinal, na construção de sua teoria o objeto é abordado como o próprio objeto de desejo do sujeito. No entanto, Lacan conclui que este objeto de desejo não existe; o que passa a existir é precisamente a causa do desejo, denominada como objeto *a*. "A existência da angústia está ligada ao fato de que toda demanda, mesmo a mais arcaica, tem sempre algo de enganoso em relação àquilo que preserva o lugar do desejo. Também é isso que explica a faceta angustiante daquilo que dá a essa falsa demanda uma resposta saturadora" (Lacan, 1963, p. 76).

Vasconcelos e Pena (2019) ressaltam que este objeto incita ao gozo, compreendendo o sujeito. No entanto, é somente após a passagem pelo Édipo que este objeto pode também configurar-se como causa do desejo, sendo primordial que haja demarcação da falta para que ele exista. "Assim, Freud se ocupou em desvendar o que seria o objeto da angústia. E Lacan faz uso da própria angústia para pensar em um objeto até então não formulável, porém fundamental para todo o encadeamento de sua teoria do desejo" (Vasconcelos; Pena, 2019, p. 6).

No seu seminário, Lacan (1963) explora a angústia para refletir sobre a função do objeto *a*, a partir da experiência analítica que se inunda de angústia ao se manifestar no real. "Ponto onde o resto se apresenta desvelado de toda cobertura. Ponto diante do qual, desamparado diante do real, sem o véu da imagem ou a tradução significativa, o encontro com a coisa provoca no sujeito o afeto que não mente" (Machado, 2008, p. 35).

Lacan (1963) enfatiza ainda que este afeto não se manifesta sem objeto, pois considera que ele se torna presente através da relação do sujeito com o objeto *a*. No entanto, ele também considera que este objeto não é identificável, pois faz referência ao que é improvável de ser imaginado, não sendo suficientes palavras e imagens para representá-lo. O que impõe sua presença é a sensação corpórea, sendo o próprio real que se instala no corpo, atravessando o que resta da relação, tornando-se impossível passar pela via da simbolização, ou seja, é o próprio objeto *a*. Mesmo que a angústia se mostre restrita, deformada e falha diante de nossa vivência, é importante entendermos o motivo desse acontecimento. "A angústia da qual temos que fornece uma formulação aqui é uma angústia que responde a nós, uma angústia que provocamos, uma angústia com a qual, de vez em quando, temos uma relação determinante." (Lacan, 1963, p. 68).

[...] A propósito de um tema como a angústia, certamente não é fácil reunir, num discurso como o meu, o que deve ser funcional para os analistas. O que não convém esquecer, e momento algum, é que o lugar que designamos neste esqueminha como

sendo o da angústia, e que atualmente é ocupado pela falta, constitui um certo vazio. Tudo o que pode manifestar-se nesse lugar nos desorienta, se assim dizer, enquanto à função estruturante desse vazio. (Lacan, 1963, p. 67).

De acordo com Leite (2011), Lacan ao referir-se à angústia, menciona que ela não se manifesta sem objeto, fazendo menção à emergência do objeto *a*, argumentando que "falta a falta, ou seja, falta desejo" (Leite, 2011, p. 70). O Objeto *a* refere-se aos objetos primordiais do sujeito, anteriores à constituição do objeto da comunicação e da socialização. Esses objetos *a* incluem o seio materno, as fezes do bebê, o olhar, o tom da voz e, de forma mais geral, o próprio vazio, que não possui uma imagem especular, ou seja, não está ligado à alteridade.

Ainda em Lacan (1963), ele sugere que o objeto *a*, enquanto angústia, pode ser manifestado através da fantasia ou por um encontro inesperado com o real, momento em que o objeto se torna presente sem o amparo da fantasia. Isso ocorre na tentativa de proteger o sujeito da falta primordial, buscando desviar-se do que é insuportável, ou seja, a própria inconsistência do Outro.

Assim, a fantasia fundamental exerce esse papel e impõe o enquadre à realidade psíquica. O sujeito passa a ver o mundo através dessa janela, que conta ainda com um véu que age como cortina e se converte em uma tela de proteção para se defender do real insuportável que ela esconde. Nesse contexto, a fantasia como tela de proteção ao real nos direciona para o desejo. (Vasconcelos; Pena, 2019, p. 29).

Jorge (2010) menciona o surgimento da angústia, situada entre o real e o próprio desejo, conceituando-a como um sinal que emerge à medida que o objeto *a* se aproxima do sujeito, conforme explicita o autor: "a angústia é o sinal de que o objeto *a*, causa do desejo, que deve ser mantido sempre a certa distância, está se aproximando demais" (Jorge, 2010, p. 169).

Por sua vez, Lacan (1963) aponta a angústia como um sinal, diferenciando entre angústia de castração e angústia de desamparo. Ao considerar a primeira, Lacan argumenta que, apesar de mobilizar um mal-estar inscrito no corpo, o sujeito *a* percebe como uma forma de proteção através da fantasia, mantendo certa distância do objeto *a*. Já na angústia de desamparo, o sujeito se aproxima mais do objeto *a* e a cortina da fantasia se torna mais permeável, provocando no sujeito um estranhamento semelhante a um impacto. Nesse sentido, o sujeito experimenta um confronto com o real, temporariamente paralisante. "Se, como ensina Lacan, a angústia tem uma função intermediária entre o gozo e o desejo, para acessá-la é preciso atravessá-la. É por isso que ele introduz a ideia de que a função da angústia é ser sempre sinal do real" (Leite, 2011, p. 37).

Ainda segundo Lacan (1963), na prática clínica psicanalítica, a angústia se apresenta como um sinal, motivada pela relação do sujeito com o objeto *a*, dentro dessa delimitação.

Ao considerarmos o outro lado da angústia, encontramos a associação com o desamparo originário, considerada a forma mais primitiva, pois aqui o Outro se torna desfalcado, ou seja, sem garantias. Esses momentos são mais desafiadores e avassaladores, caracterizando-se de maneira traumática, quando o sujeito se vê diante de um perigo iminente sem ter um sinalizador, próprio da angústia como sinal. É nesse ponto que o sujeito é confrontado com o real, pois não há significação disponível (Vasconcelos; Pena, 2019).

É o ponto no qual me apreendo como objeto causa do desejo do Outro, em presença do desejo do Outro. É o instante em que realmente me sinto esse objeto e a sua tradução é a angústia. Mas de que angústia se trata? Certamente não da angústia sinal, mas da angústia primordial, essa angústia que rompe todas as defesas, a barreira protetora diante do estímulo, para dizê-lo em termos freudianos (Rabinovich, 2005, p. 99).

Com isso, podemos considerar que o furo primordial, aquele que jamais será preenchido, está relacionado à castração própria da linguagem, ligada ao desamparo original, que por um momento pode trazer à tona o real da angústia (Vasconcelos; Pena, 2019). “Quando a angústia invade o sujeito como o puro desejo do Outro, ela o subjuga na posição de objeto do gozo desse Outro, o que está além da proteção da fantasia.” (Vasconcelos; Pena, 2019, p. 30).

Porém, Lacan (1963) direciona sua teoria para outro ponto de vista, passando a considerar a angústia não como sinalizadora de uma falta, mas sim como a falta de suporte da própria falta. É a falta que mobiliza o sujeito a ser desejante. Ao explicar a relação da angústia com o objeto *a*, ele elabora um esquema de divisão subjetiva que retorna ao ponto onde o sujeito de gozo encontra-se com o Outro, no lugar do significante.

Será somente no encontro traumático com a linguagem, o momento em que o sujeito barrado pode surgir, inaugurando o lugar da falta. Como resultado disso, persiste um resto que não pode ser significado, o próprio objeto *a*. Considerando a queda desse objeto *a*, que é excluído da cadeia significante pela linguagem na tentativa de capturá-lo, sem sucesso. O que resta dessa relação é o que possibilitará a constituição do sujeito como desejante. Deste modo, determina-se neste instante a presença do sujeito, bem como do objeto *a*, através da relação deles no mundo da fantasia, chegando assim à angústia (Vasconcelos; Pena, 2019, p. 30).

Lacan (1963) aponta que o furo renunciado na própria constituição subjetiva é um lugar que deve ser preservado sem obstrução, para que a proporção do desejo possa ser mantida. Caso contrário, a angústia se manifesta no real, sem defesa alguma.

Portanto, para Lacan (1963), este afeto desempenha um papel crucial na constituição psíquica, assim como na constituição do desejo de um neurótico. Neste ponto, a angústia surge de maneira lógica, anterior à constituição do desejo, sendo o motivo principal para a estruturação. O autor situa a angústia em um “entre”, que considera o gozo e o desejo, emergindo assim o objeto *a* como representante deste sujeito, próprio do registro indomesticável do real. “(...) angústia não seria pela perda do objeto, nem pela falta do objeto, mas sim pela presença do objeto. Por isso, a angústia é o afeto que, por essência, não pode enganar, pois está presente como marca do real, do que não pode ser simbolizado” (Vasconcelos; Pena, 2019, p. 31).

Podemos pensar neste contexto que, para perceber a presença do objeto *a* na clínica psicanalítica, é importante observar o momento em que o real se revela, quando a manifestação da falta não pode ser expressa em palavras. Assim, a angústia funciona como guia para orientar o tratamento, considerando que uma vez encarnada, ali está o ponto onde se anuncia, encontrando-se próxima do objeto *a*, em outras palavras, próxima do real (Bênia; Celes; Chatelard, 2016).

A angústia é essencial para a psicanálise, tanto quando aparece como queixa que impulsiona a busca por uma análise quanto no momento em que se desvela, no decorrer do processo analítico, funcionando como um índice do real. Ao ser adotada como conceito que alicerça a prática psicanalítica, procurar sua formalização na teoria construída por Lacan, demonstra-se de significativa relevância (Vasconcelos; Pena, 2019, p. 33).

Lacan (1963) ao abordar o manejo da angústia, a posiciona como um grande desafio para os analistas, já que se torna necessário conseguir perceber o quanto o analisando é capaz de suportar tal afeto. Assim sendo, é este momento que nos convoca sobre a veracidade em sermos analistas a cada instante.

Este processo analítico favorece uma experiência única ao sujeito, uma vez que oportuniza a ele um encontro do que se tem de mais singular nele mesmo. Consequentemente, é um local que o convoca para procurar sua sustentação e suportabilidade, pois é um momento que o levará a um vazio subjetivo. Lacan (1963) menciona que a angústia é um afeto que não nos engana, e a citação abaixo coloca de que forma a angústia pode se manifestar na instituição de saúde, já que a coloca numa posição imperiosa de sofrimento.

A angústia é um afeto que não engana, não é recalcado; desarticula da cadeia significante, ela fica às margens, desorientando, e essa aparição desagrega de sentido apresenta-se ao sujeito num momento em que este não dispõe do recurso simbólico para lidar com a angústia, situação que se apresenta no hospital de forma avassaladora,

colocando o sujeito em risco, num estado de urgência; urgência subjetiva. O sujeito angustiado perde seu conteúdo e seu continente (Azevedo, 2019, p. 65/66).

Ao considerarmos o atravessamento da angústia, destaca-se a importância da fala, que pode adquirir um contorno diante do real que se apodera do sujeito. No entanto, não se trata de aconselhamentos para aqueles que estão sofrendo, especialmente com crises de angústia, mas sim através da voz do analista, reconhecendo a expectativa na própria “emergência do sujeito humanizante” (Leite, 2011, p. 75).

É por isso que a vida é sempre reconstrução. Reinventar a vida, ser um criador da própria vida – que assim se faz obra – é a proposta da psicanálise. Nesse sentido, a experiência psicanalítica visa conduzir o sujeito o mais longe possível na construção de algo novo, apesar das determinações inconscientes (Leite, 2011, p. 68).

Diante da citação acima, é isso que a clínica psicanalítica no hospital se propõe a fazer, pois se manifesta no lugar onde o mal-estar está privilegiado, colocando-nos assim numa posição de cuidado para além do processo saúde-doença. Assim, ao pensarmos na psicanálise fora de seu contexto tradicional, ela é vista como “(...) a partir de um manejo que ofereça um encontro essencialmente humano para que o paciente possa expor sua dor emocional, diante da inexorabilidade da doença e de sua condição” (Lucas; Vaz; Souza, 2022, p. 65).

Neste contexto, o sujeito confronta-se com a presença da angústia ao considerar seu próprio adoecimento, suas perdas simbólicas, rupturas dos papéis e dos vínculos sociais, o que pode demarcar um excesso que o chama para a necessidade de um trabalho de elaboração psíquica (Almeida; Aires, 2023).

Assim, a prática da psicanálise no contexto hospitalar se revela como uma jornada compartilhada, oferecendo a possibilidade de criar narrativas. Isso depende da relação entre os personagens envolvidos no processo - o analista e o sujeito -, os quais podem dinamizar os atendimentos para expandir, ampliar e esclarecer as manifestações psíquicas relacionadas à experiência deste com seu próprio adoecimento (Lucas; Vaz; Souza, 2022).

Segundo Moretto (2019), compreendemos que diante da condição singular de angústia motivada pelo adoecimento, o sujeito é privado de um campo de saber, onde se organiza um ambiente de (in)certezas para ele. “É fundamental que o psicanalista possibilite ao paciente a construção de uma narrativa na condição de autor, e não como coadjuvante de um cenário identificado ao objeto de cuidados médicos” (Moretto, 2019, p. 61). Neste sentido, a presença do psicanalista no hospital é crucial, pois trata-se de inverter os discursos dominantes,

apontando para o sujeito como um lugar de saber a ser produzido, não visando dominar seu próprio discurso, mas permitindo a abertura para uma outra cena, a do próprio inconsciente.

4. A CERTEZA ANTECIPADA NA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

“Ao verme que primeiro roeu as frias carnes do meu cadáver dedico como saudosa lembrança estas memórias póstumas.”

Memórias Póstumas de Brás Cubas

Machado de Assis

4.1. A CLÍNICA PSICANALÍTICA E A CERTEZA ANTECIPADA NO HOSPITAL

Moretto (2019) nos apresenta a clínica psicanalítica no hospital e, alinhada ao pensamento lacaniano, pontua que a garantia da psicanálise não está somente no setting analítico tradicional. A defesa de um bom exercício da psicanálise reside justamente no direcionamento da transferência, nos fundamentos éticos das técnicas, bem como no desejo do analista. É neste contexto que a análise se inaugura.

É claro que sabemos que aquilo que um psicanalista faz com o que ele sabe sobre os fundamentos da Psicanálise, depende menos da Psicanálise do que de sua relação com ela. Contudo, ainda que estejamos mais ou menos seguros da importância da formação do psicanalista para a introdução e sustentação do discurso analítico nessa “Outra cena”, o que é preciso reafirmar é que o potencial transformador da presença do psicanalista na instituição de saúde depende, sobretudo, de sua disponibilidade interna e externa para a alteridade, de seu desejo de ganhar com as diferenças, sem perder de vista a especificidade e a Ética da Psicanálise (Moretto, 2019, p. 50).

A presença da psicanálise no hospital demonstra que é a consideração da diferença entre esses dois campos do saber, psicanálise e medicina, que sustenta um encontro possível e produtivo. Esse encontro, caracterizado pela colaboração, permite que o psicanalista e o médico trabalhem juntos como equipe de saúde dentro da instituição. É através dessa interação que esperamos compreender melhor como esses dois mundos, cada qual com sua especificidade, podem colaborar para seus respectivos avanços (Moretto, 2019).

A diferença fundamental em que se coloca entre psicanálise e medicina diz respeito à exclusão do sujeito por parte da ciência, sujeito que a psicanálise traz para o cerne de seu discurso. A ciência moderna estabelece as condições de aparição do sujeito, mas

não o toma como em consideração. O sujeito é suposto pela ciência para ser dela, ao mesmo tempo, excluído (Garcia, 2021, p. 21).

No entanto, de acordo com Moretto (2019), considerando a metodologia imperativa no campo da medicina, o que sustenta o discurso sobre a doença é o discurso médico. Dessa forma, a posição ocupada pelo médico diante do paciente é a de representante de um saber sobre a doença, pois sua função diagnóstica consiste em nomear os significantes identificados como signos da ordem médica. Isso mostra a transformação dos diversos sentidos à medida que ocupa o lugar de saber único, compreensível no discurso da medicina.

Seguindo essa lógica, Freud, ainda como médico, inicialmente demonstrou interesse pela manifestação da histeria, mas não pelas histéricas. No entanto, a histeria, ao se assemelhar com várias doenças, mesmo que não fosse nenhuma delas, desafiava o saber médico estabelecido na época, pois tornava seu conhecimento questionável. A única resposta possível era que as histéricas não tinham nada (Moretto, 2019).

“A sensibilidade de Freud, ainda enquanto médico, revelou-se quando ele percebeu que não é na cena médica que o drama da histeria pode ser resolvido, na medida em que intuiu que o saber sobre o sintoma histérico não está no discurso médico e sim no discurso do sujeito” (Moretto, 2019, p. 50). Ao se desprender desse saber, Freud supôs que, ao suspender tal conhecimento prévio, teria mais facilidade na construção de novos saberes, que poderiam resolver, inclusive, os entraves médicos diante da problemática da histeria.

Como elucida Garcia (2021, p. 21) na seguinte citação sobre a introdução do sujeito na própria ciência por meio da psicanálise:

A psicanálise introduz algo de novo na ciência, introdução que tem valor de subversão. A subversão do sujeito. E por essa subversão não se pode dizer que a psicanálise é uma ciência a mais e, ainda, se considerarmos como uma ciência derivada, (...) apenas poderíamos considerá-la como uma ciência castrada que desenha um furo no coração da ciência. O sujeito como referente absoluto traz um rompimento de discurso e a emergência de um outro. A psicanálise mantém conexões com o campo da ciência, mas com ele não se confunde.

Para Simonett (2018), a psicanálise se inaugura no hospital por meios próprios, pois considerou que existia algo a ser feito na cena hospitalar. Deste modo, nós, psicanalistas, podemos ser caracterizados como intrometidos, não sendo convidados para tal cena, o que nos coloca numa posição nada peculiar. Neste sentido, exercemos nossa função considerando o caso a caso, entendendo que cada sujeito enfrenta o adoecimento de modo particular, da forma que consegue. Isso faz com que não exista um único modo de adoecer, pois o que a psicanálise

propõe como objetivo é acompanhar a travessia no processo de adoecimento, sem guiá-lo, pois, somente o próprio sujeito é capaz disso.

Azevedo (2019) considera que tal sujeito não procura ser atendido por um psicanalista, uma vez que comparece à instituição de saúde devido ao seu mal-estar manifestado no corpo. Porém, na prática clínica nos hospitais, percebemos que, no encontro com o psicanalista, pode se evidenciar este sujeito, que inicialmente não consegue dizer nada sobre seu mal-estar psíquico. A saída para isso, diante da urgência do que se sofre, é o próprio sofrimento, que muitas vezes embarga seu dizer. Como nos elucidava Lima (2018), ao colocarmos tal sujeito em sofrimento para verbalizar, ele poderá, assim, elaborar tal ruptura em sua história de vida.

No hospital, o adoecimento do corpo e a hospitalização funcionam como possíveis disparadores para o aparecimento da angústia. Acreditamos que a oferta do profissional da psicologia nesse contexto possa funcionar de forma que o sujeito, a equipe e a família viva as situações ao qual o ambiente hospitalar invoca como um convite ao trabalho diante do que é possível ser feito. Além disso, que estes autores possam criar recursos psíquicos para não sucumbirem diante de certos cenários que, por vezes, são arrasadores (Laboissière; Leite, 2020, p. 361).

A clínica psicanalítica no hospital se presentifica uma vez que o analista disponibiliza sua escuta atenta e fluente ao paciente, ao passo que este o reconhecerá como um profissional com um olhar diferente do médico. Este lugar de oferta se sustenta no acolhimento e na própria escuta, que considera o paciente para além de seu sintoma biológico (Lucas, Vaz, & Souza, 2022).

Nós, psicanalistas somos profissionais da experiência – é enfaticamente o que nos interessa, trabalhamos com pessoas a partir dos acontecimentos e de suas consequências em vários sentidos. O nosso método clínico nos possibilita tratar do sofrimento psíquico de uma pessoa, o que não é, necessariamente, a mesma coisa de tratar da doença de uma pessoa (Moretto, 2019, p. 58).

Desse modo, a clínica psicanalítica na instituição de saúde considera a diferença entre o adoecimento inscrito no corpo e o adoecimento enquanto experiência. Nesse aspecto, o psicanalista buscará proporcionar a transição do acontecimento em si para uma experiência. Em outras palavras, possibilitará a construção de subjetivação, elevando tal adoecimento, sendo este possível de descrição, à posição de experiência, produzindo um saber único (Moretto, 2019). “A clínica psicanalítica é a clínica do real, e não há melhor exemplo disso do que a prática cotidiana do trabalho no hospital” (Alberti, 2019, p. 12).

Simonetti (2018) nos questiona de que forma se dá a posição analítica no hospital. “Em pé”, nos responde. Nossa atividade enquanto psicanalistas neste contexto é marcada por meio da palavra, entre diversos outros, e em pé, evidenciando a modificação no setting comparado

ao consultório tradicional. Ao entrar neste mundo, deixamos nossa privacidade, poltrona, divã e até mesmo o silêncio garantido neste espaço para inserir-se neste setting moderno de trabalho. No entanto, a consequência mais significativa diante desta mudança é o efeito atingido pelos diversos psicanalistas atuantes em hospitais, uma vez que conquistamos consequências clínicas importantes. Com isso, constatamos que a clínica psicanalítica se faz imperiosa.

Partindo desta compreensão, é possível que a clínica psicanalítica nas instituições de saúde ultrapasse os limites do consultório mobiliado, lugar onde percebemos que o inconsciente não se encontra dentro deste ambiente e nem fora, ele apenas se apresenta no lugar em que o sujeito se dispõe a falar. Dessa forma, manejar o discurso do analisando, sendo ele demandante de um saber, pode se dar plenamente no leito hospitalar, onde este local pode também fazer-se em um divã ético, ou seja, um leito possível de ocorrer transferência (Moretto, 2019).

Freud (1912), em “*Sobre a dinâmica da transferência*”, salienta que esta se desencadeia ao longo do tratamento psicanalítico, assumindo uma função já conhecida. Este funcionamento configura-se como um dos alicerces para a análise. É este movimento, que o sujeito irá estabelecer ao longo de sua vida, que passa a se configurar desde as relações de sua infância, sendo reeditado e reproduzido ao passo que as próximas relações amorosas permitam uma configuração permanente, apesar de sua composição recente.

É no hospital que o manejo psicanalítico recria seus aportes teóricos e técnicos para promover um redirecionamento de seu campo clínico. (...) esse campo clínico é provido de inúmeros atravessamentos importantes que gravitam em torno das relações do analista e paciente: a extrema visibilidade a que os atendimentos estão submetidos; a transitoriedade que introduz a rapidez e brevidade como marca dos atendimentos ambulatoriais; a complexidade do campo transferencial que se organiza com base em elementos subjetivos e institucionais a partir dos quais o par analista/ analisando ganha movimentação (Lucas; Vanz; Souza, 2022, p. 68).

A transferência se configura de “inimaginável importância” (Freud, 1912, p. 93), revelando-se na situação analítica como um “recurso auxiliar de valor insubstituível” (Freud, 1912, p. 93) e, ao mesmo tempo, “como uma fonte de sérios perigos” (Freud, 1938, p. 93). Classificando-a, Freud (1912) divide a transferência em positiva e negativa, sendo a primeira a transmissão de sentimentos carinhosos e a segunda, a transferência de sentimentos hostis.

A transferência estabelecida no hospital pode possibilitar endereçamentos diante do que se configura como impossível para o sujeito, uma vez que a posição de saber/mestre cede lugar, objetivando o surgimento deste sujeito. Podemos considerar isso como um momento em que se estabelece “uma torção no discurso do mestre” (Swinerd; Darriba, 2022, p. 297), movimentando, neste instante, o saber.

Freud, em “*O início do tratamento*” (1913), compara a análise com um jogo de xadrez, onde afirma que as regras podem estar padronizadas do início ao fim. No entanto, o que se passa nesse intervalo não se configura como padronizado, uma vez que “a diversidade extraordinária das constelações psíquicas em questão, a plasticidade de todos os processos anímicos e a riqueza de fatores determinantes também se opõem a uma mecanização da técnica” (Freud, 1913, p. 121). Entendemos que, ainda que os atendimentos sejam realizados no hospital, temos nossas referências enquanto técnica, mas atuamos também com a exigência da flexibilidade desta no setting hospitalar. Isso ocorre porque, uma vez que a psicanálise se dispõe a sair do seu mundo particular para um ambiente diferente, igualmente nos deparamos com o sujeito. “A psicanálise busca compreender a experiência dos sujeitos no âmbito da cultura em saúde” (Lucas; Vanz; Souza, 2022).

A psicanálise pode ajudar o paciente a estruturar psiquicamente seu adoecer, sua vida e seus afetos, mesmo no lugar diferente da sala silenciosa com divã. O método psicanalítico não depende do local clássico do analista, pois ele opera a partir de um lugar psíquico, fazendo com que a resolutividade de seu método encontre eco no acontecer clínico e na escuta da singularidade de cada paciente (Lucas; Vanz; Souza, 2022, p. 67).

Este contexto de atendimento, compreendemos como setting analítico, caracteriza-se por um conjunto de regras que possibilitam a intervenção em psicanálise. Na teoria, encontramos o legado de Freud, que considera a linguagem e a palavra como recursos para o trabalho do analista. Isso é plenamente praticável no contexto da transferência, onde o analista ocupa um lugar possível para intervir. Assim, encontramos como única regra viável a associação livre, regra fundamental como dispositivo analítico (Moretto, 2019).

No setting hospitalar, surge a figura do analista que oferece a escuta do sofrimento psíquico. Esta oferta se orienta indiscutivelmente pela direção do psicanalista, enquanto a demanda pela necessidade de ser escutado orienta-se pelo paciente. Neste contexto, a singularidade refere-se ao movimento do analista, que se dirige pessoalmente ao paciente, demarcando este lugar de oferta e considerando que o paciente possa surgir no encontro analítico, caso deseje. No entanto, se o paciente não desejar, não há o que demandar, mas isso não significa que o analista deixe de oferecer sua escuta. Consideramos evidentemente que não é possível análise sem demanda, mas podemos pensar que “é com a oferta que se cria a demanda, que a análise se dá!” (Moretto, 2019, p.111).

A clínica psicanalítica no hospital passou a ser progressivamente convidada a responder às demandas da instituição referentes aos sujeitos em sofrimento. Assim, o hospital se configura

como um campo de assistência e pesquisa diante das manifestações dos corpos doentes na atualidade. No entanto, surgem possibilidades mediante a demanda do sujeito e da instituição, o que se configura como desafios inerentes à prática e à teoria (Gomes; Próch, 2015).

Num primeiro momento, somos solicitados a dar respostas a três demandas: a do hospital, que se direciona para a cura; a do paciente, que deseja se livrar do sofrimento; e a nossa, enquanto psicanalistas, ocupando um lugar de especialistas, mesmo sabendo que é de outro lugar que nos situamos (Swinerd; Darriba, 2022). Porém, Moretto (2019, p. 78) utiliza-se de crítica diante das demandas direcionadas ao psicanalista, indicando dificuldades no manejo da equipe de saúde.

(...) nos indica que, de modo geral, a equipe de saúde os convoca quando se depara com os desafios de enfrentar algumas dificuldades que emergem do manejo (ou da falta de manejo) de situações na quais aquilo que é da ordem e/ou da subjetividade atravessa a cena institucional pela via da angústia e/ou do sofrimento, seja do paciente e/ou seus familiares, seja dos próprios membros da equipe.

Podemos observar também um (des)encontro por meio do olhar que se comprova em exames e do que se apresenta no discurso do sujeito. Esse (des)encontro ocorre quando a ciência médica atesta a doença, a cura e até mesmo a ausência de doença, enquanto a psicanálise aponta para um sujeito dividido, envolvido com seus sintomas, que por vezes se encontra destruído pela presença do câncer em sua vida. Com isso, percebemos que a psicanálise tem sua importante contribuição, apostando que é de outro discurso que se trata (Swinerd; Darriba, 2022). “Está posta, então, a importância que o psicanalista confere à oferta de um dispositivo de fala para o paciente angustiado, o que é bem diferente de o profissional de saúde responder ao chamado do paciente falando para/por ele” (Moretto, 2019, p. 61).

Em meio a esses (des)encontros, desde minha experiência como psicóloga residente em oncologia, pude possibilitar momentos de fala aos meus pacientes, uma vez que os convidei a falar, a seu próprio tempo, sobre o que lhes causava pressa, surpresa, ameaça e mal-estar frente à constatação de que são finitos. Deparei-me com (des)encontros de diversas ordens, tais como: dos pacientes, da família, da equipe de saúde e os meus também. Eles se mostraram sujeitos corajosos diante de suas fragilidades reconhecidas por eles próprios, sendo possível falar sobre seu sofrimento psíquico. Deparei-me ainda com profissionais buscando a aniquilação do sofrimento destes que me solicitavam quase um milagre – *acabar com o sofrimento dela, ou fazer ele parar de chorar* – porém recebia tal chamado como um pedido de ajuda, pois não conseguiam validar o intenso sofrimento psíquico do outro tocado em si. Eu, enquanto sujeito, estive marcada por uma história de perda pelo câncer de uma pessoa querida e importante em

minha constituição enquanto menina/mulher. Joia, para os íntimos, realmente uma preciosidade de pessoa. Atrelada a essa motivação, soube me cuidar e sofrer no divã, meu lugar de fala, à medida que algumas situações, que para mim foram limites, para meus pacientes foram de intenso sofrimento psíquico. Diante disso, pude acompanhar a constatação da finitude humana, que se esbarrava em mim, às margens do leito, onde a contratransferência se fez presente.

Neste contexto, os pacientes evidenciaram uma rotina que já estava instalada às pressas, onde a urgência do dia a dia consumia a responsabilidade de sua saúde, estando atrelada ainda às vulnerabilidades sociais. Antes de adoecer, o que não se tinha era o próprio tempo de si e para si, uma vez que o diagnóstico oncológico pede antecedência, cuidado, o famoso check-up para rastrear os primeiros sinais dessa doença tão temida, pois ela carrega consigo a certeza para além de apenas uma pausa. No entanto, o momento “*você está com câncer!*” impôs-se de pausa, perda e pressa. Pausou-se a vida enquanto simples rotina diária, acompanhada por seus lutos simbólicos, uma vez que se perdeu quem se foi até ali, perdeu-se ainda uma parte de si após adoecer. Em meio a isso, outra pressa se instalava, a corrida para a cura, porém em outra cena, dava-se contorno à angústia por meio da palavra.

Estar marcado psicologicamente pelo diagnóstico de câncer é ter que lidar com o inesperado, com o imprevisto diante da surpresa de ser o “premiado”, pois nos esquecemos do quanto essa doença é democrática. Assim, pude escutar, por meio do dito e do não dito, o quanto a demarcação de estar doente levou à decepção e à surpresa, uma vez que as rupturas e as vulnerabilidades se escancaravam no cotidiano do hospital. Este corpo adoecido na cena hospitalar passava a ser atravessado por histórias, revelando perdas, medos e dores, impondo uma relação de confronto com a limitação da realidade que lhe foi imposta.

Essa realidade, a partir da constatação do seu adoecimento oncológico, jogou o sujeito ao encontro quase certo com sua morte, uma vez que eles relataram acontecimentos inscritos no corpo e como experiência única ao entrar em contato com sua finitude. Ao acompanhar tais pacientes, eles constataram que a morte se tornara possível, perdendo a ilusão da própria imortalidade. Morrer era possível, porém insuportável. Mas é nessa vivência que a possibilidade de morte se inaugura no psiquismo do sujeito, motivando-o a viver, como se até ali não o estivesse. Nesta lembrança, evoca-se a condição humana da própria temporalidade e finitude, que constantemente buscamos esquecer, e que, de fato, nos iludimos perante essa fragilidade.

Ser psicanalista em uma instituição hospitalar foi uma experiência em que os sujeitos, em suas mais variadas formas de angústia, se apresentaram no encontro analítico, denunciando mal-estar. A angústia, neste momento, os consumia, deixando-os sem direcionamentos e fazendo irromper algo que impediu o uso da palavra. Contudo, com a escuta psicanalítica, foi

possível validar o tempo como algo arrebatador diante da doença, enquanto o presente e o futuro surgiam como entraves de um passado histórico marcado pelo câncer. Para Freud, a angústia nos sinaliza algo, e para Lacan, ela não nos engana; ou seja, a angústia se manifesta no sujeito querendo nos comunicar algo. Mesmo que o sujeito não quisesse considerar tal afeto, a angústia estava lá, sendo impossível calá-la. De alguma forma, ela surgiu. A partir disso, foi considerável apostar na palavra de cada sujeito, permitindo assim a construção de saídas simbólicas frente ao seu sofrimento psíquico.

Neste sentido, podemos pensar no processo de subjetivação do sofrimento, que, para Moretto (2019), revela a complexidade da experiência dolorosa, destacando sua natureza subjetiva. A autora enfatiza que o sofrimento não é uma vivência isolada, mas sim um fenômeno que emerge das interações do sujeito com seu contexto. Nesse sentido, a forma como o sujeito interpreta e dá significado ao seu sofrimento é influenciada por sua história de vida, suas relações interpessoais e sua capacidade de simbolizar sua dor através da palavra. Compreender o processo de subjetivação do sofrimento significa reconhecer sua dimensão relacional e simbólica, bem como a importância da narrativa e da manifestação psíquica na construção do sentido da dor. Dito de outra forma, “falar para um psicanalista é um contar-se” (Moretto, 2019, p. 59). Considerando a experiência do sofrimento psíquico no adoecimento pelo câncer, podemos estabelecer uma relação com a citação a seguir:

A clínica psicanalítica nos ensina, portanto, que o adoecimento é uma experiência na qual, no psiquismo do sujeito, a morte passa para o campo do possível. É curioso que, nota-se com facilidade em muitos casos, é quando a morte passa a ser possível para o sujeito que passa a ser possível também uma espécie de valorização da própria vida, acompanhada de um forte investimento psíquico na luta por ela (Moretto, 2019, p. 60).

Para esta pesquisa, escutei quatro pacientes em tratamento oncológico em um hospital de referência em Belém do Pará. Estes sujeitos estavam na clínica oncohematológica, onde os principais diagnósticos são Leucemia Mieloide Aguda (LMA), Leucemia Linfóide Aguda (LLA), Leucemia Mieloide Crônica (LMC), Leucemia Linfóide Crônica (LLC), Linfoma não-Hodgkin e Linfoma Hodgkin. Elegemos um caso clínico para análise, considerando a manifestação dos conteúdos psíquicos diante das circunstâncias enfrentadas na coleta de dados. Assim, no próximo subcapítulo, podemos compreender como a paciente Joana (nome fictício) conseguiu elaborar, ou não, seus sofrimentos psíquicos, em meio aos atravessamentos de suas angústias ao confrontar a finitude humana, que o diagnóstico oncológico escancara e enfatiza na corrida pela cura.

4.2. CASO CLÍNICO JOANA: O INSTANTE DE VER, O TEMPO DE COMPREENDER E O MOMENTO DE CONCLUIR

Diante da falta de tempo imposta pelo hospital, ou até mesmo da abreviação desse tempo, para que o sujeito consiga compreender algo sobre o seu adoecimento, é relevante a introdução do tempo subjetivo, que aponta para uma pausa em toda a pressa revelada pela medicina (Azevedo, 2018).

Considerando que estamos inseridos na instituição hospitalar, é importante refletirmos sobre o tempo de cada sujeito, uma vez que a temporalidade do hospital ignora a própria temporalidade individual. Nesta instituição, luta-se contra o tempo, pois não há mais tempo a perder, mas há um outro tempo, o tempo subjetivo, que deve ser considerado (Azevedo, 2019). “No hospital, assim como no processo de análise, o tempo e sua utilização ocorrem de maneira singular e distinta, sobretudo porque só podemos pensar no tempo do sujeito, ou seja, no caso a caso.” (Azevedo, 2019, p. 72).

Diante disso, podemos refletir sobre o tempo em que se dá o desdobramento da análise. Tempo este que, a partir de Quinet (2009), passa a ser caracterizado não como um tempo padrão cronometrado, mas como um tempo transmitido através da lógica atemporal do inconsciente.

No ponto em que Freud descobre a atemporalidade do inconsciente, Lacan produz a atemporalidade que ele põe em função na direção da cura com o tempo lógico. Para Lacan, como podemos ver em seu ensino não é o passado que atropela o presente, é o Real que assola o sujeito no momento de urgência. Manobras singulares que este poderá criar diante do encontro desvelado com o Real (Azevedo, 2019, p. 83).

A partir dessa perspectiva, podemos deduzir que, frente àquilo que se apresenta como urgência para o sujeito hospitalizado—uma urgência que é vista como uma “pedra no caminho” (Azevedo, 2018, p. 209), um acontecimento que se manifesta como impossível de ser simbolizado e que acelera a percepção da finitude—o analista terá o papel de facilitar a palavra, permitindo que o sujeito possa se representar (Azevedo, 2018).

Assim, podemos criar uma abertura para o tempo do sujeito, permitindo que ele expresse seu sofrimento psíquico, contornando a presença da angústia e elaborando sua experiência com o adoecimento, mesmo sem garantias absolutas. Esta perspectiva oferece uma possibilidade para a palavra do sujeito que sofre a partir de seu adoecimento oncológico. Podemos entender essa condição através do tempo lógico de Lacan, dividido em três momentos: “o instante de ver – definido como um instante de clarão; o tempo de compreender – tempo de hesitação e elaboração; e o momento de concluir – quando a pressa e a urgência levam à conclusão.” (Azevedo, 2019, p. 86).

Em seu texto “*O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*”, Lacan (1945) apresenta a problemática da lógica do tempo, discutindo a constituição de três instâncias: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Podemos associar esses três conceitos à experiência do adoecer pelo câncer. O instante de ver corresponde ao diagnóstico oncológico e ao desespero emergente diante da certeza da própria morte, confrontando o paciente com a realidade da finitude humana. Ao transitar para o tempo de compreender, com o estabelecimento da transferência, o sujeito alcança o processo de elaboração psíquica. Por fim, o trabalho psíquico se encerra com o momento de concluir, relativo ao que se tornou questão.

Nesta passagem, Lacan (1945) introduz o conceito de tempo lógico, revelando que o processo de elaboração psíquica de algo traumático acompanha a temporalidade lógica. Dito de outra forma, tal elaboração não segue uma ordem cronológica, inserindo-se na dimensão do tempo lógico, o que pode possibilitar uma elaboração em seus diversos instantes.

Neste sentido, o adoecimento oncológico, enquanto urgência, pode emergir como uma falha dos recursos psíquicos diante da realidade, mobilizando sofrimento psíquico e criando uma pausa temporal entre o instante de ver e o momento de concluir, suprimindo o tempo de compreender (Almeida; Aires, 2023).

(...) o tratamento do sujeito pelo discurso analítico é questão de tempo; não um tempo cronológico, que engole os instantes na corrida do passado ao futuro, mas um tempo lógico que faz valer o instante como decisivo. (...) o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. O tempo operativo na análise, que inclui esse tempo em três dimensões, é lógico e coerente com a temporalidade lógica da constituição do sujeito (Fingermann, 2009, p.63).

O caso clínico a ser analisado refere-se a uma mulher de 59 anos, divorciada, cozinheira, com seis filhos e onze netos, que adorava viajar com eles, mas teve sua rotina interrompida ao ser diagnosticada com Leucemia Linfóide Aguda (LLA). Joana foi atendida em uma única sessão de cinquenta minutos, uma situação que esbarrou em questões burocráticas do serviço de psicologia do hospital, apesar da aprovação deste trabalho pelo Comitê de Ética para um acompanhamento de quatro meses na instituição. Apesar desse contratempo, decidimos seguir com a pesquisa, considerando que, muitas vezes, o contato com o paciente durante a hospitalização é breve, seja devido à mudança de clínica, alta hospitalar ou evolução para óbito. Assim, vivenciamos um instante de ver, inesperado, passando ao tempo de compreender com a decisão de continuar e, por fim, chegando ao momento de concluir, entendendo que isso pode ser uma particularidade dos atendimentos em hospitais. Mesmo neste breve encontro analítico,

evidenciou-se a importância de possibilitar espaços para a emergência do sujeito neste contexto. Durante o atendimento, testemunhamos Joana manifestar a vivência de seu sofrimento psíquico, passando pelo momento do diagnóstico, mudanças impostas por este, medos, angústias e possíveis conclusões a partir desse adoecimento. Ao me aproximar para realizar a sessão, deparei-me com uma mulher receptiva, que aceitou compartilhar seu percurso de adoecimento, sofrimento e angústias.

Para Azevedo (2019, p. 86), “o instante de ver seria, então, a primeira escansão temporal. Neste instante de tempo, podemos ver um sujeito embarçado no tempo, um tempo instantâneo.” Podemos relacionar este primeiro movimento lógico, muitas vezes abrupto, ao instante de ver, pois caracteriza-se pela impulsividade e pela primazia do não saber no tocante à angústia frente ao adoecimento. “O tempo de angústia no hospital equivale ao sujeito diante do instante de ver, paralisado, sem a possibilidade de um ato que o tire dessa condição. É um sujeito sem borda, escancarado na condição de puro objeto.” (Azevedo, 2019, p. 85).

“*Nunca imaginei que minha vida estava prestes a mudar de repente*”, verbaliza Joana, acompanhada de silêncios ao lembrar da rotina de exames e da pressa para concluir. Neste caso clínico, podemos observar, como sugere a primeira movimentação lógica de Joana, ao discorrer sobre o momento da confirmação do diagnóstico: “*No dia em que soube que estava com essa doença, chorei muito e saí de lá mais ou menos, não saí bem. Fiquei arrasada, foram umas duas ou três semanas assim, mas tive contato com a psicóloga e comecei a entender as coisas um pouco.*” Joana demonstra que recebeu o diagnóstico de forma avassaladora, atravessando-a em sofrimento, assujeitamento e angústia, manifestados em choro intenso. Essas falas são características deste momento inicial e estrangulador. A angústia neste instante de ver parece circunscrever um nó que necessita ser rompido para mudar sua função e movimentar o sujeito, não mais deixando-o paralisado em seu intenso sofrimento psíquico.

É um tempo soberano que num instante pode engolir todo o tempo para compreender, como podemos ver em nossa prática no hospital. Isso corresponde a um sujeito impessoal, no qual não há uma subjetivação ou um raciocínio, apenas uma constatação do que se pode ver nesse momento (Azevedo 2019, p. 86).

Neste raciocínio sobre a dimensão do tempo, observamos que os profissionais de saúde atuam a partir do conhecimento biológico, visando salvar a vida do paciente. Por outro lado, o paciente enfrenta a complexidade da realidade do corpo, acompanhada pela falta de palavras para construir uma rede de significantes que lhe permita compreender o que está experienciando em seu adoecimento (Azevedo, 2018). “É um momento de ruptura que o desestabiliza e o faz

mergulhar na inércia da angústia. Um momento atordoante no instante de ver se faz presente” (Cordeiro; Miranda, 2020, p. 138).

Ainda sobre o momento abrupto do diagnóstico, Joana menciona: *“Fiquei arrasada, é a primeira vez na vida em que preciso ficar internada. No momento do diagnóstico, pensei muito na minha religião. Sou católica e tenho fé em Deus. Peço a Ele que me dê força para persistir, para que eu possa aguentar e não fique desesperada.”* Diante das rupturas em sua rotina, Joana se vê diante do que não pode escolher, apenas aceitar. Ao se ver como paciente, assujeitada, agarra-se à sua religião quase como uma salvação para conseguir persistir. Ela busca tranquilizar-se em nome de sua fé para enfrentar essa rotina de despersonalização que se inscreve como sofrimento psíquico.

O instante de ver atormenta o sujeito, pois não há certeza sobre seu futuro. O presente é tomado por angústias, e é possível identificar a junção do instante de ver com o momento de concluir, enquanto o tempo que virá amedrontar o sujeito de maneira avassaladora. Esse momento inicial provoca um entrave, surgindo do que o sujeito pode considerar como verdade diante da falta do próprio não saber. O sujeito se vê interdito ante a urgência que se antevê nesses momentos. Nos hospitais, presenciamos um sujeito vivenciando a angústia, atrasado no tempo, sem tempo para oportunizar conclusões, capturado pelo instante de ver e sem a oportunidade de desenvolver hipóteses sobre si mesmo (Azevedo, 2019).

Joana segue verbalizando: *“Foi tudo rápido, estava me sentindo tensa demais, assustada com todos os exames que já tinha feito, mas ainda assim pediam mais exames.”* Diante do não saber, intercalado por silêncios ruidosos, Joana se põe a falar: *“Comecei a chorar, fiquei triste, fiquei arrasada, foi terrível mesmo. Mas o sentimento foi tristeza. Nunca convivi com ninguém que teve essa doença, mas eu sei que é (silêncio) difícil.”* Joana demonstra como seu tempo subjetivo é atropelado pelo tempo cronológico da pressa e urgência, confundidos ao longo do percurso, enquanto ela simultaneamente necessita de uma pausa para expressar sua fala em meio ao sofrimento.

O primeiro deles o instante de ver, é um momento em que o sujeito se depara com uma situação que o desacomoda do lugar ocupado até então. Frente a essa situação, instaura-se o tempo de uma operação de exclusão lógica, pois o sujeito precisa formular hipóteses, e, assim colocar-se em movimento nesse momento inicial (Moraes; Zanchettin, 2022, p. 191).

Tal experiência demanda um tempo fundamental, permitindo que o sujeito elabore suas conclusões enquanto media o seu não saber, o que indica um caminho que pode estar em desacordo com a sequência temporal cronológica. Nesse sentido, o adoecimento requer uma

delimitação temporal para o início do tratamento, uma vez que as manifestações subjetivas necessitam de pausa, tempo e espaço para elaborar narrativas e promover o processo de elaboração simbólica, sendo conduzido de forma única (Costa et al., 2023).

Diante da necessidade imposta pela urgência subjetiva na clínica psicanalítica no hospital, bem como do tempo lógico, torna-se evidente a necessidade de um exercício de cuidado que possa abrir espaços para a produção de narrativas. O que nos interessa é justamente que o sujeito possa expressar seu sofrimento no encontro com o analista, permitindo a inauguração do tempo de compreender, mesmo neste contexto institucional (Costa et al., 2023).

O tempo de compreender é onde acontece a elaboração, refletindo sobre as hipóteses levantadas e considerando a posição do sujeito em relação aos outros. Refere-se a uma conexão de reciprocidade, pois o sujeito precisa considerar a condição dos outros para supor a sua própria (Moraes; Zainchettin, 2022).

Joana parece estar no tempo de compreender antes de iniciar seu tratamento, confrontando seu não saber, pois a única coisa que se destacava era a pressa. *“Antes de eu vir pra cá, eu tinha pressa em começar o tratamento e não sabia de nada. Eu tinha aquele medo, aquela coisa de como seria. E no dia em que cheguei no hospital, eu não sabia como iam ser as coisas e fiquei muito emocionada. Aquela sensação de que vou morrer foi como fiquei na hora.”* A pressa para iniciar o tratamento, onde a única coisa que predominava era o medo da morte, revela a vulnerabilidade de Joana, colocando-a frente à fragilidade da vida e ao sofrimento psíquico. A angústia de Joana limita seu não saber e o medo da morte, possibilitando o processo de subjetivação do sofrimento psíquico. A experiência de Joana destaca a complexidade do sofrimento emocional, que envolve não apenas a dor em si, mas também como ela é interpretada e integrada à vida psíquica do sujeito. Neste sentido, sua experiência evidencia a dimensão subjetiva do sofrimento e a importância da elaboração psíquica por meio da palavra ao buscar sentido para atravessar seu sofrimento.

Na fala seguinte, Joana tenta lidar com a dificuldade de enfrentar a realidade da doença, implicando resistência ao se apropriar do processo de adoecimento e tratamento: *“A leucemia, não sei se é mais grave porque é no sangue. Só sei que não é fácil. Mas não estou procurando pesquisar, ir a fundo, prefiro que seja tudo no meu momento. E pelo que acho, estou bem, consigo conversar, não estou desesperada e também nem paro para pensar sobre isso.”* Joana expressa uma limitação em seu desejo de saber, onde esse entrave continua revelando seu medo da morte, pois ao não se apropriar do conhecimento, evita se aproximar da morte. Ela menciona a necessidade de tempo para qualquer conclusão futura, demarcando seu tempo subjetivo.

Joana, ainda se recuperando da pressa e do imediatismo, deixa as particularidades da doença para a equipe de saúde, uma vez que o câncer exige urgência.

Com o tempo de compreender, podemos encontrar o estabelecimento da transferência na análise, similar ao que ocorre com questões sobre vida, morte e tudo o que está sendo mobilizado no sujeito. Garcez e Cohen (2011) apontam que, nesta temporalidade lógica, ocorre um desenrolar que possibilita antever uma decisão, permitindo o desenvolvimento a partir de uma lógica intersubjetiva.

Joana fala com propriedade sobre seu medo de morrer, um tema tabu em nossa sociedade, indicando que, mesmo em um único encontro analítico, houve transferência para sustentar sua fala sobre essa temática, como observado no trecho seguinte: *“Essa mocinha aqui, pensei, será que eu ia ficar assim também.”* Joana permanece em silêncio, mas eu, ao marcar aquele momento como um espaço dela, continuo abordando seu contato com a colega de quarto. *“Nem ficava de frente pra cá, ficava de costas. Mas, depois de uns três dias, comecei a conversar com ela.”* Com a hospitalização, Joana se depara com outra paciente, cuja condição representa a morte, evidenciando a fragilidade da vida humana. Joana experimenta o medo de morrer ao ver alguém em condições similares, enfrentando o adoecimento e suas repercussões psíquicas. Neste momento, ela parece enfrentar esse medo ao dialogar com alguém em uma situação semelhante, dado que não sabia o que viria a seguir em seu próprio adoecimento oncológico.

É nesta segunda ascensão temporal que o psicanalista pode intervir para possibilitar ao sujeito um caminho para outro tempo, buscando “os objetos caídos” (Azevedo, 2019, p. 88) e associando-os a outras dimensões importantes para o sujeito, manejando o tempo de compreender. Este tempo é imensurável e essencial para que o sujeito encontre um novo caminho, fundamental para seu emergir (Azevedo, 2019).

Em meio ao atendimento, Joana chora intensamente ao falar sobre suas incertezas ao longo do adoecimento e da perda de seu cabelo: *“São muitas incertezas. Nenhum médico me dá uma certeza de cura. Mas optei por cortar logo meu cabelo, dois dias antes de me internar.”* Joana parece compreender as perdas simbólicas ao longo do tratamento e antecipa a imagem corporal que o adoecimento oncológico ainda lhe apresentará, indicando o que ainda poderia controlar nessa experiência dolorosa.

Após alguns silêncios, ao continuar disponibilizando seu momento de fala, Joana reflete sobre a perda de cabelo, tentando convencer-se de que sua imagem corporal é o que menos importa para ela neste momento. No entanto, ao tocar neste assunto, demonstra que seu cabelo representa algo importante para ela, mobilizando silêncios, lágrimas e angústia. Ela

compartilha: *“Olha, o cabelo muda, né?! Já cortei meu cabelo antes de vir para o hospital. Conversei com meus filhos. Falei que meu cabelo é cacheado, é cheio, ia dar trabalho e como minha vida vai ser assim, hospital-casa, casa-hospital, então é melhor cortar mesmo. O cabelo é o de menos.”*

Após conseguir falar sobre a mudança em sua imagem corporal, Joana chora intensamente. Posteriormente, questiono-a se o cabelo realmente é o de menos, e ela responde: *“É porque não vou me importar com meu cabelo se cair todo, eu sei que vai crescer, vai voltar.”* Apesar de Joana tentar manifestar que seu cabelo não configura um problema para ela, seu discurso carrega um importante sofrimento psíquico, revelando a angústia de ver seu corpo e sua feminilidade comprometidos. Joana diz: *“Tudo isso é o de menos, porque se tudo se resumisse ao cabelo, seria mais fácil.”* Para seguir explorando essa parte de sua subjetividade, pergunto: *“Mas não se resume só ao cabelo?”* Joana, ainda aos prantos, responde: *“Não”*, sinalizando que está em processo de elaboração ao verbalizar sua dor. Esse momento revela não apenas a intensidade de seu sofrimento emocional, mas também seu processo de subjetivação. Ao expressar seu sofrimento através das lágrimas e das palavras, ela evidencia o processo de dar sentido ao próprio sofrimento, transformando-o em uma experiência subjetiva e passível de elaboração psíquica. Na sequência, pergunto a Joana: *“O que seria demais, já que seu cabelo é o de menos?”* Em meio à angústia, ela verbaliza: *“Não sei se vou perder peso, se vou me curar, como vai ser, se vou viver mais no hospital do que em casa. São tantas coisas. Mas pelo menos sei o que tenho que fazer e o futuro é um dia de cada vez.”* Ao que tudo indica, Joana inicia um momento de conclusão a respeito de seu trabalho psíquico, sinalizando um fechamento possível sobre suas questões referentes ao sofrimento psíquico mobilizado pela experiência do adoecimento oncológico, enquanto experiência subjetiva.

As três movimentações lógicas – o instante de ver, o momento de compreender e o tempo para concluir – não se apresentam de forma linear e organizada no discurso do sujeito. Elas podem se sobrepor, entrelaçar e retornar, levando o sujeito a uma organização temporal única na experiência de seu adoecimento.

Com o imperativo da urgência subjetiva, neste tempo de compreender, o analista pode possibilitar ao sujeito espaço para seu próprio tempo, superando a posição de objeto no instante de ver. O objetivo é que o sujeito consiga recompor-se do temor imposto pelo adoecimento, articulando com uma nova experiência subjetiva, na medida em que se maneja esse tempo para formular uma compreensão. Eis o tempo de compreender (Azevedo, 2019). *“(...) esse tempo é incomensurável. Aqui temos um sujeito transitivo, em que a posição deste depende do outro, sendo esse tempo crucial à emergência do sujeito”* (Azevedo, 2019, p. 89).

“O que importa agora é meu organismo, como ele vai ficar, se vai dar certo, se vai responder ao tratamento. Não sei se é porque ainda não me vi careca, se não chegou a hora de perder o cabelo, mas não estou preocupada com meu cabelo.” Nesta passagem, Joana se mostra reflexiva sobre sua saúde física, especialmente no que diz respeito ao tratamento oncológico. O medo da morte surge como um fantasma a ser revisitado, dado que ela discorre sobre as incertezas mobilizadas pelo adoecimento. No entanto, Joana continua quase desmerecendo a possível mudança em sua imagem corporal, tratando a questão como algo secundário, e aparentemente negando o sofrimento psíquico associado, indicando uma priorização da saúde física.

Contudo, Joana admite que enfrentaria dificuldades ao se deparar com a perda de seu cabelo à medida que o tratamento avançasse: *“Acho que seria pior se eu deixasse ele grande e visse ele caindo, então decidi cortar logo.”* Sua fala reflete o temor da perda e da mudança, revelando um esforço para minimizar seu sofrimento psíquico como uma forma de lidar com as incertezas e angústias diante do adoecimento e da possibilidade de morte que o câncer representa.

Nesta segunda movimentação lógica, o tempo de compreender é evidenciado pela possibilidade de hipóteses sobre si, uma resposta única diante do que foi perdido na urgência do instante de ver. Esse tempo é também o tempo que não podemos medir ou contar, apenas finalizar por meio de uma afirmação conclusiva. O momento de concluir, portanto, é um instante para finalizar o tempo de compreender (Azevedo, 2018).

Joana aparentemente reflete sobre si, apesar da incerteza e preocupação expressas em sua fala, e anuncia saber o que deseja: *“Penso no que a enfermeira do hemopa me disse: que eu tinha 5% de chance de dar errado e 95% de dar certo. Vamos ver no que vai dar. Quero ter forças para aguentar. Quero estar firme e forte.”* Aqui, Joana parece enfrentar uma corrida contra seu adoecimento e sofrimento psíquico, ciente das implicações emocionais que já mobiliza, embora com grandes possibilidades de recuperação e cura.

Manejar o tempo na análise, mesmo na prática hospitalar, tem suas reverberações no trabalho do analisante e nas maneiras como ele lida com seu gozo. Assim, na experiência analítica, é essencial incluir as três instâncias temporais para efetivar o trabalho, visando ao surgimento do sujeito, para que ele se apresente, por fim, enquanto questão (Azevedo, 2018).

Nesta perspectiva, consideramos que no encontro com o analista são incluídos os três tempos mencionados por Lacan. No entanto, há um emaranhado na lógica do tempo, sendo necessário considerar essa questão diante da especificidade da clínica psicanalítica em

instituições de saúde, “criando condições para que o sujeito possa emergir” (Azevedo, 2019, p. 95). Tal condição permitirá escutar o sujeito em seus três tempos, no seu próprio tempo.

Assim, portanto, podemos inferir, a partir da descoberta freudiana do inconsciente e sua atemporalidade e das contribuições de Lacan, que são fundamentais dois tempos para que o sujeito possa situar-se, pois é sempre num segundo tempo que este poderá ressignificar de forma retroativa o primeiro; ou seja, será sempre necessário um segundo tempo ao sujeito. Podemos dizer que a realidade psíquica do sujeito é constituída num tempo que não é cronológico, que não respeita uma lógica linear. Ele é atemporal para tanto é importante pensar que o trabalho do analista e sua intervenção só podem ser colhidos no “só depois”, no a posteriori (Azevedo, 2019, p. 93).

Neste terceiro tempo, o momento de concluir, encontramos toda a dimensão da pressa instituída – o instante de ver – para que se possa concluir antes que outra pessoa o faça. Ao vincularmos este momento às reverberações do adoecimento oncológico, podemos refletir sobre a elaboração da experiência de adoecimento. “Nele, o sujeito porta uma certeza antecipada, um juízo, que se trata de uma aposta acerca de si, e a manifesta em ato” (Morales; Zanchettin, 2022, p. 191).

De alguma forma, podemos indicar um possível direcionamento de Joana ao momento de concluir, abordando seu não saber a partir apenas do que se sabe: *“Já sofri tanto pelas perdas com meu adoecimento. Hoje eu sei que apenas preciso seguir em frente para poder voltar para minha vida, para minha rotina, para minhas viagens em família. Mas não é fácil, não, mas sigo em frente.”* Podemos observar que Joana aponta algo em direção ao seu momento de conclusão, sinalizando suas perdas simbólicas ao longo desta experiência subjetiva.

É um momento em que “se precipita radicalmente, não mais em decorrência ou continuidade com a suposição feita a respeito do Outro, mas em descontinuidade, como conclusão, apesar e a partir do não-sabido – a partir da falta do saber” (Fingermann, 2009, p. 36). Nesta terceira movimentação, nos deparamos com a antecipação do ato pelo sujeito, sendo um tempo do próprio sujeito com sua certeza antecipada. Tal particularidade coloca em evidência a cena da responsabilidade, pois a conclusão é um ato do paciente, para enfim se ter uma questão (Azevedo, 2019).

Nesta passagem, Joana nos indica uma posição ativa diante de seu adoecimento. Para sustentar tal atitude, ela demonstra que possui suporte familiar para seguir: *“Vamos lá começar o tratamento. Já comecei a fazer minha parte. Estou tendo apoio da família, meus filhos, meus irmãos, e a gente vai indo.”* Ao ser questionada sobre onde iriam, Joana apenas responde com um sorriso e se redireciona para permanecer falando de sua família como rede de apoio.

Ao percorrermos o caso clínico de Joana, nos deparamos com elementos que podem ser interpretados como o instante de ver, o momento para compreender e o tempo para concluir em sua experiência de adoecimento oncológico. A primeira movimentação lógica de Joana parece se configurar com o instante do diagnóstico, sendo súbito e devastador, o que a colocou em um lugar de assujeitamento, marcado pela angústia. Já sua segunda inscrição lógica parece se dar em função do estabelecimento da transferência, momento em que assume seu lugar enquanto sujeito, função que a medicina lhe rouba, permitindo assim a manifestação de suas questões emocionais. Por fim, o tempo para concluir é onde Joana possivelmente chega à conclusão de que precisa seguir. Mas seguir para onde? Seguir com o quê? Será que ela realmente está falando apenas de continuar com o tratamento? Joana nos deixa sem respostas, o que nos motiva a pensar se realmente foi possível alcançar alguma conclusão enquanto trabalho psíquico, pois acreditamos que seria necessário mais tempo para presenciar o advento do próprio tempo de Joana, enquanto sujeito. Contudo, acreditamos que este atendimento possibilitou seu lugar de fala, criando aberturas para futuras possibilidades de quem oferecer novamente esse espaço para a expressão de seus conteúdos psíquicos.

Ao considerarmos esses três instantes em Lacan, é possível pensar no manejo da angústia e no processo de elaboração da experiência de adoecimento oncológico na clínica psicanalítica em instituições de saúde. Leite (2011) pontua que é através da angústia que a atitude do sujeito pode afastar sua certeza diante de suas escolhas. Com isso, a teoria lacaniana considera de forma positiva a função da angústia na análise e na vida do sujeito, de modo geral. Por outro lado, a intensificação da angústia indica um conflito psíquico, bem como a renúncia do desejo como indicação da falta, em benefício do Outro, existindo assim uma orientação norteadora no exercício da psicanálise, pautada em sua ética. Neste percurso, é importante ressaltar que a jornada e o tempo de análise se fundamentam no comprometimento do próprio sujeito neste processo. E o que se indaga de forma constante nesta jornada é “o que queres?” (p. 80). “Buscamos ocupar um lugar que acolha as contingências, o imprevisto, as surpresas, o encontro com o real, possibilitando, assim, a abertura de um tempo de compreender que possa ser marcado pela possibilidade de um instante de ver e um momento de concluir a *posteriori*.” (Azevedo, 2018, p. 214).

De outra forma, trata-se de conceber o sintoma como uma questão que aguça o desejo de saber, a fim de que o trabalho analítico se desenvolva por meio da investigação. Motivado por esse desejo, o sujeito do inconsciente busca esclarecer a fantasia que sustenta seu psiquismo, sendo manifestada pelo modo de funcionamento repetitivo com o qual se posiciona no mundo.

A passagem pela angústia, de forma concomitante à experiência analítica, depende do engajamento do analisando e de sua permissão consciente e inconsciente (Leite, 2011).

Este caminho depende também do compromisso do analista, devendo este suportar não somente o desejo e a angústia, que se revela neste processo. Mas também, suportar, implicando ser acolhedor e sustentar o possibilitar da travessia possível da angústia (Leite, 2011). “Neste sentido, a experiência psicanalítica visa conduzir o sujeito o mais longe possível na construção de algo novo, apesar das determinações inconscientes” (p. 86).

No tocante à especificidade do atendimento a pacientes com adoecimento oncológico, podemos considerar a transitoriedade na vida desses sujeitos, que percebem sua finitude ao refletir sobre o significativo imaginário social em torno do diagnóstico oncológico, caracterizado pela pressa de concluir. De acordo com Silva e Cardoso (2020), tais fragilidades enfrentadas no processo de adoecimento revelam de maneira avassaladora o que pode se manifestar como insuportável ao sujeito, que foi lançado ao inesperado. Apesar disso, o sujeito pode apostar que o que foi destruído e devastado possa ser reconstruído, na medida em que assume seu lugar de fala a partir de seu sofrimento, no encontro analítico.

4.3. A MORTE E A TRANSITORIEDADE AO ADOECER PELO CÂNCER

Todo esse imaginário social que permeia o adoecimento oncológico nos convida a refletir sobre o sofrimento humano oriundo da constatação de sua finitude, que inevitavelmente se faz presente nas instituições hospitalares. A angústia, a solidão, a tristeza e a coragem, próprios do ser humano e salientados diante de acontecimentos de urgência e imprevistos da vida, impulsionam os profissionais do hospital a reconhecerem as contribuições dos psicanalistas nas enfermarias, o que exige uma psicanálise continuamente reinventada (Moura, 1996).

Nesta experiência do sujeito com adoecimento oncológico, a angústia de castração faz parte desse contexto, manifestada pelo próprio medo da morte, que acompanha a ausência de outros objetos, uma vez que se perdeu a organização familiar, o trabalho e o próprio ideal. A angústia de castração “se dá pelo medo de perder algo de grande valor para o sujeito, o que, evitando o que lhe assusta e lhe causa medo, como a morte, e ao trazer o significante câncer, acabaria por presentificar a morte e sua finitude” (Silva; Cardoso, 2020, p. 26).

(...) a angústia de castração no paciente oncológico, se faz presente pelo medo da morte, de algo que é desconhecido e não pode ser experimentado pelo sujeito, como ser desejante, o paciente oncológico se vê diante da ausência de buscar outros objetos, diante de objetos que perdeu como o seu trabalho, a família, o seu ideal. [...] Se dá

pelo medo de perder algo de grande valor para o sujeito, o que torna possível o pensar sobre a dificuldade de nomeação da doença que o paciente vem apresentar, evitando o que lhe assusta, lhe causa medo de morrer e ao trazer o significativo câncer, por exemplo acabaria por presentificar a morte, sua finitude (Silva; Cardoso, 2020, p. 26).

Neste sentido, podemos entender que a experiência de adoecimento provoca diversas perdas de diferentes ordens, mostrando-nos não apenas uma pausa, mas sobretudo uma ruptura. O ambiente, as funcionalidades físicas e as funções sociais não terão mais as mesmas condições, denunciando a impossibilidade de ser resgatado no ponto em que se pausou. “Com a chegada da doença, ocorre uma ruptura biográfica; o ritmo atual já não é mais o mesmo, que trazia sentido à experiência do sujeito. A doença é entendida como um evento disruptivo” (Nardino; Swnerd, 2023, p. 4).

Em seu texto “*Considerações Atuais Sobre a Guerra e a Morte*” (1915), Freud menciona que, apesar de sabermos que a morte faz parte do ciclo da vida de forma incontestável, tendemos a negá-la. A morte é incompreensível, e mesmo ao tentarmos fantasiar sobre ela, acabamos nos colocando como espectadores, o que “no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (Freud, 1915, p. 230).

Quando o assunto é outra pessoa, o homem que vive em sociedade evita cuidadosamente mencionar tal fatalidade possível, uma vez que a pessoa fadada à morte pode ouvi-lo. O adulto não admite nem mesmo em pensamento a morte de outra pessoa, pois considera-se maldoso por fazê-lo, a menos que lide com a morte de forma profissional. “Sem dúvida, as mortes não deixam de ocorrer por causa desse sentimento terno” (Freud, 1915, p. 231).

Via de regra enfatizamos a natureza casual da morte, um acidente, uma doença, infecção ou idade avançada, e desse modo traímos o nosso empenho em vê-la como algo fortuito, em vez de necessário. Um grande número de mortes nos parece terrível ao extremo. Diante do morto assumimos uma atitude particular, quase que uma admiração por alguém que realizou algo muito difícil. (Freud, 1915, p. 231).

Tal atitude diante da morte nos paralisa ao pensarmos em quem assumirá o lugar de um filho para uma mãe, ou até mesmo o de um marido para sua esposa, em caso de desastre. Com isso, tendemos a banir a morte da vida, ao considerarmos que ela implica diversas renúncias e exclusões. É no mundo da ficção que procuramos substituições para as perdas ao longo da vida. “Pois é muito triste que na vida suceda um jogo de xadrez, em que um movimento errado pode nos levar a perder a partida, com a diferença de não podermos iniciar uma nova partida, uma revanche” (Freud, 1915, p. 233).

Ao abordar a questão da morte, Freud (1915) nos situa na relação entre o homem pré-histórico e seus semelhantes diante dessa temática, evidenciando que ele buscava se comportar de maneira diferente em relação à morte. Este homem primitivo, apesar de ser incoerente em suas atitudes, reconhecia a morte como a extinção da vida, mas também a negava de forma depreciativa. O que potencializava tal atitude contraditória era justamente aceitar a possibilidade de morte do inimigo ou do desconhecido, mas sem antes reconhecer sua própria morte: “A morte do outro lhe era justa, significava a eliminação do que era odiado, e o homem primitivo não tinha escrúpulos em executá-la” (Freud, 1915, p. 174).

Pensar em sua própria morte era considerado algo inexistente e inimaginável, assim como ainda é para nós. No entanto, existe uma situação que entra em conflito com essas duas ideias, rica para discussão. Tal atitude diz respeito ao momento “quando o homem primitivo via morrer um dos seus, sua mulher, seu filho, seu amigo, que ele sem dúvida amava como nós amamos aos nossos” (Freud, 1915, p. 236). Diante da dor de perder quem amava, ele percebeu que poderia morrer também, revoltando-se contra tal fatalidade, pois cada amor perdido era uma parte de seu próprio Eu. Visto de outra maneira, cada morte era considerada correta, pois em cada amor havia uma certa estranheza. Observamos, então, a ambivalência de sentimentos, que atualmente ainda domina as relações afetivas com aqueles que mais amamos, algo que também era amplamente presente na vida pré-histórica (Freud, 1915).

O homem não podia mais manter a morte a distância, já que havia provado na dor pelos falecidos, mas não queria admiti-la, por não poder imaginar-se morto. (...) admitiu a morte também para si, mas contestou-lhe o significado de aniquilamento da vida, algo que não tivera motivos para fazer, quando da morte de um inimigo (Freud, 1915, p. 237).

Freud (1915), ao questionar como o inconsciente lida com nossa vida psíquica, depara-se com a problemática da morte e afirma que nos orientamos de forma semelhante ao homem da pré-história. Neste ponto, assim como em outras situações, esse homem primitivo permanece inalterado em nosso inconsciente. Dessa maneira, não acreditando na própria morte, manifestamo-nos como se fôssemos imortais. Chamamos de inconsciente as partes mais profundas de nossa alma, formadas pelas nossas pulsões, que não conhecem nada que seja negativo e, por isso, acabam por não reconhecer a ideia de morte, a qual só conseguimos compreender de uma forma negativa. Portanto, em nosso inconsciente, nada existe que mencione a morte de forma favorável (Freud, 1915). “Assim como para o homem primitivo, também para nosso inconsciente há um caso em que as duas atitudes opostas em relação à

morte, uma que admite a aniquilação da vida e outra que a nega como sendo irreal, se chocam e entram em conflito” (Freud, 1915, p. 244).

Freud (1915), ao mencionar a guerra e relacioná-la com a morte, esclarece que ela nos despoja de nossa própria cultura, manifestando assim o homem das cavernas que existe em nós. Com isso, a guerra nos convoca a nos comportarmos como heróis, não acreditando na própria morte. No entanto, ela nos apresenta os estranhos e inimigos, para os quais devemos desejar ou causar a morte, mas o que é inadmissível é aceitar a morte da pessoa amada. A única coisa que não pode ser eliminada é a própria guerra, uma vez que a diferença entre os povos e suas intensas aversões persistem. Contudo, se colocássemos a morte de forma consciente em nossa vida, haveria a vantagem de encarar a vida de maneira mais tolerável, visto que suportar a vida continua sendo prioridade para quem está vivo e a ilusão perderia sua importância se nos colocássemos de frente com a morte. Freud recomenda um antigo ditado adaptado à temática: “Se queres aguentar a vida, prepara-te para a guerra” (Freud, 1915, p. 246).

As repercussões psicológicas vivenciadas no adoecimento pelo câncer trazem à tona a relação do homem com o seu sofrimento subjetivo, especialmente em relação à sua possibilidade de morte.

O anúncio da doença confunde-se com o anúncio da morte: morte biológica e morte do ponto de vista das identificações. Trata-se de perdas reais: perde-se peso, cabelos, ganham-se sintomas advindos das terapêuticas. Perde-se lugar social: “o chefe”, “aquele que resolve tudo”, “o forte”, “o mais animado”, “o nosso líder”. É a autonomia interdita (Moura, 2013. p. 202).

Neste contexto, encontra-se presente a dor associada à experiência da ameaça de mudança na imagem corporal, que pode se manifestar por um ideal ferido. Com isso, o paciente entra em contato com o luto simbólico sobre si mesmo, manifestado através da morte de suas identificações elaboradas por esses novos significantes de seu atual contexto de vida, que permeia o tratamento oncológico, como: quimioterapia, zoladex, mucosite, dores, feridas, agulha, cateter, cansaço, entre outros (Moura, 2013). “Essa dor tem a ver com o preço que se paga por uma vida feliz, por ser amado e por amar, por lembranças valiosas” (Moura, 2013, p. 78). Essa subjetividade está relacionada com o medo de perdas interpretadas como irreversíveis e, ao mesmo tempo, com o reconhecimento de que essas perdas motivam conflitos internos. Ao se queixar dessa dor, devemos considerar o que existe para além da dor física (Moura, 2013).

Estar tomado pelo câncer, como acometimento do corpo e como experiência única e subjetiva, não nos impede de realizar algumas generalizações a respeito da morte, que se tornam evidentes ao longo do tratamento oncológico. A experiência de perda se faz geralmente através

do contato com a finitude, no Real deste corpo adoecido. É uma vivência que deixa marcas psíquicas, sendo a principal delas a constatação de que morrer é possível, e o que passa a ser perdido é justamente a ilusão da imortalidade, com a percepção de que não se é mais o mesmo após um adoecimento oncológico (Moretto, 2013).

A Psicanálise no campo da oncologia nos mostra que viver um adoecimento oncológico é lidar com a possibilidade da morte no psiquismo do sujeito, sendo necessário lutar pela vida: “(...) é possível (é preciso?)” (Moretto, 2013, p. 359). É comum ouvirmos o desejo de viver, o que nos leva a questionar: o que foi feito até agora? (Moretto, 2013).

Na luta pela vida, do ponto de vista psicanalítico, não se desvincula do processo de elaboração do luto por uma condição perdida, seja ela idealizada ou não. Cada paciente deve passar por esse processo para encontrar recursos de enfrentamento diante de sua atual condição de vida, mesmo sem garantias de sucesso. “Essa diferenciação entre luto e luta é importante para nós, na medida em que o psicanalista sabe que o que é impossível no Real é muitas vezes experienciado pelo paciente como impotência no lado do imaginário” (Moretto, 2013, p. 360).

De acordo com Silva e Cardoso (2020), é angustiante perceber-se como uma pessoa finita, e neste momento de adoecimento oncológico, isso se torna significativo, surgindo a necessidade de falar sobre a transitoriedade da vida, mesmo que haja dificuldade em mencionar a morte. Tal dificuldade também é vista, ou até mesmo justificada, ao considerarmos que “a morte, embora faça parte do ciclo de vida, torna-se um tabu, um assunto que não pode ser falado” (Silva e Cardoso, 2020, p. 24). Essa compreensão e atitude diante da finitude envolverão o que significa câncer para o sujeito, na mesma proporção em que significa a morte para ele. “Trazer angústias e medos que se fazem presentes diante de sua finitude (...) sabendo que na psicanálise a palavra, quando verbalizada, é via para a elaboração de dor e sofrimento” (Silva e Cardoso, 2020, p. 24).

Podemos entender que é no desenvolvimento do sujeito que ele é orientado a não falar nem pensar sobre a morte, uma vez que o assunto se torna estranho para ele, o que influencia sua dificuldade em verbalizar sobre, resultando igualmente na dificuldade de elaboração dessa questão (Silva; Cardoso, 2020).

Assim, a elaboração psíquica do processo de adoecimento nem sempre segue o ritmo imposto pelo tratamento. Adoecimento e tratamento ora se fundem, ora se confundem, ora destoam, mostrando encontros e desencontros, diferenças e interligações, mas acima de tudo, apontam para uma experiência que é singular (Nardino; Swnerd, 2023, p. 1081).

Diante disso, podemos considerar que, uma vez que o sujeito se encontra em adoecimento oncológico, além de seu corpo adoecido, ele denuncia a transitoriedade em sua vida. Este assunto é discutido no texto de Freud, “*A Transitoriedade*” (1916), onde podemos relacionar com os conflitos causados pelo adoecimento.

Tal conceito aparece na obra freudiana através da relação do ser humano com a morte. Inicialmente, é discutido por meio de uma conversa com um amigo poeta, que “admirava a beleza do cenário que nos rodeava, porém não se alegrava com ela” (Freud, 1916, p. 248). Esse amigo demonstrava sua insatisfação com a ideia de que tudo o que havia sido criado de belo pelo homem parecia condenado a desaparecer, sendo o processo da transitoriedade o curso de tudo e de todos.

Sabemos que tal preocupação com a fragilidade do que é belo e perfeito pode dar origem a duas diferentes tendências na psique. Uma conduz ao doloroso cansaço do mundo mostrado pelo jovem poeta; a outra, à rebelião contra o fato constatado. Não, não é possível que todas essas maravilhas da natureza e da arte, do nosso mundo de sentimentos e do mundo lá fora, venham realmente a se desfazer em nada. Seria uma insensatez e uma blasfêmia acreditar nisso. Essas coisas têm de poder subsistir de alguma forma, subtraídas às influências destruidoras (Freud, 1916, p. 248).

No entanto, ao contestar a visão do poeta, Freud menciona que a transitoriedade do que é bonito não resulta em sua desvalorização; pelo contrário, exige um maior reconhecimento. Isso implica que o enaltecimento da transitoriedade é, na verdade, uma afirmação da grandeza do que é raro na temporalidade, e o reconhecimento desse aspecto potencializa sua raridade (Freud, 1916).

Quanto à beleza da natureza, ela sempre volta depois que é destruída pelo inverno, e esse retorno bem pode ser considerado eterno, em relação ao nosso tempo de vida. Vemos desaparecer a beleza do rosto e do corpo humanos no curso de nossa vida, mas essa brevidade lhes acrescenta mais um encanto. Se existir uma flor que floresça apenas uma noite, ela não nos parecerá menos formosa por isso. Tampouco posso compreender por que a beleza e a perfeição de uma obra de arte ou de uma realização intelectual deveriam ser depreciadas por sua limitação no tempo. Talvez chegue o dia em que os quadros e estátuas que hoje admiramos se reduzam a pó, ou que nos suceda uma raça de homens que não mais entenda as obras de nossos poetas e pensadores, ou que sobrevenha uma era geológica em que os seres vivos deixem de existir sobre a Terra; mas se o valor de tudo quanto é belo e perfeito é determinado somente por seu significado para a nossa vida emocional, não precisa sobreviver a ela, e portanto independe da duração absoluta (Freud, 1915, p. 249).

Freud (1916) refere que pode haver uma inquietação no psiquismo em oposição ao luto, pois o valor do que é belo pode ser subestimado. Pensar na beleza como transitória proporcionou a essas pessoas sensíveis uma sensação de luto antecipatório diante da

possibilidade de destruição. Como o psiquismo hesita frente ao que é doloroso, a satisfação com a beleza é afetada ao considerar sua transitoriedade.

(...) e parecem dispostos a uma renúncia permanente, já que o precioso não demonstrou ser durável, acham-se apenas em estado de luto pela perda. Sabemos que o luto, por mais doloroso que seja, acaba naturalmente. Tendo renunciado a tudo que perdeu, ele terá consumido também a si mesmo, e nossa libido estará novamente livre — se ainda somos jovens e vigorosos — para substituir os objetos perdidos por outros novos, possivelmente tão ou mais preciosos que aqueles (Freud, 1916, p. 251/252).

Ao passar pelo luto, compreendemos que a valorização dos bens culturais não se altera com o reconhecimento de sua fragilidade. “Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em terreno mais firme e de modo mais duradouro do que antes.” (Freud, 1916, p. 252).

Em suma, no contexto do adoecimento oncológico, a transitoriedade se revela de maneira intensa, confrontando os sujeitos com a efemeridade da vida e a proximidade da morte. A vivência do câncer evidencia a fragilidade do corpo e a impermanência dos momentos, tornando a temporalidade da existência mais palpável. Neste cenário, a psicanálise oferece um olhar para fins de subjetivação. A compreensão da transitoriedade no contexto do adoecimento oncológico pode contribuir para uma vivência mais significativa, permitindo que os sujeitos encontrem sentidos mais profundos em meio às transformações que essa jornada impõe e faz sofrer.

5. PARA CONCLUIR

Diante do que foi desenvolvido, a presente dissertação buscou explorar a clínica psicanalítica no contexto da elaboração do sofrimento psíquico frente à angústia em pacientes com adoecimento oncológico. Ao longo deste estudo, foram possíveis algumas conclusões, destacando a relação entre adoecimento oncológico e clínica psicanalítica.

Para situar o leitor e provocar reflexões sobre a temática, utilizamos o trecho da música "Não Tenho Medo da Morte" de Gilberto Gil. Nesta melodia, ouvimos o medo do processo de morrer mais do que da própria morte, um sentido que ressoou ao escutarmos relatos de pacientes em processo de adoecimento oncológico, à medida que compartilhavam suas experiências subjetivas. Essa associação entre a letra da música e as vivências dos pacientes evidencia a complexidade psíquica envolvida na elaboração de seus sofrimentos, à medida que se veem próximos da possibilidade da própria morte. Gilberto Gil forneceu uma potente metáfora para sinalizar a profundidade das experiências emocionais dos pacientes oncológicos. Com o papel da clínica psicanalítica no hospital, podemos oferecer um espaço para o sujeito em meio ao seu sofrimento, à medida que verbaliza e elabora.

Para chegarmos à conclusão, devemos considerar importantes construções teóricas, tendo em vista o imaginário social significativo que foi formado ao longo da história desta doença. Nesse sentido, foi necessário explorar os significantes que permeavam essa construção simbólica, analisando as representações subjetivas manifestadas enquanto experiência para subjetivar tal sofrimento. Desde o momento em que o sujeito é confrontado com a possibilidade de um adoecimento oncológico, o sofrimento psíquico já se instala, justificando-se pelo imaginário social.

Diante disso, e principalmente na confirmação diagnóstica, o sofrimento psíquico deste sujeito se apresentava como uma urgência subjetiva. Essa urgência se manifesta de forma avassaladora e disruptiva, deixando o sujeito assujeitado e sem qualquer possibilidade de mediação simbólica, colocando-o em um estado de vulnerabilidade extrema. Nesse momento, suas defesas psíquicas se desfazem diante da angústia ao se ver doente, e não com qualquer doença, mas com a doença oncológica, que traz imediatamente notícias sobre a nossa finitude. É um momento abrupto, mas com os manejos adequados, podemos possibilitar a reflexão e a elaboração psíquica, ajudando o sujeito a encontrar novos sentidos e possibilidades de seguir, apesar do sofrimento.

Além disso, compreendemos o sofrimento psíquico manifestado como uma urgência subjetiva ao esbarrar na pressa instituída no hospital. Esse momento motiva o sujeito a buscar

certezas antecipadas, diante do seu estado de adoecimento, o que leva a afirmações desesperadas contornadas pela angústia. Isso solicita tempo para o próprio tempo do sujeito, pois seu sofrimento expõe e mobiliza questões relacionadas à vida, à morte e à finitude, sendo esses dois últimos quase como descobertas. Em seu tempo subjetivo, o sofrimento passa a ter outros contornos, motivando pausas e uma escuta de si, produzindo conclusões, seja na própria vida, seja no momento de adoecimento e tratamento, mas com a certeza de que sua urgência subjetiva gerou sentido, conhecimento e mudança de posição subjetiva.

Em meio a isso, escutamos o sujeito em sofrimento, sinalizado pela angústia, considerando a iminência de suas perdas e do próprio sofrimento. Presenciamos perdas da saúde, da autonomia, da imagem corporal, que rouba a feminilidade, assim como os papéis desempenhados ao longo da vida. Em suma, essas perdas representam lugares e posições ocupadas antes do adoecimento, implicando em como o sujeito enfrentaria seu adoecimento. Observamos que, apesar desse contexto, esses lugares subjetivos não foram totalmente roubados, à medida que o sujeito começou a falar, revelando sua posição de sujeito em sua própria vida. Assim, consideramos que a psicanálise se posiciona de forma elementar, não sendo superior nem inferior ao discurso do sujeito, mas sendo fundamental.

Este é o papel da clínica psicanalítica no setting hospitalar: ocupar-se do sofrimento psíquico do sujeito, assegurando-lhe seu lugar de fala, especialmente na psicooncologia, através da manifestação psíquica em torno do imaginário social relacionado ao câncer. Nossa presença nas instituições de saúde demonstra uma posição possível para a subjetivação do sofrimento psíquico.

Buscamos, na transferência, a possibilidade desse processo de subjetivação, visando saídas psíquicas. A transferência adquire relevância particular no contexto oncológico, manifestando-se de diversas formas, como a idealização do médico ou do psicanalista como salvador, a raiva pela doença ou até mesmo a negação da gravidade da situação. Para nós, psicanalistas, compreender e manejar a transferência é essencial para oferecer um suporte emocional adequado ao sujeito, facilitando o processo de elaboração e buscando sentido em meio ao adoecimento.

É importante ressaltar o papel da linguagem e da narrativa na elaboração do sofrimento, como forma de expressar e articular a dor, impactando a capacidade de lidar com ela. Assim, o processo de subjetivação não se limita apenas à vivência da dor, mas também à habilidade de simbolizá-la e atribuir-lhe significado por meio da palavra.

Foi possível testemunhar o adoecimento oncológico como uma sentença de morte ainda em vida, levando o paciente a refletir. A partir dessas experiências, possibilitamos a construção

de narrativas em busca da compreensão do sofrimento, buscando reposicionamento subjetivo na própria vida, mesmo diante da possibilidade de morte.

A angústia manifesta nesta experiência sinaliza algo, movimentando o sujeito em sua experiência subjetiva e até mesmo indicando sofrimento. Sua função não se limita a um estado afetivo, mas também atua como um sinalizador de desequilíbrios internos, indicando que algo está em jogo na relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo. Podemos interpretar a angústia como um alarme que desperta o sujeito para a necessidade de investigar e compreender as origens de seu desconforto, possibilitando a elaboração e transformação de suas questões psíquicas. Nesse sentido, a angústia pode ser vista como um convite ao processo de subjetivação, seja no instante de ver, no tempo de compreender ou no momento de concluir.

O sujeito que possibilitou esse processo de subjetivação foi Joana, o caso clínico analisado nesta pesquisa. Ela nos permitiu questionar se realmente chegou a sua própria conclusão, uma vez que achamos que seria necessário mais tempo para falar sobre seu tempo de compreensão. No entanto, reconhecemos que o atendimento garantiu seu lugar de fala, abrindo caminho para futuras oportunidades. Esse lugar de sujeito não será mais desconhecido para Joana.

Falar sobre adoecimento oncológico é confrontar a transitoriedade na própria vida, conceitos intimamente ligados à condição humana. Este estudo destacou que a consciência da finitude na vida é uma fonte de angústia. A psicanálise, ao abordar a consciência da própria morte, nos convida a investigar essas questões não apenas como inerentes à condição humana, mas também como possíveis manifestações de sofrimento, uma vez que o psiquismo busca esquecer essa possibilidade.

Durante a pesquisa, surgiram questionamentos, como: de que forma o sofrimento psíquico se manifesta em sujeitos com adoecimento oncológico? Observamos que o sofrimento se revelava de formas diversas, muitas vezes emergindo tanto no que é expresso pela fala quanto no que fica implícito. Sujeitos como Joana encontraram formas de suportar o intenso sofrimento à medida que suas vivências foram subjetivadas, apesar de, inicialmente, ser quase impossível simbolizar no instante de ver.

Além disso, questionamos qual é a participação da angústia nessa experiência subjetiva. Durante a escuta, observamos que esse afeto muitas vezes sinalizava sofrimento, indicando a necessidade de fala, mesmo que paralisante; outras vezes, agia como um motivador, levando o sujeito a buscar saídas psíquicas e elaborar sua experiência subjetiva. A angústia também se mostrou como um meio de atravessamento do sofrimento psíquico.

Este estudo se torna relevante ao considerar nossas pesquisas para embasamento teórico, pois encontramos artigos com importantes contribuições, embora não tão recentes. Ressaltamos a necessidade de mais investigações acadêmicas que atualizem e expandam o conhecimento existente, abordando aspectos contemporâneos do adoecimento oncológico e oferecendo novas perspectivas para o campo da clínica psicanalítica no contexto hospitalar.

Diante disso, sugerimos que futuras pesquisas possam se aprofundar nas interações entre psicanálise e adoecimento oncológico, explorando outras nuances deste tema complexo. Nosso objetivo não foi esgotar as possibilidades de estudo, mas sim possibilitar caminhos para outras reflexões abrangentes sobre a temática, contribuindo para uma melhor compreensão e abordagem psicanalítica do sofrimento psíquico.

REFERENCIAIS TEÓRICOS

ALMEIDA, L. P. **A Correspondência Entre Freud E Fliess E A Primeira Teoria Freudiana Da Angústia.** Revista Ad. Verbum, v. 4, n. 1, p. 24–28, jan.–jul. 2009.

ALBERT, S. **Psicanálise E Hospital: Uma Prática Rigorosa.** Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 22, p. 1–10, jun. 2019.

ALMEIDA, D. L.; AIRES, S. **A Clínica Psicanalítica Das Urgências Subjetivas No Hospital Universitário: Construção De Um Caso Clínico.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 43, p. 1–16, 2023.

AZEVEDO, E. **Da Pressa À Urgência Do Sujeito: Psicanálise E Urgência Subjetiva.** Analytica, v. 7, n. 13, p. 45–56, 2018.

_____. **Da Pressa À Urgência Do Sujeito: Psicanálise E Urgência Subjetiva No Hospital Geral.** 1. ed. Curitiba: Appris, 2019.

BÊNIA, R.; CELLES, L.; CHATELARD, D. **O Afeto “Angústia” Em Freud E Em Lacan: Discussões Para A Clínica Psicanalítica Atual.** Caderno de Psicanálise, v. 38, n. 34, p. 47–59, 2016.

CAMPOS, E. B. V. **A Primeira Conceção Freudiana De Angústia: Uma Revisão Crítica.** Ágora, v. 7, n. 1, p. 45–60, 2004.

CORDEIRO, S. N.; MIRANDA, F. S. **Uma Vida Por Um Fio: A Escuta Clínica Entre A Urgência Subjetiva E A Urgência Médica.** Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 11, n. 3 supl., p. 132–145, 2020.

COSTA, M. F.; COSTA-ROSA, A. **O Dispositivo Clínico Da Urgência Na Atenção Hospitalar: Sofrimento, Escuta E Sujeito.** Revista Subjetividades, v. 18, n. 2, p. 23–39, 2018.

COSTA, A. M. A. et al. **A Escuta E O Tempo Em Uma Unidade De Urgência E Emergência Na Perspectiva Psicanalítica.** Revista Caribeña de las Ciencias Sociales, Miami, v. 12, n. 4, p. 1938–1955, 2023.

DUNKER, C. I. L. **Formas De Apresentação Do Sofrimento Psíquico: Alguns Tipos Clínicos No Brasil Contemporâneo.** Revista Mal-Estar E Subjetividade / Fortaleza / V. Iv / N. 1 / P. 94 - 111 / Mar. 2004.

_____. **Para Introduzir O Conceito de Sofrimento.** In: KAMERS, M. et al. (Organizadores). **Desafios Atuais Das Práticas Em Hospitais e Nas Instituições De Saúde.** São Paulo: Escuta, 2016.

FERREIRA, P. M. et al. **Uso De Práticas Integrativas E Complementares Pela Enfermagem Em Pessoas Com Câncer: Uma Revisão Integrativa.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 1841–1858, 2021.

FIGUEIRA, S. et al. **O Impacto Do Câncer No Paciente, Na Família E Na Equipe: Visão Da Psico-Oncologia.** In: SILVA, Rita; et al. Tratado de Enfermagem em Oncologia. Volume I. Chiado Books, 2018, p. 1841–1848.

FINGERMANN, D. **O Tempo Da Experiência Em Psicanálise.** Revista USP, São Paulo, n. 81, p. 58–71, 2009.

FREUD, S. Rascunho A (1892). In: **Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 - 1899).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I, p. 199 – 200.

_____. Rascunho B: A Etiologia das Neuroses (1893). In: **Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 - 1899).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I, p. 201 – 206.

_____. Rascunho E: Como se Origina a Angústia (1894). In: **Publicações Pré-Psicanalíticas e Esboços Inéditos (1886 - 1899).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I, p. 211 – 216.

_____. Sobre os fundamentos para destacar a neurastenia de uma síndrome específica chamada neurose de angústia (1895). In: **Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893 - 1899).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. I.

_____. Sobre a Dinâmica da Transferência (1912). In: Fundamentos da Clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud. Tradução Claudia Dornbusch. 1ª ed: 2ª reimpressão. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 107 – 118.

_____. Sobre a Início do Tratamento (1913). In: Fundamentos da Clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud. Tradução Claudia Dornbusch. 1ª ed: 2ª reimpressão. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 121 – 147.

_____. Sobre o Narcisismo: Uma Introdução (1914). In: **A história do movimento psicanalítico.** Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, V. 14, p. 75-109.

_____. A Angústia (1917). In: **Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916 - 1917).** Tradução de Sergio Tellaroli; 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 519 - 544.

_____. Reflexões Para Os Tempos De Guerra E Morte. (1915) In. **A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos.** (1914 - 1916). Edição Standard Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 20. P. 309 – 331.

_____. Sobre a transitoriedade (1916). In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1969, p. 246 – 252.

_____. Luto e Melancolia (1917). In: **Introdução ao Narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e Outros Trabalhos** (1914 - 1916). Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das letras, 2010, p. 170 – 194.

_____. Inibição, Sintoma e Angústia (1926). In: **Inibição, Sintoma e Angústia, o Futuro de Uma Ilusão e Outros Textos (1926 - 1929)**. Tradução Paulo César de Souza. 1º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 14 - 123.

_____. O Mal-estar na Civilização (1930). **O Mal-estar na Civilização, Novas conferências Introdutórias à Psicanálise e Outros Textos** (1930 - 1936). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 14 – 122.

_____. Angústia e Instintos (1933). In: **O Mal-estar na Civilização, Novas conferências Introdutórias à Psicanálise e Outros Textos** (1930 - 1936). Tradução Paulo César de Souza. 8º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 224 – 262.

_____. Esboço de Psicanálise. In: **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e Outros Trabalhos (1937-1939)**. Tradução Paulo César de Souza. 1ª ed. São Pauli: Companhia das Letras, 2018.

FUKS, B. B. **Notas Sobre O Conceito De Angústia**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, v. 1, n. 1, 2001.

GARCEZ, M. M.; COHEN, R. H. P. **Ponderações Sobre O Tempo Em Psicanálise E Suas Relações Com A Atualidade**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, 2011.

GARCIA, J. **O Fenômeno Psicossomático E O Objeto A**. 1. ed. – Curitiba: Appris, 2021.

GOMES, D. R. G.; PRÓCHNO, R. H. P. **O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 24, n. 3, 2015.

GOMES, N. **A Clínica Do Possível**. In: MOURA, Marisa (org.). **Oncologia: clínica do limite terapêutico**. Psicanálise e Medicina. Belo Horizonte: Artesã, 2013.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos Da Psicanálise: De Freud À Lacan**, v. 2: A clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

KOVACS, M. J. **Curso Psicologia Da Morte: Educação Para A Morte Em Ação**. Boletim da Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, v. 36, n. 91, p. 400–417, jul. 2016.

LACAN, J. **O Tempo Lógico E A Asserção Da Certeza Antecipada**. In: **Escritos**. Rio: Zahar, 1945, p. 197-213.

_____. **O seminário, Livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p. 440, 1963.

LABOISSIÈRE, M. C. LEITE, E. A. **Existe lugar para a angústia no hospital? Um olhar sobre a equipe de saúde**. Archives of Health, Curitiba, v.1, n.5, p. 359-363, 2020.

LEITE, S. **Angústia, Recalque e Foraclusão**. Psicanálise & Barroco em revista v.7, n.1: 209-218, 2009.

_____. **Angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LINDENMEYER, C. L. **O Processo De Subjetivação Na Clínica Psicanalítica Com Diagnóstico De Câncer.** Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 145-154, 1998.

_____. **Figuras Coreográficas Do Corpo.** Ágora, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2016.

LOPES, A. P.; CAMARGO, C. A. C. M.; MAIA, M. A. C. **Sofrimento Psíquico Vivenciado Por Mulheres Diante Do Diagnóstico De Câncer De Mama: Uma Revisão Bibliográfica Reflexiva.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, vol. supl. n. 52, 2020.

LOURENÇO, L. C. A. **A Função Da Angústia Segundo Freud.** Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 32-44, 2004.

LUCAS, M. S. J.; VAZ, S.; SOUZA, T. S. A clínica psicanalítica como dispositivo de acolhimento para a promoção de saúde. Mudanças – Psicologia da Saúde, v. 30, n. 2, p. 63-73, 2022.

LUSTOZA, R. Z. **A natureza secreta do estranho: uma interpretação lacaniana da angústia em Freud.** Psicologia: Ciência e Profissão, 2015, p. 467-487.

MACHADO, Z. **Da angústia ao desejo do analista.** Reverso, publicação semestral do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, Belo Horizonte, ano 30, n. 56, p. 35-40, out. 2008.

MALZYNER, A.; CAPONERO, R. **Câncer e prevenção.** 1. ed. São Paulo: MG Editores, 2013.

MORAES, M. E. F.; ZANCHETTIN, J. F. **Tempo Lógico E Emergência Subjetiva Nas Internações De Saúde Mental.** Caderno de Psicanálise (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 44, n. 47, p. 189-205, jul./dez. 2022.

MORETTO, M. L. **Entre O Luto E A Luta: Sobre A Noção De Sofrimento Psíquico Do Paciente Com Câncer E O Trabalho Do Psicanalista Em Situações-Limite Na Instituição Hospitalar.** In: MOURA, M. (org.). Oncologia. Clínica do limite terapêutico? Psicanálise e medicina. 1. ed. Belo Horizonte: Artesã, 2013, p. 184-198.

_____. **Abordagem Psicanalítica Do Sofrimento Nas Instituições De Saúde.** 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2019.

_____. **O Que Pode Um Analista No Hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2019.

MOURA, M. D. **Psicanálise e urgência subjetiva.** In: Psicanálise e hospital. Rio de Janeiro: Revinter, 1996, p. 45-58.

_____. **Sentença ou renovação.** In: MOURA, M. (org.). Oncologia. Clínica do limite terapêutico? Psicanálise e medicina. 1. ed. Belo Horizonte: Artesã, 2013, p. 199-210.

MUKHERJEE, S. **O Imperador De Todos Os Males: Uma Biografia Do Câncer.** Tradução Berilo Vargas. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NARDINO, F.; SWINERD, M. M. **A Vivência Do Adoecimento E Tratamento Para Pacientes Com Câncer.** Estudos e Pesquisa em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 1070-1090, 2023.

PISETA, M. A. A. M. **Considerações Sobre As Teorias Da Angústia Em Freud.** Psicologia Ciência e Profissão, 2008.

QUINET, A. **As Quatro Mais Uma Condições De Análise.** 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

RABINOVICH, D. **A Angústia E O Desejo Do Outro.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

SANTOS, A. et al. **Atenção À Família Da Pessoa Com Câncer: Responsabilidades Compartilhadas.** In: SILVA, R. (org.). Tratado de Enfermagem em Oncologia. Volume I. Editora Chiado Books, 2018, p. 11-38.

SIMONETTI, A. **A Cena Hospitalar: Psicologia Médica E Psicanálise.** Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018.

SILVA, M. C.; CARDOSO, P. S. P. **A Importância Da Fala Sobre A Morte Para Pacientes Oncológicos Em Fase Terminal À Luz Da Psicanálise.** Revista Arquivo Científico (IMMES), Macapá – PA, n. 1, p. 24-34, 2020.

SWINERD, M. M.; DARRIBA, V. A. **Do Ato Médico Ao Ato Analítico: Considerações Sobre O Psicanalista No Hospital.** Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 288-309, 2022.

VASCONCELOS, A. C. P.; PENA, B. F. **Angústia: O Afeto Que Não Engana.** Reverso, Belo Horizonte, ano 41, n. 78, p. 27-34, dez. 2019.

WAKIUCHI, J. et al. **Sentidos e dimensões do câncer por pessoas adoecidas – análise estrutural das representações sociais.** Revista da Escola de Enfermagem - USP, 2020.

ANEXO: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – IFCH
PSICANÁLISE: TEORIA E CLÍNICA**

Caro participante, _____,
você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL: a elaboração do sofrimento psíquico a partir da angústia em pacientes oncológicos**”. Da psicóloga pesquisadora Elaine Antunes de Souza, aluna do programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Encontrando-se no endereço profissional: Condomínio do Edifício Carajás, TV São Pedro, nº 566 – Batista Campos, Belém-PA, 66023-705.

Sob a orientação do Prof. Dr. Breno Ferreira Pena. Este documento contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos realizando. A sua colaboração neste estudo será de extrema importância para nós, mas caso desista de participar a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____,
domiciliado em, _____, portador (a) do RG _____,
e do CPF: _____, nascido (a) em _____, concordo de
livre e espontânea vontade participar como voluntário (a) desta pesquisa. Neste aceite, você
fica ciente que:

1. Este estudo justifica-se pelo hospital ser um ambiente que situa o doente com a sua finitude, com o incontrolável, sendo um lugar de cuidado, mas que ao mesmo tempo impõem um outro lugar a esta pessoa, o lugar da passividade, onde a sua identidade é reduzida ao número do prontuário ou simplesmente reduzindo-o à sua própria doença, encontrando-se totalmente despido de sua intimidade, vivenciando sua despersonalização. Acreditamos que essas questões, dentre outras, em pacientes oncológicos podem ser acompanhadas por intenso sofrimento psíquico, considerando o longo período de tratamento, mudanças ocorridas com o mesmo e suas próprias características. O que podem representar diversas

frustrações ao longa de sua trajetória de investimento e cuidado de si, e ainda a vivência e revivência de repercussões psíquicas, ao demarcar a finitude humana.

2. Trata-se de pesquisa qualitativa, tendo como objetivo a compreensão da clínica psicanalítica no hospital, a elaboração do sofrimento psíquico a partir da angústia em pacientes oncológicos. E como objetivos específicos temos a investigação da angústia em Freud, Lacan e seus comentadores, explorar a relação entre angústia e câncer, identificar de que forma ocorre o processo de elaboração do sofrimento psíquico em pacientes oncológicos;
3. Será utilizado o método Estudo de Caso Clínico, considerando que a coleta de dados será realizada pela psicóloga pesquisadora, acompanhada pelas normas éticas, buscando evitar interferências na conclusão desta pesquisa. Primeiramente, essa coleta seguirá os critérios de inclusão e de exclusão deste estudo, visando identificar o paciente elegível. Feito isso, será lido junto com o paciente e entregue ao mesmo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para atestar o aceite como participante da pesquisa (APÊNDICE) e somente após este momento é que os atendimentos iniciarão na clínica de hematologia.
4. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não tem como objetivo lhe submeter a qualquer tipo de constrangimento ou julgamento, bem como não causará nenhum gasto financeiro da sua parte;
5. Essa pesquisa faz parte do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFPA), localizado no endereço: Rua Augusto Corrêa, nº 01, Guamá, Belém – PA, 66075 – 110.
6. Instituição onde o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos fica localizado no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, nº 01, Campus do Guamá. UFPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepcps@ufpa.br
7. Para a coleta de dados, serão realizados atendimentos psicológicos na instituição coparticipante Hospital Ophir Loyola - HOL, localizado no endereço: Av. Governador Magalhães Barata, nº 992, São Brás, Belém – PA, 66063-240, onde sua privacidade será preservada durante todo o momento da pesquisa;
8. Fica garantida sua liberdade de deixar a participação desta pesquisa sem qualquer prejuízo a si mesmo, em qualquer tempo, sem penalização, solicitando apenas que informe previamente;
9. Você não terá o seu nome revelado e nos comprometemos para que todos os dados fornecidos, sejam trabalhados de forma a proteger a sua identidade, assegurando sigilo e privacidade, onde não sofrerá qualquer tipo de discriminação, desconforto e/ou prejuízos;

10. A pesquisa apresenta risco mínimo, pois você poderá optar por falar em coisas de sua vida que causam tristeza, temores ou aborrecimento. Nestas condições, eu enquanto psicóloga, estarei prestando suporte emocional no atendimento psicológico;
11. Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas do pesquisador e do pesquisado, onde também, constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do pesquisador e será disponibilizado uma via do TCLE a você.
12. Você concorda que os resultados sejam divulgados em publicações e eventos científicos, desde que seus dados pessoais não sejam divulgados;

Esclareço que o seu consentimento para participar desta pesquisa é uma pré-condição bioética para a execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma e dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dúvidas, questionamentos e outros esclarecimentos, favor entrar em contato com os pesquisadores na referida Unidade Hospitalar, ou pelos e-mails elainesantuness@outlook.comn – (91) 98802-6677/ brenopena@hotmail.com (91) 98418-4042 .

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Desta forma autorizo a minha participação na referida pesquisa.

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Pesquisadora principal: _____

CRP: _____ Fone: _____

Pesquisador orientador: _____

CRP: _____ Fone: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Psicóloga / Pesquisadora principal

Belém- PA, ___/___/___