

MARIA LÍVIA TOURINHO MORETTO

**O psicanalista num programa de transplante de fígado: a
experiência do “outro em si”**

São Paulo
2006

MARIA LÍVIA TOURINHO MORETTO

**O psicanalista num programa de transplante de fígado: a
experiência do “outro em si”**

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

Área de concentração: Psicologia Clínica
Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Nogueira (*in
memorian*)
Orientadora: Prof^a. Dr.^a Léia Prizskulnik

São Paulo
2006

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

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Moretto, Maria Lívia Tourinho.

O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si” / Maria Lívia Tourinho Moretto; orientadora Léia Prizskulnik. – São Paulo, 2006.

262 p.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Transplante de fígado 2. Psicanalistas 3. Psicologia hospitalar 4. Psicanálise I. Título.

RD546

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Livia Tourinho Moretto
O psicanalista num programa
de transplante de fígado: a
experiência do “outro em si”

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de
São Paulo, para obtenção do
título de Doutor.
Área de concentração:
Psicologia Clínica

Aprovada em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

É para vocês, minhas filhas, Adriana e Fernanda, que dedico o meu trabalho, na esperança de que a alegria que ele me proporciona lhes contagie, sempre;

dedico a minha força, acreditando que os frutos de meu trabalho, hoje, me permitirá lhes conduzir ao de vocês, no futuro;

dedico o meu corpo, porque não há no mundo nada mais feliz do que tê-las em meu colo, todos os dias;

dedico o meu amor, pedindo que façam dele o laço que lhes une, em qualquer tempo;

a vocês, minhas queridas, dedico minha vida, porque sem vocês, nada disso teria sentido.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Carlos Nogueira (*in memoriam*), porque sem ele eu não seria o que sou hoje, porque a sua escuta me conduziu até onde cheguei, seu interesse vivo pelo meu trabalho me fez acreditar nele, sua sabedoria me serviu de fonte de luz, sua força me movimentou, sua honestidade e sua generosidade me servem de exemplo, por ter deixado em mim o imenso orgulho de tê-lo em meu caminho.

À Prof^a. Dr.^a Léia Prizskulnik, pelo acolhimento carinhoso quando o momento era de dor, pela leitura atenta de cada linha deste trabalho, pela riqueza de suas contribuições, pela firmeza com que conduziu os nossos encontros, por ter caminhado junto comigo até o final.

Ao Prof. Dr. Christian Dunker, pela presença amiga, pela generosidade de transmitir sua sabedoria, pelo incentivo, pelo respeito e pela riqueza de suas contribuições ao longo de todo este trabalho.

Ao Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho, pela disponibilidade, pela seriedade com que leu este trabalho para o Exame de Qualificação, pelas contribuições precisas, por me dar a oportunidade e o privilégio de tê-lo por perto.

À Prof^a. Dr.^a Helena Bicalho, pelo carinho e disponibilidade com que acolheu a mim e aos meus colegas “órfãos”, no momento em que mais precisava ser acolhida.

Ao Prof. Dr. Sérgio Mies, pela presença constante em minha formação, pela natureza do que construímos juntos, com seriedade, honestidade e paixão, porque o que é bom dura muito.

Aos Prof. Dr. Silvano Raia e Prof. Dr. Marcel Machado, pela oportunidade que me deram de construir o meu trabalho na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado do HCFMUSP, participando ativamente dessa construção.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Sandoli Baía, pelo zelo e pela consideração ao meu trabalho, pela competência com que conduz o seu próprio percurso, pela confiança e pela admiração que me inspira, e, por, sobretudo, seguirmos juntos, ao lado um do outro.

À Prof^a. Dr.^a Maria Helena Fernandes, pela riqueza de suas contribuições ao longo de meu percurso, pela pesquisa séria que desenvolve, por nossa afinidade, pela presença.

A todos os membros da equipe multiprofissional e a todos os funcionários da Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado do HCMUSP, os que foram, os que ficaram e os que vieram, pela dedicação ao trabalho, pela alegria de nossa convivência ao longo dos anos, pelas dificuldades que enfrentamos juntos, pelos ensinamentos, pelas controvérsias, pelas convergências, enfim, por serem quem são.

À Prof^a. Dr.^a Mathilde Neder, ex-Diretora da Divisão de Psicologia IC-HCFMUSP, por ter me escolhido e me confiado a tarefa de “ir para o Fígado”, por ter aberto a porta para o rico caminho por onde se construiu esse trabalho, por ter respeitado as minhas escolhas.

À Prof^a. Dr.^a Mara Cristina Souza de Lucia, Diretora da Divisão de Psicologia do IC-HCFMUSP, pelas oportunidades oferecidas, pelo estímulo, pelo apoio e pelo respeito ao trabalho.

Aos amigos Niraldo de Oliveira Santos, Cynthia Nunes de Freitas Faria e Celeste Gobbi, pela persistência, pela coragem, pelo amor ao trabalho e por nossa amizade franca.

A todos os meus colegas psicólogos e funcionários da Divisão de Psicologia do IC-HCFMUSP pela convivência amiga ao longo dos anos, pelo respeito que temos uns pelos outros, pelo time que formamos.

A todos os psicólogos aprimorandos e estagiários que trabalharam comigo na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado do HCFMUSP, que contribuíram direta e indiretamente na construção desse trabalho; aos que me acompanharam nos últimos anos, Danilo Vilar, Michele Gomes de Pádua, Maria Fernanda Medrado, Roberta Marback e Vanessa Faria, pela importância de nossos questionamentos, pela confiança e pelo carinho.

Aos meus amigos e colegas de cartel Juliana Hernandez, Marcelo Checchia e Ana Paula Giansi, pela leitura do meu texto, pelas contribuições inestimáveis, pela seriedade de seus trabalhos e pela sabedoria de termos, juntos, transformado dor em trabalho.

À Dominique Fingermann, Sílvia Sobreira, Ana Laura Prates, Beatriz Oliveira, Maurício Hermann e a todos os meus colegas do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo, pela confiança, pelo interesse no meu trabalho, por me causarem o desejo da transmissão, mas, sobretudo, por serem meus colegas.

Aos meus colegas professores da Universidade São Marcos, pelas ricas contribuições ao meu trabalho, pelo apoio e pelo respeito que temos uns pelos outros; à Lucia Ghiringhello, Denise Zapparoli, Ricardo Franklin, Carmem Taverna, Regina Romeira, Luciana Chauí e Inês Loureiro, que me confiaram a feliz responsabilidade de ensinar Psicopatologia nesta Universidade.

Aos meus queridos alunos e monitores da disciplina de Psicopatologia da USM, Cláudio Oliveira Filho, André Luís dos Santos, Érika Ribeiro, Ana Carolina Albuquerque, Melina de Angelo, Adriana Marino, Cibele Barbará, Ariadne Prado, Flávia Malisseski e Ari de Oliveira, pela seriedade com que desenvolvem seus trabalhos, por lutarem honestamente pela Saúde Mental, pelos nossos questionamentos, pela nossa produção.

Aos ex-alunos e hoje colegas e amigos da Oficina de Saber, Ana Carolina Jaen, César Dezerto, Gilson Batista, Luciana Chagas e Marcos de Sá, pela riqueza que representa cada um de vocês em meu caminho, pela confiança mútua, por tudo o que já construímos juntos, e pelo que ainda vamos construir.

Às Prof^{as}. Irani Tomiatto de Oliveira e Prof^{as}. Dr.^{as} Beatriz Saeta, pela seriedade com que trabalham, pelo carinho com que me acolheram na Universidade Presbiteriana Mackenzie, pelo incentivo e pelo estímulo à pesquisa, pela confiança por me darem o privilégio de ensinar Psicologia Hospitalar nesta Universidade.

Às colegas professoras do Mackenzie, Wilze Laura Bruscato, Sandra de Almeida Lopes, Dinorah Martins e Lourdes Santana Tomazella pela disponibilidade afetiva com que me receberam na equipe de Psicologia Hospitalar, pela alegria que me dão por trabalharmos juntas.

A todos os meus alunos e supervisionandos, porque o questionamento inteligente de vocês foi sempre para mim uma lição.

Ao amigo Fernando Silva Teixeira Filho, pela nossa velha amizade, pelo incentivo à pesquisa, por querer estar perto, por estar do meu lado, mesmo quando está do outro lado do mundo.

À Karen de Toledo, pela prontidão com que me ajudou na escrita do texto em inglês.

À Omar de Souza, pelo trabalho de revisão atenta do meu texto, pela segurança, pela disponibilidade com que acolheu o meu pedido.

Aos meus pacientes, porque o desejo é o desejo do Outro.

Ao psicanalista Mauro Mendes Dias, pelas intervenções precisas, na hora em que foi preciso.

A todos os meus amigos queridos que tiveram a paciência de me esperar para “depois da tese”, de adiar nossos encontros animados, por compreenderem que esse trabalho para mim também é uma “festa”, porque me faz muito feliz.

À Lucimar, pelo seu carinho e atenção às minhas filhas, pela sua competência ao dirigir minha casa, quando nela precisei apenas morar para concluir meu trabalho; a Tânia e ao Sr. João, pela dedicação à casa e às crianças.

A minha mãe, mulher de fibra, exemplo de dignidade, de honestidade e coragem, por ter me incentivado a crescer, por me carregar em seu colo até hoje, pelo orgulho que tenho de ser sua filha, pela sua entrega, porque só agora que sou mãe é que consegui entender o tamanho do que fez, e faz, por nós.

A meu pai, por tudo que me ensinou, pelo incentivo, pelo carinho, por ter me mostrado o caminho, e ter me acompanhado de perto, até quando foi possível.

A meus irmãos Rosa, Marcinha, Deni, Landro e Betinho, pela beleza, pela leveza e pela força do laço que nos une, porque aprendemos desde pequeninhos que a união faz a força, e mais tarde a vida veio nos mostrar que aprendemos bem a lição.

A meus cunhados Gustavo, César, Bito, Stelinha e Thaísa, porque sem vocês nossa família não seria tão rica de amor, e nossa maior riqueza são as nossas crianças, obrigada pelo acolhimento à minhas filhas no calor da família, em momentos nos quais precisei estar só para concluir o meu trabalho.

À minha filha Dri, doce companheira de todas as horas, que esteve comigo dia e noite, pelo seu cuidado comigo nas madrugadas de tese, pelas horas que passamos juntas cada uma lendo o seu livro, pela franqueza de seus sentimentos, pelo modo carinhoso de me mostrar que já compreende a importância do meu trabalho.

À minha filha Nanda, minha pequena, pelo seu sorriso, pelo brilho dos seus olhos, porque nas horas mais difíceis do trabalho entrou no escritório e a sua presença alegre sempre iluminava o meu caminho, pela sua bondade, pela forma carinhosa e compreensiva com que me dispensou, temporariamente, de nossas brincadeiras, para que eu pudesse terminar a tese.

Ao Toni, meu marido, pelo cuidado de todos os dias, pelo zelo de todas as horas, pela força com que dirige nosso rumo, pela persistência firme, pelo interesse verdadeiro, pelo companheirismo infinito, pelo pai que é, por me dar o que não tem, pelo seu amor, porque sem ele eu não seria uma mulher feliz.

"É curioso como não sei dizer quem sou. Quer dizer, sei-o bem, mas não posso dizer. Sobretudo tenho medo de dizer porque no momento em que tento falar não só não exprimo o que sinto como o que sinto se transforma lentamente no que eu digo."

Clarice Lispector

RESUMO

MORETTO, M.L.T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. 2006. 262 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

Este trabalho tem como objetivo geral a investigação sobre a experiência do “outro em si”, tal como nos é revelada na clínica psicanalítica e na interlocução com a equipe. Os objetivos específicos são: formalizar teoricamente o processo de inserção e a construção do lugar do psicanalista na equipe, a partir de nossa experiência na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado do HCFMUSP, dado que a forma pela qual um psicanalista responde a essas demandas é o que possibilita ou não a sustentação de sua atuação clínica na instituição; analisar situações clínico-institucionais nas quais o psicanalista está inserido, na interlocução com os outros discursos, tomando como referência as diferentes ancoragens éticas, de modo a compreender sua participação no campo das decisões e as conseqüências disso para ele, para o paciente e para a instituição; fazer a diferença do conceito de corpo na Psicanálise e na Medicina para dar subsídios teóricos ao trabalho do psicanalista; formalizar teoricamente o transplante de fígado como experiência de corporeidade e subjetividade, simultaneamente, a partir da clínica psicanalítica com os pacientes, analisando o processo de adoecimento, suas repercussões psíquicas, a incidência do transplante no corpo, a experiência do “outro em si” e suas conseqüências. Chamamos de vertente institucional o trabalho do psicanalista na interlocução com os outros discursos, e de vertente clínica o trabalho do psicanalista com os pacientes que são convocados à experiência do “outro em si”. Partimos do pressuposto fundamental de que o trabalho do psicanalista na instituição se dá na interface das duas vertentes. As situações clínico-institucionais são colocadas de modo a privilegiar a indissociabilidade das duas vertentes, que nos parece ser o que há de específico do trabalho do psicanalista na instituição de saúde. A experiência do “outro em si” é da ordem da estranheza, e só pode ser definida a partir da relação que cada sujeito estabelece com sua subjetividade, dado que é a experiência que lhe dá acesso a esse saber. Assim como a entrada do psicanalista na equipe não corresponde à sua inserção, o enxerto do novo órgão na situação do transplante não corresponde à sua incorporação. Em ambos os casos, convém que essa estranheza seja preservada para que possa ser tratada, para que cada sujeito e cada equipe possam lidar com ela a partir de seus próprios recursos. Isso gera conseqüências no campo das decisões na instituição. O psicanalista introduz a clínica do sujeito no serviço de saúde ocupando o lugar do “outro em si” da equipe. Sua permanência na equipe implica o resgate da clínica médica propriamente dita, esta que se vê tão ameaçada de extinção pelo casamento da ciência com a bioeconomia tecnológica.

Palavras-chave: psicanálise, transplante de fígado, psicanalistas, psicologia hospitalar.

ABSTRACT

MORETTO, M.L.T. **The psychoanalyst in a programme of liver transplant: the experience of the “other in oneself”**. 2006. 262 p. Thesis (Doctoral) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

The general aim of this thesis is to investigate the experience of the “other in oneself” as it is revealed through the psychoanalytic clinic and communication between team members. The specific objectives are: to formalize the insertion process and construction of the position of the psychoanalyst in the team on a theoretical basis, according to our experience in the Discipline of Transplant and Surgery of Liver of the General Hospital of the Medical University of the State of São Paulo (HCFMUSP), Brazil, once the way a psychoanalyst responds to the demands is what makes the support of the clinical work in the institution possible or not; to analyze clinical and institutional situations in which the psychoanalyst is inserted and the communication with other discourses, taking as reference the different ethical support so that it is possible to understand the participation in the area of decisions and its consequences for the analyst, for the patient and for the institution; to differentiate the concept of body in psychoanalysis and in medicine, to give theoretical support to the psychoanalyst work; to formalize the liver transplant as a physical and subjective experience on a theoretical basis and ‘simultaneously, consider the psychoanalytic experience with the patients, analyzing the sickness process, its psychic repercussions, the incidence of the transplant on the body, the experience of the “other in oneself” and its consequences. The work of the psychoanalyst in the interface with other discourses is named the institutional current and his work with the patients who are called to experience the “other in oneself” is the clinical one. We assume the fundamental presupposition that the work of the psychoanalyst in the health institution is held in both directions. The clinical institutional situations are set in order to privilege the interdependence of the two currents, what seems to be the specific aspect of the psychoanalyst work in the health institution. The experience of the “other in oneself” brings a sense of weirdness and can only be defined according to the relation that each subject establishes with his subjectivity since it is the experience that gives access to this subjective knowledge. As well as the psychoanalyst insertion in the team does not mean that it will incorporate him, the insertion of a new organ in the transplant situation does not mean it will be integrated by it. In both cases it is advisable that this weirdness is preserved, so that each subject and each team can handle it with their own resources. It brings consequences to the field of decisions in the institution. The psychoanalyst introduces the clinic of the subject in the health service occupying the position of the “other in oneself” in the team. Strictly speaking, his permanence in the team implies the rescue of the medical clinic that has been threatened with the extinction of the science partnership with technological bioeconomy.

Key words: psychoanalysis, liver transplant, psychoanalysts, hospital psychology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Considerações iniciais.....	12
1.2. Objetivos.....	28
1.3. Sobre o fígado e o transplante de fígado na Medicina e no HCFMUSP.....	33
1.4. Buscando interlocutores.....	40
2. O TRABALHO DO PSICANALISTA NA VERTENTE INSTITUCIONAL	53
2.1. A chegada na Disciplina: entrada não é inserção.....	54
2.2. Da implantação, da construção e do desenvolvimento do projeto de trabalho...	58
2.3. O trabalho de assistência a pacientes do programa de transplante de fígado.....	61
2.4. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde.....	65
2.5. O diagnóstico psicanalítico orienta o tratamento médico.....	75
2.6. A inclusão da exclusão.....	78
2.7. Em nome do Bem, o pior para quem?.....	81
2.8. A questão do transplante intervivos: entre a ética e a moral, o que se espera de um psicanalista?.....	87
2.9. O ato da doação de órgãos e suas conseqüências na equipe: “vou doar, doa a quem doer!”.....	93
2.10. Doador, doa dor: “amar é dar o que não se tem”.....	99
2.11. Mãe é aquela que dá a vida.....	103
3. O TRABALHO DO PSICANALISTA NA VERTENTE CLÍNICA	108
3.1. A clínica é soberana para a psicanálise.....	108
3.2. O corpo na Psicanálise não é o mesmo corpo para a Medicina.....	112

3.3. Sobre o transplante de fígado na clínica psicanalítica: o processo do adoecer, a oferta do transplante e as repercussões psíquicas.....	130
3.4. O que um psicanalista avalia num candidato a transplante de fígado?.....	140
3.5. Rosa é Rosa... e uma rosa também.....	148
3.6. A miséria mata e a morte da miséria.....	153
3.7. Das estruturas clínicas e o transplante de fígado.....	157
3.8. Ela era um problema!!... E nós?.....	171
3.9. Da doença ao doente: objeto ou sujeito?.....	179
3.10. A experiência do “outro em si”.....	189
3.11. A verdade, a morte e a vida de Salete.....	211

4. MOMENTO DE CONCLUIR	220
-------------------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	253
---	------------

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa nasceu e se desenvolveu a partir do meu trabalho na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, desde 1990 até a presente data. Neste trabalho coube a mim a implantação do Serviço de Psicologia, e a partir de então, o desenvolvimento e a supervisão dos trabalhos do mesmo e a execução e a orientação de pesquisas na área, realizadas por mim, por psicólogos contratados, por psicólogos aprimorandos e psicólogos estagiários que passaram e passam pelo Serviço.

Em função da minha formação em Psicanálise, é necessário colocar, desde o princípio, que o trabalho por nós desenvolvido toma o discurso psicanalítico como referência teórica, clínica e ética, desde a sua implantação, e esta é uma marca que nos tem identificado como um Serviço composto por psicanalistas dentro da instituição de saúde.

Evidentemente, tal posição do psicanalista na instituição não é simples e isenta de questionamentos, e exige constante debate, especialmente entre os psicanalistas envolvidos. É fato que o questionamento sobre a nossa posição clínica e institucional é um ponto que está sempre na pauta do dia, dado que o trabalho do psicanalista na instituição é um convite constante à referência e ao rigor do método psicanalítico. Ainda assim, podemos dizer que o próprio caminho percorrido nos tenha permitido chegar, por vezes, ao momento de concluir.

O que imediatamente nos remete ao instante de olhar por outro viés, ao tempo de compreender e, mais adiante, concluir algo **de novo**.

✍ **Do Mestrado...**

Quase que como numa seqüência (e, talvez, uma conseqüência), esta pesquisa segue-se ao meu trabalho de pesquisa no Mestrado, concluído em 1994 na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob a orientação do Prof. Dr. Luís Cláudio Figueiredo, que resultou na dissertação “O que pode um analista no hospital?”, publicada em livro com o mesmo título pela editora Casa do Psicólogo, em 2002. Naquela ocasião, tratei de investigar a questão que me ocupava e também me preocupava no cotidiano do meu trabalho como psicanalista no hospital, a saber: a investigação das condições de possibilidade do método psicanalítico no hospital, seus obstáculos, limites e alcances.

O que deu origem e título àquele trabalho foi uma questão que me intrigava. Ao escolher o hospital para trabalhar, em 1986, já tendo um certo percurso, ainda que inicial, na estrada da Psicanálise (estrada que a mim sempre pareceu um caminho sem volta), deparei-me com uma espécie de consenso entre os profissionais – inclusive entre aqueles que referiam ter uma formação psicanalítica –, segundo o qual havia um princípio básico: não dá para fazer Psicanálise no hospital.

Com uma dificuldade quase insuperável de enxergar os fatos com outra lente que não fosse a da Psicanálise, surgiu a pergunta e o meu tema de pesquisa: o que pode um analista no hospital? Parti para a análise dos argumentos que se opunham à possibilidade da Psicanálise na instituição hospitalar. Falava-se amplamente da necessidade de uma espécie de mudança na metodologia psicanalítica para que ela pudesse funcionar naquele contexto.

Então a idéia predominante era a de que podíamos nos servir à vontade do banquete teórico da Psicanálise, mas deveríamos alterar o método para conseguir resultados satisfatórios e eficazes. Cabia questionar para quem.

Desta forma, eu me perguntava: por que a Psicanálise, tal como ela é, não poderia dar conta do recado? De que Psicanálise estávamos falando? De que forma o contexto da instituição hospitalar, lugar complexo e marcado necessariamente pela dor humana, limita o método psicanalítico? Seria a Psicanálise absolutamente ineficaz para dar conta do atendimento de doentes na instituição? Esta negação não poderia representar uma dificuldade dos próprios psicanalistas ao lidar com o que há de específico no hospital? Teria isso a ver com a dificuldade de lidar com outros discursos?

Em meio a essas questões, o primeiro tempo da pesquisa foi de observação atenta, uma reflexão. Foi preciso repensar, talvez, toda a Psicanálise, retirá-la do âmbito das regras e situá-la no campo da ética para poder entender o que se faz quando se faz Psicanálise (MORETTO, 2002). Foi preciso fazer uma revisão de conceitos para avançar na questão do método psicanalítico no hospital. Isto constituiu o primeiro capítulo do trabalho, que intitulei “O que se faz quando se faz Psicanálise?”.

Partindo do texto psicanalítico e indo diretamente para o contexto específico da instituição hospitalar, seguiu-se, então, um tempo durante o qual, a partir da observação do cotidiano do hospital e do contato com os doentes e com a equipe de profissionais, foi possível fazer uma leitura psicanalítica do discurso médico justamente do ponto de vista da antinomia radical entre Psicanálise e Medicina, antinomia esta que garante o encontro produtivo dos profissionais em questão.

Foi então que se compôs o capítulo dois do trabalho, intitulado “Psicanálise e Medicina” pela própria importância que tem para o psicanalista a leitura dos outros discursos,

de modo que a interdisciplinaridade possa se fazer valer. Nele, o ponto central se dá a partir da antinomia entre os discursos médico e psicanalítico e de suas diferentes referências éticas, valorizando o fato de que, sem essas diferenças, o trabalho psicanalítico talvez jamais fosse demandado na instituição.

Se a relação médico-paciente se funda na exclusão da subjetividade de ambos para a execução do ato médico (CLAVREUL, 1983), a proposição de Lacan (1966) é a de que não existe relação médico-paciente, mas sim, relação instituição médica-doença. Isto interessa ao psicanalista à medida que, numa ordem onde o imperativo é a exclusão da subjetividade, e se, pela lógica freudiana, o que é recalcado produz o que chamamos “retorno do recalcado na cena médica”, isso traz efeitos de ruptura, mal-entendidos, desordem e mal-estar.

A hipótese trabalhada foi a de que é justamente a partir da destituição da subjetividade que se abre o campo de trabalho do psicanalista na Instituição, pois desta destituição surgem demandas dirigidas ao analista, que, sendo convocado ao trabalho a partir desses efeitos disruptivos na cena médica-institucional, opera no sentido inverso do que seria o tampão da singularidade humana – portanto, opera pelo seu avesso.

Na continuidade da pesquisa sobre as condições de possibilidade da Psicanálise no hospital, alguns argumentos eram colocados, *a priori*, como obstáculos ao trabalho do analista na instituição hospitalar. Portanto, foram analisados, à luz da Psicanálise, alguns fatores que poderiam servir como verdadeiros obstáculos à atuação do analista no hospital, e a análise desses fatores fazia-se imprescindível. Mas sempre o fizemos a partir da própria experiência clínica, no dia-a-dia de nosso trabalho, o que nos permite dizer que foi em função do contato com os doentes e com a equipe multiprofissional, numa constante articulação entre teoria e prática, que algumas respostas foram se esboçando.

A análise desses argumentos constitui o capítulo três do trabalho, intitulado “O psicanalista no hospital: obstáculos, limites e alcances”, e nele são analisados pontos como a questão da transferência na instituição, o *setting* analítico, o tempo, o paciente e a morte, o analista na equipe multiprofissional e a questão da demanda. O trabalho clínico que nos permitiu a construção de nossos resultados está exposto no capítulo quatro, “A Psicanálise no cotidiano do hospital”, por meio de doze situações clínicas, seis delas nas quais a intervenção psicanalítica ocorreu e – podemos dizer – o discurso analítico operou, e seis em que o discurso analítico mostrou-se rigorosamente impotente.

Por fim, o que foi possível detectar é que aquilo que um analista pode num hospital não é mais nem menos do que ele pode em qualquer lugar, daquilo que é sua função. Mas, evidentemente, esta questão fica mais realçada quando o analista está exposto no cenário hospitalar, pois, como temos visto, ele é obrigado a lidar com muitas outras variáveis que não se apresentam no seu trabalho em consultório particular.

A função do analista é oferecer uma escuta diferenciada ao paciente, diferenciada daquele que é o discurso que reina no contexto hospitalar, o discurso médico. Na medida em que o analista promove a fala do sujeito e o escuta a partir de uma posição diferente (que é a posição analítica), abre a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando, desta forma, a subjetivação.

Em função disso, concluímos que, excluindo dificuldades pessoais do profissional, limitações orgânicas do paciente (que impedem a fala e o raciocínio) e a falta de manejo dos conceitos (e não preconceitos) psicanalíticos, os obstáculos realmente eficazes que impedem que se dê um processo de análise são: a falta do que definimos como **analista**, a falta de **demanda de análise** por parte do paciente e o não-estabelecimento daquilo que definimos como **transferência**. Situado na posição analítica e sem abandonar o discurso que lhe é

próprio, quando o analista pode lidar com as limitações existentes no hospital, sua intervenção pode ter um alcance e uma eficácia muito maiores do que comumente se possa imaginar.

✍ ... ao Doutorado.

Neste momento de propor outro projeto de pesquisa para o Doutorado, um recorte da área de atuação do analista no hospital se faz necessário, posto que surgem questões diretamente ligadas ao meu trabalho na Unidade de Fígado, tornando o trabalho atual mais específico.

O inegável avanço científico, tecnológico e metodológico no campo da pesquisa médica convida o homem contemporâneo a se deparar com oportunidades que, ao mesmo tempo que se configuram como soluções para alguns problemas, colocam-no diante de novas formas de sofrimento.

O fato é que hoje o psicanalista recebe pacientes que o procuram por razões absolutamente impensáveis há cinquenta anos. Pessoas sofrem porque têm uma doença grave que as obriga, se quiserem continuar vivendo, a fazer essa escolha: a de se deixar transplantar por uma equipe médica, que delas retirará um órgão doente para lhes colocar um órgão doado pela família de um desconhecido morto (transplante convencional), ou passar a viver com parte do órgão de um doador vivo – geralmente um familiar que se dispõe a doar parte do seu fígado para salvar suas vidas (transplante intervivos).

Os psicanalistas que tomamos como referência nada nos deixaram escrito sobre o sofrimento desses sujeitos que estão inscritos num programa de transplante de fígado. O que Freud diria sobre isso? Esse sofrimento não foi descrito, os transplantes não existiam. O fato é que os psicanalistas se vêem diante do imperativo de criar, teorizar a partir da nova realidade de sofrimento humano que se apresenta.

As nossas questões surgem, especialmente, do trabalho clínico com pacientes antes e depois do transplante de fígado, e a partir delas acrescentam-se outras a respeito de como esse trabalho clínico está vinculado ao lugar do psicanalista na equipe de saúde. Da experiência do trabalho surgem questões que nos conduzem à construção de hipóteses a serem pesquisadas, possibilitando, assim, que o nosso trabalho seja a nossa pesquisa. De acordo com Luiz Carlos Nogueira (2004a, p. 83), “a metodologia científica em Psicanálise confunde-se com a própria pesquisa, ou seja, a Psicanálise é uma pesquisa”.

Como salienta Elia (2000, p. 19), não se trata de uma opção do psicanalista no sentido de conferir ou não à sua prática uma dimensão de pesquisa, pois “a pesquisa é uma dimensão essencial à práxis analítica em função de sua articulação intrínseca, e não circunstancial, com o Inconsciente”.

Em qualquer serviço de saúde, independente da especialidade do serviço, o que primordialmente está posto em causa (espera-se) é a vida humana, e o que se demanda, de forma geral, é o tratamento do sofrimento pelas suas diversas causas e por vários meios. Num serviço de saúde em que a principal atividade médica proposta é o transplante de fígado, o sofrimento que os pacientes declaram – cada um, também, a seu modo – advém da experiência de uma doença grave, crônica e terminal, e diante do anúncio da morte, encontram a proposta do transplante como solução de vida.

É importante salientar que a função de um psicanalista numa equipe médica está diretamente relacionada ao sofrimento psíquico de alguém, e que, portanto, a clínica psicanalítica é esta que toma o homem como um sujeito de linguagem, que trata do sujeito do Inconsciente; é o tratamento de falantes que sofrem.

Viver com o órgão de um outro: a proposta do “outro em si”. O que se sabe sobre isso? Várias pessoas podem descrever e até escrever sobre o sofrimento acarretado pela

situação do transplante. Mas é preciso dizer: só sabe deste sofrimento específico quem por ele passa.

Eis a nossa questão: que saber se produz a partir dessa experiência do “outro em si”? Do que se trata e como se trata da experiência do “outro em si”, tal como nos é revelada na clínica psicanalítica?

É em busca desse saber que a presente pesquisa se dirige. É este o nosso objeto de investigação nesta pesquisa: o saber produzido pelo sujeito sobre a experiência do “outro em si” na relação com o analista. Viver com o órgão de um outro é um sofrimento que só pode ser fêlido pelo sujeito que passa por isso. Mas é um sofrimento para todos? O que está em questão aí? O que é a experiência do “outro em si”? Que corpo é transplantado? O que é arrancar um órgão doente do corpo? Tem a ver com castração? E o que é arrancar parte de um órgão sadio para doar a outro? O que está em questão quando um filho, por exemplo, é convidado a doar parte de seu fígado para seu pai em estado terminal? A situação de transplante intervivos se acena como uma possibilidade, ainda que imaginária, de saldar a dívida simbólica contraída no Édipo? E quem recebe um órgão, não contrai mais uma dívida?

Não se trata apenas de um momento difícil, durante o qual a pessoa precisa de reforço egóico para suportar a situação, para ajudá-la a se adaptar à nova realidade. É algo que vai muito além, pois se trata de posicionamento subjetivo diante de uma situação marcada pela iminência da morte, convocando o sujeito com todo o seu aparato psíquico a se posicionar em vida.

Já sabemos que, independentemente de onde essa clínica aconteça, a experiência analítica será sempre uma relação entre falantes, sustentada pela transferência. A isso chamamos “vertente clínica” do trabalho do psicanalista. É importante ressaltar que a clínica psicanalítica com esses pacientes não se torna específica pela problemática que com eles

tratamos, posto que o que torna específica a clínica psicanalítica é o fato de ela ser sempre a clínica do sujeito e de suas particularidades na relação com o desejo.

No entanto, é na clínica psicanalítica que os sujeitos do programa de transplante se fazem escutar, e ao dirigir suas demandas ao analista, sejam elas quais forem, têm a condição de nela se implicarem, podendo não só falar daquilo que lhes ocorre, mas, para além disso, construir na relação com o analista algum saber sobre a experiência do “outro em si”.

É neste sentido que “uma das reivindicações que a psicanálise faz em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (FREUD, 1912, p. 152). A nossa pesquisa coincide com a clínica, uma vez que se dá na relação com os pacientes, onde a subjetividade é abordada, e trata da investigação sobre o saber que nessa relação se produz a respeito da experiência do “outro em si”.

Para Elia (2000, p. 24),

Toda pesquisa em psicanálise é, portanto, uma pesquisa clínica, porquanto o modo pelo qual o saber em questão será produzido obedecerá, pelas mesmas razões, à lógica do saber inconsciente, implicará a transferência e será elaborado a partir da instalação do dispositivo, interditando, por exemplo, que uma hipótese conceitual prévia à escuta venha a ser colocada à prova experimental, no que Thomas Khun¹ (1971) denomina o “contexto da verificação”, em oposição ao “contexto da descoberta”, e na qual ela se veria verificada ou refutada. Na Psicanálise, em decorrência das exigências estruturais do dispositivo através do qual ela opera, o contexto da descoberta coincide com o contexto da verificação.

Sendo assim, esta pesquisa não se propõe, exatamente, a uma verificação a respeito do que ocorre no psiquismo de uma pessoa que se inscreve num programa de transplante de

¹ KHUN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1971.

fígado. É na articulação com o conceito de corpo em Psicanálise que ela se propõe a fazer um questionamento sobre o saber que o paciente traz para a relação com o analista, e também sobre o saber que nesta relação ele consegue produzir a respeito da experiência do “outro em si”, quando fala de um sofrimento que toca sua subjetividade, dizendo respeito ao corpo atravessado pelo outro, marcado pela presença do objeto como excesso.

Esta pesquisa é, portanto, uma construção que se faz na articulação da clínica com a teoria, e tem a função de transmitir o saber que o psicanalista constrói com esses pacientes, pois o que interessa ao psicanalista é a teoria da prática clínica. No entanto, o fato de esta clínica ocorrer na instituição produz conseqüências tanto para a clínica quanto para a instituição.

Como colocamos acima, às questões que surgem especialmente do trabalho clínico com pacientes antes e depois do transplante de fígado acrescentam-se outras a respeito de como esse trabalho clínico está vinculado ao lugar do psicanalista na equipe de saúde. Isto porque a construção do saber psicanalítico a respeito da experiência do “outro em si” não se faz sem articulação com o lugar do analista na equipe, de tal forma que a experiência revelada pelo paciente é atravessada pela sua relação com a equipe. O analista é parte da equipe. O que ocorre com a equipe é elemento constitutivo dessa experiência, e o que ocorre na clínica com o analista tem conseqüências na relação do paciente com a equipe, e desta com o analista.

O trabalho clínico na instituição coloca o analista, necessariamente, frente a outros discursos, e já sabemos que um psicanalista só tem como introduzir e sustentar o discurso analítico na instituição se for psicanalista, a partir de sua formação. Mas sabemos também que essa é a condição necessária, longe de ser suficiente.

Há uma espécie de extensão da escuta psicanalítica, e “na Psicanálise em extensão, o psicanalista se depara com o dever de tornar a Psicanálise presente no mundo” (SOUZA,

1991, p. 77). Isto se torna claro no cotidiano do trabalho do psicanalista no hospital porque ali ele não só faz atendimentos clínicos, mas, por ser parte integrante de uma equipe de saúde, convive com outros profissionais, e tal convivência é marcada pela mais absoluta diferença de posições éticas, o que se evidencia sempre no campo das decisões.

A instituição de saúde é um campo de trabalho onde as situações freqüentemente demandam a tomada de decisões por parte de seus trabalhadores – decisões que, cabe lembrar, quase sempre dizem respeito à vida de sujeitos humanos. No trabalho de uma equipe, quando há uma equipe, a responsabilidade da decisão parece ser coletiva. O que orienta essas decisões? Qual direção? Que conduta adotar? Portanto, qual destino dar a uma vida humana?

Estamos no campo das decisões, e muitas vezes os impasses que se instalam no interior de uma equipe multiprofissional têm origem nas diferentes “ancoragens éticas” (ALBERTI, 2000, p. 42). Sabemos que o discurso da instituição de saúde, representada por sua equipe de trabalhadores, prima pelo universal, e que tal discurso não só determina, mas muitas vezes constrói o destino de uma vida em sua mais absoluta singularidade.

No texto “A instituição, a regra e o particular”, Laurent (1996, p.15) sugere que os psicanalistas que trabalham na instituição, advertidos pelos perigos da identificação às regras universais, se interessem pela desconfiança em relação às mesmas, lembrando que “é justamente o cientismo do mestre de Viena que o protege da tentação universalizadora”.

O analista, se de fato se insere na instituição, é parte ativa nesse campo de decisões, de responsabilidade coletiva, e só pode atuar referenciado na sua clínica, na ética da Psicanálise, com o discurso que lhe é próprio. Se o discurso analítico interroga as regras instituídas, é dando lugar à palavra e à particularidade de cada caso que o analista se “separa do consentimento espontâneo que damos às regras” (LAURENT, 1996, p. 16) para prevenir-se contra a tomada de decisão em massa, pela via da identificação, pois

A hipótese freudiana do inconsciente implica em que a particularidade não se alcança somente respeitando os direitos da pessoa, o que é uma preliminar necessária, mas sim deixando o sujeito falar; é preciso de início não lhe falar nem sujeitá-lo à regra, fosse ela até melhor. (LAURENT, 1996, p. 18)

Se a proposta freudiana é essa que toma como axioma o determinismo psíquico inconsciente, isso também gera conseqüências éticas, e aqui é importante precisar que toda vez que nos referimos à ética da Psicanálise não estamos nos referindo “à ética humanitária, nem à ética do Bem Supremo de Aristóteles ou de Kant, mas à ética do desejo, mais precisamente, à ética do bem-dizer do sujeito com relação ao seu desejo” (ALBERTI, 2000, p. 41), tal como se refere Lacan (1959-1960) em seu seminário sobre a ética.

Se a tomada de decisões dos profissionais das equipes de saúde da instituição deve ser feita no campo da ética, uma equipe na qual um psicanalista está inserido não tem como não se deparar com a diferença de ancoragens éticas e suas conseqüências. Mas não é só por isso que a tomada de decisões não é simples; é também porque, como ressalta Jonas (1990), a ética e a filosofia contemporâneas encontram a impotência frente ao homem tecnológico. Seguindo a mesma lógica, Morin (1996) afirma que o paradigma clássico, baseado na suposição de que a complexidade do mundo dos fenômenos deveria ser resolvida a partir de princípios simples e leis gerais, não é mais suficiente para considerar, por exemplo, os progressos técnicos e científicos da área da Medicina.

Em função disso, Garrafa (2003, p. 216), médico pesquisador no campo da bioética, afirma que “a Filosofia viu-se repentinamente obrigada a caminhar com agilidade compatível com a evolução dos conceitos e das descobertas e com as conseqüentes mudanças que passaram a verificar no cotidiano das pessoas e coletividades”. Acrescenta ainda que, nesse contexto, “a Bioética se apresenta como a procura de um comportamento responsável por

parte daquelas pessoas que devem decidir tipos de tratamento, de pesquisa ou de outras formas de intervenção relativas à humanidade”.

Portanto, cabe a pergunta, já considerando a diferença de ancoragens éticas: o que seria um comportamento responsável dos profissionais em questão? Agir de acordo com a ética. Mas que ética está em questão? Se, para Morin (1996), os paradigmas clássicos não funcionam, é porque há uma ética tradicional que não mais atende essa realidade. Segundo Ribeiro (2000), a ética tradicional se sustenta, evidentemente, na tradição que consiste em seguir acriticamente uma lista de mandamentos, um gabarito do que é certo ou errado. Então, de acordo com que ética agiriam os profissionais em questão? Que ética atenderia essa realidade?

Garrafa (2003, p. 217) sugere que tomemos como referência o que ele chama “bioética forte”, ou “bioética dura”, que se propõe a assumir uma postura “menos observadora e simplesmente analítica e mais interventiva”. Mas o que orienta essa intervenção, a tomada de decisão, do ponto de vista da bioética?

Ainda segundo Garrafa (2003, p. 215),

Tendo descartado, em nome da objetividade, qualquer forma de subjetividade, sentimentos ou mitos, a racionalidade científica não pode – sozinha – estabelecer os fundamentos da bioética. Além da honestidade, do rigor científico ou da procura da verdade – pré-requisitos de uma boa formação científica –, a reflexão bioética pressupõe algumas questões humanas e planetárias que não estão incluídas nos currículos universitários.

E continua:

No sentido amplo que se pretende dar à bioética, seus verdadeiros fundamentos somente podem ser encontrados por meio de uma ação multidisciplinar que inclua, além das ciências médicas e biológicas, também

a filosofia, o direito, a antropologia, a ciência política, a teologia, a comunicação, a sociologia, a economia.

O que nos chama atenção na proposta de Garrafa é que, do mesmo modo que a racionalidade científica excluiu toda forma de subjetividade em nome da objetividade, ele escreve que a reflexão bioética pressupõe questões humanas, embora não inclua, no elenco da ação multidisciplinar, nem a contribuição da Psicologia, nem a da Psicanálise, e muito menos a do próprio sujeito humano envolvido na situação. Talvez a proposta da bioética assim colocada nos aproxime demais da ética tradicional de princípios preestabelecidos que, muito provavelmente, como afirma Garrafa, pressupõe a questão humana e, portanto, lida com um sujeito pressuposto, abstrato, universal. Não é o que interessa a um psicanalista como referência ética.

De qualquer modo, é nesse contexto entre a ética tradicional - que não atende a realidade atual -, e a “bioética dura” que o psicanalista se depara com a dureza das situações que envolvem o sofrimento humano, exigindo a ação dos profissionais. Para Lacan (1959-1960, p. 374), “se há uma ética da psicanálise – a questão se coloca –, é na medida em que, de alguma maneira, por menos que seja, a análise fornece algo que se coloca como medida da nossa ação – ou simplesmente pretende isso”.

Se a decisão deve se sustentar no campo da ética, Ribeiro (2004) afirma que as questões éticas são questões de consciência, e que, se considerarmos os ensinamentos de Marx e Freud, logo entendemos que a consciência que temos de nossas ações é bastante limitada, posto que “há algo mais forte que ela, que poderá estar nas relações de produção (ou na economia), para Marx, ou na vida sexual, para Freud, mas que, em todos os casos, escapa à consciência de quem age”.

A lição de Freud, então, “supõe que a ação do homem, seja ele são ou doente, seja ela normal ou mórbida, tem um sentido escondido para o qual se pode dirigir” (LACAN, 1959-1960, p. 374), o que faz com que a ética da Psicanálise nos leve sempre à análise da relação da ação com o desejo que a habita.

A ética da Psicanálise se coloca na questão formulada por Lacan (1959-1960, p. 376): “Agiste conforme o teu desejo?” Para ele, “a esse pólo do desejo se opõe a ética tradicional” (LACAN, 1959-1960, p. 377), que se sustenta pelo que chama “serviço dos bens”.

A nossa proposta de trabalho, sustentada pela ética da Psicanálise, é a de um questionamento de cada situação que nos é apresentada em sua singularidade, pois acreditamos que, no momento em que os profissionais da equipe de saúde não conseguem abrir mão de princípios preestabelecidos, ainda que em nome da objetividade científica, o trabalho de reflexão ética se perde.

Isso é o mesmo que dizer que a ética nos exige saber sobre cada caso, em sua radical singularidade, o que não é a mesma coisa de tomarmos como referência alguns princípios gerais, como fazem, por exemplo, alguns profissionais, que ao tomarem como base os princípios de humanização do tratamento, supondo um Homem universal, dirigem para este último a sua ação. É muitas vezes em nome do “reconhecimento do outro”, ou ainda do “direito às diferenças” (BADIOU, 1995), que os profissionais da dita “humanização” agem de forma a negar todo tipo de diferença que possa haver entre eles próprios e o sujeito em questão.

Entendemos que são ações humanas, claro, portanto têm o seu valor, mas convém que cada um de nós seja capaz de examinar a sua ação, porque é bem possível que um exame atento mostre que ela é marcada de ambigüidade. “No fim das contas, a ordem das coisas

sobre a qual ela pretende fundar-se é [pode ser] a ordem do poder, de um poder humano, por demais humano” (LACAN, 1959-1960, p. 377).

É neste sentido que as contribuições de Badiou (1995) são valiosas. Ele sugere que façamos referência a situações particulares à medida que nega os princípios universais – cômodos para o pensador –, posto que eles estimulam o conservadorismo, amortecendo a crítica dos processos singulares.

Se o “consenso” ético, para Badiou (1995, p. 27), “se baseia no reconhecimento do Mal, toda tentativa de reunir os homens em torno de uma idéia positiva do Bem e, mais ainda, de identificar o Homem por tal projeto, é, na realidade, **a verdadeira fonte do próprio mal**” [grifo do autor], o que pode significar o “pesadelo totalitário” que, no nosso caso, impediria tratar com mais rigor dos casos de cada um de nossos pacientes.

A nossa ética se diferencia, mas não desconsidera, de forma alguma, a ética da ciência. Com ela fazemos interlocução, acreditando que as diferenças nos enriquecem. Como lembra Berlinguer (2003, p. 193), “substancialmente, pode-se dizer que a ética fundamental da ciência está em seu rigor metodológico e em sua liberdade”, enfocando seus esforços no antes e no depois do conhecimento científico:

O **antes** é a escolha, também baseada em critérios morais, dos melhores objetos e métodos para atingir o conhecimento. O **depois** é a orientação e a seleção, com base em critérios sociais e políticos, das aplicações técnicas e práticas do conhecimento adquirido. [grifo do autor]

A partir do que propõe Badiou (1995), acrescentamos às nossas discussões a seguinte questão: a ética que se nega a pensar a singularidade das situações não estaria se negando ao princípio obrigatório de toda ação propriamente humana?

O psicanalista na instituição sabe da importância de questionar e de ser questionado, e o faz, na medida do possível e do necessário, pois esse é seu trabalho. Mas é fato também que dificilmente a instituição demandaria o trabalho de um analista se não fosse pela sua oferta, que só pode ser sustentada pelo seu desejo. Isto posto, se a instituição demanda o trabalho do analista, é por uma suposição de saber na Psicanálise. Portanto, a forma pela qual um psicanalista responde a essas demandas é o que possibilita ou não a sustentação de sua clínica na instituição, a extensão do discurso analítico para além do contexto do tratamento. A isso chamaremos “vertente institucional” do trabalho do psicanalista.

Em suma, tudo isso implica dizer que nosso trabalho enquanto psicanalista na instituição pressupõe uma articulação entre o que chamamos “vertente clínica” e “vertente institucional”. **Há uma vinculação, uma relação, entre o trabalho clínico e o lugar do analista na equipe de saúde**, e tal vinculação se faz necessária para que o discurso analítico opere na instituição. Esta idéia torna-se, portanto, e ao mesmo tempo, o contexto onde as nossas questões se inscrevem, e o **pressuposto fundamental para o desenvolvimento de nossa pesquisa**.

Colocamos as nossas questões, o contexto no qual se inscrevem e o nosso pressuposto fundamental. Passemos agora aos objetivos de nossa pesquisa.

1.2. OBJETIVOS

Se o diálogo entre as duas vertentes é o nosso pressuposto fundamental, o estudo detalhado sobre o trabalho do analista nas vertentes clínica e institucional torna-se uma

exigência necessária, pois é o que nos parece específico do trabalho do psicanalista na instituição.

Esse pressuposto fundamental, se está clara a sua importância, indica ao leitor que, quando tratamos das duas vertentes, estamos tratando de dois lados de uma mesma “moeda”. Aqui, nossa “moeda” é o nosso trabalho, que, de “cara”, não se realiza sem que o analista faça um trabalho de inserção na equipe, e também jamais se “coroa” fora da clínica da subjetividade. Mas assim como “cara” e “coroa” não se desvinculam para dar existência à “moeda”, nada nos impede de analisar as nuances específicas de cada uma delas.

É na articulação das duas vertentes que inscrevemos a questão sobre a experiência do “outro em si”, pois não há como pesquisar sobre a experiência do “outro em si” na clínica sem levar em conta o lugar do psicanalista na equipe. Isto significa dizer que, para que essa articulação entre as vertentes se faça evidente, a realização de nossa pesquisa implica percorrermos, **ao mesmo tempo**, as duas vertentes, sendo possível – aproveitando a metáfora da moeda – a idéia de que, ao enfatizar uma das vertentes, estamos considerando simultaneamente a outra.

Os psicanalistas por muito tempo se ocuparam com a teorização do processo do adoecer psíquico. É no que chamamos “vertente clínica” do trabalho do psicanalista com esses pacientes que é possível a investigação a respeito do processo psíquico do adoecer, das repercussões psíquicas da oferta do transplante, da experiência do “outro em si” no momento posterior à cirurgia, tomando como referência o conceito de corpo para a Psicanálise, que não é o mesmo conceito de corpo com o qual a Medicina opera.

A experiência do transplante impõe e convoca o sujeito à experiência do “outro em si”, e esta experiência é testemunhada por todos os membros da equipe multiprofissional sem que necessariamente seja por todos escutada – ou, pelo menos, seja escutada da mesma forma.

Também em função disso é que dizemos que não há como pesquisar sobre a experiência do “outro em si” na clínica sem levar em conta o lugar do psicanalista na equipe.

Assim, no outro lado da mesma “moeda”, ou seja, na vertente institucional, pretendemos abordar o que diz respeito à atuação do psicanalista na instituição a partir de sua clínica e da ética da Psicanálise, e das conseqüências de seu discurso nos outros. Parece-nos essencial que este ponto seja abordado, considerando-se que essas conseqüências da Psicanálise na instituição têm um alcance para além da clínica com os pacientes, já que o psicanalista, como membro de uma equipe multiprofissional, atua também no campo de construção de decisões, problematizando e provocando discussões de pontos que, sem a sua escuta, provavelmente poderiam, em nome da saúde, contribuir para o apagamento do sujeito.

Desta forma, é a partir do pressuposto da articulação entre as vertentes clínica e institucional do trabalho do psicanalista num programa de transplante de fígado que a presente pesquisa tem, como objetivo geral, a investigação a respeito da experiência do “outro em si”, tal como nos é revelada na clínica psicanalítica com os pacientes e na interlocução com a equipe.

Para tanto, consideramos **objetivos específicos**:

- a) formalizar teoricamente o processo de inserção e a construção do lugar do analista na equipe de saúde a partir de nossa experiência na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado do HCFMUSP, dado que a forma pela qual um analista responde a essas demandas é o que possibilita ou não a sustentação de sua atuação clínica na instituição;
- b) analisar situações clínico/institucionais nas quais o analista está inserido, na interlocução com os outros discursos, tomando como referência as diferentes

ancoragens éticas, de modo a compreender sua participação no campo das decisões e as conseqüências disso tanto para ele quanto para o paciente e para a instituição;

- c) fazer a diferença do conceito de corpo para a Psicanálise e para a Medicina a fim de dar subsídios teóricos ao trabalho do analista com os pacientes do programa de transplante de fígado;
- d) formalizar teoricamente o transplante de fígado como experiência de corporeidade e subjetividade, simultaneamente, a partir da clínica psicanalítica com os pacientes do programa, analisando o processo de adoecimento e suas repercussões psíquicas, a incidência do transplante no corpo, experiência do “outro em si” e suas conseqüências.

Isso justifica a nossa preocupação no sentido de localizar o leitor em nosso contexto. Para tanto, decidimos por um caminho, lembrando sempre que toda decisão implica um risco, e que, ao escolher um caminho, deixamos de lado todos os outros.

Para introduzir com mais precisão as questões que norteiam esta pesquisa e seus objetivos, fez-se necessária, ainda nesta primeira parte de nosso texto, uma breve seqüência de pontos que constituem o contexto no qual ela ocorre. Seguiremos discorrendo sobre “O fígado e o transplante de fígado na Medicina e no HCFMUSP”, pois acreditamos que sem essas definições o nosso trabalho corre o risco de não ser bem compreendido pelo nosso leitor.

Concluindo a nossa “Introdução”, tratamos de localizar o leitor a respeito de nosso percurso “Buscando interlocutores”, o que nos parece essencial ao trabalho do psicanalista na instituição, pois embora não seja a partir da experiência de outros psicanalistas que seja dada a possibilidade de se inscrever o trabalho do psicanalista dentro da instituição (ALBERTI,

1996), a interlocução com os colegas é um modo não só de conhecer o que está sendo produzido nesse campo de conhecimento, como também a oportunidade para a transmissão do que está sendo por nós questionado. Neste ponto, expomos ao leitor o que pudemos encontrar a partir de um levantamento bibliográfico a respeito do trabalho de colegas psicólogos em diversos centros de transplante de fígado no Brasil e no mundo, e apresentamos nossa proposta de trabalho no HCFMUSP, que toma como referência teórica e ética a Psicanálise de Freud com Lacan.

Nos capítulos 2 e 3, apresentamos a nossa “moeda” propriamente dita: o trabalho do psicanalista no programa de transplante de fígado. No segundo, enfatizaremos “O trabalho do psicanalista na vertente institucional”, o que nos remete à posição do analista na equipe para que possa operar na clínica, e no terceiro enfatizaremos “O trabalho do psicanalista na vertente clínica”, o que nos remete ao conceito de corpo em Psicanálise e ao tratamento das questões subjetivas dos pacientes do programa de transplante e suas conseqüências na vertente institucional.

Ao fim do texto, já em “Momento de concluir”, apresentamos ao leitor nossas conclusões, pois mesmo que não nos seja permitido saber de tudo, a pesquisa psicanalítica nos faz saber do não-todo, lembrando com Freud (1937) que todo trabalho psicanalítico é terminável, na medida em que chegamos a um ponto de basta, é preciso terminar; e é interminável, posto que ninguém se cura do seu Inconsciente.

1.3. SOBRE O FÍGADO E O TRANSPLANTE DE FÍGADO NA MEDICINA E NO HCFMUSP

Faz-se indispensável um breve esclarecimento a respeito do que leva alguém a precisar de um transplante de fígado, de modo a fornecer ao leitor mais elementos que configurem o contexto no qual trabalhamos. As informações aqui expostas foram retiradas do “Manual do transplante de fígado” da Unidade de Fígado do HCFMUSP (2001), de autoria da equipe multidisciplinar naquela ocasião, trabalho do qual participamos ativamente.

O fígado é o maior órgão sólido do organismo, e desempenha diferentes funções. Ele recebe todo o sangue proveniente do tubo digestivo com os produtos da digestão dos alimentos e toxinas absorvidas pelo intestino; separa e processa os diferentes nutrientes, transformando os alimentos tanto em energia para consumo imediato quanto em reserva energética na forma de gorduras e açúcares, síntese de proteínas de “uso geral”, como albumina, e proteínas específicas, como as da coagulação do sangue e as da defesa do organismo; neutraliza os microorganismos e as toxinas ingeridas, tornando-as menos agressivas e possibilitando a destruição e a eliminação através dos rins ou pelo próprio fígado, através da bile. A bile produzida pelo fígado possui papel fundamental na digestão e na absorção de alimentos que contenham gordura ou substâncias semelhantes. O fígado também metaboliza hormônios que influenciam a pressão sangüínea e as características sexuais.

Um dos fatores de maior destaque na caracterização do papel do fígado é o de coordenador do equilíbrio entre os diversos órgãos. Considerando uma pessoa portadora de insuficiência hepática, ela apresenta deficiências associadas em quase todos os outros órgãos: diminuição da função dos rins e queda da quantidade de urina com conseqüente acúmulo de água e sal no organismo, o que determina necessariamente limitações na ingestão de

alimentos e bebidas; deficiência da coagulação do sangue, tornando o organismo muito suscetível a hemorragias; possibilidade de aumento da pressão dos vasos pulmonares e conseqüentes alterações respiratórias e cardíacas; permissão de passagem para a circulação de toxinas que podem levar a um quadro de encefalopatia, ou seja, déficit de funções cerebrais como a fala, o pensamento e o equilíbrio; redução dos mecanismos de defesa contra infecções e tumores, principalmente os do próprio fígado.

As doenças que podem acometer o fígado são múltiplas e complexas.

- a) Doenças causadas por microorganismos: neste grupo incluem-se as hepatites (A, B, C, D ou delta, E, F e G), a esquistossomose e os abscessos hepáticos.
- b) Doenças causadas por defeitos metabólicos: doenças de acúmulo de ferro, de cobre, de proteínas ou açúcar, deficiências de enzimas etc.
- c) Doenças causadas por defeitos de outros órgãos: doenças cardíacas e vasculares.
- d) Doenças causadas por agentes tóxicos: álcool, drogas (medicamentos e drogas), vegetais, solventes e outras substâncias químicas.
- e) Doenças tumorais: tumores com origem no próprio fígado ou secundários a tumores em outros órgãos (metástases).

Cada uma dessas doenças vai, em diferentes fases, demandar um tipo específico de tratamento, que pode incluir desde dietas especiais até transplante de fígado, passando por medicamentos, quimioterapia e cirurgias.

O transplante de fígado é indicado quando a doença, aguda ou crônica, evolui para um estado avançado e irreversível, levando o doente à insuficiência hepática terminal. Nestes casos, o transplante é a única forma de possibilitar ao paciente o retorno a uma vida saudável.

O que podemos observar é que as doenças do fígado, de forma geral, são doenças que não sinalizam sua chegada, cuja manifestação já é resultado de um comprometimento que requer atenção médica imediata, e que muitas vezes já está num estado bem avançado, sem nenhuma chance de tratamento clínico, sendo o transplante, ao mesmo tempo, a primeira e a última saída (MORETTO, 2003).

Atualmente, existem alguns tipos de transplante de fígado, conforme o tipo de doador que se utiliza: doador cadáver ou doador vivo. O primeiro é o mais empregado até o momento. Os doadores são indivíduos que, em geral, tiveram morte cerebral recente (morte encefálica) por acidentes de carro ou moto, ferimentos com arma de fogo, derrame cerebral etc. O transplante de fígado se inicia somente após a confirmação da morte encefálica do doador, da doação pela família e dos resultados dos exames de sangue que servem tanto para saber a função do fígado quanto se o doador não tinha algum tipo de doença, como hepatite por vírus B ou C, doença de Chagas, AIDS, HTLV I e II (vírus causador de um tipo de leucemia). A história do doador também é avaliada para saber se possui alguma doença e se o acidente causou algum trauma no abdome que possa ter lesado o fígado. Não existe uma idade preestabelecida do doador para se utilizar ou não os órgãos. Depois de cumpridas todas essas etapas, o doador é operado e o fígado é retirado.

A partir daí podem ocorrer três tipos de transplante.

- a) Fígado total: neste tipo de transplante, o órgão é colocado inteiro no receptor.

b) Fígado reduzido: este tipo de transplante é realizado quando o fígado retirado é muito grande e não cabe perfeitamente no abdome do paciente receptor. Neste caso, a equipe de transplante corta um pedaço do fígado do doador para que o tamanho fique o mais adequado possível para o receptor. Isto pode acontecer principalmente com receptores muito pequenos ou crianças.

c) Fígado dividido ou *split*: neste caso, um único fígado de doador cadáver é dividido em duas partes e pode ser implantado em dois pacientes receptores diferentes. Este tipo de transplante ocorre somente quando o fígado do doador é grande o suficiente para que nenhum dos dois pacientes receptores seja prejudicado pela divisão. Esta técnica permite que o tempo total de espera da fila para transplante seja menor, já que, em alguns casos, um doador permite que dois pacientes sejam transplantados.

No caso do doador vivo, temos o transplante de fígado intervivos, que foi realizado pela primeira vez no mundo por nossa equipe no Hospital das Clínicas da FMUSP, em 1987. Um adulto doa uma parte de seu fígado, submetendo-se a uma cirurgia, com o objetivo de salvar a vida do receptor nos casos em que o tempo de espera na fila é longo o suficiente para levá-lo a óbito antes do transplante convencional. Com o desenvolvimento das técnicas para cirurgia do fígado e a invenção de novos aparelhos para o corte do fígado com o mínimo de perda de sangue, este tipo de transplante tem sido utilizado em todo o mundo com bons resultados do ponto de vista médico.

Nos casos de transplante intervivos para adulto, alguns critérios importantes devem ser levados em consideração na avaliação do doador, como grupo sanguíneo idêntico, exames de sangue normais, idade e peso compatíveis com a operação. A pessoa que tem o desejo de doar parte de seu fígado para um paciente da lista de espera deve saber que esta operação apresenta riscos moderados, e que realizará uma série de exames de avaliação para saber se a doação é

possível. O desejo da doação é um dos principais fatores levados em consideração, e pode ser mais importante do que todas as avaliações, como discutiremos nos capítulos 2.8, 2.9 e 2.10 do presente trabalho.

Na lista de espera para transplante de fígado, em maio de 2005, aguardavam, em todo o Brasil, 6726 pessoas, sendo que, entre elas, 3602 em São Paulo (SNT, 2005). O tempo de espera por um fígado depende do tipo sanguíneo do paciente, e varia de dois a três anos. A espera por um fígado é, geralmente, vivida com muito sofrimento tanto pela chegada quanto pela demora da chegada do órgão.

O paciente é chamado para o transplante quando a equipe cirúrgica do doador se desloca para a retirada do órgão, e deve comparecer ao hospital em, no máximo, duas horas, sempre acompanhado por um adulto, pois o fígado do doador deve permanecer o mínimo tempo possível no gelo e nos líquidos que o preservam. Por isso, mesmo quando o paciente já está internado, seu transplante pode ser cancelado, caso a equipe do doador avalie que o órgão retirado não deve ser utilizado. Aqui vale ressaltar que isso tem conseqüências psíquicas importantes para muitos.

A cirurgia tem duração média de doze horas. A incisão (corte da cirurgia) é realizada no abdome, logo abaixo das costelas do lado direito e esquerdo. Eventualmente é necessária uma pequena extensão mediana em direção ao tórax, ficando, posteriormente, uma cicatriz extensa em forma de Y invertido.

Inicialmente, o fígado doente é retirado. Esta é uma parte da cirurgia muito trabalhosa, na qual são cortadas as estruturas que mantêm o fígado fixado ao corpo, os vasos sanguíneos responsáveis pela circulação do sangue e o ducto biliar, que leva a bile produzida no fígado para o intestino.

Enquanto o paciente é submetido a essa parte da cirurgia, o novo fígado está sendo preparado para ser enxertado. Em seguida, o cirurgião colocará o fígado novo na cavidade abdominal por meio das anastomoses, ou seja, das ligações entre os vasos sanguíneos que foram cortados e o fígado novo. Depois disso, acontece a chamada revascularização, ou seja, a circulação do sangue pelo novo órgão, iniciando-se aí o momento em que o fígado passa a fazer parte organismo do receptor (do ponto de vista da Medicina, vale lembrar).

Finalmente, é realizada a união dos ductos biliares, podendo ou não ser deixado um dreno biliar (tubo fino de borracha), que será exteriorizado na parede abdominal. Este dreno é mantido aberto por aproximadamente dois dias, e depois é fechado. Ficará coberto com curativo, que deverá ser trocado diariamente. Este dreno servirá para eventuais exames para verificação do funcionamento do fígado, e será retirado aproximadamente três a quatro meses após o transplante. Em alguns casos, dependendo do tipo de doença do receptor, a conexão do ducto biliar do fígado novo será feita diretamente numa porção do intestino delgado, e neste caso, o receptor ficará com um dreno um pouco mais rígido que também será retirado depois de três ou quatro meses. A vesícula biliar do fígado novo é retirada, sem prejuízo para o receptor.

Antes do fechamento da parede abdominal, podem ser colocados outros drenos abdominais, ou seja, tubos finos de silicone que são exteriorizados na parede abdominal e serão retirados em poucos dias na enfermaria.

Terminada a cirurgia, o paciente é levado para a UTI, e o período de permanência ali dependerá da evolução de cada caso, durando, em média, dois ou três dias. Inicia-se a fase do pós-operatório, na qual o paciente se depara com o *status* inédito de transplantado.

O paciente acorda entubado e ligado a vários aparelhos, e enquanto precisa do respirador artificial, não consegue falar. A visita de toda a equipe multiprofissional (médicos,

enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos etc.) é diária. Após esse período, o paciente é transferido para um quarto da enfermaria, permanecendo internado por cerca de quinze dias, quando a sua evolução é considerada satisfatória pelos médicos.

A qualquer sinal de possíveis complicações, o tratamento necessário se inicia prontamente. As complicações mais comuns são rejeição, infecção, hepatite no fígado novo (que pode ser causada por citomegalovírus, vírus C, vírus B), trombose arterial (entupimento causado pela coagulação do sangue na artéria do fígado) ou alguma dificuldade de drenagem de bile.

As medicações imunossupressoras são essenciais no pós-operatório, já que, sem elas para modificar o sistema de defesa, o organismo rejeitaria o fígado novo. Sabe-se que o sistema de defesa não consegue distinguir direito entre um micróbio e o fígado novo. Por isso, o organismo reconhece o fígado transplantado como um ser estranho, e tenta destruí-lo através do processo conhecido como rejeição. A maior parte dos pacientes apresenta um ou mais episódios de rejeição durante a fase de recuperação. Na maioria dos casos, o primeiro episódio ocorre entre o quinto e o décimo dia do pós-operatório. As chances de rejeição diminuem com o tempo, mas ela pode ocorrer em qualquer momento após o transplante. Isto significa dizer que essas medicações deverão ser utilizadas diariamente para o resto da vida, ajustando-se a dosagem ao longo do tempo.

Como consequência da imunossupressão ocorre o aumento do risco de infecções. Este risco é maior nos primeiros meses de transplante, enquanto a dosagem para cada caso precisa ser acertada. Em função disso, deverá ser evitado o contato com pessoas com algum tipo de infecção, como gripe e doenças da infância, tais como catapora, sarampo etc.

Já as outras complicações possíveis (hepatite no fígado novo, trombose arterial e as complicações biliares), na maioria dos casos são tratadas com nova cirurgia.

No caso das complicações chegarem a um ponto incontrolável, a equipe começa a pensar na indicação imediata de um re-transplante no prazo máximo de trinta dias, para que o paciente entre na fila de espera do novo órgão com prioridade – caso contrário, teria que entrar no “fim da fila”, o que, evidentemente, significaria para ele o fim da vida.

Após a alta hospitalar, o paciente deve seguir o seu tratamento em regime ambulatorial por toda a vida, e se estiver bem, sem intercorrências, deve cumprir o seguinte esquema: no primeiro mês, três vezes por semana; no segundo e terceiro meses, duas vezes por semana; do quarto ao sexto mês, cada duas a quatro semanas; do sétimo mês a um ano, cada quatro a seis semanas; e após um ano, cada seis a oito semanas.

Como é possível notar, o trabalho de um psicanalista com pacientes num programa de transplante de fígado, muitas vezes, se desenrola ao longo de um árduo percurso.

1.4. BUSCANDO INTERLOCUTORES

O transplante de fígado é um dos mais complexos procedimentos da cirurgia moderna, não só pela relevância do papel do fígado no funcionamento do corpo humano, mas pelo fato de ser uma cirurgia que interfere significativamente em várias funções vitais. O sucesso do transplante de fígado depende de uma completa infra-estrutura hospitalar e de uma equipe multiprofissional altamente treinada para realizar o procedimento e acompanhar, durante todo o processo, os pacientes – em sua maioria, gravemente debilitados (MIES, 1998).

Nos principais centros de transplante de fígado do mundo, as equipes são compostas por especialistas médicos e não-médicos, sempre lideradas por um médico cirurgião. Os

membros de uma equipe de transplante de fígado podem variar de um centro para outro, mas são, geralmente, cirurgiões, médicos clínicos, anestesistas, patologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos.

Como psicóloga contratada da instituição, membro integrante da equipe multiprofissional do programa de transplante de fígado da Disciplina de Transplantes e Cirurgias do Fígado do HCFMUSP, desenvolvo o meu trabalho como psicanalista (MORETTO, 2000), e deste lugar, na busca incessante de interlocução, dificilmente encontramos colegas psicanalistas trabalhando na área de transplantes em hospitais.

Em recente levantamento feito na literatura mundial a respeito do trabalho de psicanalistas e/ou psicólogos em equipes de transplante de fígado, o que pudemos observar foi a predominância significativa de intervenções calcadas numa referência humanista, educativa e comportamental, valorizando sempre a questão de adaptar o doente à sua nova realidade de transplantado por meio do reforço e do fortalecimento egóico, do ensino de formas de aceitação à nova realidade, muitas delas valorizando o poder do pensamento positivo no enfrentamento de situações difíceis.

Verificamos que todas as equipes reconhecem a importância de vários aspectos psicológicos dos pacientes a quem atendem, valorizando a necessidade da abordagem dos mesmos tanto no processo de avaliação pré-transplante quanto no período pós-operatório. No entanto, diferentemente do que acontece no Brasil, nem sempre esses aspectos são abordados necessariamente por profissionais da Psicologia, ou nem sempre o psicólogo é parte integrante da equipe, funcionando, desta forma, como um consultor externo.

A seguir, convidamos o leitor para um “passeio” por alguns dos principais centros de transplante de fígado do mundo, com destaque para o trabalho de psicólogos nestes centros, para que possamos ter alguma idéia a respeito de seu posicionamento ético, seus objetivos,

seus procedimentos, seus resultados. Ao fim do “passeio” por centros estrangeiros, de volta ao Brasil, destacaremos o trabalho de alguns colegas nos centros de transplante de fígado de nosso país, e a partir daí, passaremos a expor o nosso, no HCFMUSP.

No Thomas E. Starzl Transplantation Institute (STI, 2005), da University Pittsburgh Medical Center (UPMC), nos Estados Unidos, a assistência psicológica é oferecida por médicos psiquiatras e assistentes sociais. O psiquiatra da equipe, em conjunto com as enfermeiras psiquiátricas, está disponível para assistir os pacientes e suas famílias no enfrentamento do estresse associado à doença crônica e ao transplante, oferecendo terapia de apoio, relaxamento e treinamento para o gerenciamento do estresse, aconselhamento aos pacientes adictos e tratamento medicamentoso, se necessário. As assistentes sociais do STI atendem os pacientes e a suas famílias com informações educativas, financeiras e suporte emocional, encaminhando, se necessário, o paciente a um grupo de apoio e discussão composto por pessoas que vivem a mesma situação, de modo a que o grupo lhe ajude a dirigir sua energia para pensamentos positivos, recordando, desta forma, que o paciente não está sozinho durante o processo (STI, 2005).

No University of Michigan Transplant Center (UMTC, 2004), também nos Estados Unidos, no programa de transplante de fígado, as assistentes sociais se incumbem de ajudar os pacientes e seus familiares no esclarecimento e enfrentamento das questões psicológicas relativas ao transplante, oferecendo aconselhamento e suporte emocional durante todo o processo.

Ainda nos Estados Unidos, destaca-se a Mayo Clinic, em Minnesota, cujo centro de transplante de fígado é composto por médicos, enfermeiras, nutricionistas e assistentes sociais (MAYO, 2005). Estes últimos se encarregam de avaliar as condições sociais e a capacidade de enfrentamento e condições suportivas do paciente e de sua família, e, **se necessário** (grifo

nosso), encaminham o paciente para avaliação no Departamento de Psiquiatria e Psicologia da clínica. Ali, a avaliação pré-transplante visa identificar fatores de risco para não-adesão ao tratamento cirúrgico, histórico de doenças psiquiátricas, capacidade de adaptação a situações estressantes, uso de drogas e condições básicas de suporte familiar. Mais especificamente, os fatores psicológicos são avaliados através de testes psicométricos e escalas desenvolvidas pelos psicólogos do departamento, especialmente para os pacientes do programa de transplante: Psychological Assessment of Candidates for Transplantation Scale (PACT) and the Transplantation Evaluation Rating Scale (TERS). A seleção de candidatos é feita levando em conta os benefícios que a cirurgia pode trazer para cada paciente, a quem são oferecidos grupos de terapia cognitivo-comportamental (JOWSEY et al., 2001).

No King's College Hospital, em Londres, Inglaterra, o profissional psicólogo não é um membro específico da equipe de transplante, mas faz parte do King's Counselling and Psychotherapy Team (CPT, 2004), prestando serviços a pacientes e familiares que solicitam atendimento ou que são encaminhados por algum profissional da equipe que entende que um suporte especializado se faz necessário. Nesse hospital, o trabalho dos profissionais psicólogos que trabalham com pacientes do programa de transplante de fígado enfatiza significativamente a pesquisa a respeito da qualidade de vida de pacientes já transplantados, sempre através de entrevistas, questionários e escalas, como pode ser observado nos trabalhos de Taylor et al. (2005), realizados no programa de transplante de crianças e adolescentes; de Pereira et al. (2000), com pacientes transplantados por cirrose por álcool; de Robertson (1999), sobre a percepção individual da qualidade de vida após o transplante; de Gubby (1998), que investiga sobre qualidade de vida e fatores estressores pós-transplante; e de Prince (1995), sobre a comparação da qualidade de vida em grupos de pacientes transplantados e grupo de pacientes não-transplantados. Os resultados dessas pesquisas indicam que,

geralmente, o transplante de fígado promove a melhoria na qualidade de vida dos doentes com hepatopatia crônica.

Em outras equipes de transplante de fígado na Europa, os pacientes são avaliados e acompanhados por psicólogos dos hospitais onde funcionam os centros de transplante, não sendo esses profissionais membros da equipe, mas trabalhadores dos hospitais que atendem as diversas equipes que solicitam seus serviços por diversas razões.

Na França, Consoli e Baudin (1994), do Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison do Hôpital Européen George Pompidou, em Paris, estudaram os aspectos psicológicos e psiquiátricos antes do transplante, e observaram que, sendo o transplante um recurso da cirurgia moderna que se dirige a doentes abalados por doenças graves e terminais, funciona como uma prova de resistência psíquica e moral. Segundo essas autoras, as equipes transplantadoras se associam a psicólogos e psiquiatras para que estes profissionais possam avaliar a viabilidade de um transplante, no sentido de tentar prevenir os riscos emocionais e de não-adesão posterior ao tratamento, o que comprometeria o paciente e a equipe. Sendo assim, na avaliação psicológica pré-transplante, analisam a existência de contra-indicações psiquiátricas, o uso de drogas, a capacidade de adaptação a eventos traumáticos, a qualidade do suporte familiar e o grau de envolvimento da família no projeto do transplante, levando em conta a estrutura de personalidade, a importância da estabilidade psíquica e lembrando que a força vital das relações afetivas e dos laços sociais depende da capacidade de o paciente reprimir a angústia de morte causada pela cirurgia (CONSOLI; BAUDIN, 1994).

Schwering (2004), do centro de saúde mental Chapelle-aux-Champs, da Université Catholique de Louvan (U.C.L.), em Bruxelas, Bélgica, é colaborador na equipe de transplante de fígado do Professor J.-B. Otte, em Cliniques St. Luc – U.C.L., e atenta para o fato de que o

grande desafio psicológico do transplante é o processo de incorporação do enxerto, pois lembra que os pacientes sentem-se culpados pela morte do doador, contraindo um débito que não vão pagar e desenvolvendo fantasias de que herdaram as características do doador. O trabalho, ele sugere, deve valorizar o esclarecimento das informações para fazer com que a incorporação do enxerto se realize de forma a não prejudicar o procedimento cirúrgico nem a saúde do paciente.

Neste sentido, Laederach-Hofmann, Begre e Bunzel (2002), na Suíça, do Einheit Psychosomatik und Psychosoziale Medizin, na Universitat Bern, consideram que é evidente que o sucesso do transplante depende da integração do órgão, e que este processo depende do processo psíquico de incorporação e suas respectivas fantasias, influenciadas pelo luto da perda do órgão doente. Desta forma, argumenta a importância do trabalho do psicólogo para que o paciente possa se adaptar à nova situação, diminuindo o risco de infecções e rejeições.

Na Espanha, destacam-se os trabalhos de Perez San Gregorio et al. (2004), do Departamento de Personalidad, Evaluation e Tratamiento da Facultad de Psicologia da Universidad de Sevilla, que avaliam sintomas de ansiedade e depressão em pacientes do programa de transplante de fígado e seus familiares por meio da aplicação de escalas e questionários, concluindo que o ambiente hospitalar e a saúde mental dos familiares são fatores que devem ser alvo do trabalho dos psicólogos, pois influenciam no aparecimento dos referidos sintomas nos pacientes; e de Monras, Marcos e Rimola (2004), da Unidade de Alcoholologia do Instituto Clínico de Psiquiatria i Psicologia do Hospital Clinic, em Barcelona, que atendem a pacientes candidatos a transplante de fígado, e estudando pacientes com doenças hepáticas causadas pelo uso de álcool, avaliaram as características de personalidade desses pacientes por meio de escalas e questionários, comparando-os a outros pacientes sem história de uso de álcool, concluindo que os pacientes candidatos a transplante pelo uso de

álcool mostraram alterações de personalidade de intensas a moderadas, sem diferença significativa quando comparados ao outro grupo de pacientes.

Na Itália, Bernazzali (2005), da Universidade de Siena, após um estudo-piloto feito por três equipes na Itália, onde se formulou um questionário comum com vinte e dois itens, com um escore final de 0 a 44, e 294 diferentes formas de correlacionar as variáveis, propõe uma avaliação psicológica padronizada, tanto no pré-transplante quanto no pós, para ser utilizada em todos os centros de transplante, pois argumenta que um método uniforme de avaliação psicológica antes do transplante reduz o **risco da subjetividade** (grifo nosso), e obtendo resultados comparáveis nos diferentes centros, pode-se criar planos de intervenção para diminuir os riscos para o paciente.

De volta ao Brasil, pode-se considerar que esta é uma área de atuação relativamente nova para o profissional psicólogo, e em expansão. Alguns dados históricos nos ajudam a compreender melhor esta afirmação.

O primeiro transplante de fígado bem-sucedido realizado no país ocorreu no dia 1º de setembro de 1985, no Hospital das Clínicas da FMUSP, pela equipe do Prof. Silvano Raia, com quem começamos a trabalhar em 1990. Segundo Mies (1998), em 1998 existiam no Brasil 19 centros que realizavam ou tinham realizado transplantes de fígado, sendo que dez deles em São Paulo, três em Porto Alegre, dois em Belo Horizonte, um no Rio de Janeiro, um em Recife e um em Campinas.

Neste período, todas as outras equipes de transplante de fígado eram lideradas por médicos que trabalharam e saíram da Unidade de Fígado do HCFMUSP ou por ali passaram fazendo pós-graduação, estágio ou visita programada. Nem todas as equipes contavam com o trabalho do psicólogo ainda, e a imensa maioria daqueles psicólogos que ingressaram em equipes de transplante, dentro e fora de São Paulo, ainda não tendo o seu trabalho

sistematizado, nos solicitaram orientação para implantação do serviço; outros demandaram supervisão; alguns vieram de longe e nos deram o prazer de sua visita a fim de conhecer e acompanhar, ainda que brevemente, a rotina do serviço; outros realizaram estágios temporários; outros, ainda, vieram em busca de um modelo a ser aplicado, nos dando a oportunidade de lembrar que não temos isso até hoje.

Atualmente no Brasil existem 46 equipes transplantadoras de fígado cadastradas no Sistema Nacional de Transplantes (SNT, 2005), o que nem sempre é a mesma coisa que dizer que existem 46 equipes atuantes. Dessas, 23 no Estado de São Paulo, cinco no Paraná, três em Minas Gerais, quatro no Rio Grande do Sul, três no Rio de Janeiro, uma em Goiânia, uma no Mato Grosso do Sul, três em Pernambuco, duas na Bahia e uma no Ceará.

Ainda assim, no levantamento de trabalhos publicados por colegas psicólogos nesta área, destacam-se os trabalhos de Cerezzi (2002) e de Rodrigues, Lima e Amorim (2004). No primeiro, apresentado como tese de doutorado de título “O paciente de transplante hepático: um estudo psicológico sobre a força resiliente do hepatopata grave”, foram estudados o funcionamento mental e o grau de eficácia adaptativa de candidatos a transplante de fígado, doze com cirrose alcoólica e dezoito com cirrose de origem viral, aplicando a Entrevista Operacional Adaptativa (EDAO), Teste Estilocrômico e entrevistas com familiares, de onde se concluiu que a diferença psicodinâmica fundamental entre esses dois grupos está na qualidade autodestrutiva dos primeiros e na agressividade reprimida dos outros, indicando psicoterapia breve para ambos a fim de conseguirem uma adaptação mais eficaz após o transplante.

No segundo trabalho, as autoras discutem as questões relacionadas à avaliação psicológica no transplante de fígado, ressaltando a carência de “marcadores” psíquicos de elevada precisão que fundamentem a indicação ou a contra-indicação para o transplante e a

necessidade de aferir comportamentos e sentimentos difíceis de ser mensurados (RODRIGUES; LIMA; AMORIM, 2004, p. 144). Desta forma, elas propõem algumas diretrizes para a avaliação psicológica:

São utilizadas entrevistas, testes psicológicos projetivos, como o Teste de Apercepção Temática (Murray, 1995) e o HTP (Buck, 2003), e, eventualmente, escalas utilizadas para avaliação em saúde mental: SF-36 (Ciconelli, 1997) e o Inventário de Beck de Depressão (Gorenstein & Andrade, 2000).

Além disso é utilizada uma ficha padronizada com dados detalhados de anamnese, e ainda um “Manual de orientação psicossocial para transplantes” contendo informações sobre a cirurgia e o pós-operatório, instrumentos estes elaborados pelas autoras.

A nossa proposta de trabalho no HCFMUSP toma outro rumo, pois sendo referenciada na Psicanálise de Freud com Lacan, parte da premissa de que o que está em tratamento é o sujeito, tal como conceituado pela Psicanálise, e não um indivíduo, tal como conceituado pela Psicologia, este qualificado de candidato a transplante ou de transplantado.

E por que a Psicanálise? Primeiro porque, para lembrar Roudinesco (1999), num contexto onde predominantemente trabalha-se em busca da padronização de comportamentos e de crenças voltadas para a normatização de atitudes diante dos pretensos padrões de normalidade e, mais ainda, como grifamos acima, num contexto onde a subjetividade é tomada como um risco, a Psicanálise vem trabalhar com a hipótese de que o arriscado é justamente a exclusão da subjetividade.

Segundo porque, na proposta psicanalítica, os conceitos de Inconsciente e transferência não estão restritos à noção de tratamento clínico, devendo ser considerados na

análise das questões institucionais, na investigação metapsicológica e nas reflexões sobre a cultura (LACAN, 1967).

Ora, onde o que tem sido valorizado são ideais de igualdade para que todos nele se reconheçam, e que, através de estratégias de enfrentamento, possam adaptar-se a situações estressantes de forma mais ou menos feliz, a Psicanálise vem mostrar que não há projeto científico nem dor capaz de anular a subjetividade humana, e que a corporeidade do sujeito vem revelar o que nele há de mais incerto.

O psicanalista opera no sentido de relativizar a validade das verdades instituídas de modo a trabalhar para que a clínica seja sempre soberana, o que nem sempre se mantém quando o que prevalece é um panorama onde o paradigma da Medicina Baseada em Evidências (MBE) (SACKETT et al., 2003) tem sido considerado um dispositivo modernizador que os médicos utilizam na diminuição de riscos na tomada de decisões clínicas, e onde cada vez mais nota-se a crescente influência do Estado e das instituições científicas no campo singular da clínica (PEREIRA, 2005).

Neste sentido, o rumo do nosso trabalho, salientando a experiência subjetiva na clínica, o particular de cada caso na instituição, nos conduz a trabalhar não no sentido de adaptar os indivíduos à situação de adoecimento, mas, a partir dela, trabalhar com a lógica da transformação do sujeito em sua singularidade radical.

É importante ressaltar que esse trabalho não se sustenta apenas pelas vantagens que a experiência clínica nos permite testemunhar, mas pela própria referência na ética da Psicanálise, que é o mínimo que se espera de um psicanalista. Portanto, seguir por este outro rumo, que não coincide com o modo de trabalho da maioria dos colegas que atuam na área, é uma escolha, e como toda escolha, gera conseqüências.

Uma delas é a solidão neste campo de pesquisa, o que não é estranho ao psicanalista. No entanto, embora não seja a consequência mais importante, é também o que nos estimula à freqüente busca de interlocução e, certamente, a encontros muito felizes. Evidente para nós é que a escolha pela Psicanálise nunca se faz sem consequências.

Tomando como pressuposto fundamental a articulação das vertentes clínica e institucional do trabalho do psicanalista num programa de transplante de fígado, o presente trabalho é a exposição e a discussão a respeito de um percurso no qual as questões se impõem ao psicanalista, convocando-o ao trabalho, assim como lembra Lacan (1964, p. 14) sobre as questões de pesquisa: “Eu não procuro, acho.”

Lembrando obrigatoriamente da metáfora da “moeda” como sendo o trabalho do psicanalista num programa de transplante de fígado, a partir deste ponto, nos capítulos que se seguem, nossa aposta é a de expor ao nosso leitor a nossa “moeda”, sem saber ao certo o quanto ela vale. Mas como a pesquisa é inerente ao nosso trabalho, e o que disto resulta só se descobre num tempo posterior, visando cumprir o nosso objetivo, abordaremos a questão sobre a experiência do “outro em si” enfatizando, num primeiro momento, “O trabalho do psicanalista na vertente institucional”, o que constitui todo o segundo capítulo do trabalho. E depois enfatizaremos “O trabalho do psicanalista na vertente clínica”, o que constitui o terceiro capítulo do trabalho, de modo a evidenciar a relação entre ambos.

O segundo capítulo se desenvolve a partir de dois pontos fundamentais:

- a) a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde: desenvolvemos este ponto partindo da nossa própria experiência desde a chegada na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado em 1990, a implantação nela do Serviço de Psicologia e o desenvolvimento dos projetos de trabalho. Esta experiência nos permite formalizar o processo de inserção do psicanalista na equipe de saúde, a construção do seu lugar, a partir

da escuta psicanalítica das demandas da mesma, dado que a forma pela qual um analista responde a essas demandas é o que possibilita ou não a sustentação de sua atuação clínica na instituição;

- b) a interlocução do analista com a equipe a partir das diferentes ancoragens éticas no campo das decisões e suas conseqüências, tanto para o paciente quanto para o analista e para a instituição, a partir da análise de situações clínico-institucionais que atravessam todo o capítulo, em que o psicanalista, ao incluir a clínica do sujeito, questiona as verdades universais instituídas e propõe que, em lugar das regras universais, apareça a palavra do sujeito em questão.

O terceiro capítulo se desenvolve também a partir de dois pontos:

- a) a diferença do conceito de corpo para a Psicanálise e para a Medicina, de modo a evidenciar as diferentes formas de abordagem do corpo nas duas clínicas, o que nos dá subsídios para o entendimento da experiência do “outro em si” e suas conseqüências tanto no que tange aos pacientes do programa quanto à equipe transplantadora;
- b) sobre o transplante de fígado na clínica psicanalítica, a partir de trechos de situações clínico-institucionais que atravessam o capítulo, onde podemos teorizar a respeito do processo do adoecer, a oferta do transplante e suas repercussões psíquicas, as demandas que a nós são dirigidas e como as acolhemos, a incidência do transplante no corpo, a experiência do “outro em si” e suas conseqüências, possibilitando construções teóricas que permitam abordar o fato do transplante como experiência de corporeidade e subjetividade, simultaneamente.

Em seguida, finalizamos o texto já em “Momento de concluir”, mas, desde já, nos parece que o específico do trabalho do psicanalista na instituição é que ele ocorre justamente

na interface das duas vertentes – portanto, nem num lugar nem no outro, mas no v[ã]o que se cria entre essas duas vertentes, o que n[ã]o é, necessariamente, a mesma coisa que dizer que nosso trabalho se faz em v[ã]o.

Essa exposi[ç]ão se justifica, ainda, pela necessidade de o psicanalista transmitir seu trabalho, entendendo como transmiss[ã]o aquilo que faz parte da forma[ç]ão psicanalítica, e lembrando ainda que, em Psicanálise, transmiss[ã]o n[ã]o se reduz a ensino. A partir desta transmiss[ã]o, esperamos n[ã]o apenas enriquecer o percurso de nossa forma[ç]ão, mas contribuir para a forma[ç]ão dos leitores interessados no tema – construir com eles uma possibilidade de interlocu[ç]ão para talvez, a partir da[í], fazer com que a busca de interlocutores seja cada vez mais frutífera e menos solitária.

De que forma o psicanalista pode comunicar tudo isso, se n[ã]o pela pesquisa clínica e sua publica[ç]ão?

Como só poderemos saber algo a respeito da nossa “moeda” num tempo posterior, vamos ofertá-la ao nosso leitor, na esperan[ç]a de que seu valor seja de troca, claro. Mas uma coisa é certa, desde já, como nos ensinou o saudoso Prof. Lu[ís] Carlos Nogueira (2004b):

O que quero dizer é que, no nível do campo da linguagem humana, nós sempre estamos na rela[ç]ão com o outro. Sempre. Portanto, n[ã]o temos exclusividade de nossa vida intelectual. É por isso que a gente se enriquece cada vez mais quanto mais faz os outros participarem disso.

2. O TRABALHO DO PSICANALISTA NA VERTENTE INSTITUCIONAL

Como já colocamos acima, se o estudo detalhado sobre o trabalho do analista nas vertentes clínica e institucional torna-se uma exigência necessária, o diálogo entre elas é um pressuposto fundamental para o nosso trabalho.

O trabalho desenvolvido na vertente clínica possibilita ao analista a interlocução com os outros discursos, ou a interdisciplinaridade. A atuação clínica do psicanalista na instituição hospitalar não independe do lugar que o analista ocupa na equipe – este que, por vezes, permite que o ato clínico tenha um alcance maior ou menor, o que nos faz pensar que o lugar do analista na transferência, na clínica com o paciente, guarda uma articulação com o lugar transferencial que o analista ocupa na equipe na qual está inserido.

Desta forma, acreditamos que essa divisão entre vertente clínica e vertente institucional do trabalho do psicanalista é, antes, uma divisão didática, posto que, na prática, as coisas acontecem ao mesmo tempo.

Nesta segunda parte do texto, abordamos a vertente institucional do trabalho do psicanalista, começando pela apresentação do Serviço de Psicologia da Disciplina de Transplantes e Cirurgias do Fígado HCFMUSP, na qual, a partir do relato de como foi nossa chegada, entendemos que a entrada não é inserção, o que torna possível alguma formalização teórica a respeito da questão da inserção e do lugar do psicanalista na equipe de saúde. Ainda neste ponto, pretendemos dar ao leitor uma noção a respeito da estrutura e do funcionamento do Serviço, de suas atividades e especificidades clínicas e institucionais e de sua atuação no âmbito da assistência, do ensino e da pesquisa.

Em seguida, por meio da apresentação de situações clínico-institucionais, pretendemos também discutir a intervenção do psicanalista a partir da ética da Psicanálise e suas conseqüências, tanto no âmbito clínico quanto no âmbito institucional e político.

2.1. A CHEGADA NA DISCIPLINA: ENTRADA NÃO É INSERÇÃO

O trabalho que desenvolvemos no Serviço de Psicologia da Disciplina de Transplantes e Cirurgias do Fígado do HCFMUSP, por nós implantado em 1990, toma o discurso psicanalítico como referência teórica, clínica e ética.

É a partir disso que buscamos e também sustentamos a interlocução com outros discursos, participando ativamente de parcerias interdisciplinares quando elas se fazem possíveis.

Dividido em áreas interligadas, a saber, **assistência, ensino e pesquisa**, no momento o Serviço é composto por quatro psicólogos: eu, uma psicóloga contratada pela Fundação Faculdade de Medicina, uma psicóloga especializanda e uma psicóloga aprimoranda.

O convite para trabalhar na Disciplina veio da então diretora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCFMUSP, Prof^a. Dr.^a Mathilde Neder, que me informou da necessidade de colocar um psicólogo na Disciplina de Transplante de Fígado a pedido dos professores Sérgio Mies e Silvano Raia, que desenvolviam suas atividades cirúrgicas na área de transplante de fígado com ênfase na abordagem multiprofissional, e por razões para mim desconhecidas naquela ocasião, não conseguiam “acertar” um psicólogo que se mantivesse no programa de forma, para eles, satisfatória. Em função disso, os professores solicitavam

insistentemente à diretora da Divisão de Psicologia do Hospital que lhes enviasse um psicólogo que pudesse desenvolver os trabalhos por eles solicitados.

Convite aceito, fui apresentada aos professores no *status*, para mim ainda não esclarecido, de “mais uma” tentativa, posto que uma pequena série de colegas já havia passado por ali sem conseguir permanecer.

Como se as primeiras apresentações e a simpática recepção ao “mais um” fosse o suficiente para que se desse início ao trabalho, fui lançada a campo pelos nossos protagonistas com o sincero desejo: “Seja bem-vinda e bom trabalho!” O que chamo de campo, hoje, naquele momento era para mim muito obscuro, mas eu sabia que se trabalhava com pacientes em ambulatório, em enfermarias, em UTIs, e que a equipe se reunia duas vezes por semana em sala de reunião, e todos os dias para a visita médica ao *pé* dos leitos.

A sensação era curiosa, literalmente: fui tomada de uma extrema curiosidade para saber, a rigor, que trabalho era o meu e como deveria proceder para que ele merecesse o adjetivo “bom” – “Bom trabalho!”, me fora dito. Não perguntei nada, e também nada me prontifiquei a fazer. Afinal, era bem-vinda, eu ouvira, e iniciei o meu trabalho observando o que viesse. Eu era alguém que ia ao hospital para observar. Por vezes, me via, engraçado até, literalmente, numa “atenção flutuante”, de um lado a outro. Mas não atendi nenhum paciente, apenas assisti às reuniões, às visitas médicas ao “*pé*” o leito. Eventualmente, me apresentava às pessoas, quando eu queria saber quem elas eram, e me identificava quando abordada. Foram quase dez dias de observação e, posso dizer, de “atenção flutuante”.

Achei, por um momento, que um pedido claro e preciso viria. Esperei que alguém me dissesse “essa é sua sala” (que sala?), que alguém me apresentasse aos “meus” pacientes, que também achava que estariam em algum lugar, esperando por mim. Nada. Achei ainda que alguém viria me cobrar algo. Penso hoje que teria sido mais fácil, porque no ato da cobrança,

eu conseguiria compreender, pelo menos, o que tinha deixado de fazer. Mas como alguém me cobraria algo, se este algo era justamente o “X” da questão para a equipe? O que faria o tal psicólogo daquela equipe?

Nessa observação atenta, flutuante, me dei conta de que aquela experiência me enriquecia, embora me angustiasse, pois a posição de “che vuoi?” – “que queres de mim?” – na qual estava fazia-me entrar em contato com duas questões ao mesmo tempo. A primeira delas, como já é sabido, deu título à minha dissertação de Mestrado: “O que pode um analista no hospital?” e suas conseqüências. A segunda era a respeito da demanda da equipe: o que eles demandam quando me desejam “bom trabalho”? Isso precisava ser apurado, sob o risco de eu responder com a minha fantasia a uma demanda que era do Outro. Esse era um risco, e estive atenta a ele: o risco de, diante da inconsistência da demanda do outro, eu responder com a minha fantasia. Ainda não sabia que era “mais uma” de uma série, mas já sabia que algumas colegas por ali passaram e não suportaram ficar; outras foram “devolvidas”.

Concomitante à observação, entendi que o trabalho só poderia prosseguir se essa demanda pudesse ser explícita. E como possibilitar isso, levando em conta a lógica psicanalítica de que, se ela pudesse ser explícita, já teria sido?

Na primeira oportunidade “social”, a uma pergunta do tipo “como está indo?”, respondi com outra pergunta: “Para onde?” Absolutamente sem efeito imediato. Tive impressão, às vezes, de que o importante ali era o fato de haver um psicólogo, não importava quem, como ou mesmo para quê. Mas logo recusei esta hipótese, pois não teriam passado tantos se o importante fosse isso. Havia ali algo da ordem da repetição, do não-dito, do não-saber, que tornara aquele lugar mal-dito, como vim a saber mais tarde, pelas colegas. “Você foi para o Fígado? Boa-sorte!”

Um misto de maldição com algo de mal-dito. Era preciso avançar, era preciso escutar quem demanda a minha presença, e apesar das resistências encontradas, insisti na importância de uma reunião que, sendo a segunda (a primeira fora a das “boas-vindas”), poderia ter sido a última, como fora para outras colegas.

Pedi a reunião e estava decidida a escutar. “Pois não, pode falar”, foi o que escutei. E falei da importância que tinha para mim escutá-los no que dizia respeito ao que demandavam como projeto de trabalho de um psicólogo naquela clínica. Ficava cada vez mais claro para mim que o projeto do psicólogo era algo que se aguardava que chegasse, e não era claro para eles que, para que isto acontecesse, era preciso que eles demandassem algo.

Trabalhei no sentido de provocar a demanda, que evidentemente existia, mas, naquele momento, não parecia algo possível de ser dito. Havia a demanda por um projeto de trabalho que sustentava a solicitação da vinda de um psicólogo, insistentemente. À questão sobre o porquê da presença de um psicólogo no grupo, surgiam respostas vagas, difusas, algo do tipo: “É importante, tem os fatores emocionais. É preciso tomar cuidado para não operarmos loucos, que ponham tudo a perder.” Fui escutando as respostas como elas podiam vir. Nada tão específico ou que se diferenciasse de uma demanda, podemos dizer hoje, do tipo *genérica*: “Que você cuide do que eu não tenho como cuidar, mas pode vir a me atrapalhar.”

Não era possível que eu, sustentada por uma escuta analítica da demanda institucional, respondesse a esta com um projeto tão específico diante de um pedido tão “genérico” quanto aquele que me era dirigido. Propus-me a escutar mais, deixando claro que não havia um projeto já pronto a ser oferecido e por eles aprovado (ou reprovado), um pacote de medidas que se ajustasse às necessidades difusas daquela clínica, lembrando que todo pacote que anteriormente lhes tinha sido apresentado não servira, e isto era fato incontestável.

“Bons pacotes” exigem bons técnicos, o que não é pouco. Mas, para um psicanalista, trabalhar a partir da demanda é uma exigência ética e não técnica, porque inclui cada caso, cada equipe no caso, em sua radical singularidade.

Desta forma, era importante que eu pudesse escutá-los mais. Queria compreender melhor as demandas que geravam as nossas conversas, enquanto fazia com que entendessem que, sem essa escuta “a mais”, o projeto seria construído a partir de dados imaginários, com grande chance de fracasso, com grande chance de ser um projeto “a menos”.

O mais importante ali, naquele momento, era passar a idéia de que um projeto de trabalho precisava ser construído, e que a demanda deles era elemento essencial nesta construção.

2.2. DA IMPLANTAÇÃO, DA CONSTRUÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE TRABALHO

A partir disso, a construção foi se fazendo no dia-a-dia, em conjunto, conforme falávamos a respeito da importância de um projeto específico que levasse em conta as demandas daquela clínica naquele momento, partindo do princípio básico de que todo planejamento deve ser seguido de execução para ser avaliado conjuntamente *a posteriori*, de modo a não deixar o projeto de trabalho diário se confundir com uma burocracia – o que, sabemos, é com frequência o destino de alguns projetos institucionais. Essa noção de construção permeia o nosso trabalho, desde então, tanto no âmbito de assistência quanto nos de ensino e pesquisa.

Naquele primeiro momento, o que conseguimos definir juntos foi que ali as coisas não estavam bem definidas. A nossa proposta foi a de que o trabalho se iniciasse com uma avaliação, um diagnóstico das demandas institucionais. Esta proposta, em si, já era, de certo modo, uma intervenção.

No âmbito da **assistência**, nos foi demandado que atendêssemos todos os pacientes da clínica, dando ênfase aos do programa de transplante de fígado. Os locais de nossa atuação também ficaram claramente definidos: ambulatório e enfermaria (16 leitos), incluindo as UTIs (4 leitos). A nossa participação em reuniões de equipe multiprofissional foi solicitada como “obrigatória” para que o trabalho pudesse se realizar em conjunto.

Para tanto, organizamos um sistema de agendamento de pacientes em ambulatório, e deveriam ser agendados todos os que fossem encaminhados ao Serviço de Psicologia por qualquer membro da equipe. Ao ser questionada sobre os critérios que justificassem o encaminhamento de pacientes por médicos, respondi que o atendimento se daria mediante o **desejo** de cada médico de que seu paciente fosse atendido. Este era o critério, para nós o suficiente para que os encaminhamentos ocorressem. “Sem justificativa?”, fui indagada. “O desejo justifica”, e nós sabemos, o desejo sempre justifica.

Era importante para mim saber o que viria, livremente – o que tem a ver com o diagnóstico das demandas, a que nos referimos acima. Talvez um pouco atordoados com a amplitude do critério, sentiram-se livres demais para demandar, e concordaram.

Evidentemente, eu só poderia atender em ambulatório se tivesse onde fazê-lo. Perguntei sobre um lugar em que devesse atender aquela demanda. Em seguida: “Onde? É, onde, né? Não tem sala para Psicologia aqui. Como não? Mas se nós queremos, tem que ter. Sai X, muda Y, Z não é tão necessário quanto o atendimento psicológico que nós pedimos. Aqui está a sala da Psicologia! Pode começar.” Começamos.

Vale lembrar aqui, com Lacan, a máxima de que, com a oferta, se cria demanda. Em poucas semanas, a agenda estava lotada, e entendemos que em função do **desejo** de cada médico. O Serviço de Psicologia começava a crescer, já que, aos poucos, foi ficando difícil para mim atender toda aquela demanda sozinha. A necessidade de ter mais profissionais era visível aos olhos de quem demandava o nosso trabalho, e ao lado desta necessidade, o meu desejo de fazer interlocução com os meus próprios colegas.

Na enfermaria e nas UTIs, o pedido era que o Serviço de Psicologia atendesse a todos os pacientes internados, em triagem, independentemente da solicitação de algum membro da equipe, o que não os impedia de solicitar quando achavam importante. Assim, o trabalho procedeu em atendimento de rotina, sendo que, em alguns momentos específicos, ao longo dos anos, foi necessário alterar essa modalidade de atendimento em enfermaria, tornando os atendimentos possíveis só a partir da solicitação em função da disponibilidade da equipe de Psicologia naqueles momentos – o que não nos impediu de triar à medida que isso se fez necessário, independentemente das solicitações da equipe.

No âmbito do **ensino**, atuamos como supervisora do programa de aprimoramento em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral, e anualmente recebemos psicólogos aprimorandos que são aprovados em concurso pela Divisão de Psicologia do Instituto Central do HCMUSP, com bolsa FUNDAP. A duração desse aprimoramento é de um ano, e o psicólogo aprimorando dedica 40 horas semanais, atuando no Serviço de Psicologia em ambulatório, enfermaria e UTIs, sendo todo o seu trabalho por nós supervisionado. O psicólogo aprimorando deve, ao fim do curso, concluir com ele um projeto de pesquisa relacionado ao seu trabalho na clínica, desenvolvido ao longo do ano e por nós orientado, obtendo o título de especialista em Psicologia Hospitalar.

Além da supervisão do psicólogo aprimorando, faz parte do nosso trabalho participar como docente na parte teórica do referido curso, contribuindo para a transmissão do discurso analítico na prática hospitalar e sua interlocução com os outros discursos, entre eles o da própria Psicologia Hospitalar.

No âmbito da **pesquisa**, vale ressaltar que, na medida do possível e do que é desejado por cada psicólogo do Serviço, as questões que surgem a partir de nossa prática tanto assistencial quanto na área do ensino tornam-se de pesquisa em suas diversas modalidades, e essas pesquisas são por nós desenvolvidas ou orientadas.

Além da orientação das pesquisas desenvolvidas no nosso Serviço, outra contribuição tem sido a orientação das pesquisas desenvolvidas por psicólogos aprimorados de outros Serviços no hospital.

E assim chegamos, implantamos, construímos juntos e desenvolvemos o nosso trabalho. Como dissemos antes, ele é a fonte de nossas questões, e a partir delas, a nossa pesquisa.

2.3. O TRABALHO DE ASSISTÊNCIA A PACIENTES DO PROGRAMA DE TRANSPLANTE DE FÍGADO

Conforme citamos acima, o Serviço de Psicologia atende, entre tantos outros, todos os pacientes candidatos a transplante de fígado a partir do momento que recebem a indicação da cirurgia e ingressam na lista de espera do órgão, acompanhando-os no período em que se

internam para submeter-se ao transplante, em UTI e, posteriormente, na enfermaria, inclusive no pós-operatório mais avançado, em ambulatório, a depender da demanda e cada caso.

O atendimento psicológico pré-transplante é, entre vários outros, um “exame” obrigatório ao qual o candidato deverá submeter-se, cumprindo um protocolo de avaliações sem as quais não se encontra “pronto” para a realização da cirurgia.

Aqui é de fundamental importância deixar claro para o nosso leitor algo a respeito desse “exame obrigatório protocolar”, assim como deixamos claro para o nosso paciente. É fato que a inscrição do paciente no programa de transplante de fígado, o obriga a passar por uma série extensa de exames de averiguação e análise sistemática a respeito de suas possibilidades para se submeter ao procedimento cirúrgico, constando do protocolo do HCFMUSP as seguintes avaliações:

- a) 26 tipos de exames laboratoriais
- b) 12 tipos de exames de imagem
- c) avaliação cardiológica
- d) prova de função pulmonar
- e) avaliação oftalmológica
- f) avaliação odontológica
- g) avaliação ginecológica/urológica (mulher/homem)
- h) avaliação psicológica
- i) avaliação fisioterápica

- j) avaliação nutricional
- k) avaliação da imunematologia
- l) avaliação psiquiátrica (se necessário)
- m) avaliação neurológica (se necessário)

Como se pode observar, a passagem pelo Serviço de Psicologia se torna passo essencial para a conclusão do processo de inclusão na lista de transplante, e o que exatamente um psicanalista avalia num candidato a transplante de fígado é o que tratamos no capítulo 3.4 deste trabalho, a respeito de “O que um psicanalista avalia num candidato a transplante de fígado?”.

No momento, é preciso ressaltar que o psicanalista é um agente de atenção à subjetividade desde que recebe o paciente para a primeira entrevista, inaugurando a escuta da singular subjetividade de cada um. Portanto é, sim, um processo de avaliação, mas que se diferencia substancialmente de todos os outros, visto que não nos propomos, de maneira alguma, a avaliar para aprovar ou reprovar, para indicar ou contra-indicar. Sustentamos a lógica de que quem decide se vai ou não para a cirurgia é o próprio sujeito em questão, e o escutamos levando em conta sua relação com a doença, com a cirurgia, com a equipe, com o analista e com o mundo.

Esse posicionamento no início da nossa relação com o paciente nos tange para longe de uma condição de vigilantes normatizantes, ou pior, normalizadores da saúde mental, para nos colocar numa posição de escuta flutuante, já que pedimos ao paciente que nos conte aquilo que lhe ocorre a partir de cada encontro.

Os pacientes, que se surpreendem positivamente com nosso posicionamento, valendo-se, então, da confiança e podendo nos falar livremente, por vezes relatam o que haviam ensaiado para falar ao psicólogo antes de chegar. Tentando lidar com o fantasma da reprovação de um psicólogo lhe dando o passaporte para a morte, imaginavam todo tipo de “boa conduta de um miserável” (sic) a ser reproduzida em nossa frente de forma tão falsa quanto, para alguns, convincente, pois tal como um preso que deseja sair da cadeia (e sai por bom comportamento) ou um louco que opta por ter alta do manicômio (e sai pela mesma razão), alguns ficavam a ensaiar o discurso do “bom candidato a transplante” (sic) para tentar escapar da morte, como se a manifestação de suas angústias fosse por nós interpretada como mau comportamento, e isto poderia lhes custar a vida. Psicanalistas não trabalham com comportamento, mas com posições subjetivas. Nós sempre nos preocupamos com os “bem-adaptados” a essa situação.

Aqui é importante que se deixe claro que a noção de posição subjetiva está relacionada com a estrutura psíquica, e diz respeito à posição do sujeito frente ao desejo do Outro, os seus modos de gozo, sua fantasia inconsciente, suas relações de objeto, diferenciando-se, portanto, das noções de comportamento e de atitude.

Desta forma, o que viria a ser um encontro de cunho seletivo passa a ser o primeiro de uma série de encontros que continua ou não a depender de cada caso, da demanda de cada sujeito, deixando claro que, muito mais do que profissionais da avaliação, somos profissionais do acompanhamento, parte de uma relação que, muitas vezes, se desenrola ao longo de um árduo percurso.

2.4. SOBRE A INSERÇÃO E O LUGAR DO PSICANALISTA NA EQUIPE DE SAÚDE

Nos pontos anteriores, quando escrevemos sobre a nossa entrada na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado, a implantação, a construção e o desenvolvimento do projeto de trabalho, nossa intenção não foi meramente descritiva, no sentido da exposição de um modo de trabalho, nem muito menos prescritiva, no sentido de que se prestaria a ser observado e aplicado por outros colegas. Longe disso.

Apesar de haver sempre um salto entre uma experiência original e sua transmissão, trata-se aqui de uma tentativa de transmitir uma experiência singular, que, como tal, nos permitiu alguma formalização teórica sobre ela, nos permitiu construir um dispositivo. Tal como nos ensinou Luiz Carlos Nogueira (2004a) em seu texto sobre “A pesquisa em psicanálise”, o primeiro nível seria o da descrição; o segundo, o da conceituação.

O saber que se produziu a partir da nossa própria experiência é o que tentamos transmitir para que cada profissional que por ele se interessar possa, a partir do dispositivo que propomos, percorrer o seu próprio caminho.

A entrada de um psicanalista numa instituição de saúde não corresponde, necessariamente, à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista na equipe de saúde não corresponde a uma vaga disponível no quadro funcional da instituição. É um lugar que precisa ser construído de modo a que ele possa operar. Chamemos de inserção o processo de construção desse lugar.

Embora estejamos falando da inserção e do lugar do psicanalista na equipe de saúde, é preciso dizer que a minha experiência como supervisora do trabalho de colegas psicólogos

dentro dessa ou de outras diversas instituições, foi crucial para o desenvolvimento do que se segue. A Psicologia Hospitalar já existe há mais de quatro décadas no Brasil, mas muitas das questões colocadas em supervisão diziam respeito ao tema da inserção, em sua maioria por psicólogos que não eram iniciantes, e talvez por isso (MORETTO, 1999).

Pude entender algumas das razões pelas quais um psicólogo, ao longo do seu caminho, encontra dificuldades que não são as mesmas encontradas por um psicanalista. E isso pode indicar a importância da transmissão do saber do psicanalista, sendo este uma relevante contribuição em nosso meio.

É freqüente que o tema da inserção seja tomado como algo que tem o valor de pré-requisito para possibilitar ou não o trabalho do psicólogo na Instituição. A proposição inicial que parece ser levada em conta é a de que, **se há possibilidade de inserção, então posso trabalhar**. Dificilmente se pensa a questão da inserção a partir de outro referencial. Vejamos o que a experiência psicanalítica na instituição nos permitiu construir.

Inserere, em latim, é igual a “estar dentro”. Estamos trabalhando, então, com um conceito que sugere claramente a questão da localização. Podemos pensar em posicionamento, a posição de alguém em relação a algo.

Se temos um lugar de dentro, por oposição lógica temos um lugar de fora, e não se pode pensar em um lado sem levar em conta o outro.

Suponhamos que temos um contrato do tipo A, B ou C, temos um símbolo (crachá ou algo do tipo) que marca e garante o nosso acesso ao hospital. Para entender que entrada não é inserção, é preciso que fique claro que estamos falando de algo que vai para além do fato, do contrato.

Estamos falando de algo que tem a ver com um posicionamento simbólico, uma localização, e que, portanto, leva em conta um processo psíquico que envolve, no mínimo, um eu, um outro e uma estrutura que os contém e delimita, de forma a garantir a qualidade de dentro/fora de qualquer que seja o elemento que lhe constitua.

Pode ser útil tomar como referência o que ocorre na clínica psicanalítica, na situação que se estabelece entre o analista e o analisando no campo transferencial, quando discutimos o tema da entrada em análise. Sabemos bem que o fato de uma pessoa freqüentar assiduamente o consultório de um analista, pagando-o com regularidade, não é suficiente para que possamos dizer que este alguém entrou em análise, posto que o que garante esta entrada não é o bom cumprimento de um **contrato**. A entrada está relacionada com a posição que este sujeito assume perante o seu próprio sofrimento, com a demanda que dirige a esse Outro que é o analista e com o **ato** deste último que autoriza ou não esta entrada, bancando suas conseqüências (QUINET, 1991).

Isto é para dizer que o processo de inserção do psicanalista na equipe tem sido por nós analisado como um processo psíquico que implica uma determinada posição em relação ao Outro, num campo específico, que permite esta delimitação momentânea e relativa do que é dentro e do que é fora. Relativa porque esta questão da posição que se ocupa numa certa estrutura simbólica pode ser nomeada a partir de diferentes pontos de vista.

Estar dentro fisicamente não é estar inserido psiquicamente. Assim sendo, precisamos levar em conta suas condições de possibilidade, que no hospital ultrapassam a abertura de vagas.

O processo de inserção e o lugar do psicanalista na equipe estão relacionados com os dois aspectos seguintes:

- a) o tipo de demanda que a equipe lhe dirige – que, por sua vez, é determinada pelo tipo de relação que a equipe estabelece com o paciente, pois conforme esse vínculo determina o tipo de postura que a equipe assume em relação à subjetividade do paciente, determinará também o tipo de demanda apresentada ao psicanalista;
- b) a forma pela qual esta demanda é escutada pelo analista e o tipo de resposta que a ela dá, favorecendo ou até mesmo impossibilitando a sua própria inserção.

Não é difícil imaginar por que estamos no hospital. Além do fato de termos escolhido nos candidatar a uma vaga, nos resta pensar nas diversas e clássicas demandas dirigidas aos profissionais da área “psi” para que tratem do sofrimento psíquico dos doentes. Poucas situações escapam a isso, onde o profissional interessa à equipe pelo que pode fazer com o lado do doente que a Medicina não se propõe a tratar.

Mesmo tendo clara esta demanda, ainda não podemos falar de inserção porque estar inserido não é o mesmo que estar presente fisicamente, freqüentando ambulatórios, enfermarias e reuniões. Portanto, estamos considerando a inserção como um processo psíquico, que vai depender muito mais de um **ato** do analista do que de um **contrato** por ele assinado.

No trabalho de supervisão de colegas psicólogos, com freqüência colocavam-se dificuldades de inserção relacionando-as com um fechamento/resistência por parte do outro/equipe – a mesma que solicitara a presença (nem sempre a inserção) do psicólogo. Aí temos dois pontos fundamentais:

- a) a idéia pré-concebida de que a inserção de **um** depende do **outro**, e não da inter-relação dos dois num campo;

- b) a não consideração da possibilidade de diferença entre demandar trabalho e demandar presença.

No primeiro ponto, as dificuldades parecem surgir quando se toma a questão da inserção como um fato físico isolado. Assim, não é raro ouvir queixas, por parte dos psicólogos, de que se sentem excluídos pela equipe para a qual foram designados a trabalhar. Como se a inserção de **um** dependesse do **outro**, antes mesmo desta relação se estabelecer.

Aí ocorre também uma inversão importante, posto que normalmente um profissional psicólogo é chamado a partir da necessidade de um queixante. Neste caso, quem se queixa é o psicólogo por não conseguir se inserir onde é convidado a entrar, mesmo sem saber exatamente para quê.

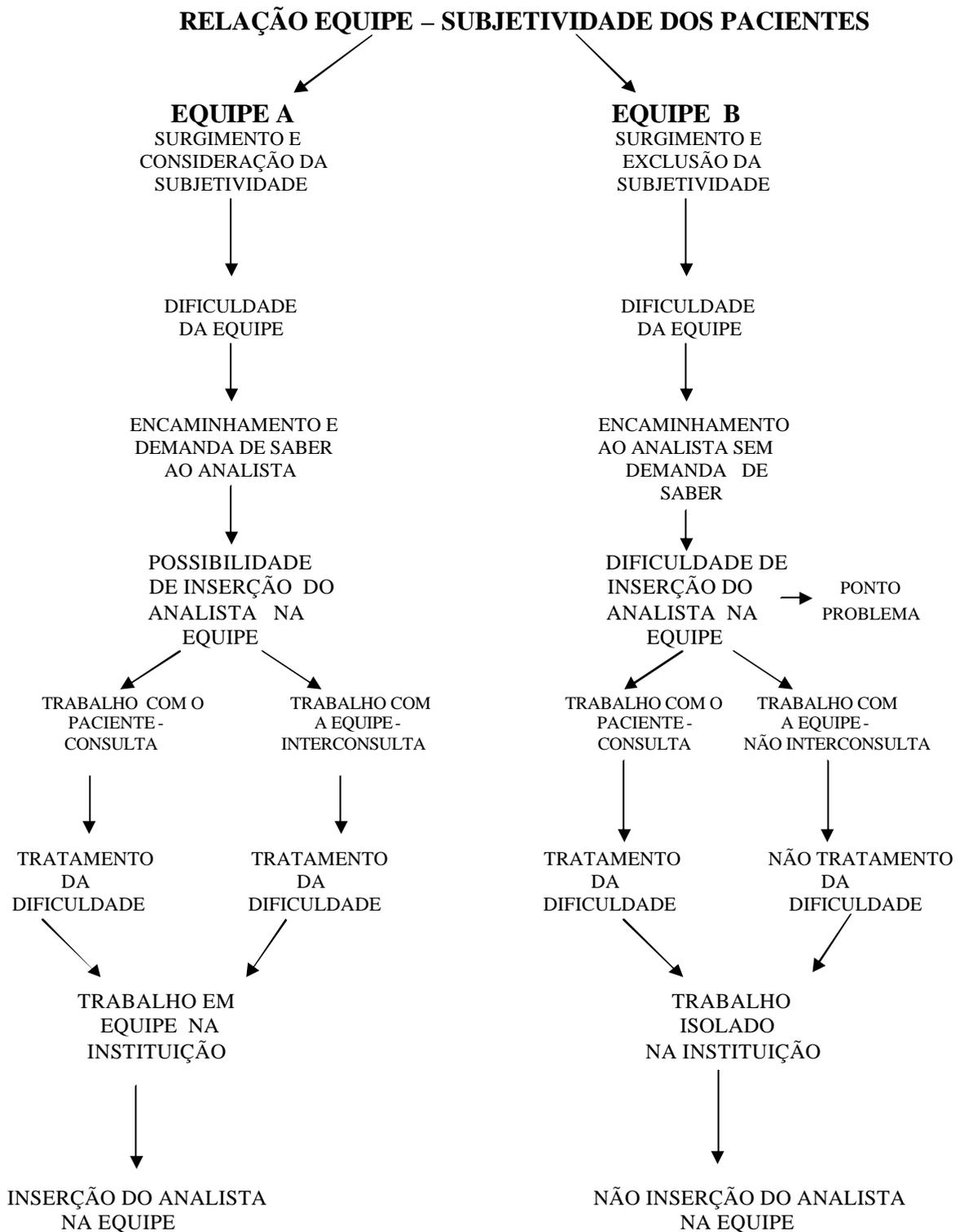
Desta forma, é passo fundamental do trabalho de inserção a apuração da demanda da equipe, até mesmo para que se possa avaliar quais são as reais condições da possibilidade dessa inserção. O processo de inserção do analista na equipe é algo que só pode ocorrer (ou não) no próprio campo da relação estabelecida entre ambos.

Se podemos localizar a inserção do analista no campo da relação dele com a equipe, é preciso dizer que tal inserção só se dará *a posteriori*. Pela lógica, a rigor, não podemos dizer que alguém vai se inserir, mas que alguém inseriu-se. Isto é algo que só podemos saber depois de estabelecido este campo. Só depois.

Portanto, estamos dizendo que a boa intenção de um profissional não é suficiente para que a inserção ocorra, assim como o ponto de vista pessoal ou a fantasia do médico em relação ao profissional psicólogo também não é decisivo.

Então, como dissemos, a inserção do analista na equipe está mais diretamente relacionada com a demanda que lhe é dirigida e como responde a ela. O tipo de demanda

dirigida ao analista decorre do tipo de relação que a equipe estabelece com a subjetividade dos pacientes e como lida com a sua própria, a partir do tipo de postura que assume quando deste surgimento de subjetividade na cena médica. É o que pretendemos ilustrar no esquema que se segue:



O esquema acima vem nos demonstrar que surgem duas possibilidades a partir do ponto inicial, a relação equipe-subjetividade dos pacientes, que indica o posicionamento da equipe frente ao surgimento da subjetividade dos pacientes, e que pode nos remeter imediatamente à relação que cada equipe guarda com a sua própria subjetividade.

Levando em conta o que já discutimos extensamente no capítulo 2 do livro “O que pode um analista no hospital?” (MORETTO, 2002), intitulado “Psicanálise e Medicina”, onde tratamos do discurso médico como sendo aquele que se sustenta pela exclusão da subjetividade tanto do paciente quanto da pessoa do médico, em nome da própria execução do ato médico de salvar vidas, observamos que, diante dessa mesma exclusão metodológica, temos na cena médica seu retorno, obedecendo à mesma lógica que, em Psicanálise, chamamos “retorno do recalçado”.

Seguindo passo a passo o esquema acima, consideremos, didaticamente, duas equipes: A e B. Podemos dizer que, diante do surgimento da subjetividade na cena médica, e como consequência dele, ambas encontram-se em situação de dificuldade, sendo que a equipe A considera a subjetividade, enquanto a equipe B a exclui.

No entanto, vemos que, independentemente da posição que cada equipe assume frente ao surgimento da subjetividade e da dificuldade decorrente disso, ambas fazem o encaminhamento ao analista. O encaminhamento decorre da dificuldade.

Isso é para pensarmos que o encaminhamento que nos chega traz em si uma postura da equipe frente à subjetividade que, *a priori*, não é explícita, mas determina o tipo de demanda que, através deste encaminhamento, é feita ao analista. Este é um ponto importante porque nos permite diferenciar encaminhamento de demanda, e por isso o trabalho de apuração de demanda é importante, pois, inclusive, nos indica a direção da intervenção. Portanto,

encaminhar não é necessariamente demandar, no sentido de desejar saber, assim como procurar uma analista não é, necessariamente, desejar uma análise.

Isso nos leva a crer no que, infelizmente, não é claro para tantos colegas: sendo encaminhamento diferente de demanda, um número alto de encaminhamentos não corresponde necessariamente a demandas consistentes de intervenção do nosso trabalho no campo institucional, mas constitui indicador importante de que a equipe tem dificuldades com a subjetividade que surge na cena médica, o que não é a mesma coisa de querer tratar destas dificuldades.

Um analista não tem por que se valer da estatística de encaminhamentos a ele dirigidos para mensurar o valor do seu trabalho. Aliás, é até arriscado, trata-se de um equívoco que pode ocorrer, e é preciso tomar cuidado. A respeito disso, Alberti (1996, p. 29) ressalta, com muita clareza, que, nesse lugar, “o analista está no lugar do escravo, aquele que trabalha para o mestre que se satisfaz da estatística dos atendimentos, e que não quer senão um aumento da produção estatística”.

Por outro lado, se em função da dificuldade que surge a partir da consideração da subjetividade o encaminhamento ao analista traz consigo a demanda de saber sobre isso, quando se trata de um “querer saber sobre isso”, como é o caso do que ocorre com a equipe A, há um pedido de retorno do saber do analista, e aí podemos falar de possibilidade de inserção do analista na equipe, aproveitando para fazer a diferença entre a possibilidade de inserção e a inserção propriamente dita. A primeira tem a ver com a demanda da equipe de “querer saber sobre isso”, enquanto a outra tem a ver com o ato do analista frente a esta demanda.

Se o encaminhamento ao analista decorrer da exclusão da subjetividade e das dificuldades a ela conseqüentes, portanto, de um “não querer saber nada sobre isso”, não há demanda de retorno de saber. Temos aí o que denominamos “ponto-problema” no processo de

inserção do analista na equipe B. Ponto-problema quer dizer, aqui, ponto que demanda ao analista mais trabalho, o que para alguns é o suficiente para desistir da empreitada, sentindo-se pessoalmente excluídos e desqualificados. O médico aí não quer saber da subjetividade, e é bom que não façamos confusão com isso.

O analista da equipe A terá possibilidade de fazer um trabalho com o paciente (consulta) e com a própria equipe (interconsulta), tratando das dificuldades de ambos e podendo promover, como consequência, o que chamamos “trabalho em equipe” na instituição.

O analista da equipe B, ainda que possa tratar do paciente (consulta), sem o requisito básico da demanda da equipe, não consegue, a princípio, trabalhar com a mesma (interconsulta), terminando por fazer um trabalho isolado. De forma alguma o que se espera de um analista na instituição é a sua não-inserção na equipe, ainda que, do ponto de vista clínico, faça um trabalho importante com o paciente da instituição. Aí teríamos um trabalho isolado na vertente clínica, sem o trabalho na vertente institucional.

Para fazer um trabalho clínico isolado não é necessário estar na instituição. O fato de estar na instituição traz especificidades ao trabalho do analista que nela opera. Então, como lidar com a equipe do tipo B – que, cabe lembrar, é bastante conhecida? Como fazer esse giro de B para A? Trabalhando rigorosamente como analistas. Não temos outra saída a não ser sustentar o nosso discurso. Falaremos disto ao longo de nosso texto.

Assim sendo, o que vimos até aqui é que a inserção do analista no contexto hospitalar não é uma condição que lhe é dada. É um passo de seu próprio trabalho, e não um pré-requisito para que o trabalho aconteça. Se a proposição inicial era “**se há possibilidade de inserção, então posso trabalhar**”, a proposição a que chegamos a partir desse dispositivo é outra: “**Se posso trabalhar, então há possibilidade de inserção.**”

O lugar do analista na equipe é um lugar de trabalho, de promoção de trabalho, e a inserção só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde necessariamente ao lugar no qual a equipe lhe coloca.

Na instituição pública de saúde, freqüentemente os profissionais representantes das diferentes áreas de conhecimento reúnem-se em torno de um eixo temático, como, por exemplo, um caso clínico, um projeto terapêutico, em que cada um deve ser capaz de tornar **ação** o saber que decorre de sua **posição** frente aos outros.

Se está claro que a entrada de um analista na equipe não corresponde à sua inserção na mesma, é claro também que o analista encontra dificuldades no que tange ao tema da inserção. Mas isto posto, é preciso, a partir daí, que se discuta a respeito das dificuldades que um analista encontra na sustentação do ato analítico, quando já está inserido, e, mais ainda, justamente porque já está inserido.

É o que veremos, daqui para frente, a partir da análise de situações clínico-institucionais nas quais o analista está inserido, de modo a compreender como se dá a construção desse lugar, qual é a sua participação no campo das decisões, e as consequências disso tanto para ele, quanto para o paciente e para a instituição.

2.5. O DIAGNÓSTICO PSICANALÍTICO ORIENTA O TRATAMENTO MÉDICO

É o caso de Joana,¹ que foi uma das primeiras pacientes atendidas assim que entramos no serviço. Paciente de 47 anos, cirrose por vírus C, separada fazia dez anos, com história de depressão crônica tratada por psiquiatra há 15 anos. Na relação com a analista, relatou inicialmente uma espécie de descomprometimento com a doença e com sua vida e algum desinteresse pela proposta do transplante. Chegava a dizer que talvez fosse uma oportunidade para morrer, já que nunca tivera coragem para se matar, embora fosse recorrente essa fantasia, especialmente quando sabia que alguém ia visitá-la.

Comecei a perceber que, sendo assim, se queria morrer e contava com o transplante para isso, talvez o transplante devesse lhe interessar. Mas se a idéia de morrer fosse um apelo a alguém que ia visitá-la, talvez a doença fosse um modo de fazer laço social. A relação que estabeleceu comigo foi de compromisso: manifestou claro interesse pelas entrevistas, freqüentou-as assiduamente, podendo, efetivamente, tratar de sua posição subjetiva. Inclusive passou a manifestar interesse nesta proposta cirúrgica, evidenciando claramente seu desejo por manter-se viva – que, na verdade, ao que me pareceu, estava lá desde o começo, escamoteado.

Na reunião de equipe, após avaliação de exames pré-transplante, os médicos acharam perigoso transplantá-la, especialmente pelo que leram no relatório do psiquiatra: “Paciente sofre de depressão crônica, com risco de suicídio, apresentando, assim, alto risco de não suportar o transplante.”

¹ Todos os nomes de pessoas, suas idades e respectivos lugares de origem, apresentados nas situações clínico-institucionais, ao longo de todo este trabalho, são fictícios.

Na reunião de equipe, a contra-indicação psiquiátrica foi lida pelo médico cirurgião, que anunciou sua idéia de excluir a paciente da lista. Como ela já havia sido avaliada pelo recém-implantado Serviço de Psicologia, por mim representado, foi solicitado o parecer, quase que por uma questão de consideração, pois parece que, se ali não estivéssemos presentes, a paciente teria sido contra-indicada por unanimidade, sem questionamentos.

Coloquei a posição subjetiva da paciente frente à vida, esclarecendo que o fenômeno depressivo daquela mulher se traduzia por uma forma de viver, e que o seu aparente descomprometimento com a vida era uma forma de apelo ao Outro, sendo que o transplante entrava em sua vida como mais uma situação que ela usava como forma de fazer laço com o Outro, podendo inclusive dizer que talvez não suportasse a vida sem ele, tanto física quanto psiquicamente.

Evidentemente, a equipe estranhou minha colocação, pois o que ouviram de mim constituía, a princípio, uma contradição ao parecer do psiquiatra. Um curto silêncio incômodo, e em seguida surgiram perguntas sutis, do tipo: “Mas psicólogos conhecem psicopatologia, têm como fazer diagnóstico e tratamento?” Sim, é claro que conhecem. Provavelmente em função do contrato inicial (os pedidos exigentes de que estivéssemos obrigatoriamente em todas as reuniões), o que escutaram de mim não pôde ser jogado para fora de cena, e com alguma desconfiança, a posição da equipe passou a ser: “Aceitaremos a paciente no programa de transplante, com a condição obrigatória de estar em tratamento com a Psicologia, e o médico deverá adverti-la de que só será aceita no programa se cumprir esta regra.”

Como sugere Laurent (1996), era conveniente que desconfiássemos das regras instituídas. Uma nova intervenção da analista se fazia urgente e necessária: impedir que a análise se transformasse numa regra, numa ordem médica, pois isso impediria aquela mulher

de escolher a análise, impedindo, então, que ela se manifestasse ativamente como sujeito, e a mim, de saber se ela se submetia ao poder/desejo do Outro ou consegue movimentar-se a partir do seu próprio, o que já seria um sinal de melhora com relação ao quadro dito depressivo. Discordei, dizendo que fazer da análise uma ordem médica não era uma intervenção analítica e poderia, inclusive, inviabilizar o processo analítico que já se iniciara.

A reação da equipe foi, então, a de pedir garantia: “Que garantia a Psicologia pode me dar de que posso operar essa senhora sem que ela se mate em seguida?”

Aqui estávamos diante da interface dos discursos, da diferença e do lugar transferencial que estava sendo destinado ao analista – o de obturar uma fenda, o de cobrir essa margem de risco, deixando-a escamoteada o mais possível. Este não é o lugar do analista, e assumi-lo seria uma forma de desistir do discurso analítico que acabara de ser sustentado com o parecer clínico sustentado numa psicopatologia psicanalítica, e não psiquiátrica. Sustentar o discurso analítico era, então, fazer girar o não-saber, a não-garantia, e a responsabilidade que cada um de nós, trabalhadores da equipe, tem quando assume tratar de alguém que funciona daquela forma.

A nova intervenção do analista foi: “Não se trata, senhores, da Psicologia dar garantias, até porque elas não existem nem na Medicina, do contrário não estariam sendo pedidas. Nem mesmo se trata de uma situação onde a equipe médica vai transplantar uma paciente da Psicologia, ou uma paciente da Psiquiatria, mas de uma questão de lógica, e a partir dela, da lógica na qual vamos nos referenciar – de poder, enquanto equipe, trabalhar com a não-garantia, e também de suportar e nos responsabilizar por isso. A paciente é da equipe, e todos devemos tratar dela, inclusive ela própria. Se entendo bem, todos somos responsáveis pelo seu tratamento. Ela quer viver, escutem o que essa paciente fala, e cada um se responsabilize pelo seu parecer. A paciente é da equipe.”

Neste caso, o resultado foi o seguinte: a paciente foi aceita no programa de transplante e continuou seu tratamento com a analista. Foi transplantada, assumiu sua nova condição de forma razoável – dizia ela que depois do transplante, com o “outro em si”, nunca mais se sentira tão só. Após algum tempo, entrou em análise, já em alta do processo de internação.

2.6. A INCLUSÃO DA EXCLUSÃO

Éder, paciente de 45 anos, tinha um tumor maligno no fígado, assintomático, com indicação para transplante. Era casado com uma mulher “bacana” (sic), mas com quem não tinha o menor comprometimento. Trabalhava ativamente, pois isto o deixava satisfeito. Tinha uma vida social intensa, com saídas quase todas as noites, nas quais interessava-se por relações “superficiais” (sic), regadas a drogas e bebidas.

Com a descoberta da doença, por meio de exames de imagem, e a oferta do transplante, primeiramente entrou em estado de choque, mas seguiu entendendo o anúncio da doença como um convite à morte, e então decidiu aceitar este convite, ao mesmo tempo que aceitou ser incluído na lista de espera do órgão sem a menor resistência, enquanto continuava sua vida de forma completamente “desregrada”, pois tinha plena consciência das recomendações médicas.

Sua assiduidade ao programa de transplante dependia sempre de seu estado de humor, embora todas as vezes que comparecia à clínica era extremamente dócil e simpático a todos os membros da equipe, sendo, curiosamente, citado pela equipe como um paciente doido, mas muito agradável (mas eles não tinham medo dos loucos?).

Nas sessões com a analista, declarava de forma evidente seu descomprometimento com o programa de transplante, e também a sua simpatia para com ele, e não pretendia sair, dizendo que, se chegasse sua vez de ser transplantado e não estivesse bem, deixaria passar o próximo, voltando ao fim da fila, como se estivesse diante de uma brincadeira. A vida era uma brincadeira para ele, na qual, por vezes, ele próprio não achava muita graça.

A equipe de enfermagem, junto com o pessoal da secretaria, começou a manifestar algum incômodo pela falta de compromisso de Éder, e enfatizava um certo descontentamento por se sentir pouco considerada. Éder pedia para remarcar consultas, furar filas de exames, que dessem um jeito na vida dele, e sempre retribuía aos pedidos que lhe eram gentilmente atendidos com um certo descaso, escamoteado por sua doce e carinhosa irresponsabilidade, quando conseguia comparecer. Era quando se desculpava pela sua própria “loucura”, pedindo acolhimento, e a isso se seguiam novas faltas, novas desculpas.

O caso seria discutido em reunião de equipe, e pedi uma interconsulta com o médico responsável pelo caso, com a proposta de discuti-lo. Diante dos fatos que evidenciavam a posição subjetiva do paciente, ele me questionou sobre a possibilidade de fazermos um trabalho para adequar o paciente à condição de “transplantável”, entendendo, ao mesmo tempo, que isso parecia esquisito, levando em conta a própria história do paciente e a lógica de sua posição no mundo, sem apresentar a mais vaga demanda de mudança. Decidimos levar o caso para a reunião de equipe.

A equipe tinha clareza de que o paciente Éder não era “de confiança” (sic), mas não tinha noção da posição subjetiva do paciente antes da colocação do médico e da analista. Surpresa, a equipe imediatamente demandou **adequação**, e exigiu que o médico exigisse do seu paciente consultas obrigatórias com a Psicologia para que fosse mantido no programa de

transplante, e se ele (o paciente) não obedecesse deveria ser sumariamente excluído do programa.¹

O pedido da equipe foi de adequação. Não era diferente do pedido feito pelo médico do paciente, mas com uma diferença razoável: a equipe acreditava no que pedia, e o médico, talvez porque tivesse uma relação mais direta com o paciente, não.

A minha intervenção foi na direção de apontar que, ao que me parecia, estávamos diante de um equívoco, pois o problema inicial que estávamos levando para discussão em equipe era justamente o fato de o paciente já estar excluído, visto que ele próprio se excluía o tempo todo. E que, sendo assim, a **nossa** intervenção parecia sem sentido, sem nenhuma função terapêutica: excluir quem já está excluído? Excluí-lo nesta condição poderia ser uma forma omissa de não tratá-lo e também de não tratar da nossa dificuldade enquanto equipe. Além disso, poderíamos ainda correr o risco de estar tomando uma decisão por ele. Assim sendo, talvez fosse importante para o próprio tratamento do caso que exigíssemos dele não uma adequação exata ao nosso ideal de paciente, mas alguma definição, algum comprometimento, a partir da colocação clara de quais eram nossas condições próprias, enquanto equipe de saúde, para que ele fosse incluído na lista – entre elas, o cumprimento das recomendações médicas. Lembrei, ainda, que poderíamos fazer isso sem a garantia de que esse paciente iria se incluir. Era preciso que cada um fizesse a sua parte.

A equipe discutiu, refletiu – um tanto deprimida –, se reviu, concordou e definiu funções. O médico deveria colocar com clareza as condições e os limites do tratamento e da equipe. À enfermagem coube a clara orientação dos procedimentos necessários ao programa. À analista, trabalhar com o paciente a dificuldade que tinha de assumir uma posição e se

¹ Aqui vale ressaltar que o caso de Joana, apresentado no item anterior, ocorrera cerca de um ano antes desse.

comprometer com ela. O resultado foi esse: sem aderir à proposta terapêutica da equipe, o paciente veio a falecer numa “balada” por overdose de cocaína.

2.7. EM NOME DO BEM, O PIOR PARA QUEM?

Nair era uma mulher de 53 anos que sofria intensamente não só por ter cirrose hepática, mas especialmente pelas limitações que aquela doença lhe impunha. Viúva havia mais de dez anos, sem filhos, queixava-se com frequência do abandono que sentia ao lembrar dos sobrinhos, filhos de seu falecido irmão, a quem, com muita satisfação, referia ter dedicado boa parte de sua vida, seja ajudando a criá-los, seja financeiramente. Sofria por acreditar que a “vida é uma **troca**” (sic), e que aquilo que deu ficou como crédito. Hoje, o Outro não lhe paga a dívida, deixando-a “sem nada... na pior” (sic).

Nair seguia o seu tratamento com rigor. Era assídua às consultas com a médica, que também era muito dedicada e cuidava de Nair com uma atenção que, dizia a paciente, lhe fazia muito bem. Entendia a relação com a médica como “**justa**” (sic). No entanto, foi chegada a hora de indicar o transplante de fígado para Nair, e esta indicação não foi bem aceita, por mais clara e objetiva que tenha sido sua médica. E embora entendesse as explicações e as razões pelas quais a médica se dedicava a “convencê-la” (sic), Nair compareceu à consulta comigo e, não convencida, foi muito convincente: “Não quero, Dr.^a Lívia, não vou fazer o transplante, não é para mim esse tipo de coisa. Se tiver que morrer por causa dessa opção, que morra, cada um tem sua hora. Mas não vou topá. Espero que Dr.^a X [a médica] me compreenda, e não me queira mal por isso.”

Sua médica não compreendeu, e nem por isso lhe queria mal. Pelo contrário: em nome do que entendeu como seu **Bem**, ela foi insistente, lhe mostrou o bom caminho, acreditando que a vida, ainda que prorrogada pelo transplante, valeria a pena! Diante da resistência da paciente, a médica dirigiu a mim a sua demanda de convencimento, questionando, inclusive, se eu achava que ela estava em condições psicológicas de assimilar as informações. Sim, ela tinha condições psicológicas de assimilar as informações, e por isso mesmo se negava a aceitar o transplante. Recusando-se a aceitar a posição subjetiva da paciente, Dr.^a X me disse que aquilo não poderia ficar assim, depois de tanto investimento. Na consulta seguinte comigo, após a última consulta com a médica, Nair chegou muito triste, mas convencida: “Não é **justo** com a Dr.^a X o que eu estou fazendo. Estou decidindo pela morte, enquanto ela me deu o seu tempo, o seu carinho, a sabedoria. Eu aceito o transplante. Não vou abandoná-la. Ela fez por mim, vou morrer por ela” (sic). Seria uma **troca justa**?

A fala dessa paciente foi muito impactante para mim. Eis o analista numa situação muito, muito preocupante. Ela associava transplante à morte, e aceitava morrer pela médica, que, por sua vez, lhe oferecia vida. Havia ali um mal-entendido que a médica não só promovia, mas recusava-se a escutar. Diante de tal situação, foi necessário intervir.

Na clínica com a paciente, trabalhei no sentido de interrogar essa associação transplante/morte, e mais: por que haveria de morrer pelo Outro? Ela me disse apenas que não seria a primeira que faria isso, e aos poucos recusava-se a falar, faltava às sessões. Quando comparecia, claramente deprimida, dizia estar cumprindo o seu papel. “Que papel é o seu, Nair?”, perguntei. Ela respondeu, sem muita convicção: “Eu pago o que devo, Dr.^a Lívía, e não suporto ser cobrada. O que devo à senhora? Gratidão, talvez, nem sei, nunca entendi bem o que a senhora quer de mim.” Em meio ao meu silêncio, ela continuou: “Acho sempre que o que a senhora quer é que eu fale, e eu falo. Isto me faz bem, e a senhora deve perceber. Se a senhora queria mais do que isso, nunca disse, e eu também não tenho como adivinhar. Mas à

Dr.^a X eu devo minha vida.” E eu perguntei: “E é com sua vida que você vai pagar?” Ela refletiu, saiu e não voltou mais.

No tocante ao que podemos chamar “intervenção do analista na vertente institucional”, na interface com a clínica, pode-se dizer que, com a médica, a intervenção foi difícil. Frente ao seu pedido de convencimento e avaliação das condições psicológicas de assimilação da paciente, o analista é convocado mais uma vez a uma posição ética. E eu pedi uma conversa. Marcamos o que naquela instituição se chama “interconsulta” com o médico, e nesta conversa se fez a intervenção. Coloquei para ela que a paciente não só tinha boas condições psicológicas para assimilar informações, mas também tinha uma história que interferia no seu modo singular de assimilação. Era importante que eu transmitisse àquela médica que não se tratava de uma questão de dúvidas, mas de dívidas. Era claro para mim que a aceitação do transplante se dava por essa via, e a médica, por sua vez, sem nenhuma dificuldade de assimilação, me disse, relativamente satisfeita: “É isso mesmo! Você tem razão, foi por aí mesmo que consegui convencê-la. É a nossa obrigação, salvar vidas. Se ela faz isso por mim, melhor para ela.”

Ali se configurava a experiência difícil de verificar que a transmissão só se dá na relação, e naquela relação, o que eu podia me fazia encontrar a impotência, mas também a tranquilidade de ter ido até onde pude.

A paciente aguardou o transplante, e durante aquele período não compareceu às consultas comigo, tendo me avisado que não viria mais. Encontrei-a algumas vezes no ambulatório, e ela me cumprimentava, sem palavras. Até mesmo quando eu parava para ouvi-la, em meio à sala de espera, o silêncio era a resposta.

Foi transplantada e sua cirurgia foi muito difícil, com intercorrências complicadas. Não fossem as manobras complexas da equipe experiente, ela teria, como dizia um cirurgião,

“ficado na mesa”. Na UTI, o fígado enxertado não funcionava, e em estado muito grave, o caso de Nair fez a equipe solicitar um re-transplante com prioridade. Fui ver a paciente, que podia falar, e a mim falou com o silêncio. Estava morrendo.

Naquele mesma noite, a médica telefonou-me em casa, e me disse, muito chocada: “Ela me chamou e me perguntou no ouvido se agora eu estava satisfeita.” Abalada, me pediu ajuda, sem conseguir dizer mais nada. Marcamos um café da manhã no dia seguinte. Aliás, o “café” costuma ser um “*setting*” analítico bastante para atender algumas urgências institucionais, como essa. A paciente faleceu na madrugada, e a médica lembrava angustiada da pergunta da paciente, que ela sentiu como agressiva, raivosa, e com muito sofrimento disse que só queria o melhor para ela. E sabemos, pela lição psicanalítica, que é muitas vezes nesse ímpeto de levar o outro a fazer o que achamos melhor (para quem?) que o conduzimos ao pior. É o que faz lembrar Mauro Mendes Dias ao afirmar que:

A idéia de se dirigir ao pior conta com pouca aceitação. Principalmente quando se está voltado a algumas finalidades na vida, que mantém como meta a realização unívoca da felicidade. Ponto que Sigmund Freud, o pai da Psicanálise, fez questão de elucidar, afirmando que o sentimento de culpa é capaz de levar ao fracasso os que triunfam. Portanto, a recusa ao pior tende a acentuar sua potência, quanto mais a evitação é sinônimo de conquista de benefícios (FINGERMANN; DIAS, 2005, p.107).

O caso foi discutido com a médica, que dias depois pediu a indicação de um analista, pois percebeu que sua “aflição para curar” (sic) tem atrapalhado seu trabalho, sua vida. Freud (1912) nos recomenda cuidado com o “furor *sanandis*”, deixando clara a importância de trabalhar com o desejo do sujeito, fazendo disso o desejo de um analista.

Não é assim para a Medicina, não porque o desejo de um médico tenha que se sobrepor ao desejo de seu paciente, mas talvez porque a prática médica tome como referência

a Ética do Bem, e neste sentido, todo ato médico se sustenta no que a Medicina entende ser o melhor para o Homem (nem sempre para um homem), porque esse saber é o produto de sua pesquisa.

De acordo com o que nos ensina Lacan (1969-1970) na teoria dos discursos, todo aquele que no laço social se coloca no lugar de agente como saber, sustenta o discurso universitário e tomará o outro como objeto de seu saber, que se pretende universal, é um saber para todos. No discurso do analista, o outro não é objeto de seu saber; o outro é o sujeito, que a partir de sua própria produção coloca o seu saber do lugar da verdade. Quando se trata do saber sobre o que é melhor, nós sabemos que entre o universal e o particular, está cada sujeito.

O caso foi discutido em reunião, apresentado pela médica e por mim, a equipe se deparou com uma discussão sobre Ciência, discurso da Ciência, a verdade de cada um. Ali, na fala da médica, a intervenção da analista aparecia como fundamental, mas num momento posterior, pois ela dizia que, durante as interconsultas, não conseguira ouvir. Naquele momento, percebi que o efeito da minha intervenção me colocara num lugar específico – não só no discurso dela, mas talvez no de todos: o analista na equipe é uma prevenção! Uma espécie de conforto pairava no ar. Parecia conveniente contar com alguém que fosse, para eles, uma espécie de garantia, e, no caso, a garantia de os alertar dos perigos de fazer o que a Ciência impõe, o perigo de excluir o sujeito, ainda que em nome do seu próprio Bem.

E o que se faz com esse lugar de garantia? O analista não é uma garantia, mas é tomado como tal, e ainda na reunião, percebendo o lugar transferencial que doravante me seria designado, lembrei do perigo de um analista, estrangeiro em terras médicas, se apegar a esse lugar, ainda que imaginariamente, pois ele sabe que isso é um equívoco. É preciso sair dali antes que a lógica nos tire.

Semanas depois, com o trabalho fluindo bem, numa reunião de equipe um médico recém-chegado, Dr. Y, iniciava sua brilhante contribuição trazendo para discussão o caso de um paciente alcoólatra que, em estado grave, pedia para ser transplantado, mas se recusava a parar de beber, posto que desejava muito um fígado novo para beber por mais tempo. Sua intervenção fora no sentido de convocar a família, já com pedido de internação psiquiátrica para desintoxicação e restrição do uso de álcool, permitindo que o paciente viesse, em breve, a atender os critérios de inclusão na lista de transplante.

Equipe em silêncio absoluto, o chefe da equipe me perguntou: “Você já o escutou?” Eu respondi: “A quem?” Todos riram muito, de uma só vez, menos o médico novo (que não entendeu bem o que estava acontecendo) e eu, que trabalhava atentamente. O chefe, ainda sorrindo: “ Já escutou esse paciente?” Eu: “Não, não o conheço.” Chefe: “ Y, não repare não, você está vindo de terras estrangeiras, mas aqui a coisa tem funcionado meio diferente, viu? Esse paciente seu quer o transplante?” Dr. Y: “Claro que não, é um alcoólatra ativo! Temos que trabalhar para que ele aceite o transplante, tenho certeza de que é necessário que se faça um trabalho psicológico.” Eu: “Como assim, não quer o transplante? Ele não pediu para ser transplantado?” Dr. Y: “Sim, mas o que ele quer é fígado novo para beber mais um pouquinho!!” Algum outro médico aproveitou para brincar: “Então ele está certo. Como é que alguém pode ter um fígado novo sem pedir um transplante?” Brincadeiras à parte, o chefe concluiu: “Pois, é, acho interessante você conversar com a Lívia, eu não sei bem como te explicar isso, mas sei te dizer, com certeza, que aqui no nosso Serviço o paciente não tem que aceitar o transplante, ele só vai se o desejar.” E dirigindo-se a mim: “Agora sim, você pode escutá-lo (apontando para o Dr. Y)?”

Àquela altura dos acontecimentos, tive a impressão que algo mudara na posição da equipe. Falava-se ali, com muita propriedade, de uma relação com a subjetividade. Talvez pelo que tinha acontecido com a Dra. X, talvez por todo um percurso que vínhamos

construindo juntos. Enfim, estava valendo: em nome do Bem, era melhor que se escutasse cada sujeito.

2.8. A QUESTÃO DO TRANSPLANTE INTERVIVOS: ENTRE A ÉTICA E A MORAL, O QUE SE ESPERA DE UM PSICANALISTA?

Seguiremos analisando mais algumas situações clínico-institucionais, agora relacionadas ao programa de transplante intervivos. Mas não sem antes localizar o nosso leitor em relação às especificidades deste programa.

Como já foi dito acima, o programa de transplante de fígado desta equipe médica teve início em 1985, com a realização do primeiro transplante de fígado no Brasil. Até maio de 2000, todos os transplantes realizados no Serviço foram convencionais, ou seja, com órgãos retirados de doadores cadáveres.

Nos últimos anos, em função de uma somatória de fatores, o número de pacientes candidatos a transplante é muito maior que o número de órgãos doados e disponíveis, o que gera uma alta taxa de mortalidade de candidatos na lista de espera, hoje algo em torno de 50%. Isto significa dizer que, no Brasil, quem entra na lista tem 50% de chance de chegar a ser transplantado.

A implantação do programa de transplante intervivos foi uma das tentativas de contornar esse grave problema, e consiste na possibilidade de o transplante ocorrer sem a necessidade de obedecer à ordem da longa fila de espera do órgão, dado que o doador em questão é alguém das relações do receptor, e que se candidata a retirar parte de seu fígado,

submetendo-se a uma hepatectomia parcial, transformando, assim, o transplante em uma cirurgia eletiva.

Desta forma, pessoas apresentam-se à equipe como candidatos a doadores para determinado paciente, e inscrevem-se num protocolo detalhado e extenso de avaliação, sendo, por fim, aceitas ou não para o procedimento.

Desde o programa de transplante convencional (doadores cadáveres), temos atendido a todos os pacientes candidatos a transplante, tanto no pré quanto no pós-transplante, e nos ocupado com a investigação sobre os aspectos psíquicos do processo do adoecer, a oferta do transplante e suas repercussões psíquicas, sobre a intervenção clínica do psicanalista, levando em conta especialmente as diferenças conceituais entre organismo e corpo.

O que temos visto é que é de fundamental importância a questão da doação para o candidato a transplante, e por isso mesmo, muitas vezes este é um dos pontos mais difíceis de serem abordados, dado que, do ponto de vista psíquico, perder o próprio órgão doente parece não ser tão complicado quanto receber o enxerto, presentificando e materializando, assim, o “outro em si”.

No programa de transplante intervivos, nós atendemos tanto os receptores quanto os doadores, sendo que o analista que atende ao receptor nunca é o mesmo que atende ao provável doador de seu paciente, e vice-versa. Na imensa maioria das vezes a doação ocorre entre pessoas que guardam entre si uma relação familiar e afetiva importante (nem sempre isso é assim, mas vale salientar que, no caso do doador não parente, faz-se necessária a autorização judicial para o ato, o que não deixa de ser um tema interessante do ponto de vista ético).

Via de regra, a notícia da possibilidade do transplante intervivos coloca o paciente receptor diante do que chamamos “conflito”, pois ao mesmo tempo que se vê diante da possibilidade de salvar-se, escapando do risco provável de não suportar esperar na fila, tem dificuldade para lidar com o sofrimento de ver um filho ou alguém de suas relações afetivas e familiares submeter-se ao risco de vida para salvar-lhe a própria.

É muito freqüente que os receptores apresentem-se ao analista com uma questão que qualificam como ética: “É ético permitir que alguém perca parte de um órgão saudável para salvar a minha vida, podendo morrer por isso ou, pelo menos, vivendo com as conseqüências dessa doação?”

Os doadores, por sua vez, apresentam-se quase que unanimemente dispostos a provar que a sua declaração de que pretendem doar parte de seu fígado é absolutamente verdadeira e inquestionável, e imediatamente passam a relatar que, ao saberem da possibilidade de salvar a vida daquela determinada pessoa que precisa do transplante, se sentiram impelidos a doar, porque a omissão ou a recusa seria algo da ordem do insuportável. Seria como dar a sentença de morte a alguém, fazendo, com freqüência, referência ao que chamam “ética”: “Salvar a vida de alguém é uma obrigação ética e, portanto, isso não está em questão. Não há o que decidir, é um fato.”

Aqui vale ressaltar que, se num primeiro momento, os receptores chegam manifestando abertamente seu conflito, o dos doadores, quando aparece, só o faz num momento posterior, especialmente quando, por qualquer razão médica, passam a não ser bons doadores e são excluídos do protocolo. A vivência parece ser a de alívio e, ao mesmo tempo, de missão cumprida. “Se não vou doar, não é por decisão minha, não foi porque eu não quis, mas porque a equipe não me aceitou. Estou aliviado.”

É curioso notar que a posição dos doadores é, paradoxalmente, contrária à posição de quem decide. Ao chegarem, convictos, eles afirmam: “ Vou doar, não há o que decidir.” Se são descartados pelos exames médicos, dizem : “Não vou doar, não é por decisão minha.”

Evidentemente não nos cabe aqui fazer um estudo a respeito da teoria da decisão, pois isso nos distanciaria muito no nosso objetivo, mas até mesmo para cumprí-lo, em função dessa recorrência do tema da decisão - agora por parte dos pacientes -, cabe questionarmos em que campo eles estão, se no da ética ou no da moral.

Segundo Ribeiro (2004), costumes, em latim, é *mores*, e por isso a palavra moral pode se referir aos costumes ou modos que o grupo considera os melhores. Por sua vez a palavra *ethos*, em grego, significa caráter, o que faz com que muitos entendam

que a ética remete a escolhas morais que cada um realiza [...] A moral seria a do grupo (da ‘manada’, dirão os críticos), enquanto à ética seria da pessoa, do indivíduo que pensa por si próprio. Mas é importante lembrar que a filosofia tem dois mil e quinhentos anos de idade. Portanto, também há autores que chamam de moral o que chamamos de ética, e vice-versa. [...] é bom dizer que, mesmo que os nomes sejam trocados, a distinção é valiosa. E por isso o desafio ético (ou moral) é sair da manada e pensar por si mesmo. Devemos ser capazes de por em dúvida os preconceitos que os outros nos inculcaram – e também o que nós temos.

Mais uma vez, lembramos a importância de tomar como referência a ética da Psicanálise (LACAN, 1959-1960) e, portanto, a ética que faz referência ao desejo do sujeito, em contraponto à moral, como um conjunto sistemático de normas e regras sociais articuladas em torno da noção do Bem, que fazem referência a um ideal institucionalizado em relação ao qual o sujeito se vê impelido a alcançar, ainda que para isso pague com o que geralmente tem de mais caro, o seu desejo.

Parece que, da parte dos receptores, o conflito inicial se transforma em dívida ao aceitarem a doação para imediatamente se salvar, o que não quer dizer, conforme podemos verificar no atendimento clínico após o transplante, que psiquicamente aceitaram o ato de doação. É freqüente que apresentem dificuldades para sustentar perante o outro o ato de recebimento sem culpa ou excessiva gratidão – o que os leva a novo conflito, desta vez localizado numa esfera quase que puramente psíquica: a dívida impagável. Não há mais o que decidir; há apenas o que tratar na posição subjetiva desse que porta o “outro em si”.

Da parte dos doadores, o seu ato, no pós-transplante, toma a dimensão de um ato heróico, e o que se evidencia é que todas as perdas implicadas na experiência da doação transformam-se em elementos que compõem uma dignidade indiscutível (tudo parece indiscutível desde o começo), colocando-os como ganhadores de um *status* pessoal, intransferível e eterno, segundo o qual toda seqüela ou marca da cirurgia os coloca como possuidores de um crédito moral que não os livra de suas conseqüências psíquicas, especialmente quando se trata de doadores para os pais.

Embora a questão da doação seja colocada pelos pacientes como pertencente ao campo da ética, parece que, a bem da verdade, eles falam de questões morais relacionadas aos conceitos e preconceitos de vida e à própria visão de mundo e crenças religiosas de cada um, dificilmente colocando o ato de receber ou de doar como atos decorrentes de sua posição subjetiva, no campo do desejo, portanto, no campo da ética.

Nesse sentido, o paciente que recebe o órgão passa a ocupar uma posição de quem tem algo **a menos**, contrai uma dívida. O que perde parte de seu órgão passa a ocupar uma posição de quem tem algo **a mais**, contrai um crédito.

Para nós, é de fundamental importância que esses pacientes possam enfrentar o procedimento cirúrgico a partir de outra posição subjetiva, dado que as conseqüências desses

atos sustentados pela questão moral promovem a omissão do sujeito – que, ignorante de seu desejo, não consegue sustentar o próprio ato. Em função disso ele termina produzindo, especialmente no pós-transplante, reações psíquicas graves, tais como depressões e melancolias ou o estabelecimento de relações marcadas por extrema agressividade, nas quais se vê impedido de falar, e com isso enfrenta uma dificuldade significativa de lidar com seus afetos, atuando de forma sintomática e chegando, por vezes, a passar a ato o que não pôde ser dito.

Um paciente que havia doado parte de seu órgão motivado por questões morais, ao falar com a psicanalista na primeira sessão após a cirurgia, ainda internado, conta de um sonho no qual pedia a seu vizinho de leito, o receptor, que lhe devolvesse o troco, ao mesmo tempo que lhe colocava uma faca no pescoço. Ao acordar, não o faz, mas imediatamente fantasia que, ao amanhecer, “brincará” com ele: “Como vai meu fígado? Trate bem dele, senão dou um jeito de tomá-lo de volta.” Angustiado, pois sabe que não há troco, relata que tem medo de se arrepender. Claramente, já arrependido.

A intervenção do psicanalista nesse Serviço tem sido no sentido que vai da moral à ética; na direção do desejo de cada um; na tentativa de permitir tanto ao receptor quanto ao doador um melhor posicionamento subjetivo em relação ao seu ato, fazendo com que passe do “não tenho escolha” do campo da moral ao “essa é a escolha que faço” do campo da ética do desejo, assim podendo lidar de forma mais responsável com as conseqüências do seu ato.

2.9. O ATO DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E SUAS CONSEQÜÊNCIAS NA VERTENTE INSTITUCIONAL: “VOU DOAR, DOA A QUEM DOER!”

Essa é a fala de um paciente numa sessão: “Vou doar, doutora, doa a quem doer!” Pois é, em quem dói o ato de doação? É uma questão pertinente. Vejamos.

Um ato de um doador para transplante intervivos tomando, como vimos acima, essa dimensão heróica, costuma ser admirado por uma grande maioria, incluindo aí os membros da equipe multiprofissional. No entanto, essa admiração quase sempre isenta o espectador de uma análise um pouco mais profunda desse ato, com a justificativa de que doar é um ato de amor – e quem ousaria questionar um ato de amor? Nós.

Nós vamos questionar a relação entre o ato de doar e o ato de amor, o que nos parece importante, primeira e simplesmente porque acreditamos ser válida a análise de qualquer questão psicológica, e aqui, especialmente neste contexto, porque é freqüente que a equipe interroge o analista a respeito da validade desse ato, pois trata-se da decisão de alguém de perder parte do próprio corpo para doar para um outro. O que é isso?

Além disso vamos questionar essa relação também porque nos parece fundamental sua análise para que possamos dispor de mais elementos clínicos no trabalho com esses pacientes, e também para que possamos ter uma clareza maior desses elementos no momento da interlocução com a equipe.

Desde o início do programa, que só entrou em vigor após uma longa discussão, inclusive, com a Comissão de Ética da instituição, nota-se um certo constrangimento por parte de alguns médicos na hora de oferecer essa possibilidade aos seus pacientes. Acompanhando informalmente o constrangimento citado, foi freqüente ouvir de médicos uma preocupação

com o provável doador, hígido, saudável, que vai se submeter a uma cirurgia em nome do desejo de doar.

Não foram raras as vezes que, mesmo acenando essa possibilidade, aos seus pacientes, os médicos foram surpreendidos com a prontidão com que apareciam doadores, por vezes mais de um, freqüentemente chegando a nos expor sua surpresa, como se fosse esquisito que a oferta criasse a demanda.

Eu acompanhava tal surpresa com um interesse cuidadoso, pois para mim era evidente que a proposta era colocada quase que com alguma esperança de que não fosse aceita. Mas era, e tornava-se necessário seguir em frente com exames, alguns deles muito invasivos, doloridos, protocolos de pesquisas exaustivos etc. Isso não me parecia simples para os médicos, e algumas vezes cheguei a perguntar a eles a respeito dessa surpresa, obtendo respostas muito curiosas, do tipo: “Fiquei surpreso mesmo, não esperava. Como pode alguém se prontificar a tal ato de forma tão enfática? Acho que eu não faria isso, não é natural, só se fosse por um filho. Eu disse a ele [paciente] que a qualquer momento ele poderia desistir de doar, e que se não quisesse dizer o motivo, eu justificaria com um impedimento médico, ninguém precisaria ficar sabendo!”

Um impedimento médico...Fiquei a pensar: de quem seria esse impedimento? Isso me preocupava, e era preciso entender o que se passava diariamente diante de mim, não só nas reuniões, no café, no corredor, mas dentro do próprio consultório, com o paciente, que me dizia: “Vou doar, eu quero, estou decidido. Parece que o meu doutor está mais preocupado que eu. Ele me disse, repetiu, que se quisesse, poderia desistir. Eu banco. Não quero desistir, quero fazer. **Vou doar, doutora, doa a quem doer!**”

Essa fala me chamou atenção porque a dor não é dele, mas de alguém. Já vimos, acima, que ao receber um órgão, normalmente o receptor contrai aí uma dívida, quase sempre

dolorida, principalmente quando sente não poder expressar por completo sua gratidão, não conseguindo, por mais que tente (e tenta!) reembolsar o outro. Mas a nossa hipótese é que alguém mais sente dor diante da atitude de um doador hígido, e este tema é muito complexo – mas justamente por isso parece merecer um mínimo de nossa atenção, pois isso tem conseqüências na vertente institucional de nosso trabalho.

Na medida em que uma equipe propõe um procedimento lícito e autorizado por todas as instâncias éticas, mas o faz numa posição de resistência, isso gera conseqüências, e sabemos quais são: os procedimentos emperram, se demoram sem uma razão aparente, os pacientes se impacientam, alguns ficam inseguros, mas, curiosamente, não desistem. Outros desistem sem nem entender bem por que haviam se candidatado. Os receptores entram num processo de se culpar, não sabendo bem explicar de onde vem tanta culpa, mas quando a dividem com seu médico, geralmente pioram muito. É difícil dizer, mas é verdade, e é possível acompanhar essas reações no atendimento desses pacientes. Dizia um receptor que aguardava a cirurgia: “Toda vez que converso com meu médico sobre o incômodo de receber o órgão, ele desconversa e, com firmeza, me encoraja, dizendo que devo merecer. Mas isso me deixa extremamente angustiado, porque não se trata de saber o quanto mereço, mas de não saber o que fazer com esse prêmio. E disso parece que ele não topa falar. Mas falar o quê, né, doutora?”

É isso. Falar o quê? O que é tão difícil para a equipe a partir da presença de candidatos a doadores? Uma questão se esclareceu para mim, de imediato. Numa das primeiras reuniões de equipe para se tratar de transplante intervivos, dizia um dos membros, com extrema convicção: “Nesse programa pode acontecer de tudo, menos a morte de um doador! Está bem claro isso?” Sim, a afirmativa se colocava para que o grupo entendesse que, para salvar um paciente terminal, não se podia sacrificar um paciente hígido, pois a relação custo-benefício do programa o tornaria inviável em todos os sentidos.

Mas, convenhamos: como lidar, do lugar de médico, com um paciente que não pode morrer? É o tipo de paciente que o obriga a ser perfeito, o sobrecarrega. Além disso, se considerarmos que o heroísmo do médico reside no fato de ele lutar pela vida, ou seja, contra a morte, porque sabe que pode por ela ser vencido, podemos pensar: ele luta com força porque sabe que pode ser vencido. Numa situação em que não pode ser vencido, tem mesmo como lutar? Talvez fosse mais sensato recuar. E eis o conflito, segue-se em frente.

Se lidar com a “impossibilidade” da morte é um dos fatores que dificulta o andamento do programa intervivos, outros são passíveis de ser detectados: o enigma da doação – o que motiva um candidato a doador, afinal? Que tipo de amor é esse, que não é o que se chama de “amor de pai/mãe para filho” - este que, na maioria das vezes, se apresenta como inquestionável?

Esse campo enigmático, do ponto de vista psicológico, os deixa em dúvida, como é de se esperar que fique um médico diante de um enigma. E isto gera a seguinte pergunta que nos é dirigida com bastante frequência: “O paciente não está em dúvida? Ele tem certeza do que está se propondo a fazer? Ele se responsabiliza por isso?”

São questões importantes e, por isso, resalto a discussão desse ponto do nosso trabalho numa vertente institucional, porque muitas vezes sabemos que a convicção de um doador em fazer o ato de doação não é livre da dúvida, o que, para nós, não é algo que o impeça de doar, como poderia ser para um médico.

Certa vez um homem, sustentando claramente um discurso obsessivo, se apresentou na consulta comigo como irmão do receptor, disposto a doar, e a partir daí ressaltava cada vez mais sua própria necessidade de fazer a doação para que aquele irmão, dois anos mais novo, não morresse, e acrescentava: “Para que ele não morra por minha causa” (sic). Com sua “saúde de ferro”, seria capaz de salvar a vida do irmão – aquele com quem, na infância,

freqüentemente brincava de matar, para que ele o “deixasse em paz” (sic), e disso não havia esquecido. Como poderia deixá-lo morrer por sua causa? A causa da morte iminente do irmão passaria a ser ele, e não a doença do irmão, e mesmo tendo a chance de trabalhar suas questões subjetivas nas sessões com a analista, aquele homem sustentava o seu ato para si, numa tentativa de se salvar, ainda que isto lhe custasse o fígado. O irmão se salvaria como consequência de sua própria salvação.

Algumas perguntas minhas e ele já começava a duvidar, mas não de seu ato de doar. Duvidava se isso, de fato, o salvaria. Entre a dúvida e a dívida, pagaria para ver, voltava a ficar firme, convicto, e o que o convencia de que deveria doar era essa dúvida. Era insuportável ver o irmão morrendo pelo fato de ele não fazer nada, posto que podia. No entanto, era claro para ele, que dizia: “Caso os exames me reprovem, aí tudo bem, terei feito o que pude. Se ele morrer, fico em paz.” Pareceu-me que sim. Desde criança ele esperava que aquele irmão morresse para ter alguma paz. Perguntei a ele: “Ser reprovado nos exames médicos e estar impedido de fazer a doação é a mesma coisa que dizer que o senhor fez o que pôde pelo seu irmão? O que foi que o senhor pôde fazer pelo seu irmão até hoje? A reprovação te salvaria e ele morreria. Como é essa paz que a tão antiga morte de seu irmão lhe traria?”

Assim, aquele homem prosseguiu trabalhando, ao longo das sessões, e os exames não o reprovaram. Ele continuava decidido, e sua decisão, calcada no que acabei de relatar, não convenceu o seu médico, que, ao me procurar para discutir o caso, me disse: “Esse homem é estranho, Lívia, não me convence. Me parece fazer isso por obrigação, e não por amor. Será que operamos esse senhor? Não é melhor reprovar?”

E pela primeira vez eu vi um médico colocar o **amor** como um critério confiável para realizar um procedimento! Isso merece tanto a nossa atenção! Mas o que é amor? Qual amor

precisaríamos identificar no provável doador para nos convenceremos de que realmente ama? Seria pelo tamanho do sacrifício? E aí teríamos que nos perguntar: o amor é um sacrifício? Seria pela qualidade do que tem para dar? Como é que fica isso com o ensinamento de Lacan (1960-1961, p.41) quando diz que “o amor é dar o que não se tem”, e acrescenta : “ [...] E, com efeito, dar o que se tem, isso é a festa, não é o amor” (LACAN, 1960-1961, p. 345)?

Estava colocada, com clareza, a interface das duas vertentes do trabalho do psicanalista – a clínica e a institucional –, e nela nos localizamos, nesse vão que se cria entre dois discursos, o médico e o analítico; entre duas éticas, a do Bem e a do desejo.

O que há de tão incomodo para a equipe a partir da presença de doadores vivos? Vimos o compromisso com a não-morte de um mortal, em primeiro lugar. Depois, o enigma da doação e sua relação com o amor. E agora, a convicção que não convence, a certeza que gera no médico o enigma da dúvida e a relação disso com o amor. Até que ponto uma dúvida do médico, gerada a partir da convicção de um paciente, seria um critério objetivo para reprovar um candidato a doador? Sabemos que a Medicina busca dados objetivos para sustentar as suas decisões, ao mesmo tempo que carece deles. Mas aí temos uma dúvida do médico que ele só pode tornar objetiva se justificá-la pelo amor! “Lívia, ele não me convence. Faz isso por obrigação, e não por amor. Não é melhor reprovar?”

Esse é o privilégio de trabalhar nesse contexto, e qual não é a nossa surpresa quando escutamos um médico solicitar de nós a ajuda para detectar o amor como meio de segurança de seus próprios atos! E, se possível, que o analista possa não só localizar o amor, mas classificá-lo (talvez algo do tipo “pai para filho, ok”; “filho para pai, estranho”; “sobrinho para tio: depende”), como uma espécie de segurança a mais. Se morrer, foi por amor?

O que tem a ver o amor com tudo isso: doação, dor, morte? Eis o analista convidado a falar de amor na instituição, a debater sobre o amor com o outro discurso, posto que o convite

é que o amor surja aí, nessa relação doador-receptor, como uma justificativa plausível para que o programa intervivos não morra.

Topamos esse convite. Vejamos, então, a partir da fala “vou doar, doutora, doa a quem doer”, como é que, com base na tese lacaniana de que “amar é dar o que não se tem”, o analista vai se posicionar na interlocução com os outros discursos sobre a questão da doação de órgãos e suas conseqüências na vertente institucional, quando o amor é uma espécie de pré-requisito necessário para que alguém seja aceito no programa.

2.10. DOADOR, DOA DOR: “AMAR É DAR O QUE NÃO SE TEM”

E agora? “Doei por amor, doei sem dor, doa dor, dói não doar, doar dói, doei por que quis, doei sem querer, doei nem sei porquê, doei sem amar, doei para ganhar, doei para perder, doei e não adiantou, doei e doava de novo, doei para nunca mais.”

São frases freqüentes, mais freqüentes do que se pode imaginar.

Eu nunca ouvi, até hoje, e ainda não perdi as esperanças, algo do tipo: “Doei o que eu não tinha. Doe porque era dele.” Por tudo que já colocamos, é claro que a equipe, se não puder contar com um juiz, espera que a doação seja segura, entendendo como doação segura uma doação que se faria não por obrigação, mas por amor, tomando aqui o ato de doação como uma virtude e não um dever, o que é rigorosamente confuso para os pacientes em questão, tanto os que doam quanto os que recebem.

André Comte-Sponville (1995, p. 241), em seu livro “Pequeno tratado das grandes virtudes”, nos traz uma contribuição importante a esse respeito quando afirma que “não

amamos o que queremos, mas o que desejamos [...] O amor não se comanda, e não poderia, em consequência, ser um dever”.

É nessa condição de devedores que muitos de nossos pacientes se apresentam à equipe declarando-se candidados a doadores, na tentativa de fazer, através da doação, o pagamento de suas dívidas, de cumprir corretamente o dever, ou como chamou um dos candidatos, a “obrigação ética de salvar a vida de alguém”. O que não tem, rigorosamente, nada a ver com o ato de amor, segundo Comte-Sponville (1995, p.241-242):

‘O que fazemos por coerção’, escreve Kant,¹ ‘não fazemos por amor’. Isso se inverte: o que fazemos por amor não fazemos por coerção, nem, portanto, por dever. Todos sabemos disso, e sabemos também que algumas de nossas experiências evidentemente éticas não têm, por isso, nada a ver com a moral, não porque a contradizem, claro, mas porque não precisam de suas obrigações. Que mãe alimenta o filho **por dever**? E há expressão mais atroz do que **dever conjugal**? Quando o amor existe, quando o desejo existe, para que o dever? [grifo do autor]

Digamos que essa diferença entre os doadores que amam e os que devem se faz evidente, tanto na clínica médica quanto na nossa. Uns pagam, é o que Lacan (1960-1961) chamou de festa, esses dão o que eles têm. Outros amam, dão o que não têm, oferecem sua falta-a-ser. Até aí estamos de acordo.

A questão é saber como é que uma equipe de transplante se posiciona diante disso. Poderíamos dizer que a doação por dever não nos serve? Uma doação que se faz sustentada na falta do amor serve ao receptor?

Ainda aproveitando as ricas contribuições de Comte-Sponville (1995, p. 242-243),

¹ KANT, E. **Doctrine de la vertu**. Introd., XII, c, p. 73 da trad. Philonenko.

Só necessitamos de moral em falta de amor, repitamos, e é por isso que temos tanta necessidade da moral! É o amor que comanda, mas o amor faz falta: o amor comanda em sua ausência e por essa própria ausência. É o que o dever exprime ou revela, o dever que só nos constrange a fazer aquilo que o amor, se estivesse presente, bastaria, sem coerção, para suscitar [...] Máxima do dever: **age como se amasses**. No fundo é o que Kant chama de amor prático. [grifo do autor]

Talvez por isso o amor nos liberte da moral. Mas o que nos interessa aqui é que estamos diante de pacientes que agem como se amassem - então, por isso devem ser reprovados? Não. Cabe a cada equipe, na medida em que oferece o transplante intervivos, suportar o que vier, e nunca sabemos *a priori* o que virá. De novo estamos no campo na ética. É preciso analisar cada caso, e oferecer a cada paciente a possibilidade de analisar o seu ato, para que possa agir de acordo com o seu desejo, para que possa responsabilizar-se pelas suas conseqüências.

Se é importante essa discussão aqui sobre o amor, que isso sirva também para lembrarmos que nem sempre a doação é possível de ser articulada ao altruísmo, como haveria de se pensar numa análise superficial da questão; e que, boa parte das vezes, como demonstra a nossa pesquisa sobre motivação de doadores, ela é possível pelo fato de o doador se sustentar numa posição psíquica de extremo egoísmo, o que de forma nenhuma nos pareceu invalidar seu ato de salvar vidas, ainda que através disso busque sua própria salvação.

Poderíamos nós, equipe de saúde, reprovar esses doadores pelo modo pelo qual eles amam ou deixam de amar? Não é justamente essa a questão posta na mesa-redonda, sem que estejamos ligando claramente o nome (amor) à pessoa (candidato a doador?). Quando duvidamos de sua decisão, não é uma questão sobre que tipo de amor está em jogo? Haveria um amor do tipo ideal que não nos deixasse dúvida com relação ao ato de doação e, portanto, nos convencesse de que a cirurgia está indicada?

Aqui vale lembrar uma informação importante: está decidido que todo doador que não for parente ou tiver um grau de parentesco distante só poderá ser aceito no programa de transplante intervivos mediante apresentação de autorização judicial. Por quê? É simples: porque, se o juiz falou, tá falado. Isso nos protege. Protege? Do quê? Do que a equipe se livra quando um juiz avaliza o laço? Se livra daquilo que um psicanalista não dispensa ninguém – de sua responsabilidade. Porque um psicanalista, não sendo juiz, convida todos a se responsabilizar pela decisão, o que, por ora, fica suspenso quando um decide por todos. Não é para isso que em algumas situações se busca um juiz?

Um paciente que passara por avaliação judicial dizia, em sessão com a analista, não saber mais se devia doar ou não, pois agora duvidava se seu ato, avalizado pela justiça, era tão justo quanto fora entendido, talvez mal-entendido, e pedia, então, de novo, à analista que decidisse por ele. Em vão.

Claro, cada caso é um caso, e por mais que alguém traga a decisão judicial, isto não isenta nenhum de nós de decidir a nossa parte. Por vezes, achei que os médicos prefeririam que todos passassem por uma avaliação judicial, já que, decididamente, eu não faria esse papel, e disto eles sabiam. Mas logo percebi que a decisão judicial não os “consolava” por completo, já continuavam atentos a cada caso e, portanto, sentiam que a Justiça, por mais clara que venha a ser, não desvenda o enigma do amor que rodeia a posição de um doador. Resta saber: amor a quem?

Mas não era exatamente o previsto tocar especificamente no tema do amor nesse trabalho, apesar do título “a experiência do outro em si”. De qualquer modo ele surgiu, e convém que não o evitemos. Ou talvez possamos dizer que estávamos falando disso o tempo todo. Enfim, lembrando de Freud (1915a) em “Observações sobre o amor transferencial”, o

amor aparece quase sempre como um imprevisto, por mais previsto que ele deva ser pelos psicanalistas.

2.11. MÃE É AQUELA QUE DÁ A VIDA

Robson, 32 anos, aguardava transplante, e sua situação era tão grave quanto evidente que ele não suportaria aguardar sua vez na lista de transplante convencional. Em função disso, a equipe sugeriu a possibilidade de transplante intervivos. Robson era recém-casado, sem filhos e tinha um único irmão gêmeo, com quem se dava muito bem e que se dispôs a doar, mas não era compatível para doação. Alguns amigos da família se candidataram, mas não foram aprovados como “bons doadores” pelos exames médicos.

Robson e o irmão eram filhos adotados desde o dia do nascimento, quando sua mãe os doou na maternidade – com a ajuda de uma auxiliar de enfermagem que foi intermediária entre as partes – sem sequer os tocar, sem saber também para quem, para nunca mais os encontrar. A família que esperava por uma criança adotou as duas, com muita satisfação, e como os filhos, os pais adotivos também nunca tiveram notícias da mãe biológica.

Nesta situação, entre a vida e a grande chance de morrer, não só Robson, mas toda a sua família decidiu por procurar ajuda, e investiram fortemente na procura da mãe biológica de Robson, iniciando a busca pelos registros da maternidade, pela busca da auxiliar de enfermagem. A família contou com a ajuda de algumas instituições governamentais, com o Serviço Social do hospital e com o empenho de alguns membros da equipe, que torciam pelo sucesso da busca. Enfim, depois de quase dois meses, a mãe foi localizada no interior de um

Estado nordestino, onde vivia havia mais de 25 anos, tendo lá constituído família, e com o marido teve três filhos e dois netos.

Foi contatada por uma amiga da família de Robson, e ainda tomada pela surpresa, recebeu o pedido de ajuda para salvar a vida dele. Atordoada, sem responder “sim” nem “não”, concordou em viajar a São Paulo para conhecer o filho, verificar a compatibilidade e ver o que podia ser feito. A vinda daquela mulher foi custeada pela família de Robson, que comemorava a chegada daquela que **daria a vida de volta** ao filho, apesar de algumas preocupações que pareciam peculiares à situação.

Chegando ao hospital, a mãe de Robson iniciou a bateria de exames preparatórios para a doação, e em função disto, compareceu à sua primeira consulta comigo. Vou chamá-la Judith, 49 anos, que chegou em silêncio, aguardando que eu perguntasse. Pedi apenas que me falasse. Ela ficou um tempo em silêncio e, depois de derramar lágrimas silenciosas, me perguntou o que eu queria dela. Eu disse que queria saber o que ela estava fazendo ali. Foi o suficiente para que Judith contasse a história dela.

Ainda com 16 anos, morando com sua família no interior de Minas Gerais, engravidou de um rapaz elegante, fazendeiro, que tirou sua virgindade e sumiu, sem nunca saber que a deixara grávida. Escondeu dos pais sua gravidez o quanto pôde, e quando não conseguiu mais, foi avisada de que não servia para ser filha daquela família, pois era a vergonha e a decepção. Ao saber que não seria aceita naquela casa, doou os filhos antes de nascerem, e depois de dar à luz, nunca mais voltou a ver os pais. Foi para a capital, onde, a princípio, passou fome e frio, mas depois conseguiu trabalhar como empregada doméstica e lá, na residência em que trabalhava, conheceu o atual esposo, que era motorista da família, nordestino, homem firme e decidido. Depois que juntou o dinheiro que pretendia, ele resolveu voltar para o Nordeste e a levou para sua cidade natal. Cuidou dela, constituíram família e nunca soube que ela tivera

dois filhos, acreditando, até então, segundo ela, que teria sido o seu primeiro e único homem. Era isso que ela dissera a ele.

Judith nunca teve coragem de falar de sua verdade, sempre teve muito medo de perder o esposo, ser por ele deixada, como fora pelos pais. Também nunca passou um só dia sem lembrar que abandonara dois filhos, e se perguntava com amargura sobre o destino deles, rezando para que estivessem bem.

A partir do dia em que foi descoberta, passou a viver em angústia, dizendo que nunca mais teve paz. Viajou a São Paulo mentindo ao marido, dizendo que soube notícias de seus pais, que andavam muito doentes, e resolvera vê-los para fazer as pazes, mas que precisava ir sozinha, rejeitando a companhia do esposo. Era evidente que não pretendia fazer a doação, pois a cirurgia lhe deixaria a marca de uma verdade encoberta que não pretendia descobrir, e era esta sua aflição. Como negar? Sua compatibilidade com o filho já havia sido constatada pelos exames clínicos e comemorada.

Ao comentar sua vinda para São Paulo, falou que foi motivada pelo desejo imenso de ver, conhecer e tocar os filhos. Foi, para ela, como se tivesse a chance de realizar um sonho, embora nunca fizera absolutamente nada para encontrá-los. E foi neste sentido que indaguei a Judith: se não pretendia doar, por que viera?

Ela não sabia me responder, mas seu desespero agora era acordar de um pesadelo. Dizia, sem piedade, que ao ver os filhos pela primeira vez não sentira absolutamente nada. Para ela, eram dois estranhos. E os estranhou mesmo. Levada pelo mesmo silêncio que marca sua trajetória, nunca disse que doaria, mas se dispôs a fazer os exames, achando que era a única coisa que lhe restava fazer. Teve esperança de que os médicos dissessem que ela não tinha compatibilidade, para que pudesse ir embora, aliviada (o que, nesse caso, seria difícil, afinal para eles tratava-se de “amor de mãe para filho”!). Mas eles, de certa forma, estavam

animados com a nova doadora, o que embaçava a visão do que estava ocorrendo: uma mãe que não é capaz de doar. Para todos, naquele momento, Judith era a mãe de Robson, embora, por vezes, estranhassem o comportamento frio de Judith, e alguns membros da equipe, desconfiados, às vezes me perguntavam o que eu poderia fazer se ela não quisesse doar. Como assim? Não é claro para todos nós que os candidatos a doadores só se tornam doadores por livre e espontânea vontade? Já não havíamos discutido que as doações por obrigação os incomodava, preferiam as ditas doações por amor? Aquela mulher tinha obrigação de doar?

Judith não se via como mãe de Robson, e isto ela deixou muito claro para mim. Pediu-me ajuda no sentido de impedir que tivesse que doar, pedindo que eu escrevesse um laudo dizendo que era louca e, desta forma, a dispensasse do ato de doação, livrando-se da situação em que se envolvera. Pedia que mentisse por ela, pois mentia o tempo todo, e ali não conseguira mentir.

Minha intervenção foi clara. Não, e por algumas razões óbvias. Primeiro, porque não pretendo jamais fazer um laudo falso, em nome do que quer que seja, independente do particular de cada caso. Segundo porque, até onde sei, Judith se escondia desde que se iniciou na vida sexual. Talvez se escondesse desde antes, e o que me pedia era que a ajudasse a se safar de mais uma de suas mentiras. Escondeu-se dos pais, dos filhos, escondia-se do marido, dos novos filhos, de si mesma, escondia-se agora da equipe, escondia-se do seu desejo, que parecia só poder aparecer em sonhos, lapsos, sintomas e angústia.

Trabalhei no sentido de possibilitar que falasse a verdade, ao menos para o filho doente, ainda que soubesse o quê e o quanto isso lhe custaria. Mas era a verdade. Valia para nós, da equipe também, a constatação de que somos, de certo modo, bastante preconceituosos: mães se doam, custe o que custar. Não era isso que víamos na nossa frente. Ou aquela não era a mãe de Robson?

E ela conseguiu dizer a verdade para o filho, apesar de todo rancor, e conseguiu que algo de uma cena bem anterior de sua vida se repetisse, pois foi, depois disso, literalmente expulsa de casa pela família de Robson, que sofria indignada de desespero. Depois disso só voltou a encontrar-me no mesmo dia que pegaria o ônibus para sair de São Paulo. Compareceu sem marcar consulta e pediu que eu a escutasse por cinco minutos. Falou muito mais do que isso, e ali me disse que nasceu para ser abandonada, por isso mentia – para evitar ser abandonada. Eu disse que ela mentia para ser abandonada, que buscava o abandono, e foi isso que ela veio fazer em São Paulo mais uma vez: ser abandonada. E conseguiu. Chocada com as minhas palavras, ela revelou-me inúmeras situações de sua vida nas quais mentia compulsivamente e, ao fim, era descoberta, abandonada, expulsa.

Acreditava que isso iria ocorrer na sua volta, pois mentiu para o marido, e achava que ele descobriria tudo. Marquei para ela que gozava com o abandono, e em função desse gozo, abandonou os filhos, os pais e a si mesma.

Foi embora, e ao chegar em sua cidade, surpresa com a falta de desconfiança do marido, contou sua verdade para ele. Para sua surpresa, ele sabia desde que a conhecera, mas nunca falou nada em respeito à sua dor e à antiga patroa de ambos, que pedira a ele segredo eterno ao comentar a história de Judith.

Judith adoeceu, achou que estava enlouquecendo, pois falava a verdade sem ser abandonada, e assim não se reconhecia. Com a ajuda do esposo, reviu sua posição e entendeu ser fundamental fazer a doação para Robson. Contatou-nos através de mim, por telefone, quando me contou o que ocorrera com ela na sua volta, e se dispôs a doar. Pedi que ela entrasse em contato com a família de Robson, para declarar sua posição. Mas Robson já tinha falecido.

3. O TRABALHO DO PSICANALISTA NA VERTENTE CLÍNICA

3.1 A CLÍNICA É SOBERANA PARA A PSICANÁLISE

*“Sabe, doutora, foi bom eu ter consulta hoje, viu? Eu passei no doutor [o médico] hoje pela manhã, e como com a senhora eu só ia passar agora [à tarde], fiquei esse tempo com umas idéias que me vieram na cabeça... a senhora sempre disse que é pra eu falar o que me passa pela cabeça. Hoje parece que eu entendi [se emociona muito]. Vinha na cabeça umas coisas e eu dizia, meu Deus, era tão bom que a doutora Livia me atendesse logo... Ele [o médico] me mostrou os exames, tudinho... as fotos de mim por dentro, fotos não, as imagens, aquilo que os aparelhos vêem dentro de nós, ele disse, os exames das imagens. É muito esquisito alguém te mostrar como é você por dentro, né? Porque não é nada do que eu imagino de mim mesma, aquilo é tudo muito estranho. Aquilo que ele me mostrou, ele queria me explicar bem direitinho porque eu preciso do transplante, eu entendi, eu já tinha entendido desde o começo, mas não é disso que eu queria falar. Eu disse que esse que aparece nos exames não sou **eu**. E ele pensou, doutora, que eu tava duvidando que aqueles exames eram meus [aflita, descem-lhe lágrimas]. Não estava, Ave Maria, eu vi meu nome nos papéis, na chapa, não era isso que eu tava falando, e eu ia duvidar dele? Nunca! Mas eu preciso falar disso, doutora, e eu sei que a senhora vai me escutar. Ele pensou que eu não estou bem, que tenho alguma confusão, até perguntou quando é que eu passava com a senhora. Eu tenho uma confusão, mas não é a que ele pensa, ele pensa que eu tô variando da cabeça, assim meia doida, sabe? Será que tô? Vou dizer tudo que me passa pela cabeça, vou falar, depois se a senhora pensar que a coisa que eu penso é grave, a senhora vê o que faz:*

isso que aparece nos exames não sou **eu**. Esse [segura firme no peito, nos braços, nas pernas, na cabeça] é o meu corpo, e **eu** sou esse corpo, e não aquele, eu não me reconheço ali, aqueles são os órgãos, eu sei, que estão aqui dentro, claro, mas **eu** mesmo, parece que eu não sinto isso como meu corpo, **meu corpo não são os meus órgãos**. Eu, corpo, não sou isso... ou será que isso não sou eu? Mas isso que não sou eu, eu sei, é parte de mim... quem me dera se eu nunca precisasse saber disso [chora], só sei por causa da doença. Que coisa horrível, doutora, essa história de doença, de transplante, é tudo muito real, doutora. É muito real [enfática]!! Dentro de mim mora um outro, minhas entranhas são um outro, porque eu não conheço, são estranhas. Mas eu sei, sempre soube, que estão aí porque um dia isso aparece, e se não aparecer nunca, um dia pára, e aí, doutora, um abraço porque acabou, morreu, não tem como se revoltar. Tem que aceitar porque é o fim. Quem decide não somos nós, nossa inteligência, nosso pensamento. Meu Deus, quanta bobagem se fala por aí com essa conversa de 'pense positivo, minha fia!' Que mané é esse de pensamento positivo? Se pensar positivo resolvesse, ninguém morria. Quem decide é o outro que mora dentro da gente, que é a gente, mas não todo, porque eu não conheço tudo em mim. Isso de dentro de mim parece que é mais forte do que eu?! Adianta eu não querer morrer? Se isso quiser parar, pára, que se for o dia, não tem conversa que dê jeito, mas enquanto isso a gente vai tentando, que é o jeito viver. Que loucura, a senhora deve tá pensando... mas eu tenho que falar, porque senão eu enlouqueço de verdade. Vá lá, esse outro que eu tô falando, ele está aí em mim muito antes de eu prestar atenção nele. Eu quando me conheci por gente, foi porque já tinha crescido um bocadinho, mas depois que a gente cresce, que diz **eu** [bate no peito], acontece alguma coisa e a gente parece que esquece desse outro que está dentro da gente, os órgãos, as veias, os líquidos [faz uma expressão de nojo], e pensa que corpo é para enfeitar, é para se mostrar, é para conquistar os homens, transar. É bom demais [sorri, contente], é para ter filhos e dizer 'meu filho' com orgulho, saiu de dentro de mim. Mas a gente não pensa no filho que está

dentro da gente como um órgão, ele é um sonho [chora, sem parar de falar]. O meu filho nasceu, saiu, ficou tudo bom, eu não ficava pensando no organismo. O corpo muda um pouco, uma barriguinha, uns quilos a mais, é o preço, mas tem meu filho. Agora por dentro tá tudo bem, porque eu nem me lembro desse outro de dentro de mim. Uma pessoa pra ter alegria na vida não pode se lembrar que tem as células, os ossos, os órgãos, a gente nem lembra. Agora, eu vou dizer uma coisa pra senhora, uma pessoa, quando fica doente, tem que lembrar disso tudinho, é obrigada, porque o danado fala mais alto, atrapalha a vida e os pensamentos da gente. Essa história de transplante é bom porque salva as pessoas, mas eu vou dizer uma coisa para a senhora: quem inventou isso? Quem foi? Será que quem inventou isso pensou nisso tudo na cabeça da gente? Ou achou, assim, que é bonito arrancar um órgão de uma criatura e botar outro, como se a gente fosse carro velho para dar uma guaribada pra ele andar mais um bocadinho? Deus me perdoe, meu Deus, eles são bons. Eles tão pra ajudar, a gente é que pensa tanta bobagem [horrorizada com o que fala, abaixa a cabeça, fica em silêncio. Continua em silêncio, cabeça baixa, então eu peço que ela continue, dizendo que é muito importante que fale, fale para mim, e ela, mais calma, continua]. A senhora sempre acha importante as coisas que a gente fala, com a senhora é diferente, doutora Lívia, a conversa aqui é outra, doutora. É a sorte! Deus abençoe [peço que volte no carro velho, no arrancar o órgão]. A pessoa na vida não pensa que tem organismo por dentro, pensa no corpo só de outro modo, eu já disse isso, não foi? Parece que me perdi. Então, agora essa cirurgia tira fora parte do outro de dentro da gente, mas bota outro de outro. Que diacho é isso de tanto outro dentro de uma pessoa só? Será que depois do transplante eu consigo esquecer de tudo de novo e ficar só com o meu corpo? Esquecer mesmo, eu tô dizendo, não é fazer de conta que não tá lá, fingir, não tô nem aí [pisca o olho]. Eu quero é saber se dá para esquecer mesmo, pra não lembrar mais, como a gente fazia quando era criança pequena, só pode, que não faz de caso pensado, nem sabe o que faz. Mas

é difícil, não tem jeito mais, não, que agora ninguém é mais menino pequeno. Ai, doutora, se dentro de mim já mora um estranho, sai parte dele e entra outro mais estranho ainda, e eu tenho que lembrar disso todo dia com os remédios que é para esse estranho se comportar bem, como se fosse de casa, como é que esquece? Ai, doutora, mas tem que fazer, tem porque ninguém quer morrer, ele [o médico] tem razão, acha tudo bonito porque não é com ele, coitado, mas ele me salva, Deus o abençoe, ele entende dos órgãos, isso já é querer demais. Falar todas essas coisas para ele não dá, ele fica atrapalhado, tem que achar que a pessoa tá lelé [sorri, apontando a cabeça], mas quem é que não fica lelé numa situação onde tudo é tão real, tão real, que o jeito é falar, falar, pensar, pensar, esquecer já não vai dar, mas falar, falar... porque só de pensar morreu um burro. Agora o melhor jeito é fazer, tem que se salvar, e só depois para a gente ver o que é que vai saber fazer com isso.”

São as **preciosidades** com as quais a clínica psicanalítica nos presenteia! Quem tem ouvidos, ouça! Ela saiu do ambulatório e eu precisava ficar só, era necessário. Ela era a penúltima paciente do agendamento daquela tarde. Preocupei-me, ia atrasar o último porque precisava escrever, no mínimo registrar no papel algo do que, encantada, acabara de ouvir de Mazé. Saí para avisá-lo que precisaria esperar mais, achei que ele ia ficar bravo, mas era necessário. Recebi o recado que ele compareceria para a consulta, piorou e estava internado, eu teria que ir até lá. Tive tempo para escrever, como pude, a sessão com Mazé. Vou chamá-la assim, Mazé, minha paciente, 49 anos (parece, pelo aspecto físico, ter mais de 60), inscrita na lista de espera para transplante de fígado. Nasceu e viveu até os 25 anos no interior de Pernambuco, estudou até a quarta série do Primeiro Grau, que concluiu com esforço aos 15 anos. Atualmente não trabalha em função das limitações que a doença lhe impôs, mas por muito tempo foi costureira numa oficina de uniformes na grande São Paulo, onde, enquanto costurava, conversava com as colegas de balcão. Mas quando a conversa ficava muito igual,

segundo ela, marido chato, filho desobediente, ela ficava enjoada e silenciava, dizia ela. Dava-se ao luxo de pensar na vida, às vezes na morte, mas não achava graça no que fazia porque dizia que, com uniforme, todos ficavam iguais, sem serem.

Mazé, com sua simplicidade marcada pela sabedoria, trouxe questões que nos fizeram pensar sobre a constituição do sujeito, a teoria da identificação, o que nos leva diretamente à análise da questão da corporeidade em Psicanálise.

Diz ela que é a sorte ter a mim para falar. Eu não disse, embora ela deva sentir, mas para mim foi um privilégio poder escutá-la para nunca esquecer que a clínica é soberana, e por isso é só a partir dela que toda teorização se faz possível, quando falamos de Psicanálise.

3.2. O CORPO NA PSICANÁLISE NÃO É O MESMO CORPO PARA A MEDICINA

Dunker (2005), em conferência sobre “A pesquisa psicanalítica nas instituições de saúde”, diz que se os psicanalistas estão nos hospitais não só por uma metapsicologia do adoecimento, mas porque, apesar de todos esses avanços, a Psicanálise participa do dispositivo clínico. Ainda existe a clínica, ameaçada de extinção, mas o psicanalista está interessado em mantê-la.

Se os avanços da ciência e da tecnologia permitem à medicina convidar o homem a lidar com mudanças na relação com o corpo, é na clínica psicanalítica que essas mudanças se fazem escutar, esta clínica que desde sempre tem funcionado como uma espécie de espelho da cultura (FERNANDES, 2003).

É preciso, então, ordenar o que a clínica nos permite experimentar, nomear, conceituar, transmitir. É fundamental para mim poder transmitir o que faço, e como dizia Mazé, *“numa situação onde tudo é tão real, tão real, que o jeito é falar, falar, pensar, pensar, esquecer já não vai dar, mas falar, falar... porque só de pensar morreu um burro”*. Eu devo a ela o nome deste capítulo: o corpo na Psicanálise não é o mesmo corpo para a Medicina, e isto produz conseqüências nas duas clínicas.

O trabalho do psicanalista num programa de transplante de fígado nos coloca diante da questão do “outro em si” e suas conseqüências, e nos convoca a rever o conceito de corpo em Psicanálise para que possamos entender que corpo é transplantado. Faremos isso a partir de Freud e Lacan, lembrando que rever o conceito de corpo, em Psicanálise, é, antes de uma revisão teórica, uma necessidade clínica, não só porque uma análise tem efeitos sobre o corpo, mas pelo fato de que, se um profissional não consegue “escutar” esse corpo, pode fazer um paciente abandonar a tentativa sofrida de falar dele, como nos mostra Mazé.

E mais: se sabemos que um médico tem recursos para lidar com a ausculta seletiva dos órgãos do corpo, sabemos que um psicanalista faz a escuta flutuante do corpo de seus pacientes à medida que escuta o seu discurso. O médico se ocupa do corpo biológico, este que podemos chamar “organismo”, objetivado pela ciência e por ela estudado em termos de suas funções (digestão, respiração etc.), do funcionamento específico dos vários órgãos e seus tecidos, do funcionamento das células. O psicanalista trata de um corpo tecido pela sexualidade e pela linguagem (PRISZKULNIK, 2000).

Desde Freud, em seus estudos sobre a histeria, que o corpo é tomado como diferente de organismo, e foi também por essa via que ele deixou de ser médico para ser psicanalista. “Freud não apenas desvincula a histeria do campo da doença orgânica, mas rompe com o

discurso da Medicina, na medida em que separa o órgão de sua função puramente biológica” (CUKIERT, 2000, p.12).

A partir disso, ele propõe a diferença entre organismo e corpo, entre Biologia e Psicanálise. Evidentemente, a noção de organismo, como se pode ver, é construída pela Medicina e, portanto, como noção, é um elemento simbólico, que varia ao longo do tempo. O que hoje é organismo difere do que era em outros momentos da História, e a cada dia a ciência e a tecnologia se incumbem de atualizá-lo. Isto posto, esclarecemos que a noção de organismo que utilizamos aqui refere-se ao corpo no campo anatomopatológico, objeto de estudo da Biologia, submetido aos cânones da ciência positiva.

Além das noções de organismo para a Medicina e corpo para a Psicanálise, trabalharemos com uma terceira noção, que é a de carne. Sendo o organismo um elemento simbólico, uma linguagem, a quem ele faz referência? Ao que podemos chamar “carne”, o que, como veremos adiante, não se reduz nem a organismo nem a corpo, pois é, antes, o que dá suporte a essas noções.

É importante que a diferença entre os conceitos esteja clara, mas lembremos que, na verdade, para entender o que acontece com o sujeito é preciso pensar em processos de corporeidade. Por exemplo, podemos nos perguntar: o que o médico corta com o bisturi? Podemos responder: a carne, se enfatizarmos a matéria propriamente dita. Ou podemos responder: o organismo, se enfatizarmos que o que ele corta é o que chama “fígado”, tal como estudou em Anatomia, dando-lhe nome e comparando imagens (por isso também o campo cirúrgico é cheio de surpresas: às vezes, olhando o organismo, o médico se depara com a carne). E, por fim, ainda podemos responder: o corpo, ao falar dele em sua dimensão subjetiva, essa pela qual a Psicanálise se interessa mais especificamente.

A constatação da diferença entre o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional, recoberto por fantasias e palavras, que se oferece à escuta, coincide com a própria elaboração dos conceitos psicanalíticos. Não é verdade que só os psicanalistas de hoje estão começando a se preocupar com as questões referentes ao corpo. É no cerne mesmo desta questão que a Psicanálise surge.

A partir de então, Freud (1915b) sempre levou em conta a diversidade expressiva do corpo, especialmente com a noção de pulsão e seus destinos, tendo sido rigoroso no tocante às bases do método psicanalítico, lembrando que a Psicanálise não poderia ser incluída entre as disciplinas médicas, não pertencendo nem à Biologia, nem à Psicologia.

No entanto, não as refuta nem as contradiz, pois, como afirma Mannoni (1989, apud PRISZKULNIK, 2000), é por meio da verdade neurológica que se tenta refutar as paralisias histéricas, e foi assim que Freud descobriu que não há nada no sistema neurológico que as fundamente. Por causa mesmo da verdade da ciência é que Freud fundamenta a sua hipótese psicanalítica.

Lacan (1964-1965), em sua retomada da leitura freudiana e sua constante exigência de rigor ao texto, afirma que, se a pulsão é um conceito fundamental da Psicanálise e o conceito de pulsão é o conceito-limite entre o psíquico e o somático, então é claro que o corpo é um conceito que está no centro da construção teórica freudiana desde o princípio.

Podemos, então, considerar que o corpo não é, para o sujeito humano, a mesma coisa que é o seu organismo. Não há uma correspondência biunívoca entre ambos, e isto é evidente no discurso de Mazé: *“meu corpo não são os meus órgãos...”*. Se é assim para o sujeito, para a Psicanálise o corpo é algo para além da “carne e osso”, no sentido comum, porque há esse distanciamento entre a carne e o corpo. Isso interessa à Psicanálise porque é exatamente aí,

nesse distanciamento entre carne, organismo e corpo, que pode aparecer um sujeito humano, ou seja, que podemos falar de constituição de subjetividade.

Segundo Birman (2003, pp. 58-59):

[...] é necessário distinguir devidamente os conceitos de corpo e organismo. A superposição ingênua destes provocou, e ainda provoca, infelizmente, muitos malentendidos e confusões. Além disso, a superposição conduziu a Psicanálise para um desvio biologizante [...] O organismo é de ordem estritamente biológica, sem dúvida, em contrapartida o corpo é de ordem sexual e pulsional [...] O corpo se constitui em ruptura com a natureza, aberto simultaneamente sobre ela e sobre o Outro. Tudo isso nos conduz a afirmar, com força e veemência, a existência de um *corpo-sujeito*. [grifo do autor]

É esta distância entre o que a Medicina define como organismo e o que estamos chamando “corpo” que faz com que compreendamos um fenômeno muito comum que ocorre com um grande número de pessoas que “passam mal” ao assistir ao corpo humano exposto em vísceras, a uma cirurgia ou a uma intervenção médica no corpo humano aberto. E diante das vísceras, as freqüentes expressões de espanto, de nojo, de repulsa, de horror. “O corpo está em carne viva!”

É o horror do sujeito frente à “carne viva” que nos indica que o corpo do sujeito humano, conceitualmente, está vivo e saudável quando sua carne está morta. Morta pela linguagem. Embora os fenômenos do organismo humano sejam a mais fantástica expressão da natureza, o fato de esse organismo passar a ser corpo através da sua relação com o Outro, ao ser investido de fantasias e revestido por palavras, faz com que a relação do homem com o seu organismo seja desnaturada.

Mazé fala da “dor e da delícia de ser o que é”, da alegria de ter um corpo, da estranheza de ter um organismo. Ela nunca leu Xavier Bichat (1771-1802), conhecido como o pai da Histologia, que, lembrado por Foucault (1987) em “O nascimento da clínica”, afirma que a saúde é o silêncio dos órgãos. Mas fala disso: *“Agora por dentro tá tudo bem, porque eu nem me lembro desse outro de dentro de mim. Uma pessoa, pra ter alegria na vida, não pode se lembrar que tem as células, os ossos, os órgãos, a gente nem lembra. Agora, eu vou dizer uma coisa pra senhora: uma pessoa, quando fica doente, tem que lembrar disso tudo, é obrigada.”*

Mas como o sujeito humano chega a essa relação desnaturada com o que lhe há de mais íntimo, tomando-o como um estranho? O que há aí? Por que um sujeito, para estar bem, teria que se distanciar da “carne viva”? Mazé se refere a isso quando diz que aquilo que o médico mostra para ela nos exames de imagem não corresponde ao **eu**, primeiro porque não é nada do que ela imagina (dimensão imaginária do corpo, imagem corporal não é a mesma coisa que as imagens do corpo reveladas pela tecnologia), e depois porque o **eu** está relacionado ao corpo, e não ao organismo – embora saiba que o organismo, por mais estranho que lhe pareça, é dela, é o que lhe permite ter um corpo vivo: *“Isso que aparece nos exames não sou eu. Esse [segura firme no peito, nos braços, nas pernas, na cabeça] é o meu corpo, e eu sou esse corpo, e não aquele. Eu não me reconheço ali, aqueles são os órgãos, eu sei, que estão aqui dentro, claro, mas eu mesmo, parece que eu não sinto isso como meu corpo, meu corpo não são os meus órgãos. Eu, corpo, não sou isso... ou será que isso não sou eu? Mas isso que não sou eu, eu sei, é parte de mim.”*

O que há é que, em Psicanálise, corpo não é organismo, e isto tem a ver com a própria constituição da subjetividade humana. Na teoria freudiana, o conceito de corpo está intimamente ligado aos conceitos de eu, de identificação e de narcisismo, portanto, só podemos entender o conceito de corpo em psicanálise tomando como chave a **alteridade**. Não

há corpo sem o Outro, assim como não há **eu** sem Outro, como ressalta Freud (1923) em “O ego e o id” quando escreve que há uma relação entre o **eu** e o **corpo**, dizendo que o ego é, antes de tudo, corporal.

Se em Freud o **eu** é, antes de tudo, corporal, desde o início, para ele, o corpo é pulsional, habitado pela pulsão (FREUD, 1915b), e é linguagem, se prestando à decifração. É justamente na retomada do texto freudiano que Lacan, em seu ensino, estabelece o conceito de corpo a partir dos três registros fundamentais, possibilitando, como Freud, que o conceito de corpo possa ser apreendido com base em três pontos de vistas complementares: o ponto de vista do Imaginário, o corpo como imagem; do ponto de vista do Simbólico, o corpo marcado pelo significante; e do ponto de vista do Real, o corpo articulado ao gozo (CUKIERT, 2004).

Passaremos, então, a falar do corpo para a Psicanálise numa seqüência didática, nos registros Imaginário (imagem), Simbólico (significante) e Real (gozo). Mas é fundamental que lembremos, a cada passo, que tal separação é didática, e que não se trata de três corpos indexados em três registros distintos, pois é só na articulação entre os registros que conseguimos falar de processos de corporeidade.

Para Lacan, de acordo com Cukiert e Prizskulnik (2002), a problemática do eu e do corpo está presente desde os primeiros momentos, desde sua entrada no meio psicanalítico internacional com o trabalho sobre o estágio do espelho (1936), que baseia-se na idéia freudiana, afirmando a importância da imagem do corpo na própria formação do eu.

À medida que os conceitos psicanalíticos vão sendo reformulados, o conceito de corpo acompanha essas reformulações e, de forma ampla e necessária, a essa primeira versão do conceito de corpo, que coincide com o eu constituído a partir da imagem do outro, acrescentam-se as versões Simbólica e Real – portanto, o corpo marcado pelo significante e o corpo marcado pelo gozo.

Sabemos que a vida só é possível graças ao outro. Qualquer ser vivo o é por causa do outro, que, por alguma razão, o gerou. Assim é também com o ser humano, com a ressalva de que este não só vive graças ao outro, mas também, ao nascer, só sobrevive graças ao outro. No entanto, para que possamos falar da constituição da subjetividade é fundamental deixar claro que, no campo do humano, o outro em sua dimensão de semelhante é, ao mesmo tempo, o Outro em sua dimensão de linguagem. Por isso podemos dizer que o mais evoluído dos seres, o humano, quando nasce, se não tiver o Outro, morre, o que nos leva a crer que o ser humano, além de desnaturado é, também, essencialmente, dependente.

Entre o ser com forma humana recém-nascido e a morte intromete-se o Outro para adiá-la (como é no caso dos transplantes também: entre o doente e a morte, intromete-se o outro para adiá-la). Essa formulação nos permite entender o que Freud (1920) propõe quando escreve que há algo mais além do princípio do prazer, porque por mais bela, por mais prazerosa que seja a vida, a pulsão de morte está aí, desde o início, e é neste sentido que dissemos que a vida humana se dá graças ao Outro. Antes de se humanizar, o ser é solto, é leve, como diz Milan Kundera (1984) em seu romance “A insustentável leveza do ser”.

O recém-nascido, o ser com forma humana, só passa a ser humano graças ao Outro, que lhe dar a vida, ao mesmo tempo o transforma em mortal, o faz finito. Há de haver uma passagem entre o ser e o sujeito, e nesta passagem, onde o Outro se intromete para possibilitá-la, algo se perde. “É a passagem de um ser paradoxalmente sem essência a um sujeito inexoravelmente evanescente” (FINGERMAN; DIAS, 2005, p. 21).

O ser humano, ao ser acolhido pelo Outro que lhe garante o adiamento da morte, é também nomeado por ele, graças ao seu desejo. Marcado pelos nomes, passa a ficar idêntico (*idem-ficare*) ao que o Outro faz dele, estando sujeito ao olhar e à palavra do Outro, podendo

(ou não) se safar. E de ser passa a sujeito que tem uma identidade, podendo, por ser idêntico, se diferenciar.

O que estamos dizendo é, portanto, que:

[...] a identificação pelo Outro, isto é, deixar-se representar pelo nome que vem do Outro (a alteridade do simbólico), é um recurso salvador e humanizador [...] É o processo necessário à humanização, que notamos geralmente como subjetivação, evocando o duplo aspecto de sujeição e distinção [...] que, ao se efetivar, deixa de lado uma parte maldita, que embora excluída, constitui o cerne, o âmago do ser humano. Esse âmago, ponto de exílio do ser, é o que ele tem de mais humano, embora quase sempre seja revestido das aparências mais inumanas possíveis (FINGERMANN; DIAS, 2005, p. 22).

Mazé falava disso, desse estranho que mora dentro dela, que por mais que ela saiba que é dela, com ele não tem a menor intimidade, preferindo nunca tê-lo reencontrado: *“Mas isso que não sou eu, eu sei, é parte de mim. Quem me dera se eu nunca precisasse saber disso [chora], só sei por causa da doença. Que coisa horrível, doutora, essa história de doença, de transplante, é tudo muito real, doutora. É muito real [enfática]! Dentro de mim mora um outro, minhas entranhas são um outro, porque eu não conheço, são estranhas.”*

O mais íntimo da organização psíquica é, por princípio, e desde o princípio também, da ordem de uma estranheza radical, como teorizou Freud (1919a) quando escreveu “O estranho”, e como podemos verificar em Lacan (1969-1970), na aula de 26 de março de 1969 do Seminário (inédito) “De um Outro ao outro”, que se vale do neologismo “êxtimo” para fazer referência a isso. A aproximação do sujeito com o estranho esquecido, recalcado originariamente, mas que por isso lhe é íntimo, com o êxtimo, portanto, é da ordem da angústia de morte, é o retorno ao desamparo que, apesar da intromissão do Outro, ficou registrado para sempre, como ressalta Birman (2005, p. 37):

Vale dizer, o registro psíquico do desamparo é algo de ordem originária, marcando a subjetividade humana para todo o sempre de maneira indelével e insofismável. Enfim, o sujeito é desamparado por vocação, não por acidente histórico-evolutivo.

Dizíamos que o processo de identificação é necessário para que se dê essa passagem do ser humano ao sujeito humano, o que só se faz possível a partir da incidência do Outro, portanto, na alteridade. Para que alguém seja **um**, é preciso que haja o **Outro**. O Outro é o campo da linguagem, o lugar onde o ser humano pode se tornar sujeito.

Por que Freud diz que a constituição do eu é corporal? De acordo com a teoria freudiana, não se tem um eu quando se nasce, ele precisa ser constituído. Então, se o eu chega depois, o que havia antes?

Para Freud (1914), então, no início está o auto-erotismo. A esse momento de construção lógica do que virá a ser o corpo, Lacan (1936), no texto “O estágio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica”, chamou “imagem de corpo despedaçado”, imagem de membros, e a partir da incidência do Outro em suas relações, pode-se falar da passagem do corpo auto-erótico para o corpo narcísico (erógeno de forma unificada), o que tem a ver com a construção do eu corporal para Freud.

Quando o bebê se vê nessa relação especular a partir desse Outro que se coloca para ele como sua referência, há um investimento libidinal nessa imagem de corpo que se lhe apresenta, e isso é o que Lacan denomina “fase do espelho”.

É na incidência do Outro no corpo despedaçado que se constrói a imagem do corpo unificado. O que permite a unificação dessa imagem é a visão da imagem unificada do Outro

especular, e justifica a idéia de que a unidade é antecipada pela imagem do Outro, fazendo com que o eu insuficiente se antecipe como unificado, imaginariamente.

Sobre isso, Fingermann e Dias (2005, p. 34) acrescentam:

O estágio do espelho é elaborado, retomando o Ideal do Ego freudiano para mostrar como a imagem se fixa e se organiza, fixando e organizando o humano disperso nas suas experiências pulsionais [...] A identificação imaginária, por ser unificadora, salva o ser humano do despedaçamento, ela se antecipa ao desenvolvimento, programando assim seu progresso.

A partir disso, não é difícil entendermos a lógica de que o eu chega atrasado, e que o ser existe antes de começar a pensar, como bem dizia Mazé: *“Vá lá, esse outro que eu tô falando, ele está aí em mim muito antes de eu prestar atenção nele. Eu, quando me conheci por gente, foi porque já tinha crescido um bocadinho, mas depois que a gente cresce, que diz eu [bate no peito], acontece alguma coisa e a gente parece que esquece desse outro que está dentro da gente, os órgãos, as veias, os líquidos [faz uma expressão de nojo], e pensa que corpo é para enfeitar, é para se mostrar, é para conquistar os homens, transar.”*

A teoria freudiana permite a problematização da lógica cartesiana “penso, logo sou” ao demonstrar que o ser é onde nunca chegou a pensar, que a unidade egóica é imaginária, que o eu como instância é, desde o princípio, corporal – e, vale lembrar, é suporte da alienação imaginária.

Isso quer dizer que não há eu sem Outro, um eu nunca vem sem o Outro, e que, portanto, a idéia de que alguém pode ter um eu “auto-suficiente” é uma noção imprecisa, ilusória. Tão imprecisa e ilusória pode ser também a idéia de trabalhar o psiquismo através do fortalecimento do eu, fazendo com que cada vez mais ele se aproxime de um ideal, Ideal do

eu, este que está sempre à sua frente, o que faz com que todo eu seja, definitivamente, discrepante com o seu Ideal pelo simples fato de ser a ele alienado.

Como dizíamos, um eu nunca vem sozinho, vem sempre acompanhado de um eu Ideal, só que isso eu vejo no Outro. Essa é a razão pela qual as rivalidades se sustentam. “Eu quero ser como o outro.” O que quer dizer isso? Eu o amo ou eu o odeio? Tanto faz. Se eu o odeio, para ser como o outro, se o meu igual é o meu rival, ele tem que deixar de existir. Se eu o amo, para ser como ele, eu me ponho em seu lugar, e tirando-o de seu lugar, ele deixa de existir tal como é, para dar o seu lugar a mim. É esse o amor narcísico: amo o outro como a mim mesmo, por isso olho para ele para me ver nele, e assim o apago. Tanto faz, então: amando ou odiando, narcisicamente, o fim é o apagamento do outro, esse a quem o sujeito se apegava.

Isso nos aproxima imediatamente da questão da imagem corporal dos pacientes transplantados, que assim o são porque, literalmente, o outro – este que lhe permitiu que fosse um transplantado – está apagado, ainda que em parte. Isto gera conseqüências, e sobre elas falaremos mais adiante.

Retomo ainda a questão da abordagem psicanalítica do corpo, já tendo dito que o corpo não se confunde com o biológico, e que o eu é, antes de tudo corporal – portanto, já tendo abordado o conceito de corpo em sua vertente imaginária, essa que nos permite a noção de que, com a imagem do Outro, o corpo humano ganha **consistência**.

O corpo, para Lacan, do ponto de vista do Simbólico, aponta para a relação que se estabelece entre fala-linguagem-corpo (CUKIERT, 2004). Corresponde ao corpo que Freud tenta decifrar pela palavra, tocando-o com ela. Tendo como referência o texto “Função e campo da fala e da linguagem” (LACAN, 1953) e a sua concepção do primado da linguagem,

Lacan se refere ao corpo marcado pelo Simbólico, no qual as diversas partes podem servir de significantes, isto é, ir além da função do corpo vivo.

É importante lembrar que, ao mesmo tempo que o Outro é tomado como referência imaginária para o processo de identificação e constituição da subjetividade, isto não se dá fora do campo de linguagem, o que significa dizer que o ser só pode vir a ser corpo no campo da linguagem quando por ela incorporado, como diz Lacan (1970, p. 406) ao responder à segunda pergunta no texto “Radiofonia”:

Volto primeiro ao corpo do simbólico, que convém entender como nenhuma metáfora. Prova disso é que nada senão ele isola o corpo, a ser tomado no sentido ingênuo, isto é, aquele sobre o qual o ser que nele se apóia não sabe que é a linguagem que lho confere, a tal ponto que ele não existiria se não pudesse falar. O primeiro corpo faz o segundo por se incorporar nele.

Aqui é fundamental entender que o Grande Outro (alteridade simbólica) é prévio. A linguagem é, ela própria, corpo, posto que o significante tem uma materialidade, é sonoro, enquanto os significados são sempre imaginários, e esse corpo simbólico que é a linguagem **insiste** em atravessar e incorporar-se no corpo no sentido ingênuo, tornando-o significante. Continua Lacan (1970, p.407):

O corpo, a levá-lo a sério, é, para começar, aquilo que pode portar a marca adequada para situá-lo numa seqüência de significantes. A partir desta marca, ele é suporte de relação, não eventual, mas necessária, pois subtrair-se dela continua a ser sustentá-la.

Quinet (2004, p.60), ao comentar este texto de Lacan, escreve:

Na operação de incorporação significativa, o corpo simbólico constitui o corpo como tal, ao nele se incorporar como possessão. O corpo simbólico toma posse de nosso corpo. Dizer que fulano “incorporou” tal santo ou orixá significa que seu corpo adquiriu as características da entidade, ou seja, seus traços significantes. No candomblé ou na umbanda, as entidades não têm rosto, só propriedades. Só quando possuídos pelo simbólico podemos possuir um corpo. Na verdade, somos todos possuídos. Somos os possuídos do Outro, o que pode ser imaginizado sintomaticamente como possessão demoníaca, espírita, divina etc.

Isso nos faz entender, então, que o corpo imaginário está articulado ao corpo simbólico. E o que é o corpo simbólico? É o produto da incorporação da linguagem na carne, transformando-a em corpo humano e, portanto, temos aí um corpo significativo que representa o sujeito para outros significantes.

Incorporado pela linguagem, o corpo humano traz nele as marcas do próprio significativo. “O corpo entra na linguagem sofrendo os efeitos dos ditos daqueles que representam o Outro para o sujeito. Eis o que historiza e histeriza o corpo” (QUINET, 2004, p. 62). É por isso que a Psicanálise tem efeito sobre o corpo, descoberta que custou a Freud a invenção da Psicanálise, porque, se não fosse assim, uma interpretação não poderia desfazer uma paralisia histérica, provando que o que faz com que a palavra tenha efeito sobre o corpo não é magia, mas é o fato de o corpo ser o suporte da relação do sujeito do Inconsciente com o significativo.

Em “Radiofonia”, texto no qual Lacan (1970) desenvolve o “campo lacaniano”, ao passar do campo da linguagem para o campo do gozo, ele propõe a reformulação de alguns de seus conceitos, e apresenta o conceito de corpo para além do imaginário e do significativo, articulando-o com o gozo – portanto, apresentando o corpo em sua dimensão Real, a partir do resultado do processo de incorporação, salientando que o efeito do processo de incorporação é o esvaziamento de gozo na carne e a produção de afeto, que é correlativo ao objeto a.

“Mas é incorporada que a estrutura faz o afeto, nem mais nem menos, afeto a ser tomado apenas a partir do que se articula do ser, só tendo ali ser de fato, por ser dito de algum lugar. No que se revela que, quanto ao corpo, é secundário que ele esteja vivo ou morto” (LACAN, 1970, p. 406). Como assim? O corpo vivo não é diferente do corpo morto, pois este também é marcado pela linguagem, que, graças à linguagem marcada na sepultura, não se transforma em carniça, diferente de todas as espécies. O que diferencia o corpo vivo do corpo morto não é a linguagem. Esta, desde o início de seu ensino, Lacan afirma que mortifica a carne para constituir o corpo humano como tal, como falante, valendo-se da expressão de Hegel de que “a palavra mata a coisa”. O que, então, diferencia o corpo vivo do corpo morto? A resposta é uma só: a pulsão.

Se a palavra mata a coisa, a linguagem, escreve Lacan, ao extrair gozo da carne, *corpsifica* (LACAN, 1970, p. 407). O resultado da incorporação da linguagem na carne é que ela fica corpo, corpse-fica, e “o jogo de palavra entre *corps* [corpo], em francês, e *corpse* [cadáver], em inglês, indica que a incorporação é uma *corpsificação*” (QUINET, 2004, p. 62).

Assim, se o efeito da intrusão do significante, da incorporação simbólica, é o esvaziamento de gozo na carne, é, portanto, a extrusão do gozo para fora do corpo que faz com que ele fique, enquanto “corpsificado”, deserto de gozo, com alguns oásis que correspondem ao que Freud chamou zonas erógenas. Oásis de gozo são os buracos do corpo, por onde circula a pulsão, sempre em busca de satisfação... sempre parcial, até a morte.

Repetindo, o resultado da incorporação simbólica na carne é que ela fica corpo. Mas não toda. Há um resto de carne no corpo, que é o que escapa do corpo ao significante e à imagem; é o que chamamos corpo Real. A carne é o que resta da extrusão do gozo (fora do corpo), e o corpo Real aparece aí como sendo aquele corpo que **ex-iste**.

O gozo, extraído do corpo, vai para os objetos, e “essa concentração de gozo fora do corpo não deixa de ter efeitos sobre este por intermédio da pulsão e do objeto a, condensador de gozo” (QUINET, 2004, p. 61).

É neste sentido que dizemos que o que difere o corpo vivo do corpo morto é a pulsão, são as formas de retorno do gozo, que pela via da pulsão tenta recuperar os objetos perdidos, mas conseguindo apenas parcialmente.

Para Lacan, então, efeito da incorporação simbólica é também produção de afeto, que é correlativo ao objeto a. Como ele desenvolve no Seminário X (LACAN, 1962-1963), o único afeto que merece esse nome é a angústia, que, como tal, é corporal.

A incorporação deixa marcas da incidência significante no corpo, marcas dos vestígios de gozo barrado. O afeto surge, assim, como efeito dos ditos do Outro no corpo. Em outros termos, toda afetação do sujeito em seu corpo é determinada pelos ditos daqueles que ocuparem o lugar do Outro para ele (QUINET, 2004, p. 62).

Concluimos daí que, levando em conta os três registros, entendemos que, do ponto de vista do Imaginário, temos um corpo que, a partir da imagem do Outro, ganha em **consistência**; do ponto de vista do Simbólico, temos um corpo da **insistência**, que pelo significante insiste em representar o sujeito para outro significante; e, por fim, do ponto de vista do Real, temos o corpo da **ex-istência**, que, barrado de gozo, busca recuperá-lo através das pulsões e dos objetos parciais.

O que vimos é que a incorporação significante constitui o corpo a partir de uma negatização de gozo no próprio corpo, o que corresponde à própria constituição da subjetividade, tendo como chave a alteridade. Depois disso, todo **outro** está do lado de fora para o sujeito: o **outro** enquanto referência imaginária permanece fora, quando mediado pela

linguagem; o Outro simbólico, enquanto incorporado, permanece fora sem falar para que o sujeito possa ser falante; o **outro** enquanto objeto pulsional, está sempre fora, por mais íntimo que seja; aparece como êxtimo.

Se o corpo, para a Psicanálise, é assim conceituado, agora é fundamental lembrar novamente que, na clínica, não tratamos de um sujeito/corpo que tem três corpos indexados em três instâncias. As instâncias são simultâneas, e é a articulação entre elas que nos permite pensar em processos da corporeidade na clínica psicanalítica com os pacientes transplantados.

Além disso, é fundamental entender também que essa formulação teórica sobre a constituição do corpo na subjetividade humana obedece à lógica da incorporação significativa, que corresponde à operação da Metáfora Paterna, o que Freud chamou de castração simbólica, elemento organizador das estruturas clínicas, neurose, psicose e perversão.

Isso significa dizer que o corpo não se constitui da mesma forma nas diferentes estruturas porque acontecem os acidentes de incorporação significativa, que correspondem à operação da Metáfora Paterna, como podemos observar nos fenômenos psicossomáticos, na relação do perverso com o corpo “máquina” e nos fenômenos psicóticos, onde há uma tentativa de incorporação que não se efetua, “daí os fenômenos clínicos de mortificação, seja do corpo todo, como na catatonia, seja de parte do corpo, que podem ir desde a hipocondria até os fenômenos schreberianos do corpo despedaçado” (QUINET, 2004, p. 62).

Concluindo, este percurso nos permite compreender o título desse capítulo, “O corpo na Psicanálise não é o mesmo corpo para a Medicina”. Nem poderia ser. Agora chegamos a um ponto crucial do nosso estudo: como isso nos orienta na clínica com os pacientes transplantados, esses que vivem a experiência do “outro em si”? Como articular o conceito de corpo em Psicanálise com a clínica psicanalítica com os pacientes do programa de transplante de fígado?

Esse paciente, ao se inscrever no programa de transplante, depara-se com a proposta do “outro em si”. O que está fora, ao entrar, ao ser literalmente costurado no organismo, entra como incorporado? O enxerto não é palavra, é coisa. E no caso do transplante, a palavra mata a coisa para que o sujeito permaneça vivo?

Não temos resposta antes de escutar o sujeito. É porque o corpo humano não é organismo que nós, psicanalistas, não temos, *a priori*, o que dizer sobre o que acontece com o corpo de uma pessoa transplantada, porque o que define esse corpo, para nós, não é a cirurgia ou o tipo de intervenção médica, mas a relação desse sujeito com a linguagem, com a imagem, com o gozo, pois é a sua estrutura psíquica que vai comandar a forma pela qual esse sujeito vai lidar com a experiência do “outro em si”.

É importante transmitir também que, da história de um ser humano que habita um corpo que adoece, se deparando com a finitude, com a dor de existir e o pavor de deixar de existir, daí brota um sofrimento que texto algum consegue esgotar. Se entendemos que o corpo é o suporte da singularidade graças à alteridade, que possamos respeitar a subjetividade de quem sofre sem a covardia de qualificá-lo pelo tipo de doença, com a coragem de escutá-lo para daí saber o que virá. Mesmo que não saibamos o que fazer com isso, seja o que for, o que vier, virá de um Homem.

E para nunca mais esquecer de Mazé: *“Só depois para a gente ver o que é que vai saber fazer com isso.”*

3.3. SOBRE O TRANSPLANTE DE FÍGADO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA: O PROCESSO DO ADOECER, A OFERTA DO TRANSPLANTE E SUAS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS

A experiência analítica consiste em pôr em funcionamento a linguagem do sujeito na relação com o analista, o que não é a mesma coisa que estudar objetivamente a linguagem das pessoas fora da transferência. Através disso é que a pesquisa em psicanálise busca formalizar o que extrai da experiência (NOGUEIRA, 2004a), posto que o que nos interessa é uma teoria da prática.

A experiência clínica de escutar cerca de seiscentos pacientes que se submeteram ao transplante de fígado nos comprova a singularidade de cada caso, nos enriquece de questões e, se pudermos equacionar as diferenças, também nos permite formalizar algo a respeito do psiquismo do paciente hepatopata candidato a transplante, assim como daquele já transplantado.

Pretendemos discorrer e discutir sobre isso abordando os seguintes aspectos: do lado do paciente, qual corpo é transplantado, como ele descobre a doença e responde à notícia da indicação do transplante, como escolhe ser transplantado (ou não), a vivência do processo da espera do órgão, como se posiciona a partir do novo *status* de transplantado, como avalia o processo ao qual se submeteu; do lado do psicanalista, pretendemos abordar aspectos relacionados à sua intervenção clínica e às conseqüências desta intervenção.

O que podemos observar é que, de forma geral, a doença do fígado é doença sorrateira, que, silenciosa, danifica e incapacita o corpo, que repentinamente toma o doente como num assalto, manifestando graves sinais de avançado comprometimento.

Tratamos, portanto, de um doente que, num primeiro momento, não toma conhecimento do processo de adoecimento, e, embora doente há algum tempo, nunca pôde se reconhecer enquanto tal, pois do seu próprio corpo, como vimos acima, não sabe tudo.

Quando ele descobre a doença, isto acontece num momento em que não há mais tempo de se salvar, pois ela já se manifesta em estado avançado, anunciando a morte iminente, que só pode ser evitada por medidas externas e que dependem, basicamente, dos avanços da Medicina moderna.

O surgimento repentino da doença grave caracteriza-se como uma ruptura brusca em seu psiquismo, e o obriga a estar numa posição inédita: ameaçado pela morte iminente, passa a ser candidato a transplante de fígado.

Isso acarreta conseqüências sérias, sem dúvida, e podemos dizer que a resposta do doente à indicação médica do transplante e até mesmo o modo como ele vai atravessar todo o processo estão fundamentalmente relacionados com aspectos de sua subjetividade, com o peso de sua história.

Mas antes de abordar os aspectos relacionados às repercussões psíquicas dessa descoberta da doença e da conseqüente indicação de transplante, cabe lembrar que é com uma freqüência quase absoluta que, no discurso dessas pessoas, a descoberta da doença aparece como um elemento-surpresa. No trabalho clínico com esses pacientes, o modo como cada um foi surpreendido pela doença (que já tinha) sempre nos interessou, particularmente.

É por onde, normalmente, o paciente candidato a transplante começa a falar para o analista, fazendo referência ao processo mórbido que nele se desenvolvia, sem que ele nada pudesse perceber. Ele fala da descoberta, precisando, não raro, voltar a falar dela repetidas vezes. E nas raríssimas vezes em que um paciente não fala disto, sempre questiono: “Como

você soube que estava doente?” Se levamos em conta a relação que alguém estabelece com o próprio corpo, qual o papel da percepção nessa questão? Não percebeu nada. Mas já sabia? Está colocada a problemática da relação entre o sujeito, o corpo e o saber.

Aqui está um fragmento da primeira sessão de Renato, 35 anos, solteiro, candidato a transplante de fígado: *“Foi tão esquisito. Parece que a gente **tem** um corpo, esse que a gente conhece, mas a gente é um corpo também, que é nosso, mas é outro... outro que a gente não sabe. É um troço **angustiante**. Um dia de semana, como outro qualquer, logo que acordei, ainda era cedo, fui ao banheiro, e como de costume, olhei o espelho. No começo, achei que era porque ainda estava escuro, era horário de verão, vi **no espelho** uma cor diferente. **Minha pele** estava mais escura. Voltei para o quarto e não consegui dormir, **aquela imagem** me chamava de volta ao espelho. Eu falei: o que é que é **isso**? Era **eu** mesmo! Pensei que ia **morrer**, me deu um frio aqui por dentro [aponta para o peito]. Não gosto de lembrar. Eu estava **ictérico**. Mas como eu **não sabia** o que tinha, procurei o **médico**, e daí para frente... a senhora já sabe, vim ao médico e **fiquei sabendo** da cirrose. Já saí da consulta com o pedido dos exames para transplante.”*

A descoberta é sempre um marco no tempo do sujeito; marca um **antes** e um **depois**. Renato, ao amanhecer do dia, olha-se no espelho, *“como de costume”*, busca uma referência de si próprio no **outro** do espelho. E nesse dia, estranha porque a imagem que vê se apresenta com uma cor amarelada, diferente da cor de *costume*, tanto nos olhos quanto na pele (icterícia), que não reconhece como sendo a sua cor. O que vê no espelho não corresponde à imagem que tem de seu corpo. E *“aquela imagem do espelho me chamava de volta”*: entre o **eu** e o **outro**, aparece o **isso**, o estranhamento. Ele continua: *“Eu falei: o que é que é **isso**? Era eu mesmo!”*

Perguntei a ele sobre esse “*costume*”, o que lhe pareceu uma pergunta óbvia, e respondeu com precisão: “*Para ver como é que eu estava. A gente sempre quer saber como é que está, e aí o espelho foi cruel.*” O que está posto na resposta de Renato (e de tantos outros) é exatamente a não-autonomia do **eu**, que, como colocamos no capítulo anterior, nunca está sozinho, e em sua insuficiência ancora-se sempre na alienação imaginária ao **outro** que lhe dá consistência para saber como é que ele está.

Até aí, não sabemos o que Renato estava acostumado a ver no espelho, mas parece que não se queixava do que podia ver. Dizia-se, inclusive, um homem **satisfeito** com a sua **imagem**. Naquele dia, o que Renato **pôde ver** no espelho, aquela imagem (o **outro** especular, neste caso, literalmente), não corresponde ao que podemos chamar “imagem corporal” de Renato. E ele pôde **estranhar**. Graças à percepção da diferença entre a imagem que tem de seu corpo e aquilo que o **outro** lhe indica que é o seu corpo, naquele momento, Renato descobriu o processo mórbido, que em seu organismo já se desenvolvia há muito tempo, convocando-o a descobrir, concomitantemente, que “*parece que a gente tem um corpo, mas a gente é um corpo também, que é nosso, mas é outro.*”

Podemos entender daí que Renato se refere a algo do seu próprio corpo que **ex-iste**, enquanto fora; é dele, mas com ele não tem intimidade. É um corpo que, não sendo íntimo, é **êxtimo**, e que, quando se manifesta através dos sinais da doença, permite ver o que não enxergava. E ele **estranha**, pois o que vê não coincide com sua imagem corporal. Embora esta lhe seja íntima e lhe deixe satisfeito, ele diz que costuma checar, ressaltando para nós a “instabilidade consistente” de toda alienação imaginária.

Freud (1919a), no texto “O estranho”, escreve que o estranho é aquilo que nos é familiar, mas que não sabemos sobre isso, e que o que de fato não sabemos não nos chama a atenção, passando sem nos causar qualquer sensação. Se algo nos chama a atenção, causando

a sensação de estranheza, é porque este algo tem a ver conosco de uma forma que não sabemos qual é.

O organismo se manifesta no corpo, e o eu/corpo estranha. Esse estranhamento é imediato: na hora que ele se busca no outro, que se vê **outro**, algo se rompe. Algo do corpo Real atravessa a imagem corporal que Renato tentou salvar, lançando mão do recurso imaginário da luminosidade do dia (“*Estava escuro, era horário de verão*”), mas foi antes disso que a mesma luz do dia lhe fizera ver que o que estava escura era a pele de seu corpo.

Como salientamos no capítulo anterior, para que possamos entender o funcionamento psíquico que corresponde a esses processos de corporeidade, nos é útil o trabalho com o conceito de corpo a partir da articulação entre os três registros – Real, Simbólico e Imaginário. É no ponto de articulação entre o Real e o Imaginário que se dá a intrusão de um saber sobre o corpo, causando o estranhamento, e com a imagem corporal atravessada por um outro que ele chama “*cruel*”, Renato recorre ao Simbólico, à palavra: “*Eu falei: o que é que é isso?*” E para dar nome a esse saber sobre seu corpo, busca esse saber na linguagem do médico, e sai com o pedido de exames para transplante.

De repente, a vida de Renato mudou, tomou outro rumo. Cabe a um psicanalista a questão: se o processo de adoecimento se dá nos órgãos de forma silenciosa, se aquilo de que se trata é de um corpo que **ex-iste**, que não se inscreve nem em imagens, nem em sensações, nem em linguagem, o que tem isso tudo a ver com o Inconsciente? É algo que a percepção não registra, pela sua ligação direta com a consciência. Mas e o saber inconsciente?

Inúmeras vezes me perguntei: será que o corpo deu sinais e ele não pôde ver? Será que se trata de uma defesa no sentido da negação? É algo da ordem de um saber recalcado que um dia retorna? Ou não se trata de nada disso? Seria negligência diante de um sinal anterior que

tivesse sido recusado? Será que só agora é que ele pôde se dar conta de algo que já sabia pela via do inconsciente? Teria sonhado com isso?

A esse respeito, Fernandes (2002a), num importante estudo sobre “A hipocondria dos sonhos e o silêncio dos órgãos”, questionando a respeito de como os sinais de uma doença são percebidos pelo paciente, posto que a percepção humana é submetida à subjetividade, lembra que, para Freud (1917, p. 254), o sonho teria uma “natureza hipocondríaca”, na medida em que nele

[...] todas as sensações costumeiras do corpo assumem proporções gigantescas [...] e depende da retirada de todos os investimentos psíquicos do mundo externo para o ego, tornando possível o reconhecimento precoce das modificações corporais que, na vida de vigília, permaneceriam inobservadas, ainda que por algum tempo.

Evidentemente, a descoberta consciente da doença não se dá sempre da mesma maneira para todos, e mesmo que seja um marco no tempo do sujeito, não é feita em qualquer tempo. Renato sabe da descoberta de sua doença a partir daquele episódio do espelho, no qual afirmamos que ali ele **pôde ver**, percebeu. Mas quem nos garante que esses sinais não estavam já ali antes, e não puderam ser percebidos?

Alguns pacientes nos falam da surpresa do descobrimento dos sinais, e ao serem questionados sobre isto, relatam ter sido alertados por outras pessoas de que havia algo de diferente com eles, mas que a descoberta própria só foi possível num tempo posterior. Foi o caso de Rita, 27 anos, na primeira consulta: *“Eu tinha acabado de me arrumar para ir ao aniversário de minha sogra. Eu era recém-casada, ainda trabalhava, e meu marido estava indo me buscar. Senti uma tontura, um mal-estar, não sabia o que era aquilo. Fui no quarto deitar e senti vontade de vomitar, e vomitei sangue. Eu não entendi nada, claro, tinha alguma coisa errada comigo, mas como? Eu estava ótima e, de repente... essa novela do transplante*

começou, e nunca imaginei que isso pudesse acontecer comigo [Ao ser por mim questionada sobre a surpresa, prossegue]. Na verdade, eu já não estava bem fazia alguns dias, mas achei que estava grávida, queria muito engravidar, e agora, pelo visto, vai ser difícil.”

O fato é que essas descobertas obedecem a uma lógica subjetiva. Há um instante de poder ver, que nem sempre corresponde a um tempo de compreender o que está sendo visto. Outros pacientes ainda percebem, mas por uma impossibilidade de ordem subjetiva, recusam o que conseguem ver, como Geraldo, 40 anos: *“Descobri que estava doente de uma forma brutal. Um dia, percebi que minha barriga começou a crescer, de um dia para o outro. Eu estava voltando de férias, tinha comido um pouquinho mais do que o normal, achei que tinha engordado, mas de qualquer modo, estranhei aquela barriga, não era de gordura, era dura, o que era aquilo? Mas não dei bola, não quis saber. Na verdade, até esqueci disso. Era a barriga cheia d’água, era ascite, como vocês chamam, e só fui entender o que era ascite aí, porque tive que procurar o médico, a barriga já estava quase estourando, nunca tinha ficado doente antes. Agora, não posso mais comer sal, nem carne, só depois do transplante [“Você percebeu e esqueceu?”, perguntei]. Foi, doutora, eu sou assim, quando vejo uma coisa que não gosto, pareço que esqueço. Sempre funciona. Mas, dessa vez, o corpo da gente não tem conversa.”*

Assim, cada um percebe como pode, quando pode, e é claro que isto nos indica que não há diferença entre os registros da corporeidade e da subjetividade humana (BIRMAN, 1988). Talvez pudéssemos supor aí uma dificuldade de lidar com a finitude, um adiamento da angústia do encontro com um corpo Real, algo da ordem subjetiva da recusa. Vai depender da singularidade de cada caso. A clínica com os pacientes do programa de transplante de fígado nos indica o quanto é marcante para eles que a descoberta da doença, ainda que ocorrendo no tempo e no modo singular de cada um, marca para todos não só uma ruptura brusca, uma descontinuidade de seus percursos de vida, mas também a **ex-istência** de um corpo Real.

O que nos cabe apontar aqui é que, independentemente do momento e do modo como se dá a descoberta, há um corpo Real, no qual o saber do sujeito, se não se fez aparecer na vertente da imaginação, nem se fez representar pelas formações do Inconsciente, também não deixou de transbordar (FERNANDES, 2002b), afetando o sujeito que, sem saber o que se passa, recorre ao saber do médico.

O homem, o que sabe de seu corpo? Uma das principais repercussões psíquicas não só da descoberta da doença, mas da indicação de transplante, é a experiência de angústia que advém da certeza de que a divisão subjetiva é a mesma divisão da corporeidade – de que o sujeito tem a sua unidade corporal num registro Imaginário, pois a presença do corpo Real indica ao falante que há uma espécie de exterioridade do saber em relação ao corpo, como coloca Renato: “Parece que a gente **tem** um corpo, esse que a gente conhece, mas a gente é um corpo também, que é nosso, mas é outro, outro que a gente não sabe.”

A esse corpo Real, a esse corpo que transborda, podemos também chamar “corpo vivo”, por mais que ele apareça anunciando a morte. É o que permite a Miller (2004, p. 18), em seu texto “Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo”, afirmar que:

A vida transborda o corpo. É o que obriga precisar que só há gozo na condição em que a vida se apresente sob a forma de corpo vivo [...] E o corpo vivo, o que quer dizer? Diz que não se trata, somente, do corpo imaginário, o corpo sob a forma de sua forma. Não se trata do corpo-imagem, deste que conhecemos, ao qual nos referimos, porque opera no estádio do espelho, este corpo especular que duplica o organismo. Não se trata, também não, do corpo simbólico, aquele que recorrentemente faz vir, sob a pena de Lacan, a metáfora do brasão [...] Quando dizemos corpo vivo, descartamos este corpo simbolizado, assim como o corpo imagem. Nem imaginário, nem simbólico, mas vivo, eis o corpo que é afetado pelo gozo.

Neste corpo vivo há um saber, mas ao sujeito marcado pelo significante, esse saber não lhe é de todo acessível. É o saber do qual ele não sabe, é o saber Inconsciente, e por isso

ele dirige sua questão para o Outro. “*O que é isso?*” Esse saber do corpo, nos casos que temos acompanhado, é buscado no momento em que o paciente se dirige ao médico. E isso produz efeitos.

O homem, os exemplares da espécie humana, não encontram uma relação nítida e certa com o real a não ser pelo viés de um outro saber que não é o saber do [seu] corpo, e que é o saber da Ciência. É somente tornando-se sujeito da Ciência que ele chega a não se deixar embaraçado pela verdade e pelo seu corpo doente da verdade (MILLER, 2004, p.45).

O médico, pelo saber da Ciência, nomeia o que, sem nome, angustia o nosso paciente. Mas, se por um lado, a nomeação contorna a angústia, por outro convoca a unidade imaginária a dispersar-se, levando o sujeito à desestabilização em suas identificações. Do que ele era, passa a ser o que nunca imaginara. Não só está nomeado como doente grave, mas, se quiser se salvar, terá que lidar não só com a questão da perda de suas identificações, mas também perderá um órgão, e terá que viver com o órgão de um outro.

Hélio, 31 anos: “*Mas, doutora, logo eu, que nunca havia adoecido antes e nem freqüentado médicos por toda a minha vida, de repente recebo a notícia de que vou ter que fazer um transplante de fígado! Como é que uma pessoa está bem daquele jeito e vai ficando com a cabeça confusa, tonto, eu parecia bobo, e desmaiei, fiquei nesse coma. Eu não posso mais nada, de bom, fiquei bobo. Vou fazer esse transplante, aceito, é claro, não quero morrer, mas é um risco de morte, é estranho pensar num outro em mim. São tantas as aflições, tudo me angustia. Me ajude!*”

Essa é uma fala que, nos parece, merece destaque, não só pelo que nela há de expressão de sofrimento humano, mas também pela frequência com que ela se repete em nossa clínica, enunciada por diversos pacientes e, sem dúvida, por pessoas que guardam entre

si um modo inteiramente diverso de ser, de sentir e de estar no mundo. Repete-se o pedido de ajuda frente à brutalidade da ruptura de determinado modo de vida, à invasão de um acontecimento de corpo na consciência, à proposta do transplante e à estranheza do “outro em si”.

Também se repetem, a princípio, o susto, o medo, mas também a esperança, a “luz no fim do túnel”, a gratidão a quem nunca se consegue expressar diretamente, tanto pela ausência física do doador morto quanto pela própria presença física do doador vivo. É uma gratidão impagável. E isto tem conseqüências.

Assim, é um favor que é também esperança; é uma estranheza que é também gratidão; é um alto risco que é também uma grande chance; é uma possibilidade de morte iminente que é também a via do renascimento. A estas contradições chamemos de **conflito**. Podemos dizer que, respeitando o absolutamente individual de cada caso, e salvo algumas exceções (das quais falaremos mais adiante), de forma geral, o doente que chega ao nosso Serviço é um doente que, ainda assustado com os sinais estranhos que percebeu no seu corpo, recebe a notícia da indicação do transplante e passa a viver um conflito angustiante. Sem poder perder muito tempo, deve autorizar o seu ingresso na lista de espera, que atualmente não é pequena, e que obedece a uma ordem cronológica de data de entrada.

Parece, portanto, que o que se repete é esse conflito diante da oferta do transplante, conflito que também podemos chamar ‘**impasse**’, que, por definição, é “situação difícil de que parece impossível boa saída” (MICHAELIS, 2002, p. 409).

É na experiência psíquica deste impasse que o paciente diz aceitar a proposta, recebe orientações e informações dadas por uma equipe cuidadosa e altamente especializada, autoriza o seu ingresso na lista de espera, e nada disso quer dizer que saiu do impasse. Poderíamos pensar que aceitar o transplante é uma boa saída. Do ponto de vista racional, sem

dúvida, só não dá para dizer que é a melhor porque é a única. Mas o impasse só é impasse porque não é puramente racional. Aliás, ele só existe porque há o elemento psíquico, que é soberano, e faz com que as pessoas não sejam só o que pensam; que faz com que as pessoas sejam assaltadas por aquilo que, ainda que sendo delas e estando nelas, jamais tinha chegado à esfera do pensamento, demonstrando que Freud estava certo ao polemizar o paradigma cartesiano “penso, logo existo”, já que o sujeito existe lá onde o pensamento não alcança.

Pois bem, é a partir dessa descoberta da doença, da demanda que fizeram de saber sobre o corpo e da indicação para transplante de fígado, que, depois de - no impasse - aceitarem entrar na lista, os pacientes nos são encaminhados para a “avaliação psicológica”.

3.4. O QUE UM PSICANALISTA AVALIA NUM CANDIDATO A TRANSPLANTE DE FÍGADO?

Ao psicanalista do programa de transplante de fígado chegam demandas que merecem reflexão, como, por exemplo, “avaliar um paciente para transplante de fígado”, ou **preparar** o paciente para cirurgia.

A equipe quer saber do psicanalista quem é esse doente que ela irá operar, como funciona psiquicamente, quais as condições de aderir aos procedimentos médicos de forma satisfatória (do ponto de vista médico), se ele tem ou não essa condição e, se não tiver, que se prepare para tal.

A equipe, com muita seriedade, define critérios de indicação e contra-indicação para transplante que orientam as suas condutas e decisões. Contra-indicar um procedimento

cirúrgico que se propõe a salvar vidas é tão complicado que hoje, depois de tantas discussões, trabalha-se com a idéia de contra-indicações absolutas e relativas, o que não deixa de ser uma abertura para que se possa analisar cada caso.

Alguns critérios de contra-indicação são: pacientes com diagnóstico psiquiátrico de psicose, pacientes alcoólatras com menos de seis meses de abstinência e pacientes que, por alguma razão, apresentem evidências de que fazer a cirurgia é um risco maior do que o benefício que essa cirurgia traria.

O termo “**preparar** um paciente para cirurgia”, embora seja um termo freqüentemente utilizado no meio hospitalar de forma tão óbvia, sempre me pareceu curioso. O que deve ser isso? O que é preparar um paciente para o transplante de fígado?

Atenta ao meu incômodo, entendi que a primeira coisa que me ocorria ao escutar a palavra “**preparar**” era algo como pré-parar, parar antes. No dicionário Michaelis (2002, p. 625), preparar é “aparelhar(-se)”, “aprontar(-se)”, “dispor(-se) antecipadamente”, “planejar de antemão”, “premeditar”. Entendi que o meu incômodo com essa palavra não dizia tanto respeito ao “aprontar-se”, mas ao “antecipadamente”. Aí há uma referência ao tempo.

Pré-parar. Parar antes. Preparar para o transplante. Neste sentido, todo preparo só poderia ser feito numa vertente imaginária, dado que o fato, em si, só ocorre depois e, a rigor, nunca se sabe como será, mas como foi. O que não impede alguém de se preparar, evidentemente, mas este planejamento, de antemão, há de ter uma função. Assim, passei a me perguntar: qual?

Os nossos pacientes falam hoje do hoje, mesmo que hoje seja, para eles, o dia de esperar o amanhã. Alguns são claros em seu pedido: pedem para que nós os preparemos. Começamos cada trabalho por aí, pela apuração de demandas de cada paciente, e foi assim

que entendemos o que eles chamavam de preparação: uma tentativa imaginária de parar o tempo para aguardar o evento. Mas, como sabemos, ainda que esquecidos disso, o tempo não pára.

É preciso cuidar para que esse trabalho do psicanalista no preparo do paciente para um determinado evento não se confunda com uma prevenção (aqui, no sentido de ele ficar prevenido), com uma evitação do fato em si. Se o imaginário se incumba de tentar antecipar o fato, pode também, pela mesma via da idealização, indispor o sujeito ao fato propriamente dito.

No entanto, um fato é indiscutível: **falar** sobre o que virá tem um efeito sobre o fato em si, no depois. Em nossa experiência, tem sido muito importante esse trabalho clínico com os pacientes no momento anterior ao transplante, tendo em vista que eles **falam** sobre o que vivem, a saber, a espera de um transplante, a sua condição de candidatos a transplante, de receptores, de doentes crônicos e de sua relação com tudo isso.

Agora, não se pode dizer que, a rigor, o que vem depois está em função do que falamos antes. Mas também não sei se é possível dizer que não está. A experiência prévia, a espera, a duração da espera, como isso tudo é vivenciado são elementos importantes no depois. Não se abre mão de uma história prévia quando o que veio depois se distanciou do que se esperava, ainda que possamos dizer que, muitas vezes, a dificuldade com o inesperado do depois só tem sentido se levarmos em conta a história prévia.

Falar de algo antecipadamente não é a mesma coisa que antecipar a experiência, no sentido de neutralizá-la. O psicanalista, ao possibilitar a fala do paciente sobre a experiência vindoura, pode estar trabalhando com a noção de preparação, desde que considere que toda preparação deve trazer, em si, a possibilidade do inesperado, do encontro com o que não pôde jamais ser dito antes, com o inédito – preparar o sujeito para o encontro com o Real, contra a

consistência imaginária que o impediria (ou dificultaria) de atravessar a experiência tal como ela é.

Vale a pena ressaltar que, em Psicanálise, o trabalho de preparação se dá rigorosamente pela fala do paciente dirigida ao analista, diferente de outras propostas de trabalho de preparação, tão importantes quanto a nossa, mas que se dão pela fala educativa e esclarecedora dos profissionais dirigidas ao paciente.

Digamos, então, que esse primeiro tempo é aquele no qual o paciente vem falar dele próprio; é o tempo da espera, que pode ser da esperança ou do desespero. É o tempo, para alguns, da preparação.

Mas qual a relação entre preparar e avaliar? Voltando à questão acima, o que um psicanalista avalia num candidato a transplante de fígado?

Sabemos que é uma cirurgia de alto risco, que só em 1983 deixou de ter o *status* de cirurgia experimental, passando a ser considerado pelo Instituto Nacional de Saúde Americano (National Institute of Health) um procedimento terapêutico efetivo (KALIL; COELHO; STRAUSS, 2001).

O psicanalista que faz parte de uma equipe de transplante de fígado, está ele próprio diante de situações muito específicas, e convém lembrar que, além da complexidade do procedimento e da gravidade da doença do paciente que atende, ele tem como alvo de sua escuta o transplante para além do fato cirúrgico, pois trata necessariamente do **transplante como fato psíquico**.

Isso é assim: o que se avalia no candidato a transplante de fígado é como esse significativo **transplante** se inscreve e se articula no psiquismo desse paciente e, evidentemente, a partir disso, o que ele faz com isso, com seu corpo, suas fantasias, e quais

são as suas conseqüências em todos os sentidos – subjetivas, afetivas, familiares, profissionais etc.

A nossa avaliação para transplante de fígado é um procedimento eminentemente clínico, que consiste, neste primeiro momento, numa investigação diagnóstica de seu funcionamento psíquico a partir de um referencial psicanalítico, tanto no que concerne à estrutura (sua posição subjetiva, isto é, o modo como ele estabelece suas relações, sua visão de si e do mundo, como se posiciona perante o desejo, seus modos de gozo, suas fantasias, suas relações com o objeto, com o outro e com o Outro, pela via da transferência) quanto no que diz respeito à dinâmica situacional (a relação que estabelece com a doença, como se posiciona na relação médico-paciente, como está lidando com a questão do transplante, do doador, do pós-operatório, do futuro e de tudo que decorre dela).

Quando um paciente assina um termo de consentimento, inscrevendo-se na lista de espera do órgão, manifestando o seu interesse em ser transplantado, está juridicamente admitindo-se responsável por suas conseqüências. Então, a rigor, essa aceitação do procedimento, poderíamos pensar, é da ordem da decisão. Mas isso não é necessariamente claro – ou melhor, aceitar juridicamente não é a mesma coisa que decidir do ponto de vista psíquico.

O diagnóstico nos dá os elementos fundamentais para podermos atuar clinicamente. Também nos permite elaborar hipóteses sobre as condições psíquicas do paciente de suportar submeter-se ao transplante, não só no sentido específico da cirurgia, mas tomando o transplante como uma cena inédita em sua vida, estar diante de suas conseqüências, tanto físicas quanto psíquicas. Ou seja, queremos saber e fazer com que o paciente saiba que faz uma escolha, e qual é sua condição psíquica de responsabilizar-se pelo seu ato de inscrição,

lembrando aqui que responsabilizar-se pelas conseqüências é poder responsabilizar-se pelo que não se sabe.

Para o psicanalista, não é suficiente que o paciente aceite o procedimento que lhe é proposto, ou até mesmo deseje o transplante para se salvar. É preciso poder estar nesta posição de transplantado, de alguém que teve um órgão arrancado de seu corpo e tem que conviver com esse “outro em si”, um outro que, por estar presente em seu corpo, marca para ele a condição de receptor e suas conseqüências.

E como, por mais que queiramos, não podemos ter garantia do depois, digamos que avaliamos a condição que tem um paciente de lidar com o depois, podendo se responsabilizar pela sua decisão. É verdade que a grande maioria dos pacientes não chega com a noção da decisão, mas com a angústia da última saída, até porque, assim colocada, a decisão termina sendo entre a vida e a morte. Esta decisão não é tão simples assim.

São frases freqüentes: “Prefiro morrer a ter parte de um morto dentro de mim”; “Prefiro viver de qualquer jeito.”

Vale lembrar que essas avaliações têm, muitas vezes, um efeito terapêutico, de retificação subjetiva. É como se o paciente, diante da oferta do transplante, fosse convidado não mais à morte, mas à vida.

“Agora eu quero viver.” Agora? Não é interessante que alguém nos diga que, diante da presença da doença como um convite à morte, seja justamente neste momento que alguém prefira viver? O que fazia antes de sua própria vida?

Outro ponto que deve ser avaliado é o tipo de relação que esse paciente estabelece com a equipe, e de que forma isto favorece ou não o seu tratamento. O mais provável é que, quanto melhor for a qualidade da relação médico-paciente, quanto maior for o grau de precisão e

clareza das informações que o paciente recebe, maior é a chance de o paciente reagir melhor à notícia do transplante e de aderir com mais convicção ao tratamento proposto. É uma tentativa de estabelecer um campo de relação favorável ao processo de tratamento.

Existem pacientes que se tratam muito bem com um médico e não com outro, assim como existem médicos que trabalham muito bem com um paciente e menos com outro, mas é preciso lembrar que esse “modo relacional está ligado à maneira pela qual cada um sofre a coerção das representações que tem, a um só tempo, de seu próprio papel e do papel do outro” (SZPIRKO, 2000, p. 58). De qualquer maneira, o modo como essa relação se estabelece é determinante na posição que o paciente vai ocupar ao longo de seu tratamento, inclusive no que concerne à adesão aos procedimentos prescritos pelo médico.

Mas o que pudemos detectar até aqui é que a reação do paciente à indicação da cirurgia, e até mesmo a forma com a qual ele vai atravessar todo o processo, estão fundamentalmente relacionadas com aspectos de sua subjetividade, esses que possibilitam ao paciente escutar desta ou daquela forma as orientações que recebe, ou até mesmo nem escutá-las, apesar de tê-las ouvido atentamente.

Não é raro, pelo contrário, que demonstrem, no atendimento com o psicanalista, um grau de desinformação e de confusão de idéias que chega a nos fazer pensar que ainda não passaram pelas orientações de rotina. Isto nos leva a refletir sobre a diferença entre escutar e ouvir, o que vai num estilo parecido com o que pode se passar na frente de um espelho, ressaltando a diferença entre o ver e o enxergar.

É quando somos capazes de considerar a subjetividade que podemos entender este outro sentido (que impede alguém que ouve de escutar e alguém que vê de enxergar), e é basicamente disso que tratamos no doente: da relação que ele estabelece com sua doença, sabendo que esta relação não está livre do peso de sua história, e que esta doença, ainda que

repentina, quando aparece, se conecta com uma organização psíquica pré-existente que vai possibilitar ao paciente dar este ou aquele sentido a qualquer fato novo em sua vida.

Portanto, temos isso claro, é esse o nosso campo de intervenção: o psiquismo do doente, entendendo aí o psiquismo para a Psicanálise como sendo o sujeito do Inconsciente, estruturado como linguagem. O psiquismo está presente na própria noção de corpo para a Psicanálise, dado que o corpo humano nunca é, para o próprio homem, puramente um corpo, livre de representações psíquicas dele mesmo.

É fundamental que localizemos para o paciente que, diferentemente de todas as outras avaliações às quais ele se submete, que se iniciam e terminam num mesmo encontro, a dita avaliação psicológica dentro do processo é o início de uma relação que se inicia ali, e o analista acompanhará o paciente até o pós-transplante, no período de internação, na UTI e após a alta, na medida em que isso for demandado pelo paciente.

O atendimento a esses doentes, antes e depois do transplante, visa tratar dessa subjetividade a partir da escuta e da intervenção psicanalítica, permitindo, assim, que encontre os seus próprios recursos para lidar com a situação na qual está inserido com menos angústia e maior capacidade de elaboração.

Passemos agora, nos próximos dois itens do nosso trabalho, à análise de duas situações clínico-institucionais, nas quais a questão da escuta e da intervenção do analista no trabalho de avaliação se evidencia, de modo a podermos analisar suas conseqüências.

3.5. ROSA É ROSA... E UMA ROSA TAMBÉM

A médica me pedira para atender Rosa, 63 anos, que contraíra o vírus da hepatite B numa transfusão de sangue há cerca de vinte anos, e descobrira há dois que tinha cirrose. Rosa passava mal, tivera alguns episódios graves de hemorragia e ascite, encefalopatias, e a sua médica me pediu que conversasse com ela. Tinha dúvidas sobre a capacidade de compreensão de Rosa, que ouvira as explicações sobre o transplante sempre sorrindo, não tinha dúvida de nada, tudo que lhe era oferecido era recebido com generosidade, e a médica achava que era resignação, mas suspeitava também de alguma demência. Formalizou, portanto, o seu pedido de “avaliação psicológica para transplante de fígado” para Rosa.

Ao saber que receberia um fígado novo, Rosa só pensava em como seria capaz de agradecer. Como sabia que não teria acesso à família do doador, comprometia-se a rezar por ele e a cuidar muito bem do fígado doado, fazendo por onde merecê-lo. Ao saber que passaria por um *check-up* completo antes de ser operada, não o achava necessário; pedia apenas que cuidassem do que estava doente, o resto era luxo. Quando recebia as orientações de que aquilo era necessário, não concordava, mas obedecia, sistematicamente. Achava sempre que os doutores sabiam mais que ela, mas também os achava um pouco exagerados.

Em certa ocasião, precisou ser internada para controle de uma infecção, e como a medicação antibiótica se dava por via endovenosa, Rosa já estava bem logo nos primeiros dias de internação, mas precisou manter-se na enfermaria por mais de duas semanas. Não se continha. Punha-se a trabalhar, queria varrer, lavar banheiros, ajudar as enfermeiras, não suportava de modo algum ser servida pelas copeiras, e quando podia, guardava comida para seus familiares.

A equipe entendia a simplicidade de Rosa, mas começava a preocupar-se porque ela não entendia as exigências da equipe. Devia cumprir o seu papel e não desobedecer às regras da instituição. Cabia à enfermagem evitar mais “deslizes” de Rosa, que logo ficou marcada como uma pessoa inadequada e sem limites. O suficiente para solicitarem uma intervenção psicológica urgente.

Eu já havia atendido Rosa no ambulatório, e seu jeito era curioso. Tímida, a princípio, vinha sorridente quase sempre. Falava baixo, mas olhava firme, olhos atentos, postura ativa, mulher desconfiada, mas com vontade de confiar. Era viúva havia mais ou menos onze anos. Casara com um homem trinta anos mais velho, quando ela tinha 30, e com ele viveu por 22 anos sem nunca ter tido com ele uma relação sexual, mas de quem lembrava com um carinho imenso. Cuidara dele com afeto até a sua morte. Ele era vizinho da casa onde conseguira um emprego como cozinheira. Viúvo e sozinho, sofria de bronquite crônica e diabetes, e a pediu em casamento no dia seguinte ao que a conheceu na igreja. Rosa aceitou, depois que ele concordou em adotar junto com ela uma criança, apesar de sua pouca saúde.

Portanto, Rosa tinha uma filha adotiva, que lhe dera uma neta de seis anos, a quem amava infinitamente, e por quem seus olhos brilhavam quando falava. Rosa criava a neta para que a filha trabalhasse, pois o genro bebia e estava desempregado. Pela neta se inspirava para viver, e por ela desejava ficar boa.

Eu entendia que Rosa tinha dificuldades de se deixar cuidar. Esse era um signficante que aparecia insistentemente. Cuidar. Mas sempre dos outros. E isso era evidente na enfermaria. Ali, entrei no quarto para atendê-la, puxei a cadeira, pedi que sentasse. Ela arrumava a cama e, sorridente e disposta, entretida na tarefa, me perguntou se eu não tinha outros pacientes para atender. Eu disse que sim, mas que agora era a hora dela. Ela disse que estava bem, ficava preocupada de tomar meu tempo e pediu-me que fosse **cuidar** dos outros.

Eu disse que era hora de **cuidar** dela. Rosa desviou o olhar, cheio de emoção. Secamente, pediu que eu saísse. Eu disse que queria saber por que era tão difícil para ela se deixar cuidar, e que eu sairia, mas depois que ela me falasse sobre isso.

Muda, com lágrimas descendo-lhe pelo rosto firme, Rosa sentou e falou: “*Cuidar de mim? Cuidar de mim, minha doutora, eu não me chamo Rosa se um dia precisar que alguém cuide de mim. Se hoje eu tô viva, doutora Lívia, é porque eu soube me cuidar.*”

Permaneceu em silêncio, com os olhos apertados, mas já sem lágrimas, e eu também continuei em silêncio. Ela prosseguiu, rancorosa: “*O que é que você quer com essa história de cuidar de mim? Essa cidade grande, esse quarto de luxo, essa comida de restaurante, esse Hospital das Clínicas é um hotel daqueles de cinema. Eu não gosto disso não, doutora, isso não me faz feliz, não. Eu quero é ter saúde para não deixar minha neta na mão dos outros, que aquela precisa de mim. A mãe vive fora e o pai não presta. Eu aqui e a menina, que tem só seis aninhos?*”

Rosa chorou copiosamente. Eu ia perguntar alguma coisa e comecei: “Você cuida da menina de seis anos...” Ela me interrompeu, falou por minutos, olhando pela janela, distante: “*Eu nasci no interior da Bahia, no sertão brabo. Era mãe, pai, cheguei no mundo já tinham quatro, depois de mim vieram mais quatro, eu era a do meio. A gente não tinha casa, a seca castigava, vivíamos andando, como andarilhos [Rosa fala recordando, e sua feição é de pura alegria, saudade de um tempo feliz, nostálgica] descalços, e então a gente ia de casa em casa pedindo, o povo dava comida, pão, água, mas a gente às vezes andava muito pelas estradas desertas porque não tinha casa naquela região. Mas não tinha tristeza, éramos muito felizes, e ali eu brincava com meus irmãos, a gente dava cambalhota, corria um do outro, se escondia e se abraçava, era uma alegria só. Eu cresci assim, descalça e sorrindo. Mamãe às vezes ficava azeda, arreava num canto e ali ficava. Os menores choravam, papai*

desaparecia, mas aparecia de novo, eu não sei bem. Devia ir pedir ajuda. Eu não sei como ele nos achava, porque a gente andava para a frente e nunca voltava para o mesmo lugar. Nunca. Mas, para mim e para meus irmãos, era tudo um passeio. Foi ruim quando um menorzinho morreu. Deixamos o corpo enterrado em qualquer canto e seguimos viagem, era o jeito. Eu só não sabia para onde. Nunca perguntei aonde nós íamos, mas íamos juntos. Dormia todo mundo contando estrela, e a noite de lua cheia... que calor!”

Ela fez uma pequena pausa e continuou, olhando pela mesma janela, ao longe: *“Um dia, caminhamos tanto que chegamos assim numa estrada que numa curva tinha uma casa grande, e mamãe pediu que eu e meu irmão mais velho, que a gente batesse palma para chamar por comida e água. De lá veio uma senhora, toda vestida, calçada. Mamãe não pediu nada. Meu irmão pediu, e eu pedi pão. Eu lembro. Como houvera de me esquecer. Ela trouxe, trouxe mais coisa, trouxe aipim cozido, um cacho de banana, e passou tudo por cima do portão fechado. Depois olhou bem nos meus olhos, e me olhando firme, perguntou à minha mãe: ‘Você não quer me dar essa menina?’ Eu gelei em pleno calor do sertão. Minha mãe respondeu, sem pestanejar: ‘Pode ficar. **Cuide** dela para mim.’ Eu tinha **seis** anos, e ela me pegou no colo, me passou por cima do portão fechado, e sem dizer uma palavra, seguiu viagem. Meus irmãos choravam. Alguns, ela dava [repetia o gesto da mãe batendo] neles. E foram embora, e eu não dei uma palavra, fiquei muda, olhando eles seguirem viagem, até a curva onde o sol se punha, no alto de um morro, e eu nunca mais vi minha família.”*

Eu, quase sem palavras, e com uma vontade imensa de chorar, estimei que ela continuasse falando, como pude: “E aí, Rosa?”

Ela seguiu, já sem concentrar o olhar na janela: *“E aí que eu nunca deixei aquela senhora cuidar de mim. Ela me deu comida, me ensinou a fazer comida, mas eu tinha seis anos, e naquele mesmo dia ela me pôs a dormir num quarto de fundos, sozinha. Pensei de*

morrer de tanto gritar, e quanto mais eu gritava, mais ela me batia. Ali fiquei até os 14 anos, quando um dia tomei coragem e saí andando pelo mundo, sozinha e Deus. Nasci na estrada, que morresse ali também, era ali que eu era feliz. Andei tanto, cheguei aqui. Outro dia te conto. No meio do caminho, tomei um tiro no meio da coxa, tomei transfusão de sangue, e ali veio esse vírus. Quero descansar. Não gosto de lembrar dessas coisas. Tudo o que Deus me deu é para ser louvado, não é para sofrer, estamos aqui para servir.”

Muito bem, Rosa estava “avaliada”. Era essa a “limitação” e a “inadequação” de Rosa. Impedida pela sua história de ser cuidada, não se reconhecia nesse lugar. Por vezes, eu também cansava, mas era preciso não desistir. Vamos lá, reunião de equipe: “E aí, Rosa é demente? Rosa é limitada intelectualmente? Rosa é indisciplinada por déficit intelectual ou por distúrbio de comportamento? Será que adere ao tratamento? O que é Rosa?”

Rosa é Rosa, rosa única, vencedora sem limites. Uma gigante em sua luta pela vida e pela vida da neta, que, como ela dizia, tinha só seis anos, idade crítica de sua própria história, e por ela era muito bem cuidada. Consegui transmitir algo de quem é essa Rosa para sua médica, porque esta história é o seu segredo, e não deveria, de forma alguma, ser pauta de reunião.

Trabalhamos bem com esta Rosa, antes e depois do transplante, que foi bem-sucedido, e ao longo do tempo, na relação, fomos fazendo com que a equipe visse Rosa, e que ela nos visse também tais como somos, que visse a Instituição, que suportasse, apesar de toda a dor, suas regras e sua condição de ser cuidada, especialmente porque, se não se permitisse ser cuidada, não poderia ficar bem para cuidar de sua neta e, em última instância, de si mesma. Ao sair de alta, Rosa me ofereceu uma rosa, e já se permitindo uma posição inédita, pediu que eu **cuidasse** bem dela.

3.6. A MISÉRIA MATA E A MORTE DA MISÉRIA

Cristiane tinha 14 anos, era negra, graúda, aparentava ter 18 anos, mas quando falava, aparentava ter dez. Era uma menina grande e, a meu ver, uma grande menina. Iniciou o tratamento de sua doença hepática quando ainda tinha oito anos, com os pediatras da equipe. Era sempre acompanhada por sua mãe e por uma mesma boneca que carregava no colo, e com as duas brincava o tempo todo.

A mãe de Cristiane era uma mulher de quarenta e poucos anos, mas aparentava, no mínimo, sessenta. Mulher sorridente, mas marcada pelo sofrimento, estampado em sua pele. Tinha oito filhos de cinco homens diferentes, mas sabia bem explicar quem era filho de quem, embora não soubesse dizer aos filhos por onde andava cada pai, pois três deles conhecera na noite, quando, no auge de algum desespero, se prostituiu, acreditando estar se divertindo e ganhando dinheiro ao mesmo tempo.

Trabalhava como faxineira diarista. Perdeu o emprego numa empresa de limpeza porque se ausentava muito para cuidar da filha doente, tarefa que ela fazia questão de executar pessoalmente.

Quase sempre, quando eu chamava Cristiane para entrar na sessão, a mãe queria entrar junto, especialmente no começo do trabalho. Ela pedia licença e ia entrando, sem esperar que eu respondesse, e por vezes deixei-a entrar para escutá-la junto com a filha. Ela falava e saía, prometendo à filha que a esperaria do lado de fora, sempre com muito carinho e um sorriso bem mais infantil que o de Cristiane.

“Todos os meus filhos são saudáveis, apesar de mim, mas essa Cristiane veio assim, meio diferente. Parece que ela tem jeito de criança sempre, não vai crescer. E eu brinco com

ela, gosto dela assim, gosto muito dela. Prefiro largar tudo para cuidar de ver minha filha com saúde”, dizia a mãe para mim na frente da menina, sorrindo e chorando ao mesmo tempo, brincando com a filha e a beliscando com cuidado para não machucá-la. A menina respondia sempre sorrindo – menos que a mãe, sempre.

Quando a mãe saía da sala, Cristiane crescia, falava de suas preocupações. A principal delas era o fato de perceber que a mãe tinha problemas de cabeça e que precisava dela para brincar, por isso andava com a mesma boneca no colo, na tentativa desesperada e franca de oferecê-la à mãe, para poder se safar. Tratava de sua posição subjetiva comigo, efetivamente.

Ao longo do tempo, sua doença foi se agravando. Já com uma cirrose criptogênica, recebeu indicação para transplante e, com muito medo, enfrentou a situação como podia. Mas Cristiane voltava ao ambulatório com sucessivas infecções e com problemas decorrentes do fato de não seguir corretamente as dietas nutricionais, que a limitavam no tocante à ingestão de carne vermelha e sal. Era evidente que não seguia as ordens médicas, tinha fome, muita fome, e comia o que a mãe lhe dava, quase sempre desesperada, acreditando que era melhor comer pão salgado com água do que morrer de fome.

A mãe se culpava por isso, entendia claramente que a filha tinha restrições alimentares, precisava de higiene, mas não conseguia proporcionar isso à menina. Por muitas vezes, a família não tinha o que comer. Esta era a restrição maior: a miséria. E comia o pão de sal que os irmãos mais velhos conseguiam trazer. Moravam num barraco sem banheiro, com chão de barro. Dormiam em esteiras, nove pessoas aglomeradas, mais alguns animais que se ocupavam de estimar.

Por muitas vezes, Cristiane foi internada para tratar das infecções com a cabeça repleta de piolhos e a pele coçando com sarna. Eram momentos em que a mãe se acalmava, pois embora não pudesse dormir com a filha no hospital, se tranquilizava por saber que ela estava

“protegida” (sic). Mas ficava feliz quando a filha recebia alta para voltar um tempo depois, infectada.

Questionei as duas a respeito daquele processo crônico de infecções, e as convidei a me falar sobre os cuidados. A angústia da mãe foi imensa, pois ao falar disso, ela se deparara com suas próprias limitações, sua história, seu desespero, suas culpas, e quanto mais se sentia impotente, mais angustiada ficava. Era um ciclo.

A menina sentia pena da mãe, mas também se via fisicamente incapaz de trabalhar – e era, pois enfraquecia a cada dia, morria aos poucos. Contava com o transplante para ficar boa, e acreditava muito que, tendo boa saúde, poderia se safar e, inclusive, ajudar sua família. Tinha muita persistência e vontade de viver.

Miséria crônica, infecções crônicas, doença crônica, internações que se justificavam clinicamente, mas que eram, de certa forma, um socorro a situações outras. Aquela menina, na lista de espera do transplante, o que seria dela depois? Todos sabíamos que os cuidados no pós-transplante são essenciais para o sucesso da cirurgia, e a impressão era a de que, naquele cenário de fome, pobreza e miséria, a menina estava previamente condenada à morte.

O caso foi discutido em reunião. A equipe já a conhecia há anos, e por muitas vezes esqueceu da gravidade da situação, lembrando apenas da cena da dupla miserável com uma certa compaixão. Sugeri uma intervenção do Serviço Social, que até então trabalhara seriamente no sentido de garantir que a paciente tivesse transporte para seguir o tratamento – e sabemos que, sem isto, talvez ela não tivesse como chegar.

Mas a minha preocupação era no sentido de discutir com a equipe as intervenções para que ela se saísse bem daquela situação. A equipe sugeriu que o Serviço Social fizesse uma visita domiciliar com o objetivo de verificar as condições de moradia da família. Domicílio

não era bem o que elas tinham, mas daquela visita resultou uma contra-indicação social formal, documentada por fotos e depoimentos gravados de vizinhos e familiares. A justificativa principal era a de que, sem o transplante, a menina morreria, e com o transplante, cuidada naquelas condições precárias, as infecções que já marcavam o percurso de seu tratamento prévio seriam mais graves em função dos imunossupressores, e isto a mataria.

Convencida pela realidade miserável daquela família, a equipe me interrogou sobre a posição subjetiva da paciente. “Ela quer viver”, eu disse, lembrando que na enfermaria a paciente se mostrava atenta aos procedimentos e responsável pelo seu corpo. Tem um corpo próprio que, por suas questões com a mãe, empresta-o a ela, mas seu desejo é se safar, e a boneca prova isso.

Estávamos diante de um impasse, o que me parecia melhor do que decidir imediatamente pela morte de alguém por ser submetido à miséria e ao poder materno. Ocorreu-me de sugerir que o Serviço Social, após a ter comprovado tal situação, se ocupasse de **inventar** outra. Era preciso trabalhar a partir daquela situação, e não se render a ela. Talvez um abrigo para pacientes transplantados em condições precárias, qualquer meio através do qual aquela menina (e outros pacientes) pudesse se safar, pois desejava viver.

Sem resposta imediata, mas ciente da gravidade do caso e aflita com a burocratização do serviço público, a equipe decidiu mantê-la na lista de espera e transplantar, enquanto providenciava uma solução para o abrigo da paciente no pós-transplante imediato. Trabalhei com Cristiane a possibilidade de se afastar dos cuidados da mãe no pós-transplante, o que ela recebeu com um alívio que não conseguia esconder e alguma culpa, pois sabia, de algum modo, que ficaria boa, e a mãe precisava dela doente – ela só não entendia bem para quê.

Ao ser chamada para o transplante, presenteou a mãe com sua boneca já encardida e um tanto estragada pelo uso que fez dela. Depois de um longo período de internação, foi

acolhida numa pensão para pessoas doentes, bem-tratada, onde recebia visitas diárias da mãe que, ao mesmo tempo, recebia, junto com os outros familiares, orientações do Serviço Social a respeito de higiene e saúde coletiva.

Cristiane permaneceu em tratamento comigo por quase dois anos após o transplante, e não voltou a morar com sua família. Primeiramente, trabalhou como voluntária nesta mesma pensão, onde cuidava de doentes recém-chegados, aprendeu a fazer comida e recebeu noções básicas de enfermagem. Depois, foi empregada na casa de um casal de idosos que necessitava de cuidados e a pagava por isso.

Cristiane passou a cuidar ativamente de si e de outros. Só não conseguiu cuidar da mãe quando ela adoeceu, mas a visitava com frequência, sem mais precisar brincar de se esconder.

3.7. DAS ESTRUTURAS CLÍNICAS E O TRANSPLANTE DE FÍGADO

A discussão a respeito das situações clínico-institucionais nos indica o quanto é importante que o analista sustente sua posição a partir da clínica com os pacientes, pois a escuta da subjetividade obedece à objetividade do método clínico e, como vimos acima, o diagnóstico estrutural é fundamental para orientar a direção que se faz necessária, no caso-a-caso.

Uma vez descoberta a doença, tendo recebido a indicação para transplante de fígado, o paciente do programa nos é encaminhado para “avaliação pré-transplante”, ou “preparação para a cirurgia”, como já discutimos, iniciando conosco uma relação que se estabelece ao longo do tempo, conforme sua demanda.

Neste primeiro momento do trabalho clínico, as entrevistas preliminares correspondem ao que Freud (1913), no texto “Sobre o início do tratamento”, chamou “tratamento de ensaio”, e cumprem suas funções lógicas (não cronológicas), como ressalta Quinet (1991): função sintomal (sinto-mal), função diagnóstica e função transferencial.

Na primeira, analisamos a relação do sujeito com seu sintoma, questionando sua demanda, pois “no trabalho preliminar, o sintoma será questionado pelo analista, que procurará saber a que esse sintoma está respondendo, que gozo esse sintoma vem delimitar” (QUINET, 1991, p. 21).

Sobre a função diagnóstica das entrevistas preliminares, pode-se dizer que a questão do diagnóstico diferencial só tem sentido se servir para a condução do processo analítico, pois “diagnóstico e análise (no sentido de processo analítico) se encontram numa relação lógica, chamada “implicação”: $D \rightarrow A$ (se D então A)” (QUINET, 1991, p. 23).

Então, está posta a importância de poder se fazer, nas entrevistas preliminares, um diagnóstico diferencial para que se possa direcionar o tratamento. O psicanalista deve ser capaz de concluir, de maneira prévia, a respeito da estrutura clínica da pessoa que veio consultá-lo. Ou, melhor dizendo, a partir das entrevistas preliminares, aí onde o sujeito fala e dirige a sua fala especificamente para o analista (colocando-o no lugar que lhe convém), deve tentar responder à seguinte questão: é um caso de neurose, psicose ou perversão?

De acordo com o ponto de vista lacaniano, não vale responder dizendo que se trata de uma neurose com traços perversos, podendo beirar a psicose. Para Lacan não pode haver recobrimento de estruturas, não dá para supor um só sujeito estruturado de maneiras diversas a partir de sua passagem pelo Édipo. Mas tudo isso não é tão difícil de ser entendido quanto é de ser precisado. Há casos em que o diagnóstico diferencial estrutural é difícilíssimo porque, por vezes, o número e a diversidade de fenômenos apresentados terminam por confundir o

profissional, que, por sua vez, termina “diagnosticando” o tal caso como “confuso”. Ou, diante da estranheza dos fenômenos que lhe são apresentados, acaba adotando o caso como “atípico” (MORETTO, 2002).

Enfim, estamos nas entrevistas preliminares e no momento do estabelecimento do diagnóstico diferencial de estrutura. Falamos de estrutura clínica, ou estrutura do sujeito, que nos remete à forma pela qual ele foi constituído. E só podemos reconhecê-la por uma única via: a estrutura do discurso. Mais uma vez, o que um analista tem que fazer é escutar, pois a estrutura está na fala daquele que fala, e não é suficiente atentar apenas para o que fala o paciente, mas também para como fala e o que deixa de falar, tudo isso tendo como ouvinte o analista.

De acordo com Quinet (1991, p. 23),

[...] é a partir do Simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo – negação da castração do Outro – correspondentes às três estruturas clínicas. Um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque (*Verdrängung*) do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente, e o desmentido (*Verleugnung*) do perverso o nega, conservando-o no fetiche. A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa.

A partir disso, lembrando que a constituição da estrutura clínica se dá na alteridade e não é um processo diferente da constituição da corporeidade na subjetividade humana, é fundamental ressaltar que essa formulação teórica obedece, portanto, à lógica da incorporação do significante Nome-do-Pai, o que corresponde à operação da Metáfora Paterna, elemento organizador das estruturas clínicas, ou ao que Freud chamou “castração simbólica”, que, como salienta Szpirko (2000, p. 65), é um “termo cujo valor é simultaneamente significante e

conceitual. A relação com a falta orienta as questões singulares de cada um através das relações com o amor, a verdade, o saber”, o Outro e o corpo.

Mas se o que está em questão é a experiência do “outro em si”, e a constituição da subjetividade se dá na alteridade, a base da estratégia do analista é a transferência, à qual o diagnóstico deve estar relacionado. Dado que o analista será “convocado a ocupar, na transferência, o lugar do Outro do sujeito a quem são dirigidas suas demandas, é importante detectar, nesse trabalho prévio, a modalidade da relação do sujeito com o Outro” (QUINET, 1991, p. 28). Isso é essencialmente importante na clínica com os pacientes transplantados. Eis a função transferencial das entrevistas preliminares, pois sem o estabelecimento da transferência, o trabalho não se inicia.

Em nossa experiência, a maior parte dos pacientes atendidos tinha, predominantemente, uma estrutura neurótica. Uma menor parte, uma estrutura perversa, e uma minoria, uma estrutura psicótica. Desta forma, poderíamos nos propor a fazer um estudo sobre a relação entre diagnóstico médico e diagnóstico estrutural, mas não sendo esse nosso recorte, ocupamo-nos de saber de que forma os pacientes do programa passam pela experiência do “outro em si”, sejam eles neuróticos, psicóticos ou perversos, a partir do saber que essas pessoas constroem na relação com esse Outro-analista.

O fato é que o transplante exige recursos simbólicos, isso é inquestionável. Sendo assim, é claro que o modo pelo qual um sujeito neurótico atravessa a experiência do “outro em si” não obedece à mesma lógica pela qual passa por essa experiência um psicótico ou um perverso, como a clínica nos permite constatar.

A proposta do transplante convoca à idéia da fragmentação do corpo em partes a serem manejadas, já que se tira um órgão para enxertar o “outro em si”. Esta convocação, de forma geral, não é bem recebida pelo neurótico, posto que já tem o corpo unificado pela

imagem do Outro e pelo significante, e, portanto, “conhece o corpo fragmentado no nível fantasmático” (MILLER, 2004, p. 11).

Para o sujeito neurótico, ter um órgão (ainda que falido) extraído do corpo é algo que lhe remete à castração simbólica, essa a partir da qual ele segue vivendo na aposta de mantê-la sob recalque, insistentemente, na medida em que só pode gozar de um corpo predominantemente simbólico, como veremos no caso de Aparecida, no próximo item. Os fatos da fragmentação põem em questão a identidade suposta do corpo (LACAN, 1972-1973).

Na psicose, a idéia do transplante é uma questão, pois da mesma forma que Outro pode aparecer para unificar o seu corpo fragmentado por meio da cirurgia, fazendo com que se livre de alguns fenômenos elementares que podem ser causados pelos sintomas da doença hepática, a cirurgia pode também funcionar como um apelo ao Simbólico, exigindo-lhe recursos que ele não tem, pois sua estrutura psicótica se organiza a partir da forclusão do significante Nome-do-Pai e, desta forma, o transplante poderia contribuir para a fragmentação do que se encontrava unificado pela vertente do Imaginário.

Não podemos esperar, por exemplo, que alguém com uma estrutura psicótica possa inscrever simbolicamente o órgão transplantado com a mesma chance de fazê-lo que tem uma pessoa de estrutura neurótica, pelos próprios recursos que a estrutura lhe permite operar. Da mesma forma, não esperamos de neuróticos que representem o enxerto com a mesma peculiaridade que os pacientes de estrutura perversa o fazem, lidando com o simbolismo da questão a partir de sua recusa.

Isso é só para lembrar que a estrutura psíquica é fundamental na escuta clínica, não se podendo prescindir do diagnóstico diferencial de estrutura. Lidamos com o transplante como um fato psíquico, e isto é singular. Não é a mesma coisa para todos.

Para o psicótico, de um modo geral, o transplante não é um conflito subjetivo, e, de certa forma, lida até “melhor” com a questão da troca de órgão, posto que não toma a retirada do órgão no sentido da castração, mas como o afastamento de algo que lhe causa incômodo. O problema é que, ao se submeter ao processo, que é uma situação, no mínimo, complicada, a experiência do “outro em si” lhe obriga a uma série de novas experiências, tais como constantes manipulações no corpo e complicações conseqüentes à cirurgia que, em muitas situações no pós-operatório imediato, colocam o paciente numa condição bem mais delicada do que a que se encontrava antes da cirurgia, exigindo dele que suporte as conseqüências do que seria a sua escolha.

O problema é que não podemos dizer que o paciente psicótico faz exatamente uma escolha, no sentido de que se decide, pela própria posição de alienação ao Outro na qual ele se encontra. O fato é que essas situações funcionam como um apelo a um repertório de simbolizações que o psicótico não tem, e que por isso pode responder a este apelo com delírios e alucinações que o impedem de cuidar-se com um mínimo de coerência. Desta forma acabam comprometendo sua vida e o próprio ato cirúrgico, não conseguem cumprir o tratamento e, o que é mais importante, vivem com mais dificuldades do que viviam antes da cirurgia.

Mas, como colocamos, isso é muito peculiar, e deve ser tomado na singularidade de cada caso clínico, já que podemos considerar a hipótese de um transplante de fígado, em alguns casos, a partir da introdução do enxerto, servir justamente como o fator estabilizador de um surto psicótico, uma vez que, por exemplo, as transformações físicas causadas pelo estado terminal do hepatopata podem representar um apelo simbólico ao qual se responde com o surto, e o transplante entraria aí como um estabilizador em sentido amplo.

Em entrevistas preliminares, antes do transplante, um paciente revelou-nos sua estrutura psicótica quando, após dar provas de um excelente nível de compreensão das informações com as quais foi orientado, foi convidado por mim a falar sobre o órgão que a ele seria doado e respondeu com um delírio fantástico, comprovando seu modo singular (impossibilidade?) de lidar com o fato de ser transplantado. Disse, com uma convicção inabalável, que o transplante viria para torná-lo um “iluminado” (sic), pois nele seria enxertado o fígado divino do “Grande Homem” (sic), que, embora já morto, voltaria para lhe fazer a doação, e quando levantasse da mesa de cirurgia, seria de fato um homem com poderes sobrenaturais, e assim poderia, finalmente, ser útil à humanidade. E assim por diante.

É preciso discutir cada caso. Outro paciente de estrutura psicótica fora transplantado a partir de uma hepatite fulminante. Daniel era pintor, 37 anos, e inalando constantemente substâncias hepatotóxicas, um dia, de repente, seu fígado parou. Foi socorrido às pressas e deu entrada no hospital já em coma. Acordou transplantado, e só aí é que o escutamos pela primeira vez. Em sua maneira peculiar de transitar pela vida, considerado o “esquisito” do bairro onde morava, era também muito querido. Inscrevia suas pinturas estabilizadoras nas paredes das casas, e se não lhe pagassem nada pelo “serviço”, ele dava um jeito de pagar para poder fazê-las. Não suportou a idéia de que tinha um “outro em si”, viveu momentos de pavor na enfermaria, pedindo para morrer, delirando e alucinando como forma de buscar uma estabilização. Dizia a mim que fora “penetrado por Deus”, num estilo schreberiano. No entanto, quem gozava dele eram os médicos, e esta traição ele não podia suportar. “Como é meu nome agora? É Daniela? Virei mulher? Eu sempre achei que um dia isso ia acontecer, e minhas mãos, afinaram, foi o fígado de uma mulher que colocaram dentro de mim.” Exausto, na luta pela estabilização do seu quadro clínico, Daniel não conseguiu sair da UTI, onde faleceu, pedindo que o chamassem quando o pesadelo acabasse.

Na perversão, no entanto, pela própria lógica da estrutura, onde a castração do Outro é desmentida, é interessante a forma pela qual o paciente lida, de forma geral, com a questão do transplante. Primeiro, a idéia de tomar o corpo em fragmentos é, de certo modo, razoável para o perverso, dado que o Outro – ou, mais especificamente, partes do corpo do Outro – está aí para lhe satisfazer, de tal modo que o sacrifício do Outro em nome de sua própria vida já é algo, para ele, bastante familiar. Se o transplante quase sempre o aborrece, não é pela representação da castração no Real do corpo, pois isto é exatamente o que é recusado, mas é porque o limita em suas ações, assim como o aborrece qualquer outro evento que funcione fora de sua própria lei. Uma vez decidido a ser transplantado, a angústia do perverso não parece estar relacionada propriamente com a experiência do “outro em si”, nem do corpo fragmentado, mas com o fato de ter que se submeter ao processo, sofrendo claramente por não conseguir ordenar a instituição de acordo com sua própria lei.

Miguel tinha 32 anos, e em sua organização perversa, se considerava um homem muito bem-sucedido. Estabelecera uma excelente relação comigo e era assíduo às sessões, onde inicialmente buscava, de forma inteligente e perspicaz, identificar a minha demanda, como fazia de forma sistemática com todos aqueles com quem se relacionava, dentro e fora da instituição. Buscava identificar a demanda do Outro para sistematicamente recusá-la, de tal modo a ser, ao mesmo tempo, para a maioria das pessoas que o rodeavam, ora um provedor absoluto, adorado, e em seguida um “monstro” (sic) que lhes mostrava a verdade, tal como por ele era concebida.

Não conseguindo identificar na analista nada além da demanda de que falasse, caso o desejasse, arriscou-se na hipótese de que o que eu queria dele não era diferente do que boa parte dos outros membros da equipe chegava a verbalizar, ainda que não diretamente: que fosse um “bom paciente”, entendendo por isto um paciente obediente, que cumpre as regras e segue o tratamento esperado pela lógica médica.

Começou, então, a falar de suas infrações ao tratamento, esperando que eu o repreendesse, sem sucesso. Queria marcar para mim que, na relação com a equipe, irritava-se profundamente com o fato de ser tomado como “objeto” (sic). Irritava-se com qualquer ação dos membros da equipe nas quais, evidentemente, o saber estava intimamente relacionado ao poder.

Conforme eu o escutava, ele foi percebendo que, para mim, era claro que sua dor se relacionava ao fato de ali o lugar do “sábio” (sic) não lhe ser permitido – diferente do que ocorria na relação que comigo estabelecia, na qual o “sábio” não só era, mas só podia ser ele. No entanto, era titular de um saber sobre o qual recusava-se a saber. Não suportava falar de sua doença, e a ela se referia como uma “simples fatalidade” (sic), sem investir tempo nem importância ao trabalho de emprestar-lhe qualquer significação de ordem simbólica, o que um neurótico se ocupa de fazer com bastante competência.

O corpo de Miguel era o receptáculo de uma eventualidade, e como qualquer matéria, deveria ser “recauchutado” (sic). Mas a espera do transplante era irritante, pois era insuportável depender da morte de um outro. Atuava, com um certo orgulho, como chefe de uma quadrilha de roubo de carros numa determinada zona da cidade em que morava. Sabia-se “ético” (sic) em sua “profissão”: só roubava carros que possuíssem o selo do seguro para que não deixasse as vítimas a pé. Não achava justo ganhar a vida prejudicando os outros, e ainda que não soubesse sobre a conduta das pessoas, preferia preservá-las (foi gentil, inclusive, ao me recomendar que não usasse selo de seguro em meu carro).

Mas sabia também que muita gente no mundo não tem “ética”, toma os outros como “coisas” (sic) e não merecem a chance da vida, segundo ele. Cogitou, junto com aqueles a quem chamava seus “colegas de trabalho”, tramar a morte de alguns tipos “imprestáveis”,

observando a compatibilidade do tipo de sangue com o seu para que mortos pudessem ser “prestáveis”, fornecendo-lhe o fígado que lhe era necessário.

Miguel literalmente desejava “arrancar fora” (sic) o fígado do outro, sem o menor constrangimento, pois tratava-se, para ele, de um motivo de força maior. No entanto, ficou decepcionado quando entendeu o conceito de morte encefálica, constatando, a partir daí, a impotência de suas providências, e que se quisesse viver, teria que esperar, como todos os outros, pela providência da Morte, que é certa, ele sabia, mas era isso mesmo que passava a vida desmentindo.

Miguel faleceu ainda na lista, por complicações graves de seu quadro clínico, mas antes tentou o transplante intervivos, sem sucesso, pois não conseguiu quem se dispusesse a lhe doar vida. Numa das últimas sessões que teve comigo, francamente trouxe algo que o inquietava: *“Doutora, entendo o que é, mas nunca engoli bem esse negócio de morte encefálica. Quer dizer, então que a gente, para morrer de verdade, passa por duas mortes? Primeiro morre a pessoa, depois as células? A pessoa pode estar morta, mas com vida. Isto me deixa meio pirado. Então a vida continua. Não sei não, esse negócio é ruim demais. [“Que negócio?”, perguntei] Oh, se a pessoa tem que morrer duas vezes, isso quer dizer que a vida continua depois da primeira morte, e isto foi o que os médicos descobriram, porque para mim é uma morte só, mas no negócio do transplante, só pode ter a primeira morte, a segunda já não adianta. E quantas mortes uma pessoa tem que ter para acabar de uma vez por todas? Daqui a pouco vão descobrir mais mortes para uma pessoa só. Isso é um inferno na minha cabeça. Para mim, morreu, morreu. É pegar o que é matéria e aproveitar, mas o duro é que a matéria tem que ser viva, e isto me irrita. Se eu chegar ao transplante, o que vou carregar dentro de mim é uma coisa, e não um pedaço de vida de ninguém... é uma peça, e fim.”*

A inquietação de Miguel nos fez refletir e lembrar de que o transplante de fato traz em si a idéia das duas mortes, o que nos remete à questão que Miller (2004) trabalha quando se remete a Diderot com a idéia das duas vidas, em oposição à Sade, citado por Lacan (1959-1960), com a idéia das duas mortes. Miller (2004, pp. 9-10), citando Diderot em sua defesa à continuidade da vida, apresenta a idéia da vida eterna, da continuidade na natureza:

E a vida? A vida é uma seqüência de ações e reações. Vivo, ajo e reajo em massa. Massa do meu corpo, os animáculos que me compõem. Morto, ajo e reajo em moléculas. Não morro, então. Sem dúvida, não. Neste sentido, não morro, nem eu nem qualquer coisa que seja.

Era o que Miguel não suportava: a continuidade. *“A pessoa pode estar morta, mas com vida. Isso me deixa meio pirado. Então a vida continua. Não sei não, esse negócio é ruim demais.”* No entanto, para a continuidade de sua vida, pensou em cometer um crime, mas pelo que fala, não contava com a continuidade da vida na matéria de outro corpo, pois contava com arrancar o fígado de alguém e tomá-lo para si. Acreditava que, livrando o outro da vida, estaria livre do “outro em si”.

Isso nos remete ao que Lacan (1959-1960, pp. 257-258) trata a respeito da transgressão e do gozo da transgressão, através da teoria de Sade que, referindo-se ao sistema do papa Pio VI, se refere às duas mortes: a do indivíduo (o gozo de acabar com o outro) e a da matéria do cadáver, que resulta da primeira. Sade, defendendo o crime como necessário ao mundo, o apresenta como necessário às leis da natureza, e ressaltando a existência de assassinos como necessária à natureza, escreve:

[...] Logo, toda mudança operada pelo homem, nessa matéria organizada, é bem mais útil à natureza do que a contraria. Que digo, infelizmente! Para servi-la [a natureza] seria preciso destruições bem mais totais, bem mais

completas do que as que podemos operar; é a atrocidade, é a extensão que ela quer nos crimes; quanto mais nossas destruições forem dessa espécie, mais lhe serão agradáveis. Seria preciso, para ainda melhor servi-la, poder opor-se à regeneração resultante do cadáver que enterramos. O assassino só tira a primeira vida ao indivíduo que abatemos; seria preciso poder arrancar-lhe a segunda, para ainda ser mais útil à natureza, pois ela quer o aniquilamento: está fora de nosso alcance dar a nossos assassinatos a extensão que ela deseja” (SADE, apud LACAN, 1959-1960, p. 258).

Segundo Miller (2004, p. 10), é o *hylozoïsme* - *hylé* (matéria) e *zoé* (vida) – de Diderot o avesso e o direito da idéia das duas mortes do sistema sadiano: “Há a primeira e a segunda morte em Sade, mas há a primeira e a segunda vida em Diderot.”

Miguel, em sua pretensa objetividade, não contava nem com Diderot nem com Sade: *“Oh, se a pessoa tem que morrer duas vezes, isto quer dizer que a vida continua depois da primeira morte, e isso foi o que os médicos descobriram, porque, para mim, é uma morte só.”* Em sua lógica de tomar o outro como coisa, não se angustiava com a situação do transplante, que era, para ele, uma “recauchutagem”. Através do próprio gozo da destruição do outro “imprestável”, ele ainda seria útil ao morto, transformando-o literalmente em coisa, e ao extrair-lhe uma parte desta coisa, ainda lhe conferiria a categoria de “prestável”.

No entanto, a situação do transplante lhe impunha a impotência de sua providência, e diferente do que propunha Sade sobre o assassinato útil à natureza, Miguel mataria para tornar útil o outro, tendo em vista que ele o serviria. Na impotência, ficou extremamente incomodado, não pela espera – esta era inevitável –, mas porque, apesar de todos os seus esforços para “coisificar” o Outro, precisava dele com a primeira morte de Sade, mas com a segunda vida de Diderot, e para isso ele não era “sábio”; isso ele não sabia como operar.

Além disso, incomodou-se profundamente com o fato de ter que viver com uma “coisa” viva. Dizia ele: *“Se eu chegar ao transplante, o que vou carregar dentro de mim é uma coisa, e não um pedaço de vida de ninguém... é uma peça, e fim.”* Como já sabemos, o

transplante convoca o sujeito à experiência do “outro em si”, mas é só tomando o Outro como coisa que o perverso consegue não se incomodar com a proposta. Por isso, também, a informação sobre a morte encefálica lhe incomodou. Trazendo-lhe a idéia das duas mortes, não só teria que se submeter ao tempo, mas teria que lidar com a idéia de tê-lo dentro de si sem recusar-lhe a vida, ainda que no nível celular.

Diferente do que Sade propunha, no caso de Miguel, o assassinato seria “fatal”, pois tiraria as duas vidas, e isso, ao mesmo tempo que lhe serviria, seria o fracasso de sua providência na situação do transplante. Como todos os outros, teria que esperar para “coisificar” o “outro em si” já na experiência, e só assim tomá-lo como “peça”.

Mas não deu tempo. Miguel não suportou chegar ao transplante para carregar a “peça semi-nova” (sic) com seu valor de fetiche, como tantos outros conseguem – e é preciso dizer, muitos deles, em seu manejo perverso, lidam com a experiência do “outro em si” de forma bastante tranqüila, longe de apresentar na clínica, como é o caso dos pacientes neuróticos, o horror, a culpa e o drama da gratidão de carregar em si a vida, ou parte da vida, de um outro para sempre.

Talvez por tomar o corpo em sua dimensão de máquina, esse fosse o paciente perfeito para o programa de transplantes, que faz a proposta de salvar vidas com um justo otimismo, mas não sem deixar uma inquietação legítima, como salienta Rouanet (2003, p.38) em seu artigo sobre o “O homem-máquina hoje”, expressão que toma emprestada da obra do médico La Mettrie que, em 1748, publicou sua obra mais famosa, “O homem-máquina”, na qual

[...] radicalizava Descartes, para quem os animais eram como máquinas, por não terem alma. Levando essa idéia a extremos inimagináveis para o autor do *Discurso do método*, La Mettrie afirmou que os homens eram em tudo próximos aos animais, e portanto também não tinham alma, eram meras

máquinas, conjuntos de engrenagens puramente materiais, sem nenhuma substância espiritual, como pretendia Descartes.

Para Rouanet (2003, p. 52), La Mettrie é o ancestral do materialismo biologizante que ocupa o centro do debate contemporâneo, pois passa a ser atual à medida que “o homem genoma assumiu a sucessão do homem-máquina: nos dois casos, é a biologia o fator determinante, e não a sociedade”. Se o corpo é máquina que pode ser consertada, continua Rouanet (2003, p. 54), “trata-se agora de aperfeiçoar o corpo, como antes se queria aperfeiçoar a alma. Não se trata mais da imitação de Cristo, mas a imitação de Schwarzenegger”.

Essa discussão interessa ao psicanalista porque ele atende a pessoas que, ao se deparar com a descoberta da doença e buscar uma saída pelo saber médico, se inserem num contexto onde, inevitavelmente, a continuidade entre o homem e o mundo animal está sendo cada vez mais confirmada pela Biologia moderna. Isto se pode observar não só pelo fato de os transplantes terem se iniciado nos laboratórios como cirurgia experimental em animais, mas porque boa parte do investimento em pesquisa na área de transplantes hoje tem sido feito com o objetivo de realizar os xenotransplantes, ou seja, implantar em corpos humanos o fígado de animais.

A continuidade, no sentido biológico, não é o que está em questão, embora por duas ou três vezes eu tivesse que dedicar boa parte da sessão à escuta de pacientes angustiados que, antes de entrar na sala para serem por mim atendidos, tinham sido surpreendidos com a repentina “fuga” (sic) de algum cachorro ou porco que saíra do Laboratório de Cirurgia Experimental, no fim do corredor, e caminhava “elegantemente” (sic) entre os pacientes do ambulatório em direção à porta de saída, antes de ser “recapturado” (sic) novamente por algum funcionário aflito e voltar, sempre com alguma resistência, diziam os pacientes, ao

Laboratório. Esta cena, que para muitos de nós era freqüentemente cômica, não se reproduzia da mesma forma para os pacientes em questão.

Mas se a continuidade, no sentido biológico, é tão evidente quanto angustiante, o que interessa ao psicanalista é saber de que forma o corpo humano, que se faz humano pela não continuidade com a natureza, a partir da inscrição significativa e da imagem do Outro, terá recursos para lidar com tais propostas, em nome da vida. Como ironiza Rouanet (2003, pp. 55-56),

[...] porcos foram geneticamente modificados para que possam fornecer órgãos para transplantes sem risco de rejeição. Qualquer dia, a revista *Superinteressante* publicará uma reportagem sensacional provando que os deuses do Olimpo eram, na verdade, biólogos que, cruzando genes humanos com os de peixe, bode e cavalo, produziram, respectivamente, sereias, faunos e centauros.

Não podemos, nem devemos negar o avanço tecnológico da Ciência e sua função terapêutica para os males antes sem cura, mas isso não nos impede de questionar até que ponto o reducionismo biológico do corpo humano favorece a desumanização, contribuindo para que o sujeito autônomo, abrindo mão de sua responsabilidade, se acomode bem como objeto da Ciência para escapar da morte.

3.8. ELA ERA UM PROBLEMA!!... E NÓS?

Ela era um problema!! Era final de tarde, final de ambulatório, e eu estava em minha sala, escrevendo, quando o bom médico do consultório ao lado, num misto de brincadeira e

desabafo, literalmente despenca dentro de minha sala e diz que odeia pacientes. Eu ri. Aquela cena era, de certo modo, engraçada.

Mas eu o conhecia bem, e percebi que ele tinha acabado de atendê-la, pois na saída do consultório dele, vendo minha porta entreaberta, acenou com um “tchauzinho” sorridente e lembrou-me que, na semana seguinte, ela viria para a sessão no horário já marcado, como fazia toda semana, sem nunca faltar.

Ela era Aparecida, 45 anos. Sofria, entre outras dores em sua vida, do fato de ter hepatite auto-imune que tratava clinicamente com o médico em questão. Adorava-o, e sempre se referia a ele como o representante de Deus na Terra. Ela dizia: “É Deus no céu e Dr. A na Terra! Mas como ele não é Deus, tem suas dificuldades”, reconhecia. E assim prosseguia por muitas vezes nas sessões comigo, queixando-se daquele ente querido por ser ele o representante de Deus, mas também muito odiado por não ser o Próprio.

Aparecida era uma mulher que não só se dizia infeliz como também o era. Solteira e amargurada, queixava-se de todos os membros de sua família, pois ainda que precisasse deles para, inclusive, comer e morar, os esnobava e ressaltava com muito prazer as dificuldades pessoais de cada um, visto que as observava com um interesse particular. Sofria ao encontrar alguém feliz, admitia-se invejosa de todo aquele que estivesse de posse do que ela pensava querer.

Nunca tivera uma relação afetiva, nunca tivera “um amor de verdade” (sic), jamais conseguiu ser mulher de um homem. Toda vez que se viu atraída por alguém, valorizou *a priori* as imperfeições, abdicando com facilidade de qualquer tipo de relação sustentada pela amizade. Não tinha amigas, tinha colegas de amargura, com as quais disputava, com certo entusiasmo, quem era a mais desafortunada. Esta disputa Aparecida acreditava ganhar

sempre, e como triunfo de sua vitória peculiar, realçava o fato de estar doente de um mal grave.

Entre os pacientes do nosso Serviço, ela era desfavorecida. Os casos prioritários no Serviço foram sempre os que estavam inscritos no programa de transplante de fígado, e Aparecida não era (ainda) uma candidata a transplante, pois não tinha indicação clínica para tanto.

Sobre isso se queixava com o Dr. A, muitas vezes acreditando que ela só melhoraria se fosse operada, já que, dizia para ele, faltava-lhe competência para mantê-la boa de tudo. Com a paciência que lhe era peculiar (afinal, só despencava no fim do expediente!), Dr. A explicava a Aparecida que ela não tinha indicação cirúrgica, que o tratamento dela era apenas clínico etc. Ela queria saber o que precisava para ter indicação cirúrgica; ele explicava e Aparecida entendia. Ele chegou a comentar comigo que tinha a impressão de que ela perguntava para piorar.

Entendia tão bem que o seu quadro se agravou. O caso foi discutido em reunião e recebeu, afinal, tal indicação. Foi naquele fim de tarde, por fim, que o Dr. A comunicou-lhe que ela entraria para a lista de espera de transplante, acreditando que lhe levava uma boa novidade. Era o que ela vinha pedindo nas últimas consultas com ele.

Foi uma decepção! Ela era um problema, e ele esquecera disto. Ao fazer o comunicado oficial, a paciente se revoltou, ameaçou abandonar o tratamento, sugeriu que ele era um incompetente. Ele disse que não entendia tal reação e lhe pediu explicações. Ela lembrou-lhe que vinha dizendo isso há semanas, e só então é que ele acreditara nela! Seu tom de queixa era intenso, e ela se despediu do médico dizendo que agora precisava pensar, pois não sabia mais se deveria confiar nele.

Imediatamente, saiu da consulta sorrindo. Foi quando me deu um “tchauzinho” sorridente e seguiu, e logo depois seu médico despencou na minha sala, dizendo que odiava pacientes e contando-me a cena que acabara de ocorrer na consulta. Ele dizia: “O que é isso? Queria tanto, e agora que tem, não quer mais! É louca?”

Não, louca não é, mas é uma histérica grave, e tudo o que faz na vida obedece à estratégia do desejo insatisfeito. É assim que aquela mulher goza – da insatisfação que insiste em fabricar. Caso de manejo difícil, onde captura sempre o desejo do Outro para enfocá-lo como falta, nunca como motor de satisfação. Se o médico deseja que ela melhore, evidentemente ela piora. Vive para apontar o vazio no Outro.

Nas sessões comigo, ela se incomodava. Nunca sabia ao certo qual era o meu desejo, ocupava-se de supô-lo. Por isso mesmo, consegui trabalhar com Aparecida, que aparecia sempre para tentar descobrir o meu desejo, e acabou por descobrir o dela. Com dor, mas deparou-se com o fato de que o vazio do Outro é dela, e que neste vazio ela se desespera e se repete. Retomou sua história, na qual desde criança lembra de ter visto sua mãe desqualificando o pai, e quando foi deixada por ele, ouviu dizer que homem nenhum presta, e que feliz é a mulher que vive só. Aparecida, assim, desafiava a teoria da mãe, enquanto a obedecia. Vivia só, insistentemente, mas nem assim era feliz.

Percebeu que fazia com todos os homens – inclusive com Dr. A – o que sua mãe fizera com o pai. Decidiu, a partir disso, que queria ficar boa, mas agora tinha que enfrentar um transplante. E teve vontade de fazer um “trato de paz” (sic) com Dr. A para que, juntos, conseguissem a cura. Buscava um laço com Dr. A. É sempre importante que um médico fique atento a esta demanda.

Dr. A acreditou que Aparecida melhorava muito de seus distúrbios de humor e de comportamento, e satisfeito com sua declaração de que iria lutar junto com ele por sua cura e

que aceitava fazer a cirurgia, recebeu dele o encaminhamento para um médico cirurgião, já que ele era um clínico.

Foi o suficiente para que Aparecida entrasse numa outra crise, chamando-o “incompetente, desqualificado, irresponsável” (sic), e fazendo com que o médico decidisse com convicção encaminhar o caso, sem suportá-la. Daí em diante, ela passou por vários cirurgiões, e para ela nenhum servia, dizendo sempre não confiar em ninguém.

Nas sessões comigo, deixava evidente que o que buscava não era exatamente confiança, mas um laço afetivo, e esta demanda lhe era claramente negada. Sobre a cirurgia, falava dela como um momento especial, em que teria a chance de “ser penetrada por alguém pela primeira vez” (sic), mesmo que anestesiada, mas queria que fosse o Dr. A, que, dizia ela, a abandonou depois de ser por ela desqualificado. Agora não confiava em “qualquer um” (sic), pois dizia que ela não era “qualquer uma” (sic).

Aparecida fantasiava o transplante como o equivalente de uma relação sexual, onde seria penetrada, e chegou a “brincar” que o seu médico lhe deixaria no ventre um filho, de quem ela cuidaria para sempre, com carinho e dedicação. Fazia de conta, dava consistência à sua fantasia que confessava apenas a mim, mas sabia perfeitamente que se tratava de uma cirurgia, tinha acesso a todas as informações objetivas e fazia delas o que desejava.

E daí? Colocando o transplante no lugar da relação sexual sem faltas, o que faria Aparecida com a situação que estava por vir? Era preciso que Aparecida pudesse falar sobre isso. E falou. E falando, conseguiu, com amargura, identificar a relação que fazia entre a situação do transplante e o seu desejo por uma relação sexual.

Aquela era a realidade psíquica de Aparecida, que, repetindo seus sintomas, produzira na equipe parceiros impotentes e, também por isso, impacientes com ela. Figueiredo (2002, p.

127), discutindo a respeito da realidade psíquica, nos lembra da controvérsia em torno desta expressão quando se tenta contrapor realidade psíquica à realidade externa.

O psíquico, como o psicológico na linguagem corrente, tem um quê de ilusão, imaginação, falsa impressão, fantasia, aquém da realidade propriamente dita [...] No entanto, a cada momento de sua construção destes conceitos, Freud é levado a tratá-los não como instâncias ou realidades opostas ou independentes em sua própria constituição, mas como realidades que derivam uma da outra, se interpenetram, e mesmo, se atravessam.

Esse era o corpo de Aparecida, e a isso ele se prestava, pois era o seu corpo a inscrição de sua subjetividade. São em casos como esses que se evidencia, mais uma vez, que o corpo na Psicanálise não é o mesmo para a Medicina. Diante de médicos formados em sua racionalidade fundamentada na ciência moderna, ela oferecia seu corpo para ser examinado e, ao se deixar tocar, Aparecida aparecia, e assim, neste toque, se fazia o estranhamento, tanto para ela quanto para eles.

Parece ser fundamental que esse estranhamento seja falado, pois o recalque contínuo da dimensão subjetiva do corpo, a tentativa do apagamento do sujeito em nome de um corpo anatômico puro, é, sem dúvida, gerador de sofrimento tanto para médicos quanto para pacientes, e isto gera conseqüências de ordem ética.

Aquela era uma situação difícil, muito delicada para uma intervenção psicanalítica na vertente institucional, no cenário das reuniões de equipe. O caso de Aparecida precisava ser discutido, embora já não se tivesse nenhuma dúvida a respeito da indicação médica do transplante. Mas parte da equipe tendia a excluir a paciente do programa, primeiro porque era esse o fantasma de Aparecida – ser excluída o mais que podia; e segundo porque era fato – ela era um problema, e um problema difícil. Alguém dizia na reunião, com muita indignação:

“Ela é uma histérica louca. Toda vez que um de nós a toca para examinar, ela fecha os olhos, parecendo que está sendo violentada! Quem é que suporta isto? Assim não temos condição de trabalhar com ela. É melhor mandar para outro serviço! O que você acha, Lívia? Vai ou não vai ser encrenca?”

A minha intervenção foi no sentido de priorizar a pergunta que acabara de ser feita: “Pois, então, quem é que suporta isso? Quem de nós vai suportar uma paciente que deixa transparecer suas fantasias sexuais? Quem de nós pode suportar a paciente histérica que precisa de um transplante? Será que temos competência para tanto, ou é melhor mandar para outro serviço? Vocês é que mandam.”

E como sempre, essas situações me convocam a pensar não só no lugar do analista nas vertentes clínica e institucional, mas nos provam que essas duas vertentes são antes, indissociáveis, o que fica evidente quando um analista é convidado a dar seu parecer, sustentado pelo diagnóstico clínico estrutural, numa reunião de equipe que se faz em torno de algo que precisa ser decidido.

Eis a importância da referência ética frente à necessidade de tomar decisões imediatas. Diante de certas situações, por vezes, a tendência é opinar, quando o importante seria se posicionar. O caso em questão não é o da paciente histérica, que na opinião de qualquer um será uma encrenca. Mas o caso é o **desta** Aparecida, com sua singularidade, com **esta** equipe específica, que por pouco ela não fez despencar inteira. Aquela equipe podia suportar aquela mulher, tal como ela era?

Era preciso tomar cuidado com opiniões. Era preciso que a intervenção do analista possibilitasse o distanciamento de opiniões generalistas e previamente construídas que impossibilitariam a análise daquela situação específica. Badiou (1995, p. 62), tratando do tema da ética das verdades, diz que “toda verdade, já o dissemos, depõe os saberes já

constituídos e, assim, se contrapõe às opiniões. Pois são denominadas *opiniões* as representações sem verdade, os escombros anárquicos do saber circulante”.

Ter uma opinião não é a mesma coisa que assumir uma posição, e muitas vezes é de uma posição conservadora, por exemplo, que se emite, sem muita preocupação com a verdade, uma opinião liberal. Opinião, de certo modo, é um elemento que comunica algo, mas que não necessariamente transmite um posicionamento específico diante de uma situação, já que, para se ter uma opinião, não se faz necessário viver uma situação, nem que haja um encontro com a verdade de um acontecimento. E talvez por isso possamos concordar com Badiou (1995, p. 63), quando escreve:

A opinião está aquém do verdadeiro e do falso, justamente porque sua única função é ser comunicável. Aquilo que surge de um processo de verdade não se *comunica* [...] Para tudo que concerne às verdades, é preciso que tenha havido *encontro*. [grifos do autor]

É neste sentido que entendemos que a ética da Psicanálise exige um certo distanciamento das opiniões de cada pessoa, das opiniões propriamente pessoais. E na busca de um posicionamento, minha intervenção se fez nesta direção, sair da opinião e assumir uma posição: “Somos **nós** capazes de ter essa paciente, assim como ela é, sob os nossos cuidados para tratamento? Se ela é uma ‘histérica louca’, e isso facilitaria qualquer opinião, o que somos nós? Qual a nossa posição diante da situação na qual nós estamos inseridos?”

É claro que isso não tem efeitos sempre agradáveis, mas é preciso dizer, é o mínimo que se espera de um psicanalista: que o seu interlocutor possa saber algo a respeito de sua própria posição quando fala. Talvez seja o que pode fazer de melhor um analista – permitir

que as pessoas se situem de forma diferente diante do que se repete, se assim elas o desejarem.

Ocorreu em seguida que houve um longo momento de silêncio, e a sugestão de que retomássemos o caso na reunião seguinte. Retomou-se, alguém avisou que a paciente escolhera ser transplantada em outro serviço. Aparecida desapareceu. Que coincidência!

3.9. DA DOENÇA AO DOENTE: OBJETO OU SUJEITO?

Como já vimos, é difícil calcular uma intervenção clínica sem um diagnóstico da estrutura psíquica. Este é o primeiro passo do psicanalista: escutar para diagnosticar, e o diagnóstico é norteador do tratamento, dado que, como a clínica nos mostra a cada caso, o resultado da intervenção depende diretamente da assertividade do diagnóstico estrutural.

Na imensa maioria das vezes, os pacientes nos chegam ainda impactados pela percepção e nomeação de sua doença, num grau de sofrimento e angústia importante, o que decorre não só da consciência da gravidade da situação, mas do fato de estranharem a doença e terem toda a sua estrutura psíquica afetada por algo que não estava previsto.

Assim, podemos verificar que, embora já tenha descoberto a doença e ela já tenha sido nomeada pelo saber médico, é num segundo momento que o doente pode (ou não) assumir a doença (este estranho) como sendo parte integrante dele mesmo, ainda que tenha sido causada por um agente externo a ele, muitas vezes sem que tenha nenhuma noção disso.

Aí é importante que fique claro o seguinte: o que estamos chamando “ato de assumir a doença” não é uma atitude no sentido comportamental, mas um ato psíquico que independe de

argumentação lógica e racional, dado que não é exatamente alguma coisa que se resolve fazer após uma conversa sensata. O fato de o doente, em sua atitude, aceitar as condutas médicas e aderir sem resistência ao tratamento não quer dizer que está numa posição subjetiva que lhe permita tomar a doença como sua e, portanto, se diferenciar dela.

Uma coisa é, na posição subjetiva, o paciente ser portador de uma doença, **ter uma doença**, podendo se responsabilizar pelo que tem, se este for o seu desejo. Diferente disso é ele estar totalmente identificado, por alguma razão particular, à doença, portanto **ser uma doença**, um objeto-doença que requer cuidados intensivos e atenção de familiares, o que talvez jamais conseguisse estando fora desse lugar.

Existem doentes que conseguem assumir, em sua posição psíquica subjetiva, **ter** algo que é uma doença, o que não é a mesma coisa que **ser** uma doença. Ter não é ser. A doença é sua, e como não tem o saber sobre como lidar com ela ou como livrar-se dela, “a empresta” ao médico, a quem atribui este saber, para que intervenha de forma a resolver o problema que, ele sabe, continua sendo seu (MORETTO, 2002).

Existem outros doentes que não conseguem, em sua posição subjetiva, lidar com a doença sem com ela se identificar, e em muitos casos verificamos que a mudança de posição subjetiva se dá como consequência das intervenções clínicas no tratamento conosco.

Assumir ou não este **estranho** não depende de um ato voluntário, portanto não depende de argumentação. Alguns psicólogos, infelizmente, se distanciam da própria clínica ao passar sessões e mais sessões tentando convencer aos doentes que precisam aderir ao tratamento para não morrer, fazendo pouco da determinação psíquica inconsciente. É com alguma preocupação que acompanhamos esse tipo de abordagem porque, como ressalta Pacheco Filho (1997), “[...] desde Freud, o Eu e a consciência definitivamente não desfrutam do mesmo prestígio e nem ocupam o mesmo lugar central em todas as explicações dos

psicólogos”. E acrescenta que, “circunscrita aos fenômenos da consciência, de um lado, ou aos eventos comportamentais, de outro, a Psicologia não poderia oferecer explicações convincentes nem ao menos dos mais modestos acontecimentos humanos”.

Não se trata, portanto, de querer assumir a doença – é preciso uma estrutura que permita isto. E por isso insistimos novamente na importância do diagnóstico estrutural na avaliação clínica dos casos.

No entanto, as razões pelas quais o psicanalista se ocupa de saber sobre a relação que o doente estabelece com a doença não são as mesmas que fazem a equipe médica se ocupar desta questão. Na grande maioria das vezes, a equipe está preocupada com isso no sentido de saber das condições psíquicas do paciente aderir ao tratamento através de condutas objetivas adequadas às ordens médicas. Isto não é a mesma coisa de querer saber qual é a posição subjetiva do paciente em relação à doença. No entanto, é a partir dela que o doente poderá se implicar (ou não) em seu tratamento.

É claro que a questão da adesão ao tratamento não está aí para ser desprezada pela equipe. É preciso zelar por isso, sabendo, inclusive, que nem sempre o que está sendo levado em conta é a saúde do paciente, mas toda uma preocupação com os recursos aí investidos. Especialmente no caso do programa de transplante de fígado, não raro surgiu nas reuniões de equipe a questão da condição psíquica do paciente de aderir ao tratamento em função de ser um programa que convive diariamente com a escassez de órgãos doados em relação ao número de pessoas que aguardam a cirurgia, nos convocando a discussões de ordem prática, mas que situavam-se, essencialmente, no solo comum da ética.

Um paciente alcoólatra de 51 anos, que bebia desde os vinte, soube um ano antes que estava cirrótico e precisava ser transplantado. Sabia que, para cumprir os critérios de permanência na lista de espera, precisava permanecer abstinente por, no mínimo, seis meses, e

o fez – com dificuldades, mas o fez. No entanto, revelou, tanto em entrevista comigo quanto em consulta médica, que depois do transplante, com o fígado “zero bala” (sic), pretendia voltar a beber sem se preocupar, pois já que precisou de trinta anos para ficar cirrótico, acreditava que chegaria aos oitenta podendo fazer o que mais gostava na vida até morrer.

Enfatizando o aspecto ético da questão, era preciso decidir, e a discussão em equipe foi intensa, posto que ela se dividia em diferentes argumentações. A primeira era de que aquele homem deveria ser expulso da lista, já que tínhamos dados seguros de que ele não iria aderir ao tratamento, pois iria “botar o fígado novo a perder, invalidando todo o esforço da equipe médica” (sic). A outra argumentação, que acompanhava a mesma direção da primeira, girava em torno do fato de que aquele homem contava com o transplante para “morrer”, enquanto outros buscavam ajuda terapêutica para “viver”, portanto ele deveria ser expulso.

A contra-argumentação de alguns se sustentava pela idéia de que ele não queria morrer, mas viver bebendo até morrer, e que, portanto, não poderíamos nós negar a chance de vida a alguém. Na direção contrária, alguém lembrou da escassez de órgãos para doação em nosso país, e que também em função disto era necessário discutir se era **justo** destinar o órgão para salvar a vida de um “alcoólatra”, enquanto “pais de família” morreriam na fila, deixando crianças órfãs. A idéia era a de que aquele paciente fosse se candidatar a transplante num país onde os fígados estivessem sobrando!

A coisa foi longe! Era preciso dar um basta. E essa última argumentação foi atacada pela maioria, que embora concordasse com o que fora dito, não suportava se ver diante de critérios tão escancaradamente moralistas a ponto de colocar a equipe médica num lugar divino, como sendo quem decide não só quem tem o direito de viver, mas a quem destinar a morte, quase que tomando como critério a produtividade de cada um.

Lembrei à equipe que estávamos discutindo a partir do que o paciente nos dissera, honestamente ou não, e que provavelmente o calor da discussão nos provava que a fala desse paciente nos tocara em algo muito particular. A própria identidade dos médicos estava em pauta. E questionei se não estávamos, de certo modo, nos distanciando da discussão do caso clínico propriamente dito.

Ele aderira ao tratamento porque, sem isto, não chegaria a poder beber de novo. O próprio organismo doente, como estava, não suportava a ingestão de álcool, e por isso ele não bebia. Passava muito mal. Se a adesão, por si só, fosse o critério, isso estava resolvido. Sobre o futuro, era o caso de dizer “a Deus pertence”! Assim sendo, se o paciente não tivesse nos dito nada a respeito de seu modo particular de gozo, ele escaparia da morte? Seria melhor ter ficado calado? O problema é que o paciente apareceu aí como sujeito de sua decisão, e sua decisão era inaceitável para a equipe, que, por princípio, entende que o ato de ingerir álcool, para além de todos os preconceitos morais que não deixaram de ser incluídos na discussão, é um risco para a saúde de qualquer um, seja ele médico ou paciente transplantado.

Lembramos que algumas pesquisas experimentais indicam que a possibilidade de recidiva do vírus da hepatite B (52%) (CAMCI et al., 2005) (WU; XU; ZHENG, 2005) após o transplante é, percentualmente, bem maior do que a possibilidade de recidiva da cirrose por ingestão de álcool após o transplante (33%) (PERNEY et al., 2005) (BJORNSSON et al., 2005), e nem por isso os pacientes com cirrose pela hepatite do vírus B são expulsos da lista – pelo contrário, conseguem ser transplantados e seguem um esquema terapêutico que visa prevenir a recidiva. Não poderia ser assim, do ponto de vista médico, para os alcoólatras? Era preciso, portanto, ter cuidado para não nos guiarmos por preconceitos morais, ao invés de tomar como referência os princípios éticos.

É claro que todo médico se preocupa com a questão da adesão ao tratamento porque sabe que o que faz com que alguém siga ou não as suas recomendações não depende, exclusivamente, de fatores cognitivos e da clareza de sua comunicação, pois nada disso se encontra livre das determinações psíquicas inconscientes. Inclusive a própria noção de risco, como afirma Szpirko (2000, p. 57), só faz sentido para o paciente “através de uma cadeia de associações de idéias imprevisíveis para o médico”.

Além disso, com frequência alguns médicos e outros membros da equipe buscam interlocução conosco para discutir sobre a forma de lidar com a questão da adesão do paciente, posto que numa posição “passiva”, deixariam seu paciente correr perigo, e numa posição “ativa”, de influência e convencimento, introduziriam algo de negativo na relação terapêutica, muitas vezes inviabilizando-a.

Entendemos que a questão nos é dirigida no momento em que os profissionais da equipe se deparam com a singularidade de cada paciente, não conseguindo trabalhar aí com os ideais universais. Se esta busca obedece à lógica da suposição do saber ao psicanalista, a forma como o psicanalista responde a essas demandas deve ser clara o suficiente para não colocar o discurso analítico na posição do ideal universal, tal como já opera, no fracasso, o discurso vigente.

A Psicanálise é um saber a mais em meio a tantos outros, longe de ser o ideal universal, lugar onde ela é absolutamente impotente. A nossa posição é a de transmitir o que fazemos, observando o singular de cada caso, e achamos ser útil ao médico que se depara com esta questão que possa retomar, se isto lhe interessar, a diferença entre as atitudes de um paciente, do ponto de vista comportamental, e sua posição subjetiva, que é imperativa na forma pela qual ele se implicará no processo de seu tratamento. Obedecer a regras frente à ameaça de morte não é a mesma coisa que estar implicado em seu tratamento.

É neste sentido que, em nossa clínica, mais do que nos preocuparmos com a comunicação das informações – função do médico e da coordenação do programa de transplantes –, buscamos saber o que ele sabe de si a partir da doença, nunca esquecendo que “o saber é inseparável de tramas não-sabidas, inconscientes, e que as tramas de cada um sustentam-se de diferentes modos, em uma singularidade que escapa a todo e qualquer projeto de classificação, inclusive aquelas esquematicamente evocadas pela noção de estrutura” (SZPIRKO, 2000, p. 60), sobre a qual tratamos anteriormente.

O médico, representante do saber da Ciência, se ocupa de distinguir o sujeito de seu objeto de saber, mesmo que depois não saiba muito bem como manejar com o sujeito que insiste em atravessar a cena médica. Nós nos ocupamos de saber sobre o saber do paciente, como o paciente o vincula à sua situação, à sua história, convocando-o diretamente à condição de sujeito de uma história, e não identificando-o em massa a uma categoria de doentes.

Neste ponto, voltamos imediatamente à diferença entre **ter** uma doença e **ser** uma doença, como escrevemos há pouco, pois no primeiro caso, o sujeito pode tomar posse de algo que tem, e no segundo, ele se identifica com o objeto doença e passa a **ser uma doença**. Isto acarreta conseqüências não só para a questão da adesão ao tratamento médico, mas especialmente para o manejo do psicanalista no trabalho com seu paciente.

Tomemos como exemplo, ainda que um tanto corriqueiro, um adulto que já passou por toda uma série de experiências na vida, mas jamais teve a menor condição de considerar-se “autor” de sua história, encarando geralmente todos os fatos como sendo obra de um destino que ele próprio não crê ter escolhido, considerando tudo de bom que surgiu em sua vida como fruto da sorte, e tudo de ruim como resultado do desejo de um Outro que o olha com maldade, ou mesmo como fruto do azar.

Podemos dizer que é assim que muitos pacientes chegam, impactados com a descoberta da doença, convocados, pelo fato, a rever toda a sua vida, sua relação com o corpo, com o Outro, com a morte. Tal convocação nem sempre é aceita num primeiro momento. Como colocar-se como “autor” de uma doença que ele nunca se dispôs a produzir? Como se responsabilizar por algo que, ele próprio enfatiza, não foi ele quem fez? É quase insuportável ter que integrar a sua vida pessoal e profissional, às vezes em meio à revolta, algo que não se escolheu para disto tirar conseqüências.

A resposta primeira pode ser a de recusar-se a **ter a doença**, o que não é, do ponto de vista psicanalítico, diferente da posição daquele que pode assumir **ter a doença**, pois estão ambos no registro do **ter**, embora tenhamos que tratar de problemáticas distintas.

Outra possibilidade é a de responder a isso no registro do **ser**, pois identificando-se com a doença, entrega-se ao médico, este que se propõe claramente a separar o sujeito do objeto do seu saber, colocando-se, a partir daí, na posição de objeto que, portanto, de si próprio nada sabe, e precisando, para existir, ser nomeado pelo saber do Outro.

Podemos dizer que este sujeito escolhe, no jogo da vida, ocupar a posição de objeto, o que não é a mesma coisa que ser um objeto, já que aí há uma escolha. Mas nessa posição é alguém que está sempre funcionando literalmente à mercê do desejo de um Outro, posição esta que lhe permite ser manipulado e comandado como se seu desejo não tivesse a menor chance de entrar em cena, e mais ainda, como se permanecesse intacto justamente para mantê-lo nesta posição.

É porque tudo isso ocorre fora da consciência que a argumentação lógica não promove mudança de posição subjetiva na estrutura psíquica, o que não corresponde à mudança de comportamento. Fazer um alcoólatra parar de beber não é o mais complicado, existem inúmeras estratégias para isso. Outra coisa é promover nele esta retificação subjetiva de

posição de objeto que depende do “desejo” da garrafa (que, diz ele, o convida) para a posição de um sujeito que escolheu beber, e que só assim pode escolher parar de beber também. O objeto, por ser objeto, não tem escolha. O sujeito, por sua vez, escolhe os seus objetos, ainda que o faça sem muita convicção. O sujeito que escolheu “ser objeto” o fez para gozar daí, e na proximidade do gozo, está sempre próximo da morte.

A questão que se coloca aí para o psicanalista é o diagnóstico da posição subjetiva do paciente e como manejar o trabalho a partir dela, lembrando que gera conseqüências na relação do doente com a equipe. **Ter a doença** não é a mesma coisa que **ser a doença**, mas implica necessariamente a idéia de **estar doente**. Podemos dizer que **ser a doença** é uma posição que implica, por um lado, a “anulação” do sujeito, e por outro, a necessidade de **ter o médico**, sendo ao mesmo tempo por ele possuído.

Feito este diagnóstico da posição subjetiva, é preciso saber qual é a direção do tratamento, tal como propunha Lacan (1958). É trabalhar no sentido da retificação subjetiva, isto é, no sentido de deslocar o sujeito de sua identificação com a doença – portanto, do **ser a doença** (posição inevitavelmente sofrida, daí onde se goza) – para que possa **ter a doença**, passando a **estar doente**.

A partir do diagnóstico estrutural, o trabalho analítico de retificação da posição subjetiva visa intervir nesta organização psíquica, e é um trabalho de questionamento que o analista propõe ao sujeito a respeito da posição que ele ocupa no modelo da proposta que Freud (1905) fez a Dora, que consistia em perguntar: “Qual a sua participação na desordem da qual se queixa?”

Evidentemente, não se trata de um trabalho de adaptar o paciente à realidade, até porque, nesses casos, o que nos chama atenção é justamente o fato de alguns estarem angustiados porque estão muito bem adaptados a ela, especialmente quando se identificam

com a doença para serem possuídos pelo saber médico. O que se pretende com o trabalho de retificação subjetiva é a “introdução da dimensão ética – ética da Psicanálise, que é a ética do desejo” (QUINET, 2001, p. 37), pois sabemos que “apagar o desejo do mapa, quando ele está recoberto na paisagem do paciente, não é o melhor seguimento a dar à lição de Freud” (LACAN, 1958, p. 608).

E a lição de Freud (1920), levando em conta a economia do desejo, é que não devemos esquecer que não há sofrimento que se repita insistentemente que não traga, em si, um ganho secundário que dificulta ao sofredor livrar-se do mesmo sofrimento do qual se queixa.

Se a posição de **ter a doença** implica **estar doente**, a posição de **ser a doença** implica **ter um médico**. Este último, por sua vez, lidando com a doença, convoca o doente a cumprir as suas recomendações, nem sempre conseguindo encontrá-lo. O doente, identificado com a doença, não se trata, posto que é um objeto a ser tratado pelo Outro.

Ainda que saibamos da inacessibilidade ao Bem maior e que, por vezes, é na busca do melhor que se chega ao pior, embora não trabalhem com ideais de perfeição, Szpirko (2000, p. 70) nos lembra que aos psicanalistas “o menos ruim lhes basta”. É na direção do **ser a doença** para o **ter a doença** que se dá a nossa intervenção, de modo a convidar o sujeito a responsabilizar-se pela experiência, ainda que se diga vítima de um destino Outro, mas a tempo de, ao menos, reclamar o direito à sua co-autoria.

Podendo se ocupar da posição de quem **tem a doença**, inevitavelmente passa a **estar doente**, então por isso **tem um médico** que trata de uma **doença que é sua**, mas não é o seu ser.

É no sentido do **estar doente** que Szpirko (2000, p. 65) refere-se ao fato de que a nomeação de uma doença é um elemento significante que se inscreve na “carteira de

identidade inconsciente” de um alguém, de tal modo que deixar de **ter a doença** poderia funcionar como uma amputação no registro do ser de alguém, e sua hipótese é que, em função disso, muitos pacientes, ainda que inconscientemente, investiriam na não-adesão ao tratamento da doença, de tal que se acomodassem bem em sua identidade de doentes.

No caso dos nossos pacientes do programa de transplante de fígado, temos aí uma situação bastante peculiar: ele **tem a doença**, e ainda que consiga **estar doente**, a partir do transplante **não mais tem a doença, deixa de estar doente**. Em função da experiência do “outro em si”, passa a **estar transplantado**.

Mas nesse caso, se pudemos entender com Szpirko (2000) que a “carteira de identidade inconsciente” é marcada pelo significante, aqui o que está em questão é que a identidade de nossos pacientes é marcada por uma intervenção no Real do corpo. Do que se trata a experiência do “outro em si”? Como tratamos disso? É o que veremos em seguida.

3.10. A EXPERIÊNCIA DO “OUTRO EM SI”

A partir da realização da cirurgia, passamos à experiência do “outro em si”, o que acarreta conseqüências em amplos sentidos: desde a necessidade de passar a viver com medicações imunossupressoras (para diminuir o risco de rejeição do enxerto) até as novas formas de lidar com a questão da alteridade.

Conforme escuta os pacientes, o psicanalista num programa de transplante de fígado se depara com o impacto da experiência do transplante, que não deveria nos deixar dúvidas quanto a seu caráter traumático. O que é traumático aí? Por que isso é traumático?

Para Freud (1916), o que torna um acontecimento traumático não é o acontecimento em si, mas a fantasia que se constrói *a posteriori*. Em 1920, como ressalta Fernandes (2002b, p. 60), Freud definiu o trauma como sendo

o resultado de uma desproporção entre a intensidade pulsional e as possibilidades de elaboração do aparelho psíquico, e se, mais tarde, em 1926, a ausência da mãe constitui uma situação *traumática*, torna-se possível demonstrar que, sem uma função materna de pára-excitação, o aparelho psíquico fica à mercê da desintração pulsional. [grifo da autora]

Isso nos aproxima da idéia do trauma relacionada à fantasia e ao excesso. É fato que se suporta (ou não) a experiência do transplante, num primeiro momento, lançando-se mão das fantasias. Mas aí cabe questionar: o que poderia se reviver a partir de um transplante, dessa situação inédita?

O atravessamento de uma doença, causando uma ruptura, a conseqüente notícia da indicação de transplante como única chance de vida, seguida da cirurgia propriamente dita, é, na vida de uma pessoa, algo da ordem do encontro com um Real que, convocando o sujeito a uma nova posição, num primeiro momento, ainda **sem palavras**, o faz lançar mão de sua **fantasia** como meio possível de atravessamento da dor do **inédito**. É neste nó de encontro com Real, angústia, dor, fantasia, imagens especulares e **sem palavras** diante do inédito que um psicanalista vai lhe convocar a falar.

No que tange ao excesso, é uma experiência que implica necessariamente a retirada de um órgão falido e a implantação de um novo órgão, retirado de um doador cadáver ou não. Trata-se de um órgão estranho num corpo conhecido ou de um órgão conhecido num corpo estranho? Vejamos. O fato é que há um **a menos** e um **a mais** nessa experiência. O trauma aí, por sua vez, se relaciona com a perda ou com o ganho?

Para abordar essas questões, passaremos a discutir, a partir do que é colocado pelo paciente na relação com o analista, a respeito de três pontos simultaneamente: como o nosso paciente lida com a perda do órgão, como lida com o enxerto do novo órgão e sobre a presença e a função do analista neste processo.

Do ponto de vista psicanalítico, como os pacientes lidam com a perda do órgão doente e com a introdução do novo órgão (enxerto)? Mal, muito mal. Objetivamente, compreendem bem o procedimento e, curiosamente, buscam se definir rapidamente, no sentido de **juzá-lo** – “valeu a pena ter feito” ou “não valeu a pena ter feito”, como se o valor de uma experiência como essa pudesse prescindir do “depois”.

Subjetivamente a perda do órgão é algo que lhes dá trabalho, posto que, para falar da retirada do próprio órgão, o sujeito se remete à castração simbólica. Essa retirada entra em seu discurso como mais um elemento da sua série de perdas, e na busca de um lugar para se ancorar, não é sempre que os pacientes se remetem ao que fica no lugar do que foi perdido, o novo órgão. Isto impressiona alguns médicos, que não toleram bem o fato de o paciente se “apegar” ao aspecto castrador da cirurgia sem dar ênfase ao seu aspecto de ganho, especialmente do ponto de vista do benefício médico aí proposto.

Trata-se de pacientes que se queixam da dor da castração literal, pois um órgão lhes foi arrancado e foi para o lixo, também literalmente. Mas aqui é fundamental que um ponto seja lembrado: eles se queixam dessa dor do transplante desde que ele lhes foi indicado, portanto, antes da experiência do transplante, antes da experiência propriamente vivida. Estamos, então, diante de uma dor causada pela palavra. O transplante é uma palavra que dói. A cirurgia, em si, não dói nada, graças aos métodos anestésicos indiscutivelmente eficazes durante sua realização. Mas essa palavra! Pode-se dizer que é com uma dor imensa que muitos de nossos pacientes a enunciam.

Então, que dor é essa que a palavra causa? É a mesma que causa a palavra, é a dor da castração simbólica, que cortando o sujeito, lhe confere a condição de falante; que furando o sujeito, o **traumatiza**, conferindo a condição de submetido à lei do Outro, tornando-o estranho de si mesmo, fazendo com que seu organismo vire corpo, na medida em que é incorporado pela linguagem e a palavra mortifica.

O que corta o corpo causando dor é a palavra transplante, posto que o organismo é cortado pelo bisturi, sem dor, pois a anestesia é segura. Já o Outro simbólico corta o gozo sem anestesia, e a partir daí, toda certeza de um sujeito sobre sua identidade se faz num registro imaginário.

Mas por que esses pacientes valorizam a perda do órgão, e não o ganho do novo? A certa altura, chegamos a ter a impressão de que os pacientes falam quase que *tranqüilamente* de tudo que for da ordem da perda sem se referir ao enxerto doado, portanto, ao ganho de um órgão que, vindo de um outro, lhes permitirá viver. O ganho do enxerto aparece aí como sendo da ordem do excesso.

Alguns pacientes, no entanto, tentando elaborar a perda do órgão doente, com dificuldade se remetem ao novo órgão como sendo aquilo que fica no “**lugar do que foi perdido**” (sic), mas geralmente, ao falar disso, dão ênfase ao tema da gratidão ao doador, do amor, da culpa pela perda do outro, da dívida contraída na doação. Observa-se que o ganho inédito curiosamente se transforma em perda, para aí ser falado, sem poder ser experimentado como ganho ou, talvez, sendo o ganho experimentado como excesso, como angústia.

Se, com relação à retirada do órgão, é possível ao paciente remeter à castração simbólica, quanto à introdução do enxerto, o sujeito se remete a quê? **Sem palavras** e com **angústia**, buscando sustentar-se na **fantasia**, diante do inédito, tende a fazer do **a mais** um **a menos**, fazendo com que nos questionemos: a que corresponder, no Inconsciente, a

introdução de um novo órgão, senão à experiência mesma da retirada do órgão doente e aí, sim, à castração? É como se no Inconsciente tivéssemos apenas registros de perdas.

Mas a clínica nos demonstra que este recurso utilizado pelo paciente transplantado, o de **menos-prezar o a mais**, não resolve o problema de sua angústia. Não é raro alguns pacientes, mesmo após anos de transplante, continuarem a se referir com ênfase ao órgão que perderam, e até falarem do novo fígado, mas não como sendo algo deles próprios.

Aqui cabe a questão: será que é deles mesmo? Vejamos: no organismo há um fígado que, embora enxertado – e também por isso –, é indubitavelmente dele. No corpo isso é assim? Embora objetivamente tenhamos aí um estranho (estranheza que, inclusive, é confirmada pelas rejeições celulares), a partir do momento em que é enxertado no organismo daquela pessoa, esse órgão passa a ser o fígado dela? E mais: é assim que precisaria ser para poder cuidar-se, e não apenas delegar à equipe médica que cuide bem daquilo que “fizeram com ela”?

Não, a introdução do enxerto no organismo não corresponde à introdução no que chamamos “corpo”, portanto, não corresponde ao processo de inclusão no corpo, que chamamos aqui **incorporação**. Isso que objetivamente ocorre não corresponde ao que ocorre no psiquismo, que para se apropriar (tornar próprio) desse órgão estranho, requer não só uma estrutura que permita isso, mas também um tempo que não é o mesmo tempo cronológico em que se realiza a cirurgia do transplante, por mais demorado que este seja.

Se enxertar no organismo não é o mesmo que incorporar, o que está em questão é saber primeiro se esta incorporação ocorre, e depois, como ela se dá e qual a função do analista aí. A experiência tem nos mostrado que esse processo de incorporação e apropriação do novo órgão como parte integrante do corpo requer um certo trabalho, que se dá na presença

do analista, e também através dela. Mas de que forma, na relação com o analista, se faz possível a incorporação desse **a mais**?

Via de regra, o momento de acordar transplantado se dá na UTI, num cenário onde o paciente encontra-se entubado, com o corpo restrito e conectado através de diversos fios a aparelhos que têm como função monitorar suas funções vitais. É só quando alguém acorda sabendo-se transplantado que tem aí a possibilidade de vivenciar a experiência do “outro em si”. Por mais tempo que alguém passe preparando-se para um transplante, este momento de acordar transplantado é um marco e, ao mesmo tempo, um apelo ao Simbólico. É preciso que o paciente tenha recurso simbólico à sua disposição para que possa vivenciar não só a situação de UTI sem entrar em pânico, como também a idéia que lhe vem à mente logo que recobra a consciência: “Agora **sou um transplantado.**”

Eis, efetivamente, um *status* inédito em sua vida, entendendo aqui inédito como sendo aquilo que nunca foi dito, que nunca foi da ordem da experiência. O combinado com os nossos pacientes, desde o seu acompanhamento antes da cirurgia, é que o nosso trabalho tem continuidade depois, até quando a demanda do paciente o sustenta. Mas o paciente sabe também que nem sempre estamos no hospital no momento em que acorda da cirurgia, na UTI, e costuma lembrar que pode nos chamar quando sente que isto é importante para ele.

No primeiro atendimento após o transplante, depois de ter o tubo do respirador retirado, dando-lhe condição de falar, Renato me perguntou: “E agora, **como eu sou?**” Na mesma situação, Rita indagou: “**Quem eu sou** agora?” Hélio: “O **que** vai **ser** de **mim?** Mazé: “**Sou eu mesma? O que você me diz?**”

Então, o que pode dizer um analista a alguém que lhe pergunta: “**Quem sou eu?**” Se estivéssemos fora do contexto, talvez, neste momento, a questão da identificação do sujeito não fosse o enfoque, embora seja uma pergunta corriqueira em nossos consultórios – talvez

por isso mesmo. Aqui ela nos interessa, particularmente, pois não é todo dia que a questão da identificação é colocada em pauta graças a um transplante de fígado.

Mas na UTI da Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado é. Todo dia que alguém acorda transplantado, via de regra é isso que se coloca em questão na relação com o analista. Essa questão é dirigida não só para o analista, mas para os outros membros da equipe. A diferença é que a resposta, para eles, como não poderia ser diferente, está na ponta da língua: “Você é o mesmo Renato de sempre, agora salvo!”; “Você continua sendo Rita, claro!”; “Você, Hélio, vai ser o mesmo homem, agora novo em folha!”; “Mazé, é você mesma! Você está ótima!”

Além disso, os familiares e/ou outras pessoas que o rodeiam, contaminados pela angústia do paciente, não suportam escutar suas questões, começando, quase sempre, a falar para o sujeito tudo aquilo que lhes vem à mente. Enquanto isso, a grande maioria dos agentes de saúde oferece a ele **imagens semelhantes**, fazendo o que lhes parece mais eficaz: apresentam pessoas já transplantadas, desde quando se apresentem em bom estado geral, como se a imagem de si próprio, num *status* inédito, pudesse ser, simplesmente, unificada pela antecipação da imagem do outro semelhante.

Esse tipo de intervenção conta, evidentemente, com a eficiência imaginária do sujeito em questão, que há de contar novamente com sua **fantasia**, agora não só para lidar com o inédito, mas também para suportar o “outro especular” que, cheio de boas intenções, lhe anima com a expressão “**eu sou** você amanhã” (sic), ao mesmo tempo que aproveita a visão do outro “fragmentado” para valorizar a própria conquista de ter se safado daquela situação crítica. Não é esta a proposta dos grupos suportivos? Neste caso, ambos se suportam. De qualquer modo, porém, o que nos parece problemático aí é que o que fica sem tratamento é a questão da identidade do sujeito, algo que nos parece fundamental abordar.

Em todos esses anos de trabalho no programa de transplante de fígado, **nunca** atendi um só paciente que, ao acordar transplantado, não me perguntasse a respeito de seu **ser** (com exceção dos pacientes de estrutura psicótica, que acordavam afirmando, em sua certeza delirante, quem eles eram), e em **todas** as vezes deparei-me com uma impotência absoluta. Eu estava ali colocada no lugar de quem deve nomear o ser, no lugar de um Grande Outro quase tão absoluto quanto minha impotência. E era preciso prestar atenção nisso, que põe em evidência a lição freudiana, contradizendo o senso comum: “Quem sabe de **mim** não sou **eu**.” O que se colocava nesta questão era a exterioridade do saber em relação ao ser: “Quem sabe quem **eu** sou é o **Outro**.”

Ainda no primeiro ano de meu trabalho neste programa, num sábado à tarde, no meio de um atendimento de um paciente que pedira para me chamar, pois sentira “necessidade de falar” (sic), uma auxiliar de enfermagem pediu licença para interromper, pois era preciso medicá-lo naquela hora. Ela era uma pessoa que, além de bastante competente no que fazia, também se mostrava muito interessada, e escutou o paciente me questionando (ou se questionando diante de mim) a respeito de sua identidade, pois a entrada dela não o fez parar de falar. Como ele tinha dito, precisava falar.

O atendimento tinha sido intenso, o corpo Real em evidência clamando por ser nomeado, ligado a uma dezena de máquinas que tentavam fazer isso por ele. Com a imagem fragmentada (não em fantasia) - ele só se via em parte por causa das máquinas -, estava tomado de angústia. Era preciso falar, e a presença do analista aí, como veremos nos próximos parágrafos, é constitutiva da experiência.

Na minha saída, intrigada que estava com essa questão, tentando entender o que acontecia ali, fui interpelada pela auxiliar que, a partir disso, passou a ser, para mim, não só uma pessoa interessada, mas também uma pessoa extremamente interessante, pois seu

questionamento a mim dirigido tivera um efeito de “supervisão”. Em meio a tantas questões, tive a oportunidade de descobrir algo.

Ela me perguntou por que eu não respondia quem ele era, já que eu sabia quem ele era. Sua pergunta dizia respeito ao que eu estava fazendo ali, e esta era mesmo a minha questão, foi importante ela tocar nisso. Em silêncio, fiquei olhando para ela, e ela para mim, e depois de algum tempo sem conseguir pensar, eu lhe respondi: “Porque eu não sei quem ele é.” Por instantes, ficamos em silêncio, olhando uma para a outra. Eu com minhas questões, ela com suas respostas, que subitamente se transformaram numa questão também: “Você [ênfase no “você”] não sabe quem ele é? Deus meu! Quem é esse homem? E quem disse que eu sei? Se nem ele sabe quem ele é...” E quase me “interpretando”, afirmou, surpresa: “É isso que você faz! Ajudar alguém a saber o que não sabe!”

Foi produtiva aquela tarde de sábado. É claro que, se a pergunta desses pacientes era insistentemente relacionada à questão do **ser**, a resposta pronta dos colegas de equipe não devia lhes servir, assim como não lhes acalmava a visão da imagem do semelhante (que, pela melhora do quadro, já não era tão semelhante assim). E muitas vezes os pacientes precisavam lhes dizer, angustiados, que não era aquilo que estavam perguntando.

Isso fazia com que alguns membros da equipe se preocupassem e, por vezes, na sutileza dos encontros de corredor, frente à constatação de que suas respostas não eram suficientes ao paciente, surgia uma espécie de “queixa” a nós dirigida, que traduzia, em si, a demanda de entender o que se passava com aquele paciente, que falava de algo que lhes parecia estranho. Vinham nos perguntar, então: “Do que ele está falando? Se está orientado no tempo e no espaço, não deveria saber quem é, onde está, que dia é hoje? Será que tem algo neurológico comprometido?”

Muitas vezes, foi preciso perguntar aos colegas da equipe se o fato de estar bem de saúde, de estar neurologicamente em ordem, de saber onde trabalhavam, de reproduzir o nome que lhes fora dado ou de saber em que data estavam era, de fato, suficiente para que soubessem quem são: “Mas, você, você sabe mesmo quem você é?”

Alguns respondiam: “Claro que sei quem eu sou, não tenho nenhuma dúvida.” E se calavam. Outros titubeavam: “Eu acho que sei, mas não tenho certeza. Bom, mas pode ser...talvez...” E continuavam falando.

É na “certeza” imaginária que alguém sabe dizer quem é, que alguém pode falar de si como unidade, corpo unificado a partir da presença da imagem e do significante do Outro. É justamente essa “certeza” imaginária que é afetada desde a descoberta da doença e, especialmente, a partir da cirurgia do transplante – esta que, inaugurando o *status* inédito de **transplantado**, possibilita a experiência do “outro em si”, que se inaugura para o sujeito a partir da questão “e agora, quem **sou eu**?”.

O paciente daquela tarde de sábado, assim como todos os outros, ao acordar da cirurgia e se encontrar “orientado no tempo e no espaço”, se deparou com algo da ordem do Real, o que chamou depois “inenarrável” (sic), e tinha seu corpo “preso” (sic) por inúmeros fios às máquinas que lhe davam vida, e por isso mesmo, sem nenhuma autonomia, ele as temia. A essa consciência do corpo “preso” às máquinas correspondia “a sensação do corpo em pedaços, fragmentado, em compartimentos” (sic), o que só vem a nos confirmar que a unidade imaginária do corpo é afetada pela experiência.

Novaes (2003, p. 8), em seu livro “O homem-máquina. A ciência manipula o corpo”, pergunta: “Tudo caminha – principalmente o corpo – para o artifício [...] Poderíamos dizer, sem risco de erro, que um corpo tecnicizado guarda ainda ‘qualidades ocultas’ do corpo natural, enigmas que nos levam a pensar, permanentemente, o jamais pensado ainda?” Aqui

não podemos falar exatamente de um corpo natural, desde a incorporação significativa, mas é fato que um corpo tecnicizado guarda qualidades (nem sempre ocultas) com do corpo simbólico, inclusive, porque só podemos falar de corpo tecnicizado mediante um Outro que o tecniciza. Se há um “homem-máquina”, é porque há um Outro que assim o deseja.

Nesse caso, embora não só a natureza da cirurgia contenha em si mesma a noção do “homem-máquina”, nós temos, para além disso, um “Outro-máquina”, que diante do paciente não só lhe dá condição de se manter vivo, como “fala” por ele, dele “sabe” algo que ele não alcança, mas busca decifrá-lo, numa tentativa nem sempre bem-sucedida de ser “lido” nas máquinas, de se reconhecer nelas.

Em sessão, esse paciente lembrava dos primeiros momentos depois que acordou transplantado, ainda sem poder falar, pela presença do tubo do respirador, e atento ao que se passava ao seu redor, via que as pessoas da equipe entravam na UTI para saber como ele estava, todas atentas e dispostas a cuidar dele. Mas olhavam antes para as máquinas, e ele contava que sofria com isso, embora entendesse, e olhava para as máquinas também, tentando se encontrar ali. Quando as pessoas saíam e não tinha conseguido perceber nada em seu olhar, “orava” (sic) às máquinas, implorando para que elas não desligassem, que não desistissem dele, e a cada “apito” que ouvia, assustava-se sem saber como decifrá-las; alguém entrava e “falava com elas”, e com o olhar doce e tranqüilizador de um tradutor apressado, levantava o dedo polegar, efetivamente o tranqüilizando.

Esta situação do paciente na UTI nos coloca com clareza a evidência de que o saber do homem sobre o seu ser está no Outro do significativo e no outro da imagem; está fora do corpo, o mesmo que dizer que, desde a incorporação significativa, o “homem tem um corpo” e “não é o seu corpo”. Ali, na UTI, um homem buscava saber sobre si no olhar do Outro, ainda que este Outro não o olhe, ainda que este Outro “tome seu corpo” numa máquina.

Esta exterioridade do saber em relação ao ser é inspiradora da demanda do sujeito, dirigindo sua questão existencial para o Outro. Isto mostra a importância do nosso atendimento clínico ao paciente recém-transplantado, num pós-operatório imediato, ainda na UTI. É o momento em que o psiquismo trabalha com uma certa sobrecarga, carecendo de escuta e, muitas vezes, de intervenção.

Muitos colegas psicólogos referem-se a esse momento do pós-operatório imediato como muito complexo, e em função de tal complexidade, o classificam como a “pior hora” para que entremos em cena. Embora reconheçamos que esta “pior hora” é uma hora difícil para o paciente – e não só para ele –, nossa posição vai numa direção oposta. Acreditamos que é em função da mesma complexidade que a “pior hora” nos parece a melhor para a nossa entrada em cena, especialmente porque é entrando nessa cena que conseguiremos resgatar algo da “Outra cena” dos pacientes.

Além disso, a frequência com que os pacientes pedem para nos chamar, muitas vezes quando já estamos a caminho, confirma a nossa idéia, especialmente no caso daqueles a quem o atendimento pré-transplante se fez assiduamente, pois referem “necessidade de falar” (sic). O que significa essa “necessidade de falar” (ao analista), associada à demanda de saber quem eles são dirigida ao Outro-analista?

Para entender isso, voltemos ao conceito de corpo em Psicanálise, no tocante à questão da alteridade como chave de sua constituição. Se o corpo coincidissem com o organismo, as respostas dadas às perguntas dos pacientes sobre quem eles eram seriam suficientes. Mas há uma discordância entre corpo e organismo, de tal modo que, como afirma Miller (2004, p. 30), fazendo referência à teoria lacaniana do estágio do espelho, é na “fragmentação inicial do organismo” que se insere “a imagem totalizante do corpo, o que promove a imagem para o centro da vida psíquica do corpo vivo da espécie humana”.

Inúmeras vezes, perguntei aos pacientes por que as respostas dos outros membros da equipe não lhes serviam às perguntas que faziam no pós-transplante imediato a respeito de sua identidade. As respostas foram sempre: “Porque não era isso que eu estava perguntando.” Eu os indagava: “E o que perguntavam?” Eles respondiam: “Sobre coisas que eles não sabiam ouvir, nem eu sabia explicar. Mas a senhora sabia ouvir, e sem explicar nada, me fazia falar, por isso eu precisava de sua presença.” No andamento da pesquisa, como não lembrar da auxiliar “supervisora” do começo, que me dissera que a minha presença, possibilitando a fala, fazia alguém falar sobre o que não sabia?

É, portanto, na relação com o Outro que o corpo humano se constitui, passando de corpo fragmentado a corpo unificado pela imagem e pelo significante, tornando possível o investimento libidinal do corpo, ou seja, a passagem de um corpo biológico para um corpo pulsional. A este respeito, nos lembra Birman¹ (1997, apud FERNANDES, 2002a, p.1 90): “A presença viva do analista é necessária para que ele possa acolher o impacto das forças pulsionais, constituindo-se, assim, como esse Outro através do qual a libidinização torna-se possível.”

Estávamos diante de uma situação na qual o que aparecia na relação com o analista era predominantemente o corpo Real, corpo de sensações, sem nomeação, em excesso. A busca do saber do Outro indicava que era preciso retomar o corpo também em sua dimensão simbólica e imaginária, indicando que o Outro-analista tem uma função diante desse excesso.

A presença do analista ali indicava que a “oração” podia ser dirigida não mais às valiosas máquinas, mas a alguém que, ao lhe escutar, lhe permitisse conferir que estava vivo – portanto, lhe assegurasse a vida pela via do significante, barrando esse gozo intenso,

¹ BIRMAN, J. Le corps et l’affect en psychanalyse: une lecture critique du discours freudien (O corpo e seu efeito na Psicanálise: uma leitura crítica dos discursos freudianos). In **Revue du Cercle Freudien – Che vuoi?** Paris: Nouvelle, n° 7, 1997, p. 26)

mortífero, sem contorno, fazendo o sujeito emergir na cadeia de significantes. Se a presença do analista possibilitava a reunião dos “fragmentos”, tratava-se, então, de uma presença que, pela convocação da fala, possibilitava um trabalho de construção, no campo da transferência.

Sabemos que o corpo unificado é uma ilusão de auto-suficiência necessária no exercício da autonomia, e isto se constrói na relação com o Outro, externo ao corpo, que, “constituindo-se entre o interior e o exterior, permite também a distinção entre **um** e **outro**, ou seja, entre dentro e fora” (FERNANDES, 2002b, p. 56). Para que possa haver um **eu**, é necessário um **Outro de fora**. É neste exercício imaginário da autonomia que o sujeito do significante se distancia do Outro para, curiosamente, fazer dele sua referência.

É importante, portanto, essa localização externa do Outro para o sujeito. No caso desses pacientes, a experiência do “outro em si” coloca para o sujeito não só esse elemento **a mais** como parte de seu corpo, essa marca na sua identidade sobre a qual ele questiona, mas a problemática da ausência do Outro como referência, permitindo aos pacientes, num momento posterior, falar da experiência como algo extremamente dolorido e rigorosamente solitário.

No texto “Inibições, sintoma e angústia”, Freud (1926) sugere que a ausência da mãe provoca dor no bebê, nos permitindo notar que

(...) é a idéia da ausência do outro que está na origem da abordagem freudiana da dor psíquica. Assim, por meio de uma operação analógica, Freud inscreve o outro em toda dor (...) Essa inscrição constitui uma contribuição essencialmente psicanalítica à abordagem, não somente do corpo, mas especificamente da dor, cujo caráter enigmático jamais deixou de ser apontado pela clínica médica. O que também permite compreender claramente que, afetado pela ausência do outro, o corpo dói. Fato que tão bem descrevem alguns pacientes quando, diante de um sofrimento muito intenso, insistem em distinguir o sofrimento da dor e frequentemente a localizam no próprio corpo: “Isso dói muito, há certos sofrimentos que doem no corpo, sinto a dor aqui, no meu peito” (FERNANDES, 2002b, p. 57).

É assim que nossos pacientes se referem à dor do transplante, dor que muitas vezes foi alvo da equivocada ingestão de analgésicos, sem que neles encontrassem o seu alívio. É na presença do analista que essa dor é escutada e, transformando-se em fala, inscreve-se como experiência, de tal modo que começa a adquirir também uma imagem e a ter um lugar na história do paciente.

No entanto, em alguns casos, a questão da identificação se “resolve” no silêncio, na inibição, o que também inspira cuidado. Sem condição de dirigir sua angústia sequer para as máquinas, alguns pacientes calam-se, e sem palavras, digamos que toda a libido é voltada para o próprio corpo, fazendo com que o sujeito se apresente deprimido na relação com o analista. A depressão à qual nos referimos parece ser a que acompanha o processo psíquico de perda do órgão doente e de incorporação do novo órgão, associada, sem dúvida, à própria dificuldade de situar-se perante as exigências que a situação de internação lhe impõe.

Mas não é só isso. Trata-se de uma situação que presentifica a ausência do Outro, na medida em que o que parece ocorrer é uma identificação com o “outro em si” pelo lado da morte, e não da doação de vida. Ou seja, sem saber ao certo quem são, identificam-se com o órgão enxertado, “pedaço da morte” (sic), mutilado, colocando-se aí como objeto dos cuidados da equipe, e não como sujeito.

Freud (1915c), no texto “Pensamentos para os tempos de guerra e morte”, escreve que, para o sujeito humano, a morte não é representável; no entanto, é antecipável, acrescentando que isto exerce uma forte influência sobre a vida por meio do significante. Na situação do transplante, a morte “toma corpo” no objeto enxertado. A partir daí, é importante que possamos levar em conta, na clínica, a relação do sujeito com a morte não relacionada à morte natural, mas à função da morte na vida, da relação subjetiva com a morte na vida.

Se o “Real que invade o imaginário fura a *gestalt* e, por isso, provoca angústia”, esta é “velada pelo sujeito em suas fantasias a respeito do que pode acontecer na relação com o Outro” (ALBERTI; RIBEIRO, 2004, p. 7). É assim que podemos entender a inibição nesses casos, e por conseguinte, acompanhamos, a partir daí, o silêncio do paciente, que pode ser entendido como o efeito da invasão do Imaginário no Simbólico, pois, antecipando a morte, o sujeito se cala para que, permanecendo unificado em seu imaginário, possa dela escapar.

Isso não ocorre sem que as condições psíquicas do paciente lhe sejam favoráveis, de tal modo que o analista, já as conhecendo, precisa intervir, convocando o sujeito a entrar em cena, considerando que o sujeito **não é o seu corpo**, mas **tem um corpo**. É bem possível que possamos entender que alguns quadros depressivos se instalam obedecendo à lógica da identificação do sujeito com o corpo, “**eu sou o meu corpo**” (sic). É seguindo esta lógica da identificação com o corpo transplantado – que contém nele, ao mesmo tempo, a inscrição da castração de um órgão e a marca do excesso do “outro em si” – que muitos pacientes se calam, oferecendo-se ao Outro como objeto de sua manipulação. O sujeito literalmente se entrega ao Outro.

Para Miller (2004, p. 14), a partir do momento que é sujeito do significante, “é precisamente de lá que procede sua afeição pela imagem de seu corpo. O enorme inchaço narcísico, que é característico da espécie, procede desta falta de identificação subjetiva com o corpo. Em função disso é que se pode dizer que a identificação do ser com o corpo apagaria o sujeito, e que é “na falha dessa identificação entre o ser e o corpo, é mantendo, em todo caso, que o sujeito tem uma relação de ‘ter’ com o corpo, que a Psicanálise arranja seu espaço”.

Muitas vezes, frente ao silêncio desses pacientes sem condição de falar, posicionados literalmente como qualquer **coisa**, perguntamos, diretamente: “Como vai o seu corpo?”, dando ênfase à palavra corpo. É impressionante como essa pergunta é “mágica”, pois,

curiosamente, os faz levantar. Sim, claro, pois é disso que é preciso falar. Não é na presença do Outro que se faz a passagem de um corpo biológico a um corpo pulsional? Ele só passa a **ter um corpo** na presença viva de um **Outro**. Antes disso, ele é um corpo.

Assim vai se fazendo possível a nomeação do que é predominantemente sensação, e aos poucos o Simbólico vai recobrando o Real, e isto provoca conseqüências no Imaginário. Muitas vezes é diante desse Outro-analista, desse “espelho” que o **olha**, que alguém consegue olhar pela primeira vez para sua barriga cortada, e pergunta ao analista: “Como é o meu corte?” (sic).

Existe uma situação relativamente comum, mas extremamente sofrida para alguns pacientes, que é aquela na qual o local do corte da cirurgia infecciona e os pontos se abrem, dada a pressão interna das secreções, vazando e escorrendo pela barriga. A conduta médica pode ser, entre outras medidas, a de manter aberta a incisão, com os cuidados necessários, pois são casos em que fechar novamente não só pode piorar a infecção, como também formar abscessos e favorecer a dor local em função da pressão das secreções. O açúcar (de cozinha) é uma substância cicatrizante e, eventualmente, bem indicada para esses casos. É muito difícil um paciente que se disponha a olhar sua barriga literalmente aberta no momento em que está sendo “adoçado” (sic), mas não é raro que nos peçam que olhemos seus corpos para fazer a seguinte demanda: “Você pode me falar sobre o que eu sou? Como é minha barriga?” (sic).

Se nessas situações a imagem é a primeira que se afeta, vale lembrar que a preocupação com a aparência é a última coisa que os pacientes levam em conta. O que está em questão aí é a identidade. Nesse momento inicial da experiência do “outro em si”, como espelho do sujeito “castrado”, o analista registra a imagem da carne viva, e desejando que a vida se dê, propõe a mortificação da carne viva pelas palavras, tal como fez o Outro na constituição da subjetividade.

À operação da incorporação do significante no corpo corresponde a passagem do corpo biológico ao corpo psicanalítico, como salienta Birman (1991), passando da lógica da anatomia à lógica da representação, na qual o primeiro obedece à lei da distribuição anatômica dos órgãos e o segundo passa a obedecer a lógica das leis do desejo. O que vale lembrar agora, aqui, é que, uma vez incorporado o significante no corpo, o objeto fica de **fora**, ou seja, a sexualidade humana, a partir da incorporação do significante, é fálica, e o falo é exterior ao corpo. “Enquanto o falo está no simbólico, o corpo está no imaginário” (ALBERTI; RIBEIRO, 2004, p. 10).

No caso dos pacientes transplantados, o que está em questão a partir daí é a **incorporação do objeto**, ou seja, a questão de como o objeto que está **fora** passa a ser objeto que está **dentro**. Se, por definição, o estatuto do Outro é fora, no caso dos transplantados teremos o “outro em si” e o significante **fora**, visto que o sujeito se encontra **sem palavras**. E **sem palavras**, como incorporar o objeto? Ao que nos parece, a partir da incorporação do significante no corpo, é pela via do significante que a operação da incorporação de algo se faz possível. Por que os pacientes transplantados não falam do **a mais** – ou, se falam, é para **menos-prezar**, como já vimos?

Então, se a partir da incorporação do significante o objeto fica fora, o que acontece na experiência do “outro em si”? A presença do objeto **a mais** vem nos indicar que o significante fica fora? Poderíamos, então, pensar em foraclusão do significante? Se a única possibilidade de incorporar o objeto enxertado é pela via do significante, que significante se faz possível para esta operação psíquica?

O significante, por sua vez, não é da mesma ordem do corpo, pois está no Outro, ou seja, tem sua dimensão incorpórea, onde temos, portanto, a noção de saber incorpóreo – portanto, fora do corpo.

Em relação a esse saber incorporal, nós nos ocupamos com o saber incorporado, e aqui o prefixo “in”, no incorporal e no incorporado, tem um outro valor. No incorporal, é um prefixo negativo, enquanto que, no incorporado, este prefixo significa a inclusão: o saber passa pelo corpo e afeta o corpo. Isso supõe, para dar conta da afetação como acontecimento de corpo, que nos desprendamos da figura sublimatória da significantização, para substituir-lhe esta função de corporização. O saber no corpo, sem efeito próprio, é o que Lacan chama de afecção, em sentido sem dúvida extensivo, generalizado (MILLER, 2004, p. 66).

Sendo assim, temos elementos para pensar a respeito da função de um analista frente a um paciente que, acabando de acordar na condição inédita de ser transplantado e que, experimentando intensamente as sensações de seu corpo, coloca em questão sua identidade, demandando saber ao Outro. O “Outro-máquina” oferece sinais que ele não decifra. O outro-semelhante oferece signos que não atendem sua demanda. O Outro-analista, lugar de condensação de gozo desse corpo de sensações, permanecendo fora, oferece a possibilidade dele se nomear, dele inventar um significante, de tal forma a poder falar de si e também do “outro em si”.

É interessante notar que, mesmo no caso dos pacientes que pedem para nos chamar, este convite à fala para além da castração é aceito com certa dificuldade, e sempre com muita comoção, o que nos torna evidente que convocar o sujeito a falar do inédito – portanto, daquilo que nunca foi dito – é convocá-lo a uma invenção significante.

A invenção significante não vem num primeiro momento. Frente à possibilidade de falar do novo, não vem nada de novo! O sujeito repete a sua queixa quase rotineira, por mais “justa” que esta lhe pareça ser, porque agora também lhe parece; trata-se de novo tema. Queixa-se de tudo e de todos na esperança de trocar a solidão de sua dor pela solidariedade de quem escuta sua queixa. O que faz o analista lembrar que a apresentação das imagens

solidárias de seus semelhantes quase sempre lhe são insuficientes para lidar com a dor, dado que ela não está apenas em função de sua fantasia.

Se a partir da lógica freudiana do mal-estar (Freud, 1930) podemos dizer que toda estabilidade psíquica é imaginária, a notícia do transplante fere o sujeito em sua estabilidade narcísica, convoca-o a se ver furado, sem órgão, ao mesmo tempo que retira o Outro de sua frente para convidá-lo ao encontro com o “outro em si” mesmo, deixando-o na mais absoluta solidão. E o que se repete? Isso. **Isso** se repete. Queixar-se do abandono do Outro, da imagem ideal destruída, do luto por uma imagem que se perde e também de um órgão que se perde, que lhe é retirado por comprovar, por exemplo, sua insuficiência para a vida.

Isso se repete na cena com o analista, quando convocado a falar do **a mais** que a experiência do transplante lhe impõe. A questão da identidade evidencia-se em perigo, e o paciente volta a perguntar, repetindo-se, **traumatizado**: “Quem eu fui, quem eu sou, quem eu serei?” E volta a falar de perdas. Perde-se saúde, perde-se em ideal, perde-se um órgão, perde-se o outro.

Se o trauma é aquilo de que o Outro fez um sujeito sofrer, e se o sofrimento é em função da suposta lembrança disso, é por remeter o paciente à castração que o transplante é traumático, mas não só. Há um excesso em questão que não se inscreve – e não se trata aqui de uma representação excessiva, mas de um excesso sem representação. O que o sujeito faz com esse sofrimento? Responde com sua fantasia, exatamente como a clínica nos comprova. Ao ser convocado pelo analista a falar do novo, repete, como se a experiência do “outro em si” só lhe remetesse às perdas. O analista o convoca à invenção significante, de novo, supondo que esse novo significante possa ser operativo no processo de incorporação do **a mais**, ainda que essa operação não possa se dar toda, por inteiro.

É nesse ponto que convém lembrar que a presença do analista possibilita não apenas a reunião dos “fragmentos” do Imaginário pelo Simbólico, desde a invasão do Real, como também um trabalho de construção, pois convoca o sujeito a uma invenção significante.

A clínica nos mostra: ou ele **menos-preza** ou ele **estranha**. Se a forma de elaborar o **a mais** era freqüentemente a de transformá-lo no **a menos** – e, como dissemos acima, isso não parecia resolver a angústia do paciente. Muitas vezes foi necessário que, no manejo transferencial, o analista também não ficasse “satisfeito” com essa representação que tomava como referência a castração, pois ela efetivamente não era suficiente. Em muitas situações, frente à queixa repetitiva da castração, foi preciso perguntar, de maneira firme: “E daí?”; “E agora, o que você vai fazer com o seu excesso?”

E daí que de excesso sem representação, em alguns casos começavam a aparecer os primeiros sinais de incorporação pelo significante. A esse órgão estranho que fora enxertado no organismo conhecido, um significante parecia-lhes razoável: o significante **estranho**. Possibilitar a passagem do menosprezo ao estranhamento, na relação com o analista, pareceu nos ser um manejo razoável no tratamento da angústia desses pacientes. A partir disso, o órgão enxertado ganha um lugar no **corpo**. É o lugar da continuidade da vida de ambos, tanto receptor como doador.

Nomeado, o estranho órgão tem um lugar. É como **estranho** que pode ser bem tratado, e sendo incorporado como **estranho**, está incluído no corpo. Curioso é que pela via do estranhamento alguém consegue incorporar um objeto, nos fazendo, por fim, lembrar de algo que dissemos desde o começo: não é a partir da incorporação do significante no corpo que o corpo humano se torna para o sujeito um estranho? E aí é preciso que nos perguntemos: temos aí o enxerto de um órgão estranho num corpo conhecido (versão da Medicina) ou o enxerto de um órgão conhecido (talvez) num corpo estranho (versão da Psicanálise)?

Para que se dê essa incorporação do objeto, estamos falando, portanto, de um estranhamento necessário não só na dimensão Imaginária, mas no nível do significante, e isso gera conseqüências tanto na implicação do sujeito no tratamento de sua condição de transplantado quanto na relação com a equipe, cuja demanda dirigida ao analista foi, por vezes, explícita no sentido de fazer com que os pacientes não estranhem o órgão que, escolhido cuidadosamente, lhes fora enxertado.

Num dia comum, na passagem do corredor da entrada da enfermaria – lugar onde evidentemente os trabalhadores de branco quase sempre estão correndo –, num rápido e produtivo “esbarrão” em mim, o médico, saindo da enfermaria (e eu entrando), me disse, às pressas: “Bom ver você. Já a havia procurado. Precisa atender a Sr.^a X [quarto dia de pós-operatório de transplante de fígado].” Perguntei, com o olhar, a razão de seu pedido. Ele me respondeu: “Precisa trabalhar com ela a aceitação do novo fígado. Imagina, tantas horas de transplante... fio por fio, enxerto perfeito! Está nova em folha, agora chora e diz que tem a sensação de que o fígado não é dela.” Então eu lhe perguntei: “Mas é?” Mas é... Mazé (este significante marcou, a ponto de nos inspirar a dar o nome fictício à paciente em questão). Ele me respondeu com o olhar, sinceramente: “Tem que discutir, né?” É, é preciso discutir, sempre que possível.

Por fim, o que se ganha com o transplante? No discurso médico, esperança, chance de vida, renascimento, restituição da saúde. Um órgão estranho de um outro desconhecido, num corpo conhecido pela Medicina. Estaria aí a lógica traumática da cirurgia de alta complexidade, que faz com que cirurgiões de todo o mundo solicitem a avaliação e acompanhamento psicológico para os seus pacientes?

Mas, se de acordo com a Psicanálise, estamos tratando de um sujeito que é representado por um corpo – que, por ser habitado pela linguagem, é estranho ao próprio

sujeito –, o que se ganha com o transplante? Um órgão conhecido (ao menos para os cirurgiões que o retiraram do doador) de um outro desconhecido num corpo estranho ao sujeito! Órgão conhecido pela Ciência, tão bem conhecido em suas funções, em sua anatomia, em sua fisiologia, que sua colocação é possível em outro corpo, a reconstrução de suas funções é possibilitada pela precisão detalhista do “corte e costura” dos cirurgiões.

Mas se o corpo humano é estranho ao sujeito, posto que se torna humano à medida que é incorporado pelo Outro simbólico, por que mexer nesse corpo lhe faria sofrer? Provavelmente porque o Outro simbólico – este que, por faltar, faz o sujeito falar, que lhe é familiar na fantasia –, ao se apresentar como um objeto **a mais** no corpo, aí se tornando presente, faz alguém se angustiar, acreditando que o Outro lhe é familiar para além da fantasia.

Por via das dúvidas, é bom lembrar: o Outro é sempre o Outro, e como Outro, convém ao sujeito que permaneça sempre como Outro (fora), especialmente na experiência do “outro em si”.

3.11. A VERDADE, A MORTE E A VIDA DE SALETE

Salete tinha 38 anos. Viera do Norte, onde deixara sua família, pais, irmãos, marido e três filhos, para tratar-se de uma hepatopatia crônica que não só limitava sua disposição para as atividades da “labuta” (sic) do dia-a-dia na roça, mas ameaçava sua vida, que para ela tinha um valor inestimável.

Nas consultas prévias ao transplante, falava-me de sua solidão em São Paulo. Viera sozinha, animada para voltar curada e seguir vivendo, e aqui vivia como hóspede em casa de uma cunhada de uma vizinha, que, muito disposta a ajudá-la, a acolhera sem nada cobrar, pelo menos a princípio. Ali passou mais de cinco meses até ser chamada para ser transplantada.

Salete não era mulher de receber sem se sentir endividada. Labutava, então, na casa da anfitriã para pagar-lhe a morada, e lá se sentia de fato bem-recebida, mas nada ocupava o vazio que sentia quando se via já por meses longe de sua família, especialmente do marido e dos filhos, todos ainda crianças. Uma vez por semana, falava com eles por telefone (às vezes duas, quando o dinheiro dava), e ouvia do marido uma queixa imensa pela falta que ela lhe fazia, o que a fazia, por um lado, feliz, pois sentia-se amada, e por outro, triste. Pedia a ele que não desanimasse, pois as crianças precisavam de uma **“presença firme”** (sic). Por isso insistira com a família para que viesse sozinha resolver os problemas de sua saúde, pois as crianças precisavam de presença mais do que ela. Sentia-se forte e convicta, e tinha esperança de que o transplante valeria a pena, já que sem ele teria os dias contados, e dizia, com muita fé, que precisava viver, justificando o seu desejo pela vida com o desejo de criar os filhos.

Antes que seu otimismo esmorecesse, Salete foi transplantada. A cirurgia foi “lisa”, como dizem os médicos, sem intercorrências, que só vieram sete dias depois.

Ao acordar transplantada, todos os sinais vitais indicavam que Salete estava “em ordem”. Entrei na UTI naquele mesmo dia, e ainda sem poder falar em função de estar entubada, quando me viu, chorou. Estava ansiosa, muito ansiosa. Tinha o olhar marcado pelo medo. Ofereci lápis e papel, e com dificuldade ela escreveu: “Estou viva?” Respondi: “Sim.” E ela voltou a escrever: “Viva!”

No dia seguinte, fui avisada que Salete estava em “bom estado geral”, já estava falando, mas estava muito agitada, agressiva com a equipe, impaciente. A primeira coisa que

me falou quando me viu foi que precisava saber sobre o doador: *“Quem foi que morreu para me salvar? O que foi que mudou em mim? Quem sou eu, agora? Eu preciso saber quem era essa pessoa, porque... meu Deus, eu nem sei por quê... Parece que eu não me sinto mais como eu era antes.”* E chorando muito, continuou: *“Quando eu acordei não sabia bem se estava aqui ou se tinha morrido. Podia ser que estivesse em outro mundo. Eu não conhecia as pessoas que trabalham aqui, só conheço todo mundo do ambulatório. Podia ser que estivesse no além, e foi quando você entrou que eu entendi que eu estava aqui.”*

Os pacientes do programa sabem que as informações a respeito do doador não lhes serão passadas, em função de várias questões que foram e continuam sendo muito discutidas. Entre elas, a intromissão freqüente e provável que ocorra na vida da família do doador, quando alguns receptores buscam informações a seu respeito, em função das dificuldades vividas no processo. Ou o contrário, quando a família do doador se intromete na vida e na recuperação do receptor em função de sua dor e da saudade do ente querido. O que ficou “autorizado” às equipes de transplante foi que se passasse apenas o **nome** do doador, caso fosse solicitado pelo receptor, para que por ele se pudesse rezar.

Do ponto de vista médico, Salete passou bem os primeiros dias, que foram marcados pela presença de muita angústia. Todos os dias ela falava da sensação de estar *“desconjugada”* (sic), e sempre me pedia que não esquecesse de voltar no dia seguinte, mas se criticava pelo fato de estar me *“alugando”* (sic). Dizia que precisava de minha *“presença firme”* (sic), só não sabia como é que poderia me pagar.

Não era mulher de receber sem se sentir endividada, isso nós já sabíamos. Pagava o aluguel à sua anfitriã com trabalho. E a mim? Propus que trabalhássemos. Depois do transplante, Salete chorava muito pelas suas dívidas, falava da falta da família, lamentava todas as perdas de sua vida, falava da dor de ter adoecido, da distância entre os seus sonhos e

a realidade que se impunha, da saudade de seu corpo esbelto, de sua beleza na adolescência. Falava com muita dor da perda do seu órgão, não se consolava com o fato de saber que parte dela teria ido para o lixo, embora se visse naquele momento como um lixo.

Sobre o **a mais** não conseguia falar. E insistia em saber sobre o nome do doador, que lhe foi dito pelo médico: “Pedro.” Então, ela passou a sofrer pela perda de Pedro. Era um **a menos** nesse mundo de tanto sofrimento. E lançou mão de sua **fantasia**. Pedro? Mas que Pedro? Como teria sido Pedro? Que fazia Pedro? Pedro, então, passou a ser uma figura simpática, alegre, de **presença firme**. Mas ainda assim, lhe faltava algo, e ela se angustiava muito.

Insisti no **a mais**, pedi que me falasse disso: “Como é ganhar, Salete?” Ela não tinha resposta, ficava em silêncio, **sem palavras** para isso. Emocionada, achava que estava me decepcionando, porque não tinha resposta para me dar. E voltava a falar de perdas. E assim continuamos, até que no sexto dia após a cirurgia ela me contou um sonho: *“Eu estava caminhando e você estava do meu lado, e nós íamos alegres conversando, vendo as lojas na rua. Eu te comprava uma lembrancinha. Você gostava, mas aí não prestava atenção no chão. Você tropeçou numa pedra, caiu, se machucou muito e eu te ajudei, te levantei.”*

“Numa **pedra**?”, perguntei. E ela continuou: *“É numa pedra dessas de rua, não sabe?”* Pedi que me falasse da **pedra**. *“Doutora, não se importe com a pedra, não, a pessoa, quando encontra uma pedra pelo caminho, mesmo quando cai, tem é que levantar, sacudir a poeira e dar a volta por cima. Tem outro jeito? A pedra tá aí, não adianta a gente fazer de conta que não está.”*

“E o **Pedro**?” perguntei. *“O Pedro?... Eu já nem me lembrava dele...”* Ficou um longo tempo em silêncio, chorou e depois me disse: *“O Pedro agora é a pedra do meu*

caminho, que coisa estranha!!!!” Finalizei o atendimento lembrando que “a pedra tá aí, não adianta a gente fazer de conta que não está.”

Salete inventou um significante para o seu estranho “outro em si”, e teria, dali para frente, de conviver com ele. Mas a **pedra** de Salete durou pouco. Uma rejeição de muito difícil controle e complicações vasculares levaram Salete a um re-transplante, ao qual se seguiram algumas dificuldades clínicas, entre elas uma infecção gravíssima que a deixou em coma por 45 dias, sob os cuidados intensivos da equipe.

Neste intervalo, o esposo de Salete veio do Norte, desobedecendo suas “ordens”, pois a aflição de saber que sua mulher estava entre a vida e a morte não o conteve, e precisava vê-la, ao menos, e numa das conversas que teve comigo, confessou que tinha muita esperança de acordá-la. Em vão.

Resolveu ficar em São Paulo até que sua esposa acordasse, pois todos os dias a visitava e tentava acordá-la, sua fé parecia inabalável. O sofrimento dele transbordava, precisava falar. E eu o escutava. No entanto, sem aviso prévio, deixou de visitá-la. A equipe comentara o desaparecimento do esposo, mas com uma certa compreensão, pois dizia-se que era assim mesmo... que um dia os familiares desistiam. Essa padronização da relação de familiares com pacientes em coma não me é estranha no hospital; Esta é a tendência, a padronização quase universal do sofrimento humano, na tentativa de compreendê-lo ou não.

Mas aquele senhor desaparecer não me parecia lógico, de forma alguma. A mim pareceu esquisito. Resolvi ligar, e fui comunicada que cinco dias antes sofrera um acidente vascular cerebral e faleceu na casa da anfitriã, que se ocupara de resolver questões relativas ao transporte do corpo para o Norte, já que Salete, para ela, já não estava mais entre nós.

Aquele foi um momento muito difícil para a equipe, que investia muito intensamente no tratamento de Salete e torcia com muita transparência para que ela acordasse. E as pessoas se perguntavam: “Ela vai acordar e saber da morte do marido? Quem vai contar? Será que devemos contar?” Fui convocada a opinar sobre o que fazer quando a paciente acordasse. A pergunta era: o que fazer numa situação dessas? Minha posição frente à equipe foi a de esperar que a situação se fizesse. Curiosamente, isso incomodou. “Como esperar?” Parecia insuportável, era necessário para alguns uma espécie de previsão, “pré-visão” mesmo, do que viria a acontecer.

Mais difícil do que responder sobre o que fazer numa situação dessas é transmitir a idéia de que cada caso é um caso, especialmente para pessoas que tendem a padronizar o sofrimento, quase se recusando a lidar com o particular de cada caso, optando *a priori* por uma unanimidade em nome do que se chama “direitos humanos” (BADIOU, 1995). Uma das pessoas que compunham a equipe de enfermagem insistia em me pedir uma opinião, e de preferência a minha opinião sobre a “verdade”, “os direitos do doente”, a bioética, etc.

Aquela situação de ser questionada a respeito de uma solução geral para uma situação humana que é possível, mas não é um fato, foi um convite ao estudo. Então eu deveria, no entendimento daquela pessoa, emitir uma opinião, dar uma posição sobre como dizer ou não a verdade da morte de um ente querido para um doente que acorda de um coma, decidindo não só se o grupo contaria ou não a verdade, mas como e quando! A demanda era que eu pudesse oferecer elementos do psiquismo da paciente, quando ela acordasse, naquele momento (portanto, antes de ela acordar), para que isso tudo fosse resolvido (também *a priori*) em nome, de preferência, do que se chamava “direitos humanos”.

Que humano é esse que prescinde de um homem específico? Duas éticas estavam em questão: a da reflexão sobre uma situação universal, que pressupõe princípios gerais e

independe de um fato, e a da decisão imediata, que guarda relação com “o que se passa”, com situações específicas, com processos singulares – a situação só existe quando ela é um acontecimento, e cada acontecimento é singular, e é isso que o faz propriamente humano.

E ela acordou. Acordou atordoada, como quem acorda atrasada, a perguntar como estávamos, e por fim, como ela esteve. Ficou impressionada ao saber de seu médico que esteve 45 dias “fora do ar”. Demonstrou preocupação e medo, falou bastante sobre isto em sessões posteriores. Salete acordara, mas o ânimo que lhe era peculiar continuara dormindo. Estava deprimida, falava de morte e de sua morte. Perdera, de certo modo, o encanto pela vida, mas parecia querer viver. Perguntou pelos filhos e pelo marido com tristeza, mas não esperava resposta, perguntava para não saber. Chegou a dizer que acreditava que ela não lhes seria mais útil, marca principal de sua luta pela vida.

Desde que Salete acordou, a equipe se viu muito embaraçada com a questão que vinha discutindo ideologicamente. Agora era fato, estávamos diante da situação. A primeira providência do médico da paciente foi proibir que qualquer membro da equipe comunicasse à paciente sobre a morte do marido. A justificativa era a de que isto a deixaria mais triste, poderia piorar o quadro depressivo. Pareceu-me esquisita tal proibição, não pelo seu conteúdo – a quantidade de tristeza e a preocupação com o quadro -, mas por ser uma proibição, uma ordem, e não um consenso, uma decisão de equipe.

No fim do segundo dia depois que ela acordou, antes que eu o convidasse a discutir sobre o caso, ele me chamou, e bastante preocupado, pediu minha posição. Pensei nos dois atendimentos que havia feito com Salete. Ela supunha que sua família estava muito bem sem ela para conseguir falar de sua condição de mortal, chamando isso de “insignificância enquanto ser vivo” (sic). Se perguntava, na última sessão, por que não havia morrido, sem resposta. Achei que deveríamos contar, pois éramos para ela, tanto eu quanto ele, o que Salete

chamava “**presença firme**” (sic). Ademais, lembrei a ele, ela saberia do que acontecera mais cedo ou mais tarde, e o mais provável é que soubesse logo, já que isso ganhou o *status* de segredo proibido.

Ele levantou e, puxando-me pelo braço, decidiu: “Vamos lá contar.” Achei importante que ele contasse, e me propus a ir junto. Sugeri que sentássemos para escutá-la, enquanto ele finalizava o ensaio de como dar a notícia, com sofrimento. Sugeri de novo que antes a escutássemos juntos.

Entramos, e sem que nada disséssemos, ela nos perguntou como estava, e ele disse que muito bem, tendendo a melhorar cada vez mais. Reflexiva, ela pediu para telefonar para a família, dizendo que já se achava em condições de falar com eles. Sem obter resposta, imediatamente perguntou se eles já sabiam que ela tinha acordado, e pareceu se interessar em saber como reagiram enquanto ela esteve em coma. O seu médico contou que a família no Norte já sabia que ela havia acordado e comemorara, e que o marido viera para vê-la durante o coma, e em seguida contou com detalhes o que aconteceu com ele.

Foi um momento muito difícil, de um sofrimento tão intenso quanto inevitável. Chorando muito, ela pediu para falar com os filhos, e providenciamos o telefonema, em vão, pois eles não estavam, só consegui falar com seus pais. Voltei para atendê-la ainda naquela noite. Chorando muito, ela disse que precisava ir embora para o Norte, cuidar dos filhos.

Logo cedo, na manhã seguinte, fui atendê-la. Salete não dormira aquela noite, apesar da prescrição médica de benzodiazepínicos, e estava decidida, precisava ficar boa o quanto antes. *“Doutora Livia, eu tenho pressa. Eu preciso ir ver meus filhos. Mas a gente ainda precisa conversar algumas coisas, eu sei que esse agora é outro fígado, e quando eu penso nisso me dá um arrepio, mas desse eu não quero saber o nome, não. Eu gostei tanto de contar*

*aquele sonho da **pedra** para a senhora!”* Parecia, naquele instante, que tudo dependia unicamente de seu desejo pela vida.

Naquela mesma manhã, logo cedo, ela conseguira falar com os filhos, e se comprometeu com eles a voltar boa, pois agora, sem o marido, a única “**presença firme**” (sic) que eles teriam era ela. Em seguida, entrou no quarto a equipe médica, constrangida por saber que ela já sabia da morte do marido, alguns até dirigindo-se a ela com pesar, sem abandonar a formalidade universitária que marca a visita médica diária ao “pé” do leito.

Ao pesar dos mais próximos, e diante de termos técnicos e preocupações com a previsão de um agravamento do estado depressivo da paciente, ela respondeu sem ser questionada: *“Vombora, meu povo, ânimo! Estou de volta, vombora logo com isso que eu preciso ir embora cuidar de meus filhos. Chega de tanto exame e de tanta coisa que eu preciso cuidar da vida!”*

Uma semana depois, a paciente recebia alta da internação. Hoje seus filhos têm a **presença firme** da mãe transplantada.

4. MOMENTO DE CONCLUIR

“Aqui, o tempo subjetivo do **momento de concluir** objetiva-se, enfim. Como prova o fato de que, mesmo que algum dos sujeitos ainda não o houvesse captado, agora ele se lhe torna uma imposição” (LACAN, 1945, p. 210). Como no início do trabalho dissemos que só poderíamos saber algo a respeito do valor de nossa *moeda* num tempo posterior, caminhamos para o seu final apostando que o **momento de concluir** é também o tempo para compreender o que vimos até aqui, “pois, de outro modo, esse tempo perderia seu sentido”.

Este trabalho se fez na linha de continuidade da pesquisa de Mestrado, onde investigamos sobre “O que pode um analista no hospital?”, sendo que, no Doutorado, um recorte da atuação do analista no hospital se fez necessário, já que tratamos a respeito de “O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do ‘outro em si’”. Foi trabalhando no programa de transplante de fígado da Disciplina de Transplantes e Cirurgias do Fígado do HCFM/USP desde 1990 que tivemos, pela primeira vez, a oportunidade de escutar de um paciente algo a respeito desta experiência: viver com o órgão de um outro, ter o “outro em si”.

Foi na clínica com esses pacientes que surgiram as questões que buscamos investigar nesta pesquisa, questões que surgiram, especialmente, a partir do trabalho clínico antes e depois do transplante de fígado, e a estas se acrescentaram as questões a respeito de como este trabalho clínico está vinculado ao lugar do analista na equipe de saúde.

A contemporaneidade e o avanço tecnológico coloca-nos diante de questões da subjetividade que jamais foram formuladas antes. Há cinquenta anos, nenhum psicanalista se deparou com um homem candidato a transplante de órgãos, muito menos com outro já

transplantado, que viesse lhe falar do gozo no corpo ao se referir à experiência do “outro em si”.

Os tempos mudaram, é verdade, e apesar de todas as promessas de felicidade, o sofrimento humano persiste, mas com novas roupagens, o que coloca o psicanalista diante de situações que dele exigem reflexão, ação, formalização teórica do novo. Se a descoberta freudiana é válida – e nada disso teria sentido se não acreditássemos nisso –, o inconsciente insiste e, junto com ele, os psicanalistas.

É como membro de uma equipe multiprofissional altamente especializada que posso, depois de tudo, afirmar que o transplante de fígado é também um dos mais complexos procedimentos da vida de uma pessoa que dele precise. Ninguém é o mesmo depois de um transplante. Não apenas pela perda do órgão falido ou pelo ganho do “outro em si” – o que, como vimos, evidentemente não é pouco, mas porque há uma mudança importante na subjetividade do sujeito que foi transplantado no tocante à questão da alteridade. Não se é o mesmo depois de um transplante porque a relação com o Outro também não é a mesma.

Quando comecei a atender os primeiros pacientes, eles eram ainda candidatos a transplante, e chegavam encaminhados para “avaliação psicológica para transplante de fígado”. Antes mesmo de me preocupar com a formalização disso, me ocupei de entender o que se passava com aquelas pessoas, que quase sempre muito infelizes com a descoberta repentina de uma doença grave, viviam a ambigüidade da notícia de que precisariam do transplante, pois, se por um lado, estavam condenadas, por outro teriam como se salvar, em tese.

Os primeiros pacientes que acompanhei antes do transplante foram também os primeiros que acompanhei depois do transplante. Nunca fora tão difícil atender quanto a primeira vez que escutei um paciente transplantado, ainda na UTI. Fui testemunha da angústia

de tantas pessoas que, ao mesmo tempo que se dão conta que se safaram, pois sabem-se acordadas, passam a se perguntar: “E agora, quem sou?”, indicando-nos que algo em sua identidade não saíra ileso do preciso “corte e costura” dos cirurgiões.

Sem o conceito de corpo em Psicanálise, entendendo que não está dissociado da subjetividade, como poderia um psicanalista escutar essas pessoas, cuja questão principal era a sua relação com o corpo? Que corpo é transplantado? Claro que não se trata do mesmo corpo tal como concebido pela Medicina, pois, se assim o fosse, não teríamos por que falar de ambigüidade na experiência do transplante. Ela seria, exclusivamente, a salvação do organismo doente. A revisão do conceito de corpo em nosso trabalho se impôs como uma necessidade antes clínica, e não apenas teórica.

A clínica psicanalítica com os pacientes do programa de transplante de fígado era, portanto, uma clínica em construção, e se fazia essencial não apenas a formalização dessa clínica, mas também a interlocução com os colegas psicólogos e/ou psicanalistas que trabalhassem nessa área.

Na busca de interlocutores para discutí-las, verificamos que a grande maioria dos psicólogos que atuam nesta área sustentam como proposta de trabalho a intervenção adaptativa e a promoção de estratégias de enfrentamento de situações estressantes decorrentes da doença, sem tomar como referência ética o discurso analítico.

Como a nossa proposta de trabalho é referenciada na Psicanálise de Freud com Lacan, evidentemente ela toma um outro rumo. No entanto, depois de tudo, é preciso dizer que acreditamos não ser por acaso que os psicólogos investem na adaptação desses pacientes, que, muitas vezes, ansiosos para vencer a luta pela vida, terminam por não falar de sua angústia, pois não é esta a demanda da equipe que lhe oferece a chance pela vida, muito pelo contrário.

Mas nós, psicanalistas, constatamos diariamente a importância de fazer com que essas pessoas falem, sabendo, inclusive, que as palavras são insuficientes. Nós, que os escutamos, fomos muitas vezes atravessados por uma angústia imensa que sem o tratamento no divã do analista teria nos impedido de continuar escutando. Teria sido mais fácil falar por eles, ensinar-lhes (isso é possível?) meios para enfrentar a dor de existir? A clínica psicanalítica é o lugar onde escutamos a angústia de um sujeito que, deformado pelas conseqüências físicas da doença que o debilita em todos os sentidos, fala do pavor da morte, sem o transplante, e fala do pavor da vida com o órgão de um outro, que o remete não só à morte do outro, mas à própria.

A proposta do transplante de fígado é a proposta da experiência do “outro em si”. Entender que o saber sobre a experiência está do lado do paciente permitiu-nos marcar nossa posição enquanto pesquisadores psicanalistas, ao mesmo tempo que marcamos a diferença entre o discurso analítico e o discurso médico, prevalente na instituição. E foi em busca desse saber, construído e revelado na relação com o analista, que nossa pesquisa se dirigiu, levando em conta o que chamamos de pressuposto fundamental: a articulação das vertentes clínica e institucional.

Ao mesmo tempo que se fazia a construção do nosso percurso na vertente clínica com os pacientes transplantados, se fazia também o entendimento de que nada daquilo seria possível sem que estivéssemos atentos ao lugar do analista na equipe de saúde, não só porque ali sua presença decorre da demanda da equipe, mas porque esse lugar não está desvinculado do lugar do analista na clínica que se faz na instituição.

A partir de nossa própria experiência, buscamos fazer a formalização teórica do processo de inserção do psicanalista e da construção do seu lugar na equipe de saúde. Ficou evidente, a partir do percurso que construímos desde a nossa chegada na Disciplina de

Transplante e Cirurgias do Fígado, que entrada não é a mesma coisa que inserção, e isto requer trabalho por parte do analista, tranqüilidade e condição de sustentar o seu discurso na interlocução com os outros.

Assim que chegamos na clínica, ficou claro que a presença ativa do Serviço de Psicologia, nossa participação nas reuniões e algumas intervenções causaram um certo conforto à equipe, no sentido da prevenção de algumas intercorrências de ordem psíquica que pudessem colocar em risco o sucesso de uma cirurgia que custa tanto para tantos, e em tantos sentidos.

Surgiu o primeiro impasse de ordem ética: a questão da indicação e contra-indicação da cirurgia. Faz parte da ética do analista indicar ou contra-indicar um procedimento médico? Não. A nossa função neste trabalho de equipe é a de discutir os casos a partir dos elementos clínicos do psiquismo do paciente em questão, algo da relação do sujeito com relação ao seu próprio ato, na relação com o outro, com o seu tratamento, para que, então, a equipe possa refletir sobre a sua própria decisão. Mas isso não é simples, de forma alguma. O psicólogo, o psicanalista, o psiquiatra, qualquer psi, pode funcionar como um meio através do qual uma equipe se aproveite para não decidir nada, esperando que alguém o faça primeiro, muitas vezes sem se dar conta de nada disso. Mas há algo pior: há quem o faça em troca de algum reconhecimento.

Nossa posição foi sempre a de não entrar no discurso médico, porque isso seria trabalhar numa outra ética. Quem indica ou contra-indica um procedimento médico é o médico, em conjunto com a equipe, pois, do contrário, não precisaria tê-la montado. Mas a tendência primeira é a de fazer com que a contra-indicação seja a responsabilidade de **um**. Se o paciente respira mal e fuma, é contra-indicado pela fisioterapeuta; se não cumpre a dieta, pela nutricionista; se o organismo tem problemas, pelo médico; se a “cabeça” vai mal, pela

analista; e se não tem condição de tomar transporte para vir toda semana ao hospital, pela assistente social. É preciso trabalhar para mudar isso. Para que serve uma equipe, afinal?

No início, fui questionada se a minha posição contrária ao termo “contra-indicação psicológica” não se tratava de uma omissão de responsabilidade de minha parte. Não, não se trata de omissão de responsabilidade, pelo contrário. Principalmente, trata-se de um apelo a ela, dado que não cabe a um analista indicar um procedimento médico e vice-versa (hoje fico a pensar se não é, entre outras coisas, por terem se sentido tão à vontade para sair do seu papel que os psicólogos têm passado por tanto desgaste na luta contra o “ato médico”).

O lugar do analista numa equipe de saúde é, portanto, um lugar psíquico, fruto do seu ato, e só pode ser sustentado pelo seu desejo. Não se trata, em hipótese alguma, de um cargo a ser ocupado por um profissional. E foi preciso um percurso mais ou menos longo, mas sempre muito intenso, para que eu soubesse disso. Desde o início, eu entendera que a entrada não é a mesma coisa que inserção, e como já trabalhamos, a inserção é consequência do ato analítico; é um lugar que se constrói na relação transferencial com a equipe médica.

Sendo assim, a organização do Serviço não preexiste a ele, e se dá ao longo da construção desse lugar transferencial. Isto importa dizer, visto que aspectos burocráticos de um serviço numa Instituição Pública de Saúde não estão, na grande maioria das vezes, relacionados com aspectos psíquicos, e sim com a própria Instituição. Mas no nosso caso foi diferente, pois toda papelada que se fez necessária, de fato se fez necessária, e quase sempre funcionou como registro de nosso trabalho.

Uma situação muito específica contribuiu sobremaneira para a formalização desta questão a respeito da inserção e da construção do lugar do analista na equipe de saúde: a mudança de equipe em função da mudança de professor titular da Disciplina.

Desde que comecei o meu trabalho na Disciplina de Transplante e Cirurgias do Fígado, trabalhei por doze anos consecutivos com a mesma equipe, que se alterava pela entrada e saída de alguns membros, mas cujo corpo central permanecera por todo esse tempo o mesmo. E esta mesmice nos permitiu avaliar o quanto mudamos, ao longo dos anos. Nós todos. Justamente por sermos os mesmos membros vivendo, tantas vezes, situações estruturalmente tão parecidas é que pudemos nos perceber diferentes do que éramos antes, a cada dia.

Outros dias, nos víamos nos repetindo, mas nem sempre isto era um problema – às vezes, era motivo de comemoração. Primávamos pelo trabalho honesto, por uma certa fidelidade, cada um ao seu modo, na luta pela vida. E aos poucos o modo de cada um, em contato com os dos outros, foi dando uma certa identidade àquela equipe. Éramos a equipe de transplante de fígado do HCFMUSP, mas éramos aquela equipe, peculiar.

A mudança de professor titular significou uma ruptura importante, tanto para a instituição, em seus aspectos mais amplos, quanto para o próprio programa de transplante de fígado em andamento em seus aspectos mais específicos. Sempre entendemos que na instituição estamos todos submetidos à política dela própria, nem sempre tendo como intervir, nem direta nem indiretamente.

A direção da equipe anterior, com esta mudança, decidira por não continuar na Disciplina e por dar continuidade às suas atividades na área de transplante de fígado em outra instituição. Junto com a imensa maioria dos membros da equipe anterior, vivenciamos intensamente o processo de transição, muitas vezes conturbado, no qual alguns profissionais se questionavam indecisos se deveriam ir para a outra instituição com a equipe anterior, ou se ficariam na mesma instituição com a equipe nova. Lembro de ter lançado aos colegas a seguinte questão, que poderia ser norteadora, de certo modo: somos profissionais de uma

equipe ou da instituição? A minha decisão foi permanecer na instituição e encarar o desafio de continuar o trabalho com uma nova equipe.

Com esse processo de mudança, muitos pacientes experimentaram um conflito parecido: seguir com a equipe que os tratava, ou permanecer na instituição onde se tratavam? Cada um se decidiu como pôde.

Se a minha decisão foi acertada, pois correspondia ao meu desejo de permanecer na Instituição, foi necessário que o tempo logo viesse me mostrar, novamente, o que eu havia esquecido. Se o lugar do analista é um lugar psíquico, não se tratava de continuar um trabalho, mas de começar outro. Em nosso caso, tempo de serviço não será jamais garantia.

Nas primeiras reuniões, um médico novo na Disciplina trouxe o caso de uma paciente que ele havia internado para acompanhá-la em função de complicações decorrentes de uma cirurgia digestiva realizada em outra clínica quando ele lá atuava, e ela apresentava-se bastante deprimida. Mas ele não havia solicitado nada ao nosso Serviço. Tinha chamado um psiquiatra que medicara a paciente sem que ela ainda apresentasse melhora no referido transtorno de humor.

Os médicos presentes, que vinham da equipe anterior, se horrorizaram e perguntaram por que ele não havia pedido a avaliação psicológica antes de chamar a Psiquiatria, e diziam, indignados, que ali nós só chamávamos a Psiquiatria quando se fazia necessário, após a discussão de cada caso. Ao mesmo tempo, pediam a nossa intervenção, sem lembrar, de forma alguma, que um dia eles também fizeram a mesma coisa.

O médico novo, surpreso, dizia: ‘Mas as psicólogas entendem de psicopatologia? O caso é um transtorno de humor. Não tem que ser medicado?’ E ainda acrescentou que, já que a paciente não apresentava melhora, havia chamado de volta o psiquiatra, que sugerira

algumas sessões de ECT (eletroconvulsoterapia), pois as pesquisas modernas indicavam que este tratamento vinha tendo excelentes resultados em uma alta porcentagem de pacientes com transtorno de humor recidivante, de difícil controle clínico.

Os médicos antigos se irritaram e nos olharam com aflição, cobrando uma intervenção. E a aflição dos médicos antigos coexistia com a minha calma, não livre de preocupações. Não fiz intervenção alguma naquele momento, não havia sido demandada. O lugar do analista existia para eles, e não para os novos. Era, de fato, preciso lembrar disto, e aí trabalhar. Me dei conta que se tratava do começo de um novo trabalho.

Numa outra ocasião, acompanhávamos um paciente paranóico, internado para tratar complicações decorrentes de diabetes e infecções sucessivas. Com uma gangrena na perna direita, sofria de dores que o faziam gritar dia e noite. E em seu funcionamento paranóico, dificilmente confiava em qualquer um que dele se aproximasse, achando que poderiam lhe fazer mal, suportando com alguma tolerância a presença do residente responsável pelo caso e a minha. Chegara-se à conclusão de que era preciso amputar-lhe a perna, e os novos residentes discutiam entre si como fazer esta comunicação, especialmente depois do que ocorrera na visita médica. Como o paciente ainda não sabia que deveria ser amputado, um residente disse ao outro, em código, que ele receberia a visita do Dr. Décio Machado. “Desce o machado”. Jogo significativo que custei a compreender, e minha ignorância os divertia, de certo modo. Um deles me abraçou firme, rindo, ao mesmo tempo que pedia socorro. O paciente estava aflito com a presença deste desconhecido, e isto os deixava sem saber como conduzir a situação. Quem seria agora esse “Dr. Décio”, a quem ele deveria se submeter em sua dor paranóica?

Era preciso ter paciência, e sem ela nunca fora possível trabalhar, desde sempre. E assim fomos descobrindo – ou (re)descobrindo – o que também, de certo modo, havíamos esquecido.

O curioso é que o que eu pude des-cobrir, como toda descoberta importante na vida de uma pessoa, era algo sobre o que eu própria já sabia, já tinha teorizado. **A entrada do analista não coincide com sua inserção.** Lembrando Quinet (1991, p. 9), “dar início a uma psicanálise a partir da demanda de alguém depende do analista em seu ato de decisão”, e acrescentamos: a partir de seu desejo. Portanto, o estabelecimento da transferência de saber decorre do ato do analista, e é preciso também ter desejo para sustentá-la. Era preciso iniciar um novo trabalho, uma nova relação, um novo lugar transferencial para operar, pois a transferência imaginária não sustenta um trabalho analítico.

Ali, para o novo grupo, havia uma equipe de psicólogos bem respeitável pelo tempo que atuávamos, pela nossa produção. Fomos sempre tratados com muita consideração e apreço, como foram todos os membros da equipe anterior, aqueles que, de algum modo, eram a marca de um lugar que fora, por muito tempo, desejado por aqueles que ali estavam.

Mas não é esta a transferência onde se opera analiticamente. Era preciso trabalhar, e mais que isso, era preciso desejar trabalhar. Cada caso é um novo caso, cada equipe é uma nova equipe. Aqui, mais uma vez, a vertente institucional indissociável da vertente clínica: o analista de uma equipe não é um lugar instituído pela experiência acumulada de um profissional qualificado também pelo seu tempo de serviço. O analista é um lugar que se constrói na transferência, e esta descoberta é preciosa, sendo, portanto, importante que aquele que tomar como referência para o seu trabalho a ética da Psicanálise jamais se confunda com isso.

Quem ficou para continuar um trabalho, errou – ou, sendo mais justa, fez um lapso; porque, para continuar um trabalho, era preciso ter saído. Mas a (re)descoberta de que o analista é um lugar psíquico também só se fez com tempo, ao longo do percurso, da experiência, no tempo lógico de cada um de nós.

Na análise de situações clínico-institucionais nas quais o analista estava inserido, buscamos compreender como se dava a sua interlocução com os outros discursos, tomando como referência as diferentes ancoragens éticas, e quais eram os seus efeitos.

Se tomarmos a Psicanálise como um discurso, como nos propõe Lacan (1969-1970) no Seminário XVII, “O avesso da psicanálise”, o analista é o efeito de um discurso; é um lugar psíquico.

Freud (1919b), no texto “Linhas de progresso da terapia psicanalítica”, diz de sua esperança de que no futuro a Psicanálise possa ser estendida como método de tratamento a uma grande quantidade de pessoas através de sua entrada nas instituições, sem que, para isso, se perca o rigor necessário. Freud apostou no trabalho dos psicanalistas nas instituições.

Lacan (1967), em “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, faz uma diferença entre a Psicanálise em intensão e a Psicanálise em extensão, articulando as duas e dizendo que a primeira se refere à clínica propriamente dita e a outra tem a ver com a aplicação do método psicanalítico em outros contextos.

De qualquer modo, em intensão ou em extensão, o importante é, como alerta Freud (1919b), não perder o rigor do método, lembrando que a Psicanálise é um discurso que se estabelece ou não, a depender de quem o sustenta, diante de qual interlocutor.

Se a Psicanálise se estendeu para além dos consultórios, foi porque os psicanalistas saíram de seus consultórios e encontraram interlocutores, e sustentaram o discurso analítico e

seus efeitos, suas conseqüências. Se os psicanalistas estão nos hospitais e são convocados ao trabalho, é porque há uma transferência com a Psicanálise, do contrário ele não ficaria ali, por melhor que pudesse ser.

Isso traz à tona a questão que tem sido cada vez mais debatida, especialmente nos Conselhos e no âmbito das Universidades, que é a das especialidades. O psicólogo hospitalar é um especialista. Seria o psicanalista que trabalha no hospital um especialista? (Isto, evidentemente, se pudéssemos tomar a Psicanálise como uma profissão). Não, não podemos considerar o psicanalista que trabalha no hospital exatamente um especialista, mas certamente ele encontra especificidades com as quais um outro psicanalista não lida.

Como já colocamos antes, digamos que faz parte da vertente clínica tudo aquilo que diz respeito à clínica propriamente dita, ao trabalho com o paciente: examinar a sua chegada, o encaminhamento, a queixa, o discurso, a posição subjetiva de quem fala diante do que diz, diante do Outro para quem encaminha a sua queixa, o Outro no campo transferencial. Na clínica, procuramos fazer um diagnóstico estrutural e situacional, como esse paciente se estrutura subjetivamente, como transita nesta estrutura, como a atualiza na relação com os outros e com este Outro, analista.

Se os psicanalistas antes puderam teorizar sobre o processo do adoecer psíquico, a partir da Psicanálise no hospital podemos teorizar sobre o processo psíquico do adoecer – aí, sim, nas diferentes especialidades médicas –, mas não podemos dizer do perfil do paciente com câncer pelo fato de ele ter câncer, porque devemos falar de sua condição subjetiva e única. Do contrário, estaríamos mais uma vez deslizando para fora do discurso analítico, destituindo alguém de sua subjetividade para identificá-lo com a doença, objetivando-o, tomando-o como objeto, e não como sujeito.

Assim, tratar de um paciente na clínica não é novidade para o psicanalista, especialmente quando ele já conhece a singularidade da clínica. Evidentemente, a temática do paciente que atendemos no hospital quase sempre inclui a questão da doença e sua relação com ela, a relação com a finitude, com a morte. Mas será que isso é específico do psicanalista na instituição? Nossos pacientes de consultório não nos trazem, também, a temática das doenças, da morte? Será que deixaríamos de tomar alguém em análise porque este alguém anuncia que tem uma doença? Ou ainda, será que interromperíamos o processo de análise de um paciente porque ele nos comunica que tem uma doença terminal?

Para a Psicanálise, doenças e morte são elementos da cadeia significativa dos pacientes na relação transferencial. Podemos dizer que, na vertente clínica, não encontramos exatamente especificidades no trabalho psicanalítico na instituição. Não podemos sequer considerar as ditas “urgências” como especificidades do trabalho do analista no hospital, posto que na clínica privada elas também ocorrem quando tomamos em análise pacientes psicóticos, alcoólatras, neuróticos em atuação suicida, e então também somos convocados a responder desse lugar transferencial com uma certa urgência.

O que parece ser específico do psicanalista que trabalha na instituição é trabalhar na articulação das duas vertentes, e por isso tomamos esta articulação como o pressuposto fundamental de nossa pesquisa.

Na vertente institucional, enfatizamos tudo aquilo que, tendo a ver com o trabalho do psicanalista na instituição, não envolve diretamente a clínica com o paciente, mas o que a precede, o que a sucede e o campo no qual a relação transferencial com o paciente está inserida, pois a clínica com o paciente, ela própria, ocorre na instituição a pedido de seu representante. Isso não é a mesma coisa da clínica no consultório, mesmo quando tratamos de

um paciente encaminhado por um médico, pois esta relação transferencial não se insere num campo mais amplo.

Na vertente institucional temos, a princípio, o trabalho do psicanalista frente à demanda que lhe é feita e como ela é atendida. Aí temos o trabalho do psicanalista no que diz respeito à construção do seu lugar na equipe e, especificamente, naquela equipe, para que então possamos falar de lugar transferencial do analista, lugar de onde ele vai operar.

Estamos falando de um processo de estabelecimento de transferência entre analista e equipe, com a diferença de que jamais podemos tomar a equipe como paciente, mesmo nos casos onde esta demanda é literal.

O estabelecimento da transferência também não ocorre só porque queremos, muito menos porque fizemos uma formação em Psicanálise e, por alguma razão, queremos ser reconhecidos. O estabelecimento desse lugar do analista na equipe decorre do ato analítico, como na clínica, mas aqui agora podemos falar do específico do psicanalista na instituição.

Se o analista é um efeito de discurso, na instituição o efeito do discurso analítico decorre de como o analista o sustenta na interlocução com os outros discursos. É a possibilidade de transmitir a Psicanálise fora do lugar de ideal. Foi o que procuramos fazer no caso de Joana (cf. 2.5), não permitindo que o discurso médico fizesse da análise um ideal, uma regra a ser cumprida; no caso de Éder (cf. 2.6), mostrando que não precisamos desconsiderar as regras da instituição, muitas vezes porque elas são a expressão dos nossos limites; e no caso de Nair (cf. 2.7), quando lembramos que, em nome do Bem, é melhor que escutemos cada sujeito.

O nosso trabalho tem sido a nossa oportunidade de atender à esperança de Freud (1919b), atendendo uma grande quantidade de pessoas na instituição, com o rigor necessário

ao ato analítico. É a oportunidade de inscrever o discurso analítico na interface dos outros discursos no mundo, e verificar os seus efeitos.

Foi também no que tange ao trabalho do psicanalista na vertente clínica, na relação com os pacientes, que buscamos investigar sobre o saber que nessa relação se produziu a respeito da experiência do “outro em si”.

Na maioria das vezes, o primeiro contato com os pacientes do programa de transplante se deu no ambulatório, quando eles vinham para a “avaliação psicológica”, passo obrigatório do protocolo de “exames pré-transplante” proposto pela equipe. Normalmente, ao receber a indicação médica o paciente era encaminhado para a coordenação, onde recebia as primeiras orientações e os diversos encaminhamentos.

Durante os anos, por algumas vezes a coordenação nos questionou a respeito do melhor momento para que enviassem os pacientes para a “avaliação psicológica”. Havia quem acreditasse que o melhor momento era logo do início da bateria dos exames, para que o paciente tivesse, inclusive, “mais condição psicológica de enfrentá-los” (sic). Outros achavam que era melhor encaminhar no fim, quando o paciente já tivesse sido “aprovado” nos exames médicos, quando o transplante já seria inevitável.

Mais uma vez, propus que vissem cada caso e sugeri que, a este respeito, de preferência, consultassem o paciente sobre qual momento seria o melhor para ele, visto já que, como discutimos acima, teria que passar obrigatoriamente pela avaliação. Como nossa sugestão foi acatada, recebíamos os pacientes em todos os momentos, alguns logo que ingressavam no protocolo, outros já avançados no processo, mas sempre antes da cirurgia.

É exatamente na interface das vertentes clínica e institucional que, por tantas vezes, nos questionamos a respeito do **saber** sobre o transplante. Quem sabe sobre isto? O médico

sabe sobre o transplante enquanto procedimento cirúrgico que se propõe a salvar vidas. A enfermeira se incumbe de todas as orientações porque sabe do transplante enquanto processo, suas etapas, sua seqüência, suas conseqüências. Mas, enquanto experiência, só sabe quem por ela passa, e é este saber sobre a experiência do “outro em si” que nos interessa, não no sentido universal, mas particular de cada sujeito; muito menos no sentido de conhecimento que possa ser reproduzido para outros, algo como uma pedagogia dos transplantes.

Tomando como referência a teoria de Lacan (1969-1970) sobre os discursos, podemos afirmar que sempre estivemos dispostos a estabelecer com os nossos pacientes um determinado tipo de laço no qual, tomando o sujeito no lugar do “outro”, causássemos nele o desejo de, a partir de seus próprios significantes, produzir um saber sobre a verdade de sua experiência. Fora deste dispositivo, nossa pesquisa não teria sido possível, nem poderia ser uma pesquisa em Psicanálise.

Se, como fruto dos avanços da ciência, e com o nobre objetivo de salvar vidas, a proposta do transplante de fígado é feita com naturalidade pela equipe médica que o realiza, é fato que não é com a mesma naturalidade que esta proposta é recebida pelo paciente que dele precisa.

Queiramos ou não, é uma proposta que nos remete à noção de um “corpo-máquina”, e foi graças à condição de pensar o organismo como “corpo-máquina” que a Medicina pode, com dedicação e entusiasmo, oferecer um procedimento terapêutico àqueles que antes, sem o transplante de fígado, estavam condenados à morte. Podemos até repetir a frase de um residente médico em reunião e dizer que “feliz é aquele hepatopata terminal que tem a chance de fazer um transplante de fígado” (sic), de trocar a “peça” que “não presta” por uma seminova que, ao menos, funciona.

Mas não é com o mesmo “corpo-máquina” que o sujeito escuta a proposta, mesmo aqueles que apresentam com o seu corpo uma relação do tipo mecânica. Só é possível entender, por fim, esta diferença entre a naturalidade da equipe *versus* o estranhamento do sujeito se lembrarmos da diferença do conceito de corpo em Medicina e em Psicanálise.

Em função disso, foi tão importante para nós fazer a diferença do conceito de corpo para a Psicanálise e para a Medicina, pois essa diferença oferece subsídios teóricos ao trabalho do analista com os pacientes e com a equipe do programa de transplante de fígado.

O “outro em si” não é estranho à equipe pela noção de corpo com a qual a Medicina opera. O médico se ocupa de um organismo e suas funções, e é com alguma naturalidade que aprende em Anatomia que o corpo funciona como um conjunto de peças, que se compõem de forma mais ou menos harmônica e se decompõem quando isto se faz necessário. A proposta do transplante conta com a decomposição do conjunto e sua restituição a partir de uma nova peça.

Para o sujeito, a experiência do “outro em si” é da ordem do estranhamento, pois não só o convoca a se deparar com a idéia da fragmentação de seu corpo, como também com a angústia que isso provoca. Se objetivamente a saída é esta única, subjetivamente isso costuma ser um drama, porque não é com um organismo puro que o sujeito humano lida.

O médico se ocupa do corpo biológico, este que podemos chamar “organismo”, objetivado pela ciência e por ela estudado em termos de suas funções (digestão, respiração etc.), do funcionamento específico dos vários órgãos e seus tecidos, do funcionamento das células. O psicanalista trata um corpo que funciona, primordialmente, em suas dimensões Imaginária, Simbólica e Real, tecido pela sexualidade e pela linguagem.

É importante aqui lembrar que justamente o corpo, enquanto linguagem, é afetado pelas palavras. Do contrário, todo o trabalho psicanalítico seria inviável em sua dimensão clínica. E que, portanto, é no ato da clínica médica que um médico verifica, se assim puder fazê-lo, que suas palavras não são enunciadas sem efeito no corpo de seus pacientes.

Apesar da naturalidade com que faz a oferta positiva do transplante como meio de salvação para a vida, por que estranhar o estranhamento do doente? Era sexta-feira, início da noite, e pelo telefone de minha casa chegava o chamado do médico, que anunciava a urgência da situação, pedindo que eu atendesse o quanto antes, de preferência naquela hora, à gentil paciente, uma senhora que viera de muito longe para se consultar com ele, a quem lhe tinha sido concedido um encaixe de horário em sua agenda “apertada”. Imediatamente depois de saber que seria “presenteada” com o transplante naquele Serviço, gratuito, fora extremamente agressiva com ele.

Sim, claro que atendo, o quanto antes, por que não? Mas tive que perguntar o que havia de urgente em tal situação. Era a dor da paciente? Era o incômodo dele? Era tudo junto? Ela deveria estar feliz com o “presente”? Não precisava ser agressiva? Foi o que foi possível para ela, tal como ela é. Lidamos com um paciente idealizado ou podemos lidar com aqueles mesmos, tais como são?

A clínica da subjetividade nos trouxe dados importantes que devem ser levados em conta pela equipe: nunca recebemos um só hepatopata terminal que, num primeiro momento, ficasse de fato feliz pela chance com a qual foi “presenteado” de fazer um transplante. Por quê?

Primeiro porque a descoberta de uma doença grave – que anuncia a morte – é, ao mesmo tempo, a (re)descoberta do corpo vivo, porque é só quando se está vivo que se pode morrer. Depois porque a proposta do transplante põe em questão, para o sujeito, o modo de

relação que ele estabelece com o seu corpo e com a alteridade, seja qual for o modo singular com o qual cada um experimenta seu corpo. É preciso, portanto, que, enquanto equipe de saúde, estejamos em condições de lidar com o estranhamento dos nossos pacientes, apesar da naturalidade (muitas vezes forçada) do médico que faz a oferta do transplante, até porque se ele próprio estivesse na posição de paciente, certamente teria que se haver com o seu próprio estranhamento.

Vimos que esse estranhamento do paciente, acompanhado de angústia, se dava em função do fato de o enxerto do órgão (no organismo) não corresponder à sua incorporação (no corpo), pois para quem pode fazer a diferença, ao menos conceitual, entre organismo e corpo, tal diferença era evidente. Bastava poder escutá-la.

Ao fim da visita médica ao “pé” do leito, a equipe médica, tendo em mãos os exames de imagens, enquanto discutia animadamente os bons resultados da cirurgia de uma paciente, especialmente no que dizia respeito ao “encaixe perfeito” (sic) do enxerto, foi surpreendida pela pergunta não tão animada da paciente: “Vocês colocaram direitinho o fígado novo em mim, graças a Deus! Vou agradecer a vocês a vida inteira. Agora eu pergunto: alguém aí pode me dizer como faço para colocar esse fígado novo em mim mesma?”

“Conversa com a nossa psicóloga. Ela pode te ajudar”, respondeu o médico da paciente, dirigindo-me o olhar enquanto se encaminhava com a equipe para a visita ao próximo leito. Era notável o quanto já era claro para todos, àquela altura, que havia um organismo e um corpo, e que nós podíamos “ajudar” no tocante ao outro corpo. A paciente deixara claro que **o enxerto do órgão não corresponde à sua incorporação.**

Como articulamos o conceito de corpo em Psicanálise com a clínica psicanalítica com os pacientes do programa de transplante? Na abordagem psicanalítica do corpo, ao mesmo tempo que o Outro é tomado como referência imaginária para o processo de identificação e

constituição da subjetividade, isto não se dá fora do campo de linguagem, o que significa dizer que o ser só pode vir a ser sujeito no campo da linguagem quando por ela incorporado. É pela incorporação da linguagem na carne, transformando-a em corpo humano – e, portanto, temos aí um corpo significante que representa o sujeito para outros significantes. O Outro é o campo da linguagem, o lugar onde o ser humano pode se tornar sujeito.

A lógica da incorporação significante corresponde à operação da Metáfora Paterna, o que Freud chamou de castração simbólica, elemento organizador das estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Desta forma, todo aquele que sofreu a incorporação do Outro de linguagem é sujeito da experiência do **Outro** em si, o que não é, absolutamente, a mesma coisa da experiência do “**outro** em si”.

Na experiência do transplante, o sujeito, que assim o é porque o Outro de linguagem o incorporou, é convidado a incorporar algo que não é da ordem da linguagem - sob o risco de perder a vida -, e responde a esse convite com angústia. É desta experiência de angústia que advém a certeza de que a divisão subjetiva é a mesma divisão da corporeidade. O sujeito tem a sua unidade corporal num registro Imaginário, e a presença do corpo Real indica ao falante que há uma espécie de exterioridade do saber em relação ao corpo.

É enquanto sujeito suposto saber sobre o corpo dos pacientes que o analista é demandado, tanto pelo paciente, que lhe demanda este saber, quanto pela equipe, que encaminha a demanda de saber sobre o corpo a nós: “Conversa com a psicóloga.”

Foi nesse lugar de transferência que foi possível saber algo sobre o saber dos pacientes a respeito da experiência do “outro em si”, sustentando a demanda dos pacientes de saber sobre o seu corpo, pois tratava-se de um corpo cuja mestria da Medicina nada sabia, e cuja pedagogia das diversas orientações não alcançava.

Se do corpo transplantado sabíamos que nada sabíamos, foi por isso que, muitas vezes, foi tão complicado acreditar que seríamos capazes de preparar um paciente para cirurgia. Mas à medida que escutávamos cada paciente, fomos também entendendo que falar de algo antecipadamente não é a mesma coisa que antecipar a experiência, no sentido de neutralizá-la. Preparar, então, era falar do inesperado, do encontro com o que não pôde jamais ser dito antes, com o inédito – preparar o sujeito para o encontro com o Real, contra a consistência imaginária que o impediria de atravessar a experiência tal como ela é.

A questão era como manejar a transferência de saber a partir da demanda desses pacientes e, neste sentido, como em qualquer clínica, a questão do diagnóstico estrutural se fazia fundamental, já que subjetividade e corporeidade não são elementos diferentes, e eram os processos de corporeidade que estavam na cena, tanto na clínica médica quanto na clínica psicanalítica, mas só podiam se fazer escutados na segunda.

Foi sempre privilegiando o diagnóstico estrutural e a posição subjetiva do paciente que buscamos seu saber a respeito da experiência do “outro em si” e de sua relação com a equipe, pois é a partir dela que ele poderá se implicar (ou não) em seu tratamento. Avaliar aí é convidá-lo a fazer o laço com o analista, para que possa **ser** o que é, e então possa também lidar com o corpo que **tem**. A construção da hipótese diagnóstica estrutural em Psicanálise não se reduz a um trabalho de classificação. É por meio dela que encontramos os elementos para fazer o laço com o nosso paciente, já que na transferência o analista ocupa o lugar do Outro. Se a situação do transplante convoca o sujeito a se rever na questão da alteridade, é com esse Outro-analista que essa questão se atualiza para ser tratada.

Foi o que aconteceu com Rosa (cf. 3.5), que pôde se deixar cuidar porque um Outro pôde cuidar dela, sem que a fizesse desaparecer, sem abandoná-la no meio do caminho.

Cristiane (cf. 3.6) deixou de ser a boneca da mãe na relação com um Outro que a tomou como sujeito, então isso foi possível para ela.

Enquanto ocupa a posição de **objeto doença**, o paciente não se trata, apenas se oferece ao tratamento. Na posição de **sujeito doente** ele consegue, ao seu modo, conduzir o seu tratamento em parceria com a equipe, o que nem sempre é simples para esta última. A partir daí, tratamos de propor ao sujeito o questionamento a respeito da posição subjetiva que ele ocupa no processo, sabendo que isto não se faz sem conseqüências. Mas o curioso foi descobrir que isso também gera conseqüências para a equipe, que não só se vê diante de um paciente ativo em seu tratamento, mas que passa a poder se questionar a respeito da posição que ela própria ocupa no tratamento do paciente.

Por fim, que saber extraímos da experiência do “outro em si” a partir da relação com os pacientes? Que a experiência é traumática tanto no que tange à perda do órgão, remetendo o sujeito ao **a menos** da castração, quanto ao que tange ao **a mais**, remetendo o sujeito ao estranhamento e à angústia. Ele sofre pela perda, ele sofre pelo ganho.

Mas da perda fala com “tranqüilidade”, apesar da ferida narcísica, pois a incorporação significante lhe permite perder mais ainda. Já o ganho do enxerto aparece aí como sendo da ordem do excesso, sem nomeação, deixando o sujeito **sem palavras**. Tenta o recurso de **menos-prezar** esse **a mais**, o que não resolve o problema de sua angústia. A experiência nos mostrou que, para fazer a incorporação e se apropriar do novo órgão como parte integrante do corpo, os pacientes contam com a presença de um Outro fora, de um Outro-analista que tem uma função diante desse excesso.

Por muitas vezes, em meio à angústia excessiva da experiência do “outro em si”, **sem palavras**, o sujeito se identificava com o próprio corpo à mercê da pulsão de morte, e a partir disto, o corpo deixava de ser próprio para ser, ao mesmo tempo, do **outro** que nele encarnou

(na carne) e possuído pelo **Outro** que fala por ele, a equipe. É como se esse silenciamento do sujeito, por um lado, o livrasse da morte, mas por outro, o fizesse sofrer de uma espécie de **desincorporação** do significante. O sujeito se retira de seu corpo, perdendo a condição de **ter um corpo**, passando a **ser um corpo** possuído pelo Outro, em função do “outro em si”.

É nessa cena de **desincorporação** significante – portanto, de mortificação em vida – que o analista entra como Outro, o Outro-analista, mas nunca falando por ele; sempre lhe convocando à vida, à sua condição de sujeito que **tem um corpo** e, portanto, pode falar dele. “Como vai seu corpo?”; “Fale-me de seu corpo”; “Quero te ouvir a respeito de seu corpo, fale para mim.” A presença do analista ia tornando possível a nomeação do que era predominantemente sensação, ia possibilitando a reunião dos “fragmentos” e, aos poucos, o Simbólico ia recobrando o Real, barrando esse gozo excessivo e mortífero, o que acarretava conseqüências no Imaginário.

É importante marcar que, no contexto de nosso trabalho, isso que chamamos “**desincorporação**” (sair do corpo) significante não corresponde ao que se chama “**desencarnação**” (sair da carne) justamente porque trabalhamos a diferença do que é carne e o que é corpo para a Psicanálise. A morte no simbólico não é a morte no Real, mas se, por um lado, o sujeito se cala para escapar da morte, por outro há situações nas quais se calar é começar a morrer.

Não são a mesma coisa, mas é claro que há uma relação entre **desincorporação** e **desencarnação**, e também constatamos isto na clínica, especialmente nas situações em que nossa oferta não foi capaz de criar demanda alguma. Com a **desincorporação** significante, o sujeito abandonou o seu **corpo**, e ao ser convocado pelo analista, anunciou: “Estou morrendo” (sic).

Um paciente fora bem na cirurgia, havia se “preparado”, sofria desde o primeiro dia em que descobriu sua doença, falou muito sobre as limitações que ela lhe impunha, sobre o pavor de, aos trinta e cinco anos, se ver impedido de produzir, pois também tinha se preparado para ser pai. Chorava compulsivamente nas sessões quando falava do pavor da morte, e curiosamente temia viver para além da morte, pois assim temia a dor da saudade que sentiria das pessoas a quem amava. Mas a morte o rondava, sempre. Preparou-se, fez o que pôde para arrumar sua vida antes da cirurgia, pagar suas dívidas, sempre na dúvida se voltaria ou não, mas não queria dar trabalho a ninguém, caso não voltasse. Apesar de sua recuperação ser bastante razoável - seu estado geral era considerado bom pela equipe -, ele falava muito pouco desde o transplante, e subitamente se calou. Na minha presença, chorava copiosamente, **sem palavras**, tomado por uma angústia silenciosa, parecia que não era mais dono de seu corpo. Desta forma seu quadro geral piorava a cada dia, significativamente. Deprimido, “vamos medicá-lo”, vale tudo! Os psiquiatras do hospital ajudaram. Sugeri uma avaliação neurológica que indicou que seu funcionamento cerebral estava “absolutamente normal”. Todos os dias escutei o seu silêncio. Marcava a minha presença, não sem angústia. E ao fim de cada sessão silenciosa, eu o avisava que voltaria no dia seguinte. Ele me olhava, sem reação, mas sempre me olhava. Já de volta, na UTI, falou-me pela última vez, com dificuldade, pausadamente: “Eu já fui, há algum tempo desisti. Seu trabalho é nobre, não desista nunca. Amanhã não estarei mais aqui.” **Desincorporou** bem antes de **desencarnar**. Dito e feito: primeiro se entregou ao Outro, depois morreu.

Em todo caso onde a morte se impõe, convém não esquecer de nossa impotência, e isto é a vida. Mas também não é possível esquecer de tantos outros casos em que, frente ao que chamamos **desincorporação** significativa, a presença do Outro-analista, pela convocação da fala no campo da transferência, possibilitou um trabalho de construção.

Se a partir da **incorporação** significante todo **outro** está fora, a experiência do “outro em si” traz consigo um excesso de angústia que parece provocar essa **desincorporação** significante, esse **sem palavras**, e o que vimos é que o Outro-analista, lugar de condensação de gozo desse corpo de sensações, permanecendo fora, oferece a possibilidade de ele se nomear, inventar um significante, de tal forma a poder falar de si e também do “outro em si”. É na relação com o analista que o “outro em si” se positiva.

É em busca da incorporação do objeto **a mais** que o analista aposta na invenção significante, sabendo que, neste caso, não se trata de uma representação excessiva, mas de um excesso sem representação.

Em muitos casos, foi a partir da escuta do significante **estranho** – enunciado por vários pacientes, cada um ao seu modo - que os convidamos a nomear aquilo que não tinha nome, desta forma dando-lhe um lugar no corpo, possibilitando a **incorporação do objeto** pela via do significante.

É nesse sentido que entendemos que todo estranhamento deva ser considerado para que possa ser tratado, e não banido, porque muitas vezes a resposta primeira e “natural” ao estranhamento é a de eliminá-lo antes mesmo que se possa saber algo sobre sua função. Foram poucas as vezes que escutamos os pacientes receberem a proposta do transplante sem esse estranhamento, e se lembramos bem, eram, em sua grande maioria, pacientes com um diagnóstico estrutural de perversão.

Se é com naturalidade que a equipe propõe o transplante, a nossa sugestão é que seja com a mesma naturalidade que suporte o estranhamento, porque ele faz parte do processo do paciente na construção de sua nova condição, a partir da experiência do “outro em si”.

É comum que acompanhem os pacientes desde a sua entrada na lista até bem depois do transplante, até quando isto se faz importante para cada um. Tivemos também a possibilidade de rever alguns pacientes muitos anos após o transplante, quando, por vezes, retornaram ao ambulatório para consulta médica, ou até mesmo quando chegaram para uma “visita” de hora marcada comigo, pois queriam retomar a análise de suas questões; outras vezes, alguns chegavam só até a porta da sala para dar um “oi”, aproveitando para falar ali mesmo.

É neste “oi” que, muitas vezes, ficamos sabendo do “depois”, de um tempo posterior, quando eles chegam para nos contar não só de como estão em sua subjetividade, demonstrando uma boa elaboração do processo que vivenciaram, conseguindo referir-se ao enxerto como “meu fígado”, como também chegam para falar sobre o lugar que ocupamos em seu próprio psiquismo, alguns deles destacando que não sabem como teriam atravessado aqueles períodos críticos sem a nossa presença, muitas vezes mais escuta do que fala, mas presença que os fez suportar muitas ausências, sem que os obrigasse a nada.

Alguns outros chegam para nos dizer que naquela “pior hora” a nossa presença fez com que eles “se encontrassem de volta” (sic). Um paciente transplantado que viera à consulta médica para tratar de uma infecção, veio à porta da sala me cumprimentar. Eu estava só, e ele aproveitou para me dizer que gostava muito de mim, mas não gostava de me ver. Pedi, na porta, que me falasse disso e ele contou: *“Eu saí bom do transplante. Mas foi dureza! Até hoje eu não gosto de pensar nesse negócio que tenho aqui dentro de mim, não, senão eu fico meio esquisito. Não gosto nem de falar. Naquela época eu me sentia todo dividido, parecia que não era eu, eram pedaços de mim que estavam em cima daquela cama. Eu era um caco quebrado, que cada um vinha consertar, cada um cuidava de um caco. Mas quando você chegava, lembra? Você não dizia isso, aliás eu nem me lembro o que é que você dizia, eu acho até que não dizia nada. Mas quando você chegava parecia que os caquinhos iam se*

juntando, eu me encontrava de volta, eu tinha que falar de mim, lembrei, era isso que você queria saber, e eu gostava quando você vinha, eu precisava daquilo. Lembra um dia que eu pedi para te chamar? Eu estava agoniado, e falar com você era legal. Aos poucos eu fui voltando, graças a Deus. Mas eu não gosto muito de ver você, me lembra aquele tempo horrórico, onde tudo era tão dolorido. Você foi a cola que juntou meus cacos, agora eu já estou inteiraço de novo! Te vi aí sozinha escrevendo, aí parei aqui, mas só passei mesmo para te dar um oi, só passei aqui por passar...”

E seguiu “inteiraço” para sua consulta com o médico do “negócio” que tem dentro dele. Muitos pacientes que viveram um processo intenso e trabalharam efetivamente não suportam nos olhar. É preciso compreender isso. É preciso valorizar o fruto de nosso trabalho, se ele deu certo, estamos dispensados. Não podemos abrir mão da eficácia de nosso trabalho em troca de gratidão. Como nos lembra Calligaris (2004, p.5-6),

[...] o psicoterapeuta não deve esperar a gratidão de seus pacientes. [...] Nas curas que proporciona, o psicoterapeuta é, por assim dizer, ele mesmo o remédio. E, nos melhores dos casos, quando tudo dá certo, ele acaba exatamente como um remédio e que fez efeito: uma caixinha aberta, com as poucas pílulas que sobraram, no fundo do armário do banheiro. A caixinha é guardada durante um tempo, porque nunca se sabe; um dia a gente a encontra, não se lembra mais qual era seu uso, constata que, de qualquer forma, o remédio está vencido e joga fora. É bom que seja assim.

O que é muito curioso nesse “depois” é que ele nos possibilita a ressignificação de nossas hipóteses, da própria clínica, é o momento no qual efetivamente surge a novidade. Também outros transplantados vêm nos contar o quanto estão bem, e em nossa escuta da relação deles com esse “outro em si”, evidentemente o que os deixa muito bem é a relação de estranheza que estabelecem com esse enxerto, com esse “estranho”.

Um paciente transplantado em função de sua cirrose por álcool apresentou-se dois anos após a cirurgia, referindo-se ao “Sr. Figueiredo, meu patrão”, como sendo o significante que inventou para nomear o enxerto. Estava muito bem. Voltou a trabalhar, não bebia mais, retomou o que havia sobrado de suas relações familiares, que haviam sido corroídas pelo álcool. Veio me perguntar como pude suportá-lo naquela época em que chegava ao ambulatório exalando cheiro de bebida, sem coragem para viver, especialmente quando de lá sentia-se, muitas vezes, escorraçado pelos olhares de todos. Ele sabia, pedia para ser escorraçado, e era. Eu pedia que ele falasse, bêbado por vezes, e em silêncio, chorava diante de mim, como relembra, “até a hora do próximo paciente” (sic).

O “próximo” era uma questão para aquele paciente. Todo outro que dele se aproximasse, providenciava dele se distanciar. E conseguia: o “próximo” estava tão distante dele! E no depois, só depois, passei a entender que hoje o “próximo” está próximo. Para ser mais exata, está dentro. E ele vinha ao ambulatório de vez em quando para consulta médica. Passava na porta da minha sala e dizia: “Nunca esqueci da atenção que a senhora me dava desde o começo, quando eu não entendia bem porque me maltratava tanto, pensando que maltratava os outros. Hoje, sabendo que tenho que tratar bem do ‘Sr. Figueiredo, meu patrão’, fico mais tranqüilo. Não bebo quando lembro que ele não é meu” (sic).

É ou não é? O fígado novo é dele? Está nele? Ele disse: “Não é meu.” Se fosse dele, teria estragado. Sendo de outro, o conservava, e assim se mantinha vivo. O transplante funcionou aí como uma operação psíquica, que faz esse homem reinscrever o **Outro, em si**. O “outro em si” lhe permitiu reinscrever o **Outro em si**. Ao que pareceu, no acompanhamento e na análise do caso, algo de sua alienação imaginária ao Outro parece ter sofrido o corte dessa/nessa cirurgia. Algo mudou na posição psíquica desse homem, algo mudou na sua subjetividade em relação ao Outro.

Que ninguém se engane: se ele não bebe mais não é porque obedece com rigor às valiosas ordens médicas, nem porque voltou a trabalhar e a viver com a esposa, mas é porque carrega em si o “Sr. Figueiredo”; é porque incorporou o objeto por meio desta invenção significativa, carrega em si o seu próprio **‘patrão’**, a quem ele está submetido, podendo, a partir daí, voltar a trabalhar e a se relacionar afetivamente. O significante Nome-do-Pai foi operado por meio da operação do transplante.

É justo dizer que o fato de o enxerto lhe ser estranho é o que lhe salva a vida. Em outros casos, a estranheza é insuportável. E, mais uma vez, com Freud, a clínica psicanalítica nos convida ao caso a caso, ao que há de mais singular de cada caso. Como trabalhar com transplantes numa lógica universal?

Desta forma, o que se pôde concluir, a partir do trabalho do psicanalista com pacientes de um programa de transplante de fígado, é que a experiência do “outro em si” só pode ser definida a partir da relação que cada sujeito estabelece com sua subjetividade, esta incluindo os seus processos de corporeidade. Todo aquele que foi incorporado pelo Outro da linguagem, podemos dizer, tem o **Outro** em si, que é uma operação que se dá pela via do significante. No transplante de fígado o que aparece como excessivo - convocando-o ao trabalho de invenção significativa - é o fato de que o sujeito teria que fazer a incorporação de um objeto que é, ao mesmo tempo, a vida e a morte do Outro.

A natureza do objeto enxertado, portanto, tem relevância neste processo. Não foram poucas as vezes em que alguns pacientes, diante do trabalho de invenção significativa, falaram que preferiam carregar dentro de si um objeto material, concreto, “sem vida e sem morte”, que já viesse com um nome no rótulo. Quem sabe um dia?

Por enquanto, até onde conseguimos chegar, essa operação de invenção significativa se faz na presença do Outro. É nesse lugar que o analista se oferece para possibilitar (ou não) essa operação psíquica chamada transplante de fígado.

É fato: se o órgão é de outro, e a experiência é a do “outro em si”, esta é da ordem da estranheza, e ao contrário do que faz a maioria dos colegas em outros serviços, a experiência psicanalítica nos ensinou que convém que essa estranheza seja preservada, sempre, para que cada sujeito possa lidar com ela a partir de seus próprios recursos.

Isto tende a ser fundamental no campo das decisões, na instituição, onde o analista introduz a singularidade de cada caso, a clínica do sujeito no serviço de saúde. Cuidar da singularidade do paciente influencia os outros profissionais; a retificação subjetiva também atinge a equipe. Esta, por sua vez, ao mesmo tempo em que coloca o analista como agente de prevenção, também o coloca no lugar do **estranho**, pelo fato de ele sustentar outro discurso.

É, pois, a partir da radical diferença do discurso analítico com os outros que constatamos a possibilidade de trabalho, e assim um paralelo foi possível: é ele, o analista, o “outro em si” da equipe, o estranho. E é só a partir desta experiência que se tem acesso a esse saber, ainda que não-todo.

Para a equipe, a experiência do “outro em si”, a princípio, não é dela, e sim do outro. No entanto, o estranhamento subjetivo do paciente causado por sua proposta objetiva retorna sobre ela, que solicita o analista. E ao solicitar o analista, que encarna “o outro em si”, passa a saber sobre a experiência do “outro em si” nela.

Desta forma, a equipe, enxertada por um discurso que não lhe é próprio, incomodada com o **estranho**, em alguns momentos o rejeita. Mas aqui também a experiência psicanalítica nos ensinou que convém que essa estranheza seja preservada, sempre, ao contrário do que faz

a maioria dos colegas em outros serviços – confundindo a rejeição a um lugar com a rejeição pessoal -, para que cada equipe possa lidar com isso a partir de seus próprios recursos. Lembrando só que, muito provavelmente, se o estranho analista aí se mantém, em ato, não é só por ser sustentado pelo seu desejo (o que não é pouco), mas é, principalmente, porque é a partir desse “outro em si” que a equipe de saúde vive a possibilidade de resgatar a clínica médica propriamente dita – esta que se vê tão ameaçada de extinção pelo casamento da ciência com a bioeconomia tecnológica.

A partir da presença do elemento **estranho** da experiência do “outro em si”, chegamos a um paralelo possível, que deve ser explorado: assim como **a entrada do analista na equipe não corresponde à sua inserção**, podemos dizer que **o enxerto do órgão não corresponde à sua incorporação**.

Isso nos faz voltar ao começo, ao título do nosso trabalho: “O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do ‘outro em si’.” E no momento de concluir, já estamos em tempo de compreender o que vimos até aqui, a saber, que num programa de transplante de fígado que contém um analista, a experiência do “outro em si” é de todos. Tem que ser de todos.

É do paciente, através da relação com a equipe que o transplanta e da relação com o analista que o convoca a falar disto.



É da equipe que, tendo um analista como membro, conhece a estranheza de lidar com o outro discurso (este que lhe apresenta o sujeito) e pela relação com o paciente, que, como sujeito, estranha a sua proposta.



E é, sobretudo, do analista, pela relação com a equipe que lhe estranha e pela relação com o paciente, que, pela via da transferência, o faz saber-se no lugar de condensação de gozo de um corpo Real e também do lugar do Outro, oferecendo a possibilidade de ele se nomear, de modo a poder incorporar o órgão que lhe foi enxertado.



Trabalhar na diferença de discursos não é, e nunca será, a **escolha** mais fácil, mas é preciso não ceder de nosso desejo. Ainda que confiante nos avanços da Ciência em nome da saúde e da vida, é função de um analista convocar o sujeito à responsabilidade e às conseqüências de suas **escolhas**, tanto de transplantar quanto de ser transplantado, porque, como afirma Giannetti (2002, p. 75), “o que a Ciência nunca fará por nós – e isso não importa o quanto ela avance ou deixe de avançar – é **escolher** o uso que faremos do poder que o conhecimento confere e o que pretendemos, afinal de contas, fazer de nossas vidas”.

E assim expusemos de peito aberto nossa “moeda”, nosso trabalho, que sempre nos foi tão caro, porque ao **escolher** trabalhar na diferença, estamos satisfeitos com as suas conseqüências, e toda satisfação é cara ao sujeito.

Comecei esse percurso no privilégio da companhia do Professor Luiz Carlos Nogueira, exemplo de sabedoria e humildade, que, no meio do caminho, partiu. Chego ao fim entendendo, com saudade, que sua lição está incorporada: “Sabemos que não podemos dizer

toda a verdade, mas quanto mais pudermos transmitir este privilégio, mais podemos nos enriquecer, porque as pessoas poderão participar e conviver de certa forma com essa experiência e também aproveitar dela e devolver, para quem transmite, suas considerações.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, S. A clínica do sujeito no Hospital Universitário. In: **Correio da Escola Brasileira de Psicanálise**. São Paulo. v.1 n.15 p.25-29. Out.-Nov. 1996.

_____. Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Organizadores) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-55.

ALBERTI, S.; RIBEIRO, M.A.C. **O retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. 172 p.

BADIOU, A. **Ética: um ensaio sobre a consciência do mal**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. 100 p.

BERLINGUER, G. A ciência e a ética da responsabilidade. In: NOVAES, A. **O Homem-Máquina. A ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 191-212.

BERNAZZALI, S et al. Standardized psychological evaluation pre- and posttransplantation: a new option. **Transplantation proceedings**. USA. v. 37 n.2, p.669-671, Mar. 2005. ISSN 0041-1345.

BIRMAN, J. A epopéia do corpo (prefácio) In: BASTOS, L.A.M. **Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud**. São Paulo: Escuta, 1988. p. 9-24.

_____. **Freud e a interpretação psicanalítica**. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1991. 248 p.

_____. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 304 p.

BJORNSSON, E. Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: impact of structured management on recidivism. In: **Scandinavian journal of gastroenterology**. Noruega: v. 40, n. 2, p. 206-216, Fev. 2005. ISSN: 0036-5521

CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. 155 p.

CAMCI, C. et al. Liver Transplantation for Hepatitis B in the United States. In: **Transplantation Proceedings**. USA: v.37, n.10, p. 4350-4353. Dez. 2005. ISSN: 0041-1345.

CEREZZETI, C.R.N. **O paciente de transplante hepático: um estudo psicológico sobre a força resiliente do hepatopata grave**. 2002. 120 p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983. 274 p.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. 392 p.

CONSOLI, S.; BAUDIN, M. **Aspects Psychologiques et Psychiatriques Après Traitements par Greffe**. Disponível em http://www.medicalistes.org/gvhd/docs/articles_en_francais/psy.html. Acessado em 03 Jul. 2005.

_____. Vivre avec l'organe d'un autre: fiction, fantômes et réalités...**Psychologie médicale**. França. v.26 n.2, p.102-110.1994.

CPT – KING'S CONSUELLING AND PSYCHOTHERAPY TEAM. **Information for patients with lung diseases and their relatives**. London: King's College Hospital. 2004. Disponível em <http://www.kingsch.nhs.uk>. Acessado em 4 Jul. 2005.

CUKIERT, M. **Uma contribuição à questão do corpo em Psicanálise: Freud, Reich e Lacan**. 2000. 223 p. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. In: **Estudos de Psicologia**. Natal.v.7 n.1, p.143-149, Jan. 2002. ISSN 1413-294X.

CUKIERT, M. Considerações sobre corpo e linguagem na clínica e na teoria lacaniana. In: **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n.1-2, p.225-241, Jun. 2004. ISSN 0103-6564.

DUNKER, C.I.L. **A pesquisa psicanalítica nas instituições de saúde**. In: III CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE. Territórios e percursos do psicólogo hospitalar. 2005. São Paulo. Trabalho apresentado em 10 de junho de 2005.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Organizadores) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 19-35

FERNANDES, M.H. A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. In: AISENSTEIN, M.; FINE, A.; PRAGIER, G. (Organizadores). **Hipocondria** (Coleção Biblioteca de Psicopatologia Fundamental) São Paulo: Editora Escuta, 2002a, p. 173-192.

_____. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: **Percursos. Revista de Psicanálise**. São Paulo, ano XV, n.29, p.51-64, 2º semestre de 2002b. ISSN: 01.036.815

_____. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. 127 p.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. 184 p.

FINGERMANN, D.; DIAS, M.M. **Por causa do pior**. São Paulo: Iluminuras, 2005. 174 p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. 252 p.

FREUD, S. **Fragmento da análise de um caso de histeria**. (1905) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. VII.

_____. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise** (1912) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XII.

_____. **Sobre o início do tratamento** (1913) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XII.

_____. **Sobre o narcisismo** (1914) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XIV.

_____. **Observações sobre o amor transferencial** (1915a), in: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XII.

_____. **Os instintos e suas vicissitudes** (1915b) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XIV.

_____. **Pensamentos para os tempos de guerra e morte.** (1915c) In: Obras completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XIV.

_____. **Conferências introdutórias à psicanálise: Teoria geral das neuroses.** (1916) In: Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XVI.

_____. **Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos** (1917) In: Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XIV.

_____. **O estranho** (1919a), in: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XVII.

_____. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica** (1919b) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XVII.

_____. **Além do princípio do prazer** (1920) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XVIII.

_____. **O ego e o id** (1923) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XIX.

_____. **Inibições, sintoma e angústia.** (1926) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XX.

_____. **O mal-estar na civilização** (1930) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XXI.

_____. **Análise terminável e interminável** (1937) In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XXIII.

GARRAFA, V. Bioética e manipulação da vida. In: NOVAES, A. **O Homem-Máquina. A ciência manipula o corpo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 213-225.

GIANNETTI, E. **Felicidade** (2002) São Paulo: Companhia das Letras. 232 p.

GUBBY, L. Assessment of quality of life and related stressors following liver transplantation. **Journal of Transplant Coordination USA.** v.8 n.2, p.113-118, Jun. 1998. ISSN 0905-9199.

JONAS, H. Il principio responsabilità In: **Un'etica per la civiltà tecnologica**. Turim: Einaudi, 1990.

JOWSEY, S.G. et al. Psychosocial challenges in transplantation. **Journal of Psychiatric Practice**. USA. v.7 n.6, p. 404-414, Nov. 2001. ISSN 1527-4160.

KALIL, A. N. ; COELHO, J. ; STRAUSS, E. **Fígado e Vias Biliares - Clínica e Cirurgia**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2001. 678 p.

KUNDERA, M. **A insustentável leveza do ser**. (1984) São Paulo: Companhia das letras, 1999. 350 p.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. (1936) In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 96-103.

_____. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma. (1945) In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

_____. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 591-652.

_____. **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise** (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 396 p.

_____. **O seminário, livro 8: a transferência** (1960-1961). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. 386 p.

_____. **O seminário, livro 10: a angústia** (1962-1963). Inédito.

_____. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964-1965), Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 269 p.

_____. Psicoanálisis y medicina (1966). in: **Intervenciones y textos**. Buenos Aires: Manantial, 1991. p. 86-99.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **O seminário, livro 16: De um Outro ao outro** (1968-1969). Inédito.

_____. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise** (1969-1970), Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1992. 208 p.

_____. Radiofonia (1970). In: LACAN, J. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **O seminário, livro 20: mais, ainda** (1972-73), Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982. 201 p.

LAEDERACH-HOFMANN, K.; BEGRE, S.; BUNZEL, B. Integration process and organ-related fantasies in patients undergoing organ transplantation. In: **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**. Alemanha. v. 52, n. 1, p.32-40, Jan. 2002. ISSN: 0937-2032.

LAURENT, E. A instituição, a regra e o particular. In: **Correio da Escola Brasileira de Psicanálise**. São Paulo. v.1 n.15 p.15-19. Out.-Nov. 1996.

MANNONI, O. **Freud: uma biografia ilustrada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989. 192 p.

MANUAL DO TRANSPLANTE DA UNIDADE DE FÍGADO DO HCFMUSP. Documento desenvolvido pela equipe multiprofissional para uso interno. São Paulo. 1998. 40 p.

MAYO CLINIC. **The transplant process**. Minnessota. 2005. Disponível em <<http://www.mayoclinic.org/liver-transplant/transplantprocess.html>>. Acessado em 10 Jul. 2005.

MICHAELIS. **Dicionário de Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos. 2002. 869 p.

MIES, S. Transplante de fígado. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Brasil, v.44 n.2, p.127-134, Abr.-Jun. 1998. ISSN 0104-4230.

MILLER, J.-A. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. In: **Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. São Paulo: Eólia, n.41, dezembro de 2004. p.7-67.

MONRAS, M.; MARCOS, V., RIMOLA, A. Personality characteristics of alcoholic candidates for liver transplantation. **Medicina clínica**. Barcelona. v.122 n. 20, p. 779-781. Mai. 2004. ISSN 0025-7753

MORETTO, M.L.T. A problemática da inserção do psicólogo na instituição hospitalar. **Revista de Psicologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da FMUSP**. São Paulo. v. 9 n.2, p. 19-23. 1999.

_____. Longe do divã, perto do paciente. A psicanálise onde o paciente está: no hospital. **Agência USP de notícias**. São Paulo. n. 594, Ago. 2000. Disponível em <www.usp.br/agen/bols/2000/rede594.htm>. Acessado em 20 Out. 2004.

_____. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 217 p.

_____. O outro em si: o transplante como risco/renascimento. In: QUAYLE, J.; LUCIA, M.C.S. (Organizadoras). **Adoecer: compreendendo as interações do doente com sua doença**. São Paulo: Atheneu. 2003. c. 9 p. 113-127.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 344 p.

NOGUEIRA, L.C. A pesquisa em Psicanálise. In: **Psicologia USP**, São Paulo, v.15, n.1-2, p. 83-106, Jan.-Jun. 2004(a), ISSN 0103-6564.

_____. Antes e depois de meu encontro com Lacan: Paris – Julho de 1977. In: **Psicologia USP** [online] São Paulo, v. 15, n. 1-2, p. 109-113, Jan-Jun. 2004(b). ISSN 0103-6564. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100014&lng=en&nrm=iso> Acessado em 14. Dez. 2005

NOVAES, A. **O Homem-Máquina. A ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. 370 p.

PACHECO FILHO, R.A. Psicanálise, psicologia e ciência: continuação de uma polêmica. In: **Estudos de Psicologia (Natal)** [on line] Natal: v. 2, n. 1, p. 68-65, Jan-Jul. 1997. ISSN 1413-294X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1997000100005&lng=pt&nrm=iso . Acessado em 20. Nov. 2005.

PEREIRA, M.E.C. **O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou a psicopatologia para quê?** Disponível em: http://www.estadosgerais.org/atividades_atuais/pereira_mario_costa-dsm-iv_o_objeto.shtml> Acessado em 14.dez.2005.

PEREIRA, S.P. et al. Quality of life after liver transplantation for alcoholic liver disease. **Liver Transplantation** USA. v.6 n.6, p. 762-768, Nov. 2000. ISSN 1527-6465.

PEREZ SAN GREGORIO, M.A. et al. Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients. **Actas espanola de psiquiatria**. Espanha. v.32 n.4, p.222-226. Jul.-Ago. 2004. ISSN 1139-9287.

PERNEY, P. et al. Are preoperative patterns of alcohol consumption predictive of relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease? In: **Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation**. ALEMANHA: v. 18, n. 11, p. 1292-1297. Nov. 2005. ISSN: 0934-0874.

PRINCE, C.E. Prospective study of the quality of life in patients assessed for liver transplantation: outcome in transplanted and not transplanted groups. **Journal of the Royal Society of Medicine**. Inglaterra. v. 88 n.3, p.130-135. Mar. 1988. ISSN 0141-0768.

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. In: **Psicologia USP**, São Paulo, v.11, n.1, p.11-28, 2000, ISSN 0103-6564.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 125 p.

_____. Incorporação, extrusão e somação: comentários sobre o texto “Radiofonia”. In: ALBERTI, S. ; RIBEIRO, M.A.C. **O retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.59-70.

RIBEIRO, R.J. **A sociedade contra o social**. São Paulo: Companhia das Letras. 2000. 232 p.

_____. **Desafios para a ética**. 2004 Disponível em http://noticias.aol.com.br/colunistas/renato_janine/2004/0023.adp> Acessado em 15.12.2005

ROBERTSON, G. Individuals perception of their quality of life following a liver transplant: an exploratory study. **Journal of Advanced Nursing**. Inglaterra. v.30 n.2, p. 497-505, Ago. 1999. ISSN 1365-2648.

RODRIGUES, R.; LIMA, M.G.S.; AMORIM, S. Transplante renal e hepático: intervenção psicológica no hospital geral. In: BRUSCATO, W.; BENEDETTI, C; LOPES, S.R.A. (organizadoras). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas práticas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004. c. 12. p.135-153.

ROUANET, S.P. O homem-máquina hoje. In: NOVAES, A. **O Homem-Máquina. A ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 37-64.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar. 1999, 163 p.

SAKETT, D.L. et al. **Medicina Baseada em Evidências: prática e ensino**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2003. 270p.

SCHWERING, K.L. The psychological challenge of paediatric organ transplantation: gift and incorporation. **Acta gastro-enterologica Bélgica**. Bélgica. v.67 n.2 p.184-187, Abr.-Jun. 2004. ISSN 0001-5644.

SOUZA, O. Reflexão sobre a extensão dos conceitos e da prática psicanalítica. In: Aragão, L.T. (organizador) **Clínica do Social**. São Paulo: Escuta. 1991. p. 75-92.

STI - THOMAS E. STARZL TRANSPLANTATION INSTITUTE . **Our staff**. Pittsburgh: University Pittsburg Medical Center (UPMC). 2005. Disponível em <<http://sti.upmc.com/Staff.htm>>. Acessado em 4 Jul. 2005.

SNT - SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES. **Rede credenciada**. Brasil. Ministério da Saúde. Mai. 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/transplantes/index_gestor.htm>. Acessado em 13 jul. 2005.

SZPIRKO, J. Ser doente, ter um doença. In: In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Organizadores) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 57-71.

TAYLOR, R. et al. A critical review of the health-related quality of life of children and adolescents after liver transplantation. **Liver Transplantation** USA. v.11 n. 1, p.51-60, Jan. 2005. ISSN 1527-6465.

UMTC – University Michigan Transplant Center. **Staff team**. Michigan: University of Michigan Hospital. 2004. Disponível em <http://www.med.umich.edu/trans/public/liver/adult/faculty_staff/staff.shtml>. Acessado em 4 Jul.2005.

WU, L.M.; XU, X.; ZHENG, S.S. Hepatitis B virus reinfection after liver transplantation: related risk factors and perspective. In: **Hepatobiliary & Pancreatic Diseases Internacional**. CHINA: v.4, n.4, p. 502-508, Nov. 2005. ISSN: 1499-3872.