



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**LUCIANO LIMA DE OLIVEIRA**

**SEXUALIDADE E SEXUAÇÃO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO COM  
HOMENS PENECTOMIZADOS POR CÂNCER DE PÊNIS**

**FORTALEZA  
2010**

**LUCIANO LIMA DE OLIVEIRA**

**SEXUALIDADE E SEXUAÇÃO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO COM  
HOMENS PENECTOMIZADOS POR CÂNCER DE PÊNIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Laéria Bezerra Fontenele.

**FORTALEZA  
2010**

**LUCIANO LIMA DE OLIVEIRA**

**SEXUALIDADE E SEXUAÇÃO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO COM  
HOMENS PENECTOMIZADOS POR CÂNCER DE PÊNIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Laéria Bezerra Fontenele (orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Dra. Maria Celina Peixoto Lima  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

---

Profa. Dra. Maria Cristina Candal Poli  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

"*Lecturis salutem*"

Ficha Catalográfica elaborada por  
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593  
tregina@ufc.br  
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

O48s

Oliveira, Luciano Lima de.

Sexualidade e sexuação [manuscrito] : um estudo psicanalítico com homens penectomizados por câncer de pênis / por Luciano Lima de Oliveira. – 2010.

126f. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza(CE), 02/06/2010.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laéria Bezerra Fontenele.

Inclui bibliografia.

1-PÊNIS – CÂNCER – ASPECTOS PSICOLÓGICOS. 2-CÂNCER – PACIENTES – COMPORTAMENTO SEXUAL. 3-MASCULINIDADE. 4-HOMENS – COMPORTAMENTO SEXUAL. 5-PSICANÁLISE. I- Fontenele, Laéria Bezerra, orientador. II- Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 155.916081

22/10

Para Evanyr e Camilo, meus pais, mestres em fazer das pedras no caminho pré-texto das mais belas páginas de suas vidas.

## AGRADECIMENTOS

À Mirella, que nunca deixou de acreditar no sucesso dessa empreitada, ajudando-me a não ceder de meu desejo.

À minha orientadora, Professora Laéria B. Fontenele, pelo rigor e grau de exigência com que conduziu as orientações, levando-me a reconhecer e avançar em relação a muitas de minhas limitações; além do apoio a mim dispensado em momentos difíceis que tive de atravessar ao longo desse percurso e que me serviu de incentivo para seguir produzindo. A você, Laéria, toda a minha admiração e gratidão.

À Professora Celina Lima, pela atenção e disponibilidade com que ouvia a forma ainda confusa pela qual eu expressava minhas idéias iniciais acerca do tema da pesquisa, além das valiosas observações feitas por ocasião da qualificação do projeto.

À Professora Maria Cristina Poli, que tão gentilmente aceitou colaborar para o enriquecimento deste trabalho, pelas pontuações precisas, as quais engrandeceram sobremaneira essa dissertação.

Ao Professor Ricardo Barrocas, pessoa por quem tenho enorme respeito e de quem me orgulho de ter sido aluno, cuja leitura dos primeiros escritos que produzi no mestrado resultou em significativas contribuições, as quais estão presentes nessa dissertação.

A Antônio Secundo, pelas indicações bibliográficas e disponibilidade para importantes interlocuções, que por vezes se deram no curto trajeto do divã à porta de seu consultório.

À Consuelo Aragão, *in memoriam*, pela oportunidade oferecida a um psicólogo recém-formado de ingressar no universo da oncologia.

Aos homens que, confiando a mim a intimidade de suas perdas, aceitaram o convite à fala, sem a qual a proposta desse trabalho não faria sentido.

Ao Hospital do Câncer do Ceará - ICC, em especial aos cirurgiões do Serviço de Urologia, sempre solícitos em relação às minhas dúvidas e questionamentos, facilitando, no que podiam, o acesso aos sujeitos da pesquisa.

*“Mas já que se há de escrever, que ao menos não se esmaguem com palavras as entrelinhas”.*

(Clarice Lispector)

## RESUMO

Essa pesquisa resultou das inquietações provocadas por nossa prática clínico-hospitalar com homens portadores de câncer peniano submetidos à amputação cirúrgica do pênis. Percebemos, quanto a isso, a existência de uma dissimetria entre o discurso desses homens e aquele sustentado pela medicina e pela psico-oncologia, o qual é centrado, sobretudo, no funcionamento sexual amparado na anatomia e fisiologia. Essa não-coincidência nos despertou o desejo de problematizar essa questão em uma pesquisa de mestrado, tendo em vista as possibilidades de favorecer em nosso trabalho, junto a essa equipe, uma maior coerência entre o acompanhamento desses pacientes e suas experiências para com esse dano real sofrido. Nosso objetivo geral foi investigar o impacto da penectomia na sexualidade masculina; e os específicos, identificar possíveis saídas encontradas pelo sujeito para a satisfação pulsional na ausência do pênis e verificar os destinos desse impacto em relação aos pontos de ancoragem da virilidade e seus respectivos deslocamentos. Para tanto, procuramos, na medida do possível, escutar esses homens a partir da técnica analítica, abstendo-nos de dirigirmos suas falas, embora não se tratasse estritamente de uma psicanálise. Destarte, procuramos estabelecer uma maior coerência entre a nossa pesquisa e a clínica psicanalítica, espaço privilegiado da pesquisa psicanalítica no sentido que lhe é dado por Freud e Lacan. Escutamos seis sujeitos, por ocasião de suas revisões pós-cirúrgicas, oriundos do Serviço de Urologia do Hospital do Câncer do Ceará – ICC, local onde se deu a nossa prática para com eles. O tempo decorrido desde a cirurgia até o encontro conosco variou de dez meses a três anos, e a média de idade das pessoas atendidas foi de 60,5 anos. Após cada encontro, as falas dos sujeitos foram anotadas e, posteriormente, relatadas sob a forma de vinheta clínica. Assim, mantivemo-nos fiéis aos significantes por eles produzidos, inerentes às suas subjetividades e não a um saber prévio a elas. Quanto aos resultados obtidos, destacamos: a dissociação entre amor e desejo presente na vida amorosa dos sujeitos pesquisados; o confronto com a tarefa de reconstruir a imagem viril, perante a mulher e os outros homens, sem o sustentáculo imaginário fornecido pela anatomia; a tendência de elaborar o sem sentido da doença e da cirurgia atribuindo-as ao exercício da virilidade junto a outras mulheres, que não a esposa; e a ausência de “vida sexual” para os que ainda possuem o coto peniano, contrariando o que preconiza o saber médico quanto à capacidade de gozo sexual dos pacientes parcialmente penectomizados. Concluímos que através de uma escuta psicanalítica foi possível perceber que, no discurso desses sujeitos, a sexualidade se mostra, de certo modo, refratária aos modelos reabilitadores restritos à dimensão funcional da sexualidade e, portanto, redutíveis ao comportamento dos mesmos quando do ato sexual. Isso evidenciou a relevância de um trabalho mais abrangente para com eles, não restrito a intervenções pedagógicas, com o intuito de fazer com que eles elaborem a perda sofrida e possam lidar de forma simbólica com a sua nova realidade, inclusive corporal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicanálise, Psico-Oncologia, Câncer de pênis, Sexualidade, Masculinidade.

## ABSTRACT

This research arises from our restlessness concerning clinical and hospital-related practice involving men suffering from penile cancer who underwent surgical removal of the penis. We perceived that there was dissonance between these men's discourse and that one advanced by medical community and psycho-oncologists, centered mainly on sexual functioning as supported by anatomy and physiology. That discrepancy aroused our desire to tackle the issue by means of a master's research considering the possibilities of improving with this work a more coherent design for the follow-up of the patients and their experiences related to a serious damage sustained. Our general objective was to evaluate the impact of penectomy on male sexuality; and, as specific objectives to identify possible alternatives found by patients to fulfill the satisfaction drive in face of penile absence, and ascertain where the reflecting impact would end considering virility anchorage points. Leaning on analytical techniques, we tried to listen to these men, avoiding directing their speeches, considering that this was not psychoanalytical sessions. We tried to establish a more coherent design between our research and psychoanalytical practice, a privileged tool adopted by psychoanalytical research if one considers the meaning of this tool as developed by Freud and Lacan. We heard six subjects during their post-surgical evaluation visits, all of them referred by the Urological Service from the Cancer Hospital of the State of Ceará, where we developed our research. The time between surgical procedure and our encounter with subjects ranged from 10 to 36 months, mean age of them being 60.5 years. After each encounter, we took notes of the subjects' speeches, and later presented them as a clinical sketch. Thus, we kept ourselves tuned to major issues inherent to patients' subjectivities and not to previous knowledge that we could have about those values. As upshots of our investigative work, we can highlight the dissociation between love and desire in the amorous lives of subjects; the struggle of them to rebuild their virile image in face of female counterpart and other men, lacking as they were the strong imaginary force provided by anatomy; the trend to elaborate on life's meaninglessness as a result from disease and surgery preventing them from exerting their virility in relation to other women but the wife; the absence of "sexual life" for those who maintain a penile stump, thus disputing the medical knowledge that propounds existence of a capability for sexual pleasure by patients who underwent partial penectomy. We concluded that by means of a psychoanalytical hearing technique it was possible to assess from the subjects' discourse that sexuality presents itself to a certain extent resistant to rehabilitating models based solely on its functional dimension, and, therefore, restricted to patient behavior in relation to the sexual act. This disclosed the importance of a more extensive work with those patients without restricting itself to pedagogical interventions, but aiming at making patients elaborate on their loss and help them tackle in a symbolic way their new reality, including bodily configuration.

Keywords: Psychoanalysis, Psycho-Oncology, Penile Cancer, Sexuality, Masculinity.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I – O OBJETO DA PESQUISA NAS PERSPECTIVAS DAS LITERATURAS MÉDICA, PSICO-ONCOLÓGICA E PSICANALÍTICA</b> .....	15
<b>CAPÍTULO II – PARA ALÉM DA ORDEM MÉDICA: A SEXUALIDADE NA PSICANÁLISE</b> .....	21
2.1 O sexual em Freud: elementos para um contraponto entre a psicanálise e o discurso médico .....	21
2.2 Sexualidade e linguagem na medicina e na psicanálise .....	37
2.3 O lugar do analista frente aos discursos votados à reabilitação sexual .....	43
<b>CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES SOBRE O MASCULINO E A MASCULINIDADE EM FREUD E LACAN</b> .....	55
<b>CAPÍTULO IV – O DISCURSO DE HOMENS PENECTOMIZADOS ACERCA DE SUA SEXUALIDADE</b> .....	76
Um homem violento para a mulher de fora .....	76
O desgosto de um exímio arranca-toco .....	79
Lamento de um homem que nasceu para ser homem .....	82
“Meu Deus, faça amolecer!” .....	85
O homem das duas mulheres .....	89
Um homem manso frente a mulheres valentes .....	94
<b>CAPÍTULO V – REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA PENECTOMIA NA SEXUALIDADE MASCULINA</b> .....	98
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	113
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	121

## INTRODUÇÃO

A ideia de pesquisar as repercussões da amputação de pênis na sexualidade de sujeitos com câncer peniano surgiu de uma prática clínico-hospitalar fundamentada no pensamento de Freud e Lacan. Já há algum tempo, vimos apostando na pertinência da oferta de uma escuta voltada menos ao indivíduo com câncer que ao sujeito nas enfermarias e ambulatório de uma instituição de referência em oncologia. Escuta que implica em resistirmos a ocupar um lugar de mestria diante do sujeito e de sua angústia, procurando, com isso, nos situar uma posição analítica capaz de favorecer a produção, pelos sujeitos escutados, de seus próprios significantes, a partir dos quais possamos intervir; ainda que reconheçamos as dificuldades envolvidas na realização dessa tarefa em contexto hospitalar, tendo em vista as inúmeras variáveis que caracterizam a atuação da equipe médica no hospital, cujos efeitos o analista nela inserido não pode evitar de ser por eles atravessado. Eis aí configurado um desafio, por nós considerado em nada desprezível, e que consiste em nossa aposta: tentar fazer operar o discurso do analista em meio a uma trama discursiva agenciada pelo significante mestre. Tarefa considerável, cuja realização, ainda que sujeita a limitações, parece-nos ser a via pela qual o analista pode contribuir, agregando valor à equipe hospitalar da qual faz parte.

Aliada a essa inquietação do pesquisador, segue-se o fato de que contribuir para ampliar o entendimento das incidências da penectomia na vida desses homens se reveste de extrema relevância, não apenas científica e técnica, mas também social, uma vez que, segundo relatório da Sociedade Brasileira de Urologia – SBU (2007), o Ceará é o segundo estado do país em incidência de câncer peniano. Grande parte dos pacientes chega aos serviços especializados em estágio avançado da doença, fazendo com que a penectomia (amputação cirúrgica parcial ou total do pênis) passe a ser a primeira opção terapêutica. O estudo da SBU revela ainda, com base em dados do DataSUS, que o número de penectomias no Brasil vem crescendo cerca de 10% ao ano, o que não deixa de ser preocupante, porquanto a doença é considerada rara na maior parte do mundo.

O principal problema por nós colocado, e aquilo que serve de fio condutor de nossa investigação, é que os homens, por nós regularmente escutados em nosso cotidiano de trabalho na equipe médica e psico-oncológica, denunciam em seus enunciados a angústia

relativa à perda de um órgão em torno do qual construíram sua vida sexual, seu lugar na cultura, sua masculinidade. No entanto, suas enunciações sugerem que a concepção de sexualidade e de masculinidade de que falam não se conforma com aquela que é veiculada pelos saberes médico e psico-oncológico que a eles também se dirigem no hospital. Existe algo, segundo nossa experiência, no discurso desses pacientes sobre sua sexualidade que se mostra refratário a esses saberes no que diz respeito à suas vidas sexuais impactadas pela penectomia.

Dentre as principais questões que formulamos, pautados em nossa prática para com esses pacientes, podemos citar: sendo a pulsão uma força constante, cuja fonte situa-se no corpo, que deslocamentos cada sujeito será levado a efetuar na dinâmica pulsional referentes à ausência do pênis, zona erógena por excelência na vida sexual dos homens adultos? Uma vez que a amputação parcial ou total do pênis faz surgir, na fala desses pacientes, questionamentos acerca da manutenção de sua condição de homem, quais seriam os impactos da penectomia em sua suas vidas sexuais, bem como em sua autoimagem, na sustentação de sua virilidade, assim como em seus tratos com os seus objetos de amor? Essas, dentre outras indagações que se apresentaram à nossa reflexão acerca do problema, levaram-nos a definir como objetivos de nossa pesquisa de mestrado primeiramente um mais geral, que consistiu em investigar o impacto da amputação do pênis na sexualidade de homens acometidos por câncer peniano; e outros mais específicos, que disseram respeito ao trabalho de identificar as possíveis saídas encontradas por eles para a satisfação pulsional envolvida no ato sexual, bem como o de verificar se essa nova condição traria também consequências tanto para suas vidas amorosas quanto para aqueles pontos que lhes permitiam, anteriormente à cirurgia, ancorarem suas virilidades; e, por último, caso isso fosse observado, quais seriam os seus respectivos deslocamentos. Levando em conta as sugestões de membros da banca que compôs o nosso exame geral de conhecimentos, resolvemos acrescentar a esses objetivos a empreitada de retomar os conceitos de sexualidade e sexuação, articulando-os ao nosso objeto de pesquisa de modo a que pudessemos precisar o sentido que damos a ele.

A metodologia adotada nessa pesquisa sofreu significativas alterações, igualmente frutos de recomendações que nos foram feitas por ocasião de nosso exame geral de conhecimentos e por nossa orientadora. Se nessa ocasião definimos como caminho metodológico a realização de entrevistas com os sujeitos da pesquisa, mediante questionário semiestruturado - o qual seria submetido a uma análise inspirada na teoria lacaniana dos quatro discursos -, após esse momento buscamos, na construção de nossa metodologia, uma maior coerência tanto com a clínica psicanalítica como com a sua teoria, guardando, no

entanto, a singularidade das questões institucionais que muitas vezes se mostraram desfavoráveis a ela. A principal delas diz respeito ao fato que, muitas vezes, o nosso encontro, como membros da equipe, com esses pacientes ocorria de maneira muito pontual, limitando-se, na grande maioria das vezes, a um encontro, realizado na enfermaria quando de sua avaliação pré ou pós-cirúrgica. Isso não nos permitia adotar o procedimento em jogo em um tratamento analítico e com isso favorecer, mediante o manejo da transferência, a mudança de posição subjetiva dos pacientes frente ao trauma provocado pela cirurgia. No entanto, se o tempo e o alcance limitados desses encontros configuravam-se como importantes variáveis a serem consideradas em nossa definição metodológica e, portanto, deveriam ser assumidos como relativos à própria realidade de nossa atuação - tal como definida por seu papel junto à equipe hospitalar -, também teríamos que ajustar a nossa escuta a um contexto que lhe é alheio no que tange aos propósitos clássicos.

A considerável dificuldade de acompanharmos os pacientes no ambulatório de Psicologia antes ou após a cirurgia, quer tenha se dado por razões institucionais (como nossa carga horária na instituição, a não coincidência de nossos horários e dos ambulatórios do Serviço de Urologia, além do absenteísmo relativo às revisões cirúrgicas periódicas), ou pelas limitações econômicas dos pacientes quanto a se deslocarem do interior - local de residência de boa parte deles - para a capital, fizeram-nos dar um pouco mais de atenção ao número, ao quantitativo dos sujeitos, como forma de obtermos mais conteúdo para nossa investigação. Conseguimos escutar, conforme já referido acima, apenas seis pacientes, com os quais, pelas razões já expostas, somente nos foi possível encontrar uma vez, aproveitando-nos de suas vindas ao hospital para fins de revisões pós-cirúrgicas. Tais homens eram residentes da capital, tinham se submetido à penectomia há pelo menos dez meses, não apresentavam recidiva da doença nem complicações clínicas que, do ponto de vista médico, os impedisse de atividades laborais ou sexuais (com exceção da cópula, para aqueles cujo pênis havia sido totalmente amputado).

A princípio, realizar apenas um encontro com cada sujeito nos deixou preocupados. No entanto, demo-nos conta de que esses obstáculos deveriam ser enfrentados, mesmo por que são correlativos aos que limitam nosso trabalho clínico no hospital, o qual, contudo, temos conseguido desenvolver. Tal clínica deve se conformar, não raro, àquilo que Del Volgo (1998, p.29) caracteriza como: “[...] um tempo que toma sentido e encontra seu limite na situação de um breve encontro”. Trata-se do que a referida autora denomina de “instante de dizer”, assim definindo-o: “[...] O instante de dizer é um instante de gênese, no sentido em que é criador de acontecimentos psíquicos. Propriamente falando, ele os engendra, à condição

que o encontro tenha lugar” (p.29). Pelo que podemos observar quanto à fala dos sujeitos de nossa pesquisa, só temos que concordar com a autora.

Outro problema metodológico, não menos importante, foi o de definir como proceder ao que, até a qualificação do projeto de pesquisa, entendíamos como “coleta de informações”. A dificuldade pode assim ser resumida: se acreditamos possível e viável uma pesquisa em psicanálise no hospital, isto é, utilizando-nos do método psicanalítico, a obtenção de algum conteúdo dos sujeitos não poderia, a rigor, ser “coletado” porque coletar implica o recurso a algum instrumento previamente elaborado, estruturado para aquele fim. Trata-se de um movimento de busca de algo que já se sabe existir de saída, faltando apenas ser procurado. O analista não coleta informações, pois o objeto de sua investigação não está dado de saída, não existe a priori, mas é produto da articulação dos significantes que compõem a enunciação do sujeito. Diremos, com Lacan, que o objeto de pesquisa do psicanalista não deve ser procurado, mas... achado. Como, então, com apenas um encontro, explorar a temática que nos interessava sem induzir o sujeito a produzir o que nossos objetivos demandavam? Decidimos apenas por nos colocarmos no lugar de agente desencadeador da livre fala do paciente em torno de sua problemática, o quanto isso fosse possível, mesmo que tivéssemos em seu acolhimento que lançar-lhe umas poucas questões que o levasse a desencadear seu discurso.

Conforme observado na etapa de qualificação de nosso projeto, as perguntas que constavam em nosso questionário semiestruturado tendiam a se concentrar na cirurgia, o que poderia levar os sujeitos a restringirem sua fala ao tema da amputação como resposta ao que poderiam considerar uma demanda do pesquisador, por isso a adoção dessa nova estratégia de trabalho. Tratava-se, assim, de tentar reduzir a distância que, pelas razões expostas, separavam-nos de uma investigação mais coerente com a de natureza psicanalítica, almejando favorecer o máximo possível as associações do sujeito.

Procuramos, igualmente, escutar de forma flutuante a fala de nossos sujeitos, considerando nela, sobretudo, a incidência de seus significantes. Assim procedendo, foi-nos possível pontuar, na ocasião, algumas formações do inconsciente, como lapsos, chistes, metáforas, denegações, a fim de ampliar o acesso à verdade inerente ao saber inconsciente. Mesmo assim, não pudemos deixar de notar que a explicação dos objetivos da pesquisa, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – exigência ética para qualquer pesquisa que envolva seres humanos – não pode ser negligenciada como variável interveniente numa pesquisa como a nossa. Isso porque devemos contar com a possibilidade de que a fala do sujeito, como já salientamos, seja construída em resposta ao que ele considera que o pesquisador deseja saber.

A última etapa da metodologia consistiu em definir a maneira como se daria o trabalho para com o material clínico que se produziu nos atendimentos por nós prestados a esses pacientes. Procuramos nos manter, também quanto a isso, igualmente próximos do método psicanalítico. Sabemos que, nas pesquisas ditas de campo, essa etapa é conhecida como “análise das informações”, o que não é coerente com nossa proposta metodológica, já que não tomamos o conteúdo produzido pelos sujeitos como informações. A princípio, em nosso projeto original, cogitamos trabalhar as falas dos sujeitos a partir de categorias da teoria dos quatro discursos, elaborada por Lacan. No entanto, após algumas discussões no processo de orientação da pesquisa, chegamos à conclusão de que seria mais adequado trabalhá-las ao modo de relatos clínicos que nos permitissem o seu ficcionamento teórico. Dessa forma, produzimos vinhetas clínicas, nas quais priorizamos transmitir as questões que surgiram quanto ao nosso objeto de pesquisa, no discurso produzido pelos sujeitos, ou seja, em suas enunciações efetivas. Longe, pois, de interpretarmos o discurso dos pacientes a partir da teoria psicanalítica, o que efetivamente nos guiou foi a procura em verificar o que os sujeitos de nossa pesquisa tinham a nos ensinar acerca da experiência por ele vividas. Seguimos, portanto, o movimento do fundador da psicanálise, a saber, partimos da clínica para a teoria.

Para compor a estrutura de nossa dissertação, organizamos todo o material produzido nos capítulos que sintetizaremos agora em seus propósitos de base.

No primeiro capítulo, tivemos como objetivo situar o leitor em relação às inquietações que nos fizeram construir o problema de nossa pesquisa, mostrando as origens de sua constituição, bem como procuramos situá-los em relação às demais perspectivas adotadas pelos poucos pesquisadores que se dedicaram ao tema de nosso estudo.

No segundo capítulo, procuramos estabelecer as diferenças entre os discursos médico e psicanalítico acerca da sexualidade. O intuito é explicitar os limites do primeiro para dar conta dos desdobramentos que a penectomia acarreta para a sexualidade dos pacientes, bem como em que sentido poderiam ser enriquecidos com a perspectiva que a psicanálise nos oferece acerca disso. Um dos pontos de esteio para a referida divergência radica no tratamento que a sexualidade e a linguagem recebem de ambos. O estabelecimento dessa diferença nos levou também a contemplar as possibilidades de inserção do psicanalista e de sua contribuição em equipes de psico-oncologia, nas quais, geralmente, o paciente penectomizado é objeto de esforços e intervenções pautados na reabilitação sexual.

No terceiro capítulo, abordaremos o tema do masculino e da masculinidade, uma vez que sua presença na fala dos sujeitos é recorrente, através de perguntas como: O que é ser homem? O que é ser um homem sem pênis? Como sustentar a imagem viril, tanto perante a

mulher quanto aos outros homens? A anatomia é suficiente para que alguém seja dito homem? Partimos da concepção de que aqueles conceitos não se confundem, embora estejam inegavelmente articulados. Procuraremos mostrar que enquanto o primeiro diz respeito à dinâmica pulsional, o segundo se refere à escolha de uma posição sexuada ao final do Complexo de Édipo. Tal escolha, de acordo com Lacan, diz respeito menos à divisão entre dois sexos que entre duas modalidades de gozo, as quais têm lugar em torno do significante fálico e do objeto *a*. Além disso, trabalhamos a especificidade do desejo masculino, principalmente no que concerne à dissociação entre amor e desejo, ponto importante na elaboração da perda do pênis, conforme nos apontam o discurso de homens submetidos à penectomia.

O quarto capítulo foi composto do relato das falas dos sujeitos, nos moldes de um relato de sessão, de atendimento.

No quinto capítulo, retomaremos esses relatos, analisando-os a partir das questões e dos problemas que emergiram durante os mesmos, os quais forneceram o dimensionamento das contribuições de nossa pesquisa.

Por último, procuramos traçar nossas principais conclusões, dentre as quais destacamos: a escuta psicanalítica tornou possível perceber que, no discurso de nossos sujeitos, a sexualidade se mostra de certo modo refratária aos modelos reabilitadores baseados unicamente na dimensão funcional da sexualidade e, portanto, redutíveis ao comportamento dos mesmos quando do ato sexual. Isso evidenciou a relevância de um trabalho mais abrangente a ser realizado para com eles e que não seja restrito a intervenções pedagógicas, mas que possibilitem aos mesmos o enfretamento das perdas sofridas, podendo, assim, lidar de forma simbólica com a sua nova condição.

## CAPÍTULO 1

### O OBJETO DA PESQUISA NAS PERSPECTIVAS DAS LITERATURAS MÉDICA, PSICO-ONCOLÓGICA E PSICANALÍTICA.

Apesar da incidência crescente e do tratamento altamente mutilador com o qual os homens acometidos do câncer de pênis têm de lidar, a repercussão cirúrgica na sexualidade dos pacientes ainda não conseguiu despertar interesse dos pesquisadores como o faz, por exemplo, a amputação da mama. Boa parte das publicações sobre a sexualidade revela a tendência em abordá-la a partir de uma perspectiva bio-funcionalista, com ênfase em modelos de intervenção de natureza educativa.

Há, na literatura dedicada à sexualidade de homens penectomizados, certa tendência em tomar a parte pelo todo, isto é, de reduzir metonimicamente a sexualidade à função sexual. Grande parte dos estudos, ainda que anuncie em seus títulos o objetivo de trabalhar a *sexualidade*, acaba levando a discussão para o domínio das *funções e disfunções sexuais*, tratando de avaliar e comparar o funcionamento sexual dos pacientes antes e após a amputação. Fatores como interesse e satisfação sexuais, capacidade e frequência de coito, ereção, orgasmo, identidade sexual, entre outros, assumem em tais pesquisas o papel de indicadores do grau de comprometimento funcional e de qualidade de vida. Acrescente-se a isso a ênfase na reabilitação sexual por meio de intervenções educativas e de aconselhamento, ambos objetivando, dentre outras coisas, a descoberta de novas fontes corporais de prazer e a harmonia entre o paciente e seu parceiro no que diz respeito à vida sexual. A título de ilustração, podemos destacar os seguintes trabalhos:

D'Ancona *et al.* (1997) investigaram a qualidade de vida de 14 pacientes submetidos à penectomia parcial. A sexualidade foi tomada como um dos indicadores de qualidade de vida e avaliada a partir de entrevista semiestruturada e do *Overall Sexual Functioning Questionnaire* (OSFQ). Trata-se de um questionário que pretende abordar a sexualidade fragmentando-a em seis subáreas: interesse sexual, capacidade para o coito, satisfação sexual, relacionamento com a parceira, identidade sexual e frequência do coito. Cada um desses tópicos possui sua própria pontuação, cuja máxima é quatro, e a mínima varia de zero a dois, dependendo do tópico. Apesar do objeto da pesquisa ser a sexualidade, percebe-se,

claramente, que aquilo de fato investigado foi o que os autores consideraram *funcionamento sexual* do paciente: capacidade para realizar a penetração, com que frequência isso ocorria, o grau de interesse e satisfação sexual. O texto relativo aos resultados do estudo não deixa dúvidas quanto à perspectiva adotada pelos autores:

**O grau de funcionamento sexual** foi considerado normal ou levemente diminuído em 9 (64%) pacientes. Somente 2 (14%) homens apresentaram funcionamento sexual precário ou ausente. O interesse por sexo e a satisfação sexual permaneceram normais ou levemente reduzidos em 9 e 12 dos 14 pacientes, respectivamente. Não houve problemas no relacionamento com a parceira. Com exceção de 1 caso, a autoimagem masculina permaneceu normal ou discretamente afetada (D'ANCONA *et al.*, 1997, p. 594, grifo do autor).

Em outro estudo, Romero *et al.* (2005) pesquisaram a função sexual de 18 pacientes submetidos à penectomia parcial. Os instrumentos utilizados foram entrevistas e uma versão em português, já validada, do *International Index of Erectile Function*. Este se divide em 5 domínios, a saber: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação com o coito e satisfação com a vida sexual em geral. Os autores concluíram que houve uma diminuição significativa no que diz respeito à função e à satisfação sexual após a cirurgia, admitindo que:

Acompanhamento multidisciplinar com psicólogos treinados em terapia sexual é necessário e deve começar quando o tratamento estiver sendo decidido, para ajudar os pacientes e seus parceiros a discutir seus sentimentos e facilitar **o retorno do funcionamento sexual**. Os pacientes devem ser assegurados de que embora seu pênis venha a ser menor do que antes da cirurgia, pode ser possível penetrar a vagina e ter um intercurso sexual prazeroso (ROMERO *et al.*, 2005, p.1294, grifo nosso).

Por fim, um estudo realizado na Noruega investigou a sexualidade de pacientes submetidos a diversas modalidades de tratamento para câncer de pênis, entre as quais penectomia parcial e total. A sexualidade foi avaliada em termos de capacidade para o coito, interesse sexual, satisfação sexual, identidade sexual, relacionamento com o parceiro e frequência de coito. Os autores constataram que os pacientes submetidos à penectomia parcial apresentaram empobrecimento da função sexual em níveis similares àqueles que enfrentaram a amputação total do pênis. Comparando esses dois grupos, concluem: “Os pacientes nesta amostra, que foram submetidos à penectomia parcial, estavam insatisfeitos e não

**funcionaram sexualmente** melhor que os pacientes submetidos à penectomia total” (OPJORDSMOEN *et al.* 1994, p.559).

Principe *et al.* (2001) sugerem que o comprometimento do funcionamento sexual, nos homens submetidos à penectomia parcial, guarda uma correlação maior com o tamanho do coto peniano do que com a idade ou extensão da cirurgia. Em sua pesquisa, os pacientes cujo coto era menor que quatro centímetros apresentaram repercussões consideradas graves na função sexual, concluindo: “Sempre que não for possível obter um coto peniano maior que quatro centímetros, será de ponderar a execução de uma faloplastia de aumento, com vista a melhorar a capacidade de penetração” (p. 55).

Alguns autores da psico-oncologia também abordam a vida sexual dos pacientes dentro do paradigma biofuncionalista. Neste sentido, Macieira e Maluf (2008, p. 303) afirmam que: “[...] tratar a disfunção para o restabelecimento saudável da sexualidade é um passo essencial na reestruturação da identidade e do senso de normalidade e bem-estar do paciente [...]” Embora reconheçam a amplitude do conceito de sexualidade, as autoras privilegiam um enfoque mais próximo ao discurso médico, apoiando-se nas definições e classificações do DSM-IV. Ao se ocuparem das questões associadas à sexualidade nos pacientes portadores de câncer de pênis, as autoras afirmam: “[...] O desejo sexual mantém-se pela secreção normal de testosterona. Com a penectomia parcial é possível manter a capacidade erétil suficiente para a masturbação, penetração vaginal, orgasmo e ejaculação (p. 309).” Trata-se, inegavelmente, de centrar esforços na tarefa de reabilitar o paciente, ou às vezes o casal, para o exercício de uma sexualidade eminentemente funcional.

Reabilitar implica devolver ao indivíduo a habilidade para o desempenho de alguma função, restaurando os aspectos da vida que o câncer lhe subtraiu (VON ESCHENBACH; SHOVER, 1984). Os estudos nessa área, apesar de frisarem a irredutibilidade da sexualidade ao ato sexual, demonstram que as técnicas empregadas junto ao paciente e ao parceiro visam a apresentar-lhes outras formas de exercício da genitalidade, ou de constituir, por meio da aprendizagem, outras fontes de prazer corporal.

Ainda que as pesquisas até aqui mencionadas estejam assentadas em bases epistêmicas distantes das que nos orientam em nossa atuação, é inegável o fato de fornecerem subsídios importantes às discussões travadas no campo da oncologia, da psicologia da saúde e, especificamente, da psico-oncologia, discussões das quais o psicanalista que trabalha em um hospital de câncer não pode se furtar. Por isso mesmo, pensamos ser extremamente oportuno questionar a pertinência de se tomar a sexualidade por funcionamento sexual. Afirmar, como fazem Macieira e Maluf (2008), que no caso da penectomia parcial - pelo fato de os testículos

continuarem desempenhando seu papel fisiológico de produzir testosterona - o desejo sexual está mantido, não seria superestimar a influência da fisiologia sobre a fantasia do sujeito?

Conforme sublinhamos acima, a prática clínico-hospitalar que vimos desenvolvendo junto a pacientes oncológicos, fundamentada na psicanálise freudo-lacanianana, testemunha a emergência de questões que vão além da preocupação com o desempenho ou a performance sexuais. Alguns fragmentos, oriundos de atendimentos realizados nas enfermarias cirúrgicas, servem de ilustração:

Sr. L., 60 anos, dizia na véspera da amputação:

Vou ficar igualmente a uma mulher. As pessoas vão ficar falando que eu não tenho mais nada, vão ficar caçoando. Qual é a mulher que vai querer saber de mim? Se eu sair com ela, ela vai ver que eu não tenho mais nada e aí vai falar pras outras. (L.A., 60).

Outro paciente assim expressava sua angústia:

Não quero aceitar que corte a cabeça do pênis. O médico disse que ia deixar uma parte e eu ia poder ter relação, mas eu não acredito. Não dá, doutor. Se cortar a cabeça, é como uma cobra doida na areia quente. Quando a gente corta a cabeça de uma cobra ela sai doida, sem direção. Sem a cabeça o corpo não sustenta, né? A minha mulher disse que se ele tirar só o couro não tem problema, mas eu não disse a ela que ele ia cortar a cabeça. Como é que vou satisfazer as necessidades dela? (T.C., 67).

Mesmo em enfermarias, uma escuta que leve em conta o querer-dizer articulado por trás dos ditos (LACAN, 1953-1954 [1986]) permite perceber a recorrência de conteúdos irreduzíveis ao funcionamento sexual. É o que parece apontar a enunciação desses sujeitos, a qual toca em questões que não têm sido contempladas nas aludidas publicações. Por exemplo: a manutenção da posição masculina sem seu suporte imaginário; o desvanecimento do prazer sexual, fixado no pênis; a impotência relativa a não mais saber como responder ao desejo da parceira; a tendência a dessexualizar o contato com a mulher, privilegiando uma relação de amizade, fraterna; a resistência em deslocar a libido para outra parte do corpo, seja o seu ou o do parceiro. Tanto os elementos presentes nas associações dos pacientes quanto as lacunas encontradas nas literaturas médica e psicológica fazem pertinente a realização de um estudo

que leve em conta a escuta analítica e as referências teóricas da psicanálise acerca da sexualidade e que, por isso mesmo, possa contribuir, junto à medicina e à psicologia, para o trabalho com sujeitos penectomizados na instituição hospitalar.

Com efeito, de modo diverso ao que encontramos nos saberes médico e psico-oncológico, a sexualidade com a qual Freud e Lacan se depararam na clínica está longe de se deixar enquadrar no rol dos fenômenos funcionais. Sua estreita articulação com o inconsciente e com a linguagem a tornam irreduzível à performance ou ao desempenho sexual, metodologicamente resistente à quantificação e problemática como indicador de qualidade de vida.

A clínica psicanalítica demonstra desde seu início, através da escuta que Freud disponibilizou às histéricas, que a constituição da sexualidade humana não é determinada por uma programação instintiva com o objetivo de perpetuação da espécie, nem muito menos é restrita à vida adulta. Isso significa que para o sujeito humano a sexualidade não é resultante da maturidade ou do desenvolvimento orgânicos. Trata-se, antes, de uma sexualidade psíquica em que o trabalho psíquico que conhecemos por fantasia ocupa um lugar fundamental. Diz respeito, assim, a uma concepção inédita de sexualidade, que se apresenta sob a égide da força constante da atividade pulsional e que não possui um objeto pré-determinado de satisfação. A sexualidade humana seria um efeito de linguagem, que marca a realidade do inconsciente.

Para Freud, a sexualidade emana do corpo por meio das pulsões, originalmente anárquicas, e se faz representar no psiquismo através da operação de recalque. Tal concepção se relaciona ao modo como Freud abordava a noção de corpo, coerente com a tradição alemã que faz a distinção entre duas diferentes esferas da corporeidade e cuja compreensão se torna custosa para nós, na medida em que nas línguas latinas não existem palavras precisas para distinguir tais níveis do corpo. Em alemão, teríamos *Körper* (corpo real) e *Leib* (princípio da vida), os quais, de forma sintética e precisa, são assim distinguidos por Assoun (1996) em duas dimensões: “O corpo real, objeto material e visível, estendido no espaço e designado por certa coesão anatômica” (p.176) e “Leib, o corpo captado em seu próprio enraizamento, na própria substância viva” (p.178). Portanto, trata-se, ao mesmo tempo, do corpo como superfície (do qual o eu será a projeção psíquica) e como profundidade, que representa “um dentro insondável” (p. 177). Esse último remete à pré-história da pulsão, pois por meio de suas condições internas de excitação faz “trabalhar a alma, de onde nasce a pulsão” (p.182).

A dimensão do corpo, da qual a psicanálise vai se ocupar, é aquela já marcada pela força da pulsão, a primeira à qual nos referimos acima. Dessa forma, Freud não se ocupa desse corpo que aquém da pulsão parece falar por si mesmo – tal como o abordará o saber

médico -, mas de um corpo que “não é causa de nada, nem da pulsão, nem do prazer do órgão, mas sem o qual nada seria possível.” (ASSOUN, 1996, p. 182). Trata-se do corpo que inicialmente é investido de forma narcísica e por esse ato tornado erógeno, e que será a condição do surgimento do Eu, tal como Freud o concebe a partir de 1920, como função do inconsciente, como superfície corporal. É importante entendermos que:

O corpo pulsional, como corpo-sintoma intermedeia a relação do órgão do gozo com o Outro [...]. Na outra extremidade do trajeto está o lugar onde se produz a gênese da oposição principal entre o eu e o mundo exterior. O corpo é, pois, por excelência, lugar de passagem do objeto e do Outro, de onde nasce o sujeito. (ASSOUN, 1996, p, 190)

Considerando-se ser da ordem da realidade anímica, os avatares da sexualidade de um homem penectomizado não podem ser pensados sem que levemos em consideração justamente o sujeito, no qual “o corpo falta sempre a si mesmo” (p.190).

Portanto, os efeitos sobre a sexualidade psíquica, provenientes da penectomia, devem ser perscrutados nos seus sujeitos e não nos seus corpos, pois esses nada podem confessar. Isso fica claro quando pensamos, por um lado, em alguns sujeitos que perderam uma parte do pênis, mas que abandonaram toda a atividade sexual; e por outro, naqueles que perderam todo o pênis, mas não renunciam ao gozo sexual. Os destinos que o aparelho anímico dará aos estímulos pulsionais serão sempre, inapelavelmente, singulares. Isso torna difícil conceber o sexual em termos de padrões de comportamento mais ou menos adequados ao que os discursos médicos entendem por sexualidade saudável ou normal.

Como efeito de linguagem, isto é, da combinatória dos significantes, é pela mediação do desejo do Outro que a sexualidade se torna disjunta do biológico. Uma vez que a anatomia de que se trata na psicanálise não diz respeito ao real do corpo, mas à resultante da ação do simbólico e do imaginário no real, o que funda uma nova corporeidade. Isso implica, por exemplo, que a presença do pênis, por si só, não garante ao sujeito o gozo de uma posição dita masculina, nem sua inserção no campo do que a cultura designa por masculinidade. O pênis, como órgão, carne e músculo, não diz da sexualidade do sujeito enquanto não for erogeneizado, ameaçado e, assim, erigido como falo na trama edipiana. Só então é possível que o sujeito possa tomá-lo como significante, inseri-lo no campo do Outro, onde pode assumir diversas significações, inclusive a de “filho de uma égua”, como afirmou um de nossos pacientes.

## CAPÍTULO 2

### PARA ALÉM DA ORDEM MÉDICA: A SEXUALIDADE NA PSICANÁLISE

#### 2.1. O sexual em Freud: elementos para um contraponto entre a psicanálise e o discurso médico.

Freud nos ensinou que aquém e além do dado empírico há sempre a realidade psíquica. A psicanálise retira todo seu fundamento da inquietação diante do óbvio, do que se presentifica no fenômeno. Para dar conta do que lhe inquietava frente à realidade empírica, Freud tece uma rede conceitual veiculada, muitas vezes, em palavras pertencentes ao léxico cotidiano, subvertendo, ampliando e complexificando seu campo semântico. Esse é o caso da palavra sexualidade, que na psicanálise adquire *status* de substantivo. Na conferência “A vida sexual humana” – vigésima de suas “Conferências introdutórias à Psicanálise”, os parágrafos iniciais versam exatamente sobre a dificuldade de delimitação conceitual:

Una definición que tenga a la vez en cuenta la oposición de los sexos, la consecución de placer, la función procreadora y el carácter indecente de una serie de actos y de objetos que deben ser silenciados; una tal definición, repetimos, puede bastar para todas las necesidades prácticas de la vida; pero resulta insuficiente desde el punto de vista científico [...] (FREUD, 1917[1981k], p. 2311-2312).

As palavras de Freud nos fazem pensar sobre o que seria necessário para que uma definição de sexualidade viesse a satisfazer plenamente o entendimento científico. Tal questão é ainda mais digna de interesse quando se trata de estabelecer um diálogo interdisciplinar entre os diversos saberes científicos que se dirigem à sexualidade numa instituição médica. Em nosso caso, interessa, para os fins desse estudo, a possibilidade de interlocução entre psicanálise, medicina e psico-oncologia, em torno das questões relativas a esse tema, que emergem do trabalho com homens penectomizados. Para tanto, cremos fundamental discutirmos a concepção de sexualidade que vige na psicanálise para apreendermos suas diferenças quanto aos outros saberes presentes no hospital. Partimos de algumas inquietações, derivadas de nossa prática clínica em uma instituição de saúde, as quais podem ser assim

resumidas: Como Freud concebe a sexualidade? De que maneira a psicanálise poderia contribuir para a discussão acerca das consequências provenientes da penectomia?

Não podemos negar que a inserção do analista em instituições marcadas pela ordem médica é uma tarefa desafiadora, a qual somente pode ter sucesso quando aquele não negligencia, em seu agir, os fundamentos conceituais daquilo que Freud nomeou como sua metapsicologia.

Pretendemos, destarte, nesta seção, discutir a problemática da sexualidade em Freud sem perder de vista os aspectos epistemológicos a ela inerentes. Isso nos permitirá sublinhar as rupturas que Freud estabeleceu com os discursos das ciências de sua época na construção teórica do que viria a ser a sexualidade para a psicanálise. Para tal propósito, ser-nos-á profícuo acompanhar o movimento de Freud em direção a uma clínica alicerçada na realidade psíquica concernida no sintoma e sustentada pela palavra. Veremos que a articulação estabelecida por Freud entre a sexualidade e o inconsciente, a partir de sua clínica, torna impossível o retorno às concepções oriundas de uma tradição funcionalista. Marcar essa diferença nos parece indispensável, pois acreditamos que é a partir de seu reconhecimento que o trabalho em conjunto, entre médicos, psico-oncologistas e psicanalistas, será possível e produtivo.

Assim, num primeiro momento, discutiremos o percurso de Freud, desde o abandono dos laboratórios anatomofisiológicos até o confronto com a realidade psíquica revelada pelas históricas. Isso se faz necessário, uma vez que a teoria freudiana da sexualidade é inseparável do encontro de seu autor com a histeria. Em seguida, passaremos à discussão da realidade sexual do inconsciente, revelada pela descoberta de uma sexualidade em nada instintiva e que implica em um mapeamento corporal determinado pela atividade da pulsão.

Lacan (1964 [1990]) afirma, taxativamente, que para Freud a realidade do inconsciente é sexual. Tal asserção contempla em seu conjunto três termos, cuja dimensão conceitual põe em relevo a estreita interação que eles guardam entre si ao longo de toda a obra freudiana. No entanto, convém lembrar que a relação entre realidade, inconsciente e sexual assume facetas diversas, na medida mesma em que os referidos conceitos são reformulados pela própria evolução do pensamento de Freud. Basta, para ilustrar, retomar as últimas linhas da conferência citada acima:

No hemos ampliado la noción de la sexualidad más que lo imprescindiblemente necesario para incluir en ella la vida sexual de los perversos y de los niños, o dicho de otra manera, no hemos hecho otra cosa que restituir a dicho concepto su

verdadera amplitud. Aquello que fuera del psicoanálisis se entiende por sexualidad es una sexualidad extraordinariamente restringida y puesta al servicio de la procreación; esto es, tan sólo aquello que se conoce con el nombre de vida sexual normal (FREUD, 1917[1981k], p. 2321).

Na passagem citada, Freud afirma ter já ampliado o conceito de sexualidade. De fato, a teoria estava bem desenvolvida por volta de 1917. Mas e no início do percurso freudiano? De que modo eram pensados a realidade, o inconsciente e a sexualidade?

Com efeito, eles participam dos primórdios da psicanálise como ferramentas utilizadas por Freud para dar conta da significação do fenômeno histérico, quando aquele apenas dava os primeiros passos em um campo bastante distinto dos laboratórios. Durante o período em que ele se dedica à dissecação do fato sintomático como ocorrência, acontecimento efetivamente vivenciado, a realidade ainda não é a psíquica, e o sintoma tem sua causa naquilo que o paciente experienciou no real vivido. O inconsciente, assim, não era articulado como sistema, dotado de leis e dinâmica próprias. Tratava-se, antes, de algo mais próximo a uma inconsciência, cujo acesso podia ser obtido pelo acosso da sugestão. Já o sexual era pensado em termos da sedução exercida por uma pessoa adulta sobre um indivíduo imaturo, nos planos físico e psíquico, para responder à investida do outro e significá-la. A afirmação de Lacan, acima referida, adquire seu peso, portanto, quando o papel da fantasia passou a se fazer sentir na escuta freudiana e no amor de transferência que tomava Freud como objeto.

Embora possamos dizer que a busca pela materialidade da causa sintomática no plano da experiência humana nunca foi de todo abandonada por Freud, a introdução da fantasia, como signo da existência de uma realidade psíquica, opera mudanças definitivas sobre a concepção de inconsciente e sexualidade. Todas as repercussões trazidas pela fantasia levarão à inauguração do campo epistemológico da psicanálise, que para autores como Assoun (1983, 1996) não é outro senão a própria metapsicologia freudiana.

A particularidade epistemológica que a metapsicologia assegura à psicanálise não autoriza, porém, a negação da dimensão biológica no que tange à sexualidade. Freud jamais o fez, ainda que isso não o tenha impedido de demarcar com rigor os limites de sua ciência. Com efeito, Freud não faz distinção entre o psíquico e o corpo, não nega que somos um organismo, portanto regido pelas leis da física, da química e da biologia – leis oriundas da racionalidade científica moderna, da qual Freud é um legítimo representante. Não podemos negligenciar o fato de que Freud partiu do saber médico, mas que, essencialmente por seus achados clínicos, e movido por suas singularidades, realizou um deslocamento em relação a

ele, ao levar em conta, na clínica que fundou, a dimensão inconsciente e consciente para além da realidade biológica do corpo, sobre a qual a medicina se debruça.

O abandono da análise tissular, ou seja, dos estudos no laboratório de Brücke em favor da clínica, se deu, como nos diz Freud (1925 [1981p]) em sua “Autobiografia”, antes por razões de necessidade financeira que por um interesse vocacional. Suas tentativas de fazer carreira como pesquisador nos campos da fisiologia e da anatomia não foram satisfatórias e seu interesse se voltou, assim, para um campo ainda esparsamente explorado em Viena, mas muito promissor na França, sob a liderança de Charcot.

É apenas por ocasião de sua passagem pela Salpêtrière que o espírito clínico começaria a surgir em Freud para jamais o deixar. Contudo, mesmo com a mudança de objeto, exigida pela entrada no hospital, a técnica que Freud desenvolvera no campo da histologia far-se-á bastante presente na atitude clínica que o distinguirá. Sobre isso, o comentário de Assoun é esclarecedor:

Ora, notemos que a mais elementar tecnologia do procedimento apresenta, com esta outra **techné** que é a clínica, o seguinte requisito comum: a consideração radical e imanente do **factum** em sua asseidade bruta, a ponto de, no fundo, Freud parecer apenas ter transferido para o **sintoma**, material da objetividade da clínica, esse fanatismo obstinado do fato enquanto tal, experimentado nas figuras precedentes de sua prática, da anatomia à farmacologia (ASSOUN, 1983, p. 128-129 grifos do autor).

A determinação em nunca se contentar com o imediatamente dado o instigava a dissecar o fato e a descobrir suas raízes e conexões, a fim de poder revelar nele algo de geral (JONES, 1989). Nesse momento do percurso freudiano há, pois, uma transposição de alguns aspectos do método anatomopatológico para uma clínica do sintoma. Não obstante, a transgressão de Freud - mais que uma ruptura – revelar-se-á justamente na relação ineludível entre o fato sintomático e o sexual.

Efetivamente, a clínica freudiana, que se desenvolve na aposta da existência de sentidos para o sintoma, não é mesma de Charcot. Freud, ainda que não venha a negar o orgânico, acentuará, à diferença de seu mestre francês, a implicação do sintoma histérico com uma causalidade anímica, atitude que lhe exigirá admitir a existência de uma outra corporeidade.

Em torno da histeria se articulava uma teia de dizeres e saberes provenientes de diversas fontes: desde o misticismo até a neurologia, passando pela psiquiatria. Freud

inauguraria, com o abandono da hipnose e do método catártico, uma clínica e um campo de pesquisa incompatíveis com o que lhe era contemporâneo na esfera da clínica da neurose. Um dos primeiros pontos de corte se dá justamente com as idéias anatomopatológicas de Charcot, de cujo saber Freud pretendia se municiar.

Charcot acreditava poder assegurar à sintomatologia histérica um lugar no quadro nosológico próprio à neurologia, pois não compartilhava da posição psiquiátrica que pretendia tomá-la por um tipo de alienação. A proposta de Charcot, à qual Freud foi apresentado, pode ser assim resumida: conhecer e dominar os sintomas histéricos sem perder de vista a base anatômica, retirar-lhes o estigma de farsa, atribuir-lhes uma causa compatível com a natureza epistêmica da neurologia e descaracterizar a histeria enquanto mal exclusivo da mulher. Eis como Freud descreve suas impressões acerca do que experienciou:

De todo lo que vi al lado de Charcot, lo que más me impresionó fueron sus últimas investigaciones sobre la histeria, una parte de las cuales se desarrolló aún en mi presencia, o sea, la demostración de la autenticidad de los fenómenos histéricos (*Introite et hic dii sunt*) y la frecuente aparición de la histeria en sujetos masculinos, la creación de parálisis y contracturas histéricas por medio de la sugestión hipnótica y la conclusión de que estos productos artificiales muestran exactamente los mismos caracteres que los accidentales y espontáneos, provocados con frecuencia por un trauma (FREUD, 1925 [1981p], p.2764).

De tudo o que impressiona Freud, gostaríamos de destacar a autenticidade e a normalidade dos fenômenos histéricos, bem como sua presença em sujeitos masculinos, a fim de melhor acentuarmos a importância que parecem assumir para a ruptura que Freud empreenderá com uma abordagem do sintoma eminentemente descritiva e classificatória.

Ao se deparar com a normalidade dos sintomas na histeria, Freud é confrontado com uma realidade, cuja inteligibilidade se apresentava bem diferente da que se dedicara nos laboratórios. A exatidão da diferença entre normal e patológico, cristalina sob as lentes do microscópio, mostra-se a Freud no anfiteatro da Salpêtrière como um tênue fio para o qual ele sempre chamará atenção, notadamente no que concerne à sexualidade. Neste campo, a frágil borda que delimita a normalidade e a patologia será expressamente denunciada, por exemplo, nos “Três ensaios para uma teoria sexual” (FREUD, 1905[1981f]). Ali, muito do que a sexologia e a moral oitocentista denominavam “aberrações”, Freud tratará como elementos presentes de modo mais ou menos pronunciado na sexualidade dita normal, reiterando que a objetividade desta, se não pode ser subordinada à positividade de uma lei universal, nem por

isso deixa de se materializar através do que ele conceituará como pulsão. Se o sintoma histérico é objetivo por se prestar à experimentação e à demonstração - de acordo com o que Freud testemunhara na França -, sua causa é singular, pois tributária da história de cada um.

Por fim, a sublevação dos sintomas histéricos contra seu encerramento no corpo feminino - conforme a determinação etimológica da palavra histeria (*Hysteros* = útero) - parece ter levado Freud a perceber que a causalidade do sintoma histérico não reside nem na realidade anatômica, nem na especificidade de uma dinâmica físico-química própria ao sexo biológico, no caso, o da mulher.

Os três elementos que destacamos das impressões de Freud sobre as histéricas da Salpêtrière nos permitem vislumbrar as dificuldades que ele enfrentará para assegurar à psicanálise um lugar no campo científico, mantendo como objeto algo que se legitima no momento mesmo em que subverte a verdade da ciência natural, fincada na verificação, reprodução e generalização do fato observado.

Inegavelmente, a pesquisa de Charcot merece o reconhecimento de ter rompido com o preconceito científico acerca da histeria. Pertencendo à linhagem dos anátomo-patologistas, era necessário para ele buscar no referencial orgânico a explicação científica dos sintomas histéricos. O grande desafio, contudo, residia na enigmática irregularidade sintomática da neurose, sugerindo sua inadequação à racionalidade na qual a neurologia se apoiava. Na tentativa de dar conta desse impasse, ele proporá a tese de que, por uma predisposição hereditária, o sistema nervoso produziria estados hipnóides permanentes, sempre que atingido por um evento traumático (GARCIA-ROZA, 1991). Temos aí o surgimento da idéia do trauma assentada em base fisicalista. Nada de psicologia, nada de etiologia sexual.

De certo modo, o neurologista francês tinha razão quando buscava correlacionar os sintomas histéricos à anatomia. Seu engano foi não perceber, como fez Freud, que se tratava de uma anatomia psíquica. Sobre essa importante divergência entre mestre e aluno, é válido recordar que já no “*Estudio Comparativo de las parálisis motrices orgánicas y histéricas*”, concluído em 1888, apenas dois anos após deixar Paris, Freud defende a tese de que a paralisia histérica ignoraria a disposição dos nervos:

[...] Afirmo yo que la lesión de las parálisis histéricas debe ser competamente Independiente de La anatomia del sistema nervioso, puesto que la histería se comporta en sus parálisis y demás manifestaciones cómo si la anatomia no existiese o como si no tuviese ningún conocimiento de ella (FREUD, 1893a [1981], p. 19).

Apesar do avanço promovido, a abordagem de Charcot não contemplava uma preocupação propriamente terapêutica. Ele desejava provar suas teses sobre o sintoma histérico para destinar-lhe um lugar no rol dos objetos da ciência. Trata-se de uma atitude compatível com a anatomoclínica fundada por Bichat, na qual o fato sintomático possui um substrato anatômico. Não há lugar aqui para o invisível. Como salienta Foucault (2001, p.7): “Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente [...]. Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses”. É essa clínica pautada no olhar, no espetáculo, na observação exaustiva do fato visível, a fim de que, assim procedendo, a verdade emergisse, que Freud encontra junto ao grande neurologista francês.

Ao contrário de Charcot, Freud privilegiará o invisível. O *topos* será, então, forçosamente distinto da positividade anatômica. A perspectiva do olhar, valorizada por Charcot, revelar-se-á agora insuficiente, cedendo lugar à escuta. A clínica freudiana passa a buscar a significação, a história da origem e o tratamento dos sintomas. Apesar de, em seu início, a produção sintomática ser o ponto de partida de Freud, isso não nos autoriza aproximar essa nova clínica de uma medicina dos sintomas. Nesta, de acordo com Foucault, o principal instrumento é um olhar que não intervém, “é mudo e sem gesto. A observação nada modifica; não existe para ela nada oculto no que se dá. O correlato da observação nunca é o invisível, mas o imediatamente visível [...]” (FOUCAULT, 2001, p. 121).

Por seu turno, o interesse de Freud recairá justamente naquilo que o olhar não alcança. Nesse contexto, o sexual - insinuado, mas subestimado por Charcot, Breuer e Chrobak – começará a ser abordado em um crescente de complexidade. É assim que Freud destituirá a anatomia como *locus* da origem dos sintomas e elevará a sexualidade à categoria de fator etiológico primordial da histeria, de um modo bem diverso da associação simplista e reticente que o trio acima citado fazia com as frustrações da alcova e com a genitalidade.

Ao construir em torno da sexualidade um saber sobre o psíquico, inaugurador de um novo discurso acerca da neurose histérica, Freud distingue o sexual do sexo, condenando a redução metonímica tão presente nos “mal-ditos” de seus mestres. Nas palavras de Assoun:

É preciso compreender que a sexualidade é **aquilo que vale a pena ser dito sobre a coisa**. Sem dúvida, foi essa insistência de Freud em fazer com que se admitisse isso que fez com que se lhe atribuísse um pansexualismo tão estranho à sua trajetória. É, antes, o ontologismo sexual, que põe o sexo em todo lugar, que é “pansexualista”: Breuer, Charcot e Chrobak eram bem pansexualistas nesse

sentido. Freud tenta tirar justamente o sexual da Coisa, para dela extrair um **saber** (ASSOUN, 1996, p. 105 grifos do autor).

Merece nota o fato de que na clínica que Freud enceta “o que vale a pena ser dito sobre o sexual” só pode ser efetivamente dito no momento em que o pesquisador Freud se abstém de dizê-lo, pondo o saber do lado da histérica. É só quando ele se cala que a Coisa sexual pode se fazer dizer e daí ser objeto de uma construção teórica.

Nos artigos “*La etiología de la histeria*” (1896 [1981b]) e “*La sexualidad en la etiología de las neurosis*” (1898 [1981d]) podemos observar o destaque que Freud concede ao sexual na composição da sintomatologia histérica, mesmo que buscando uma cena realmente vivida. Entretanto, não deixa de ser curiosa a observação contida em sua “Autobiografia” (1925 [1981p]) quanto ao papel algo inexpressivo desempenhado pela sexualidade no período marcado pela utilização do método catártico. Os elementos da vida sexual participavam como mais um entre tantos fatores passíveis de conexão com a formação dos sintomas,

[...] pero apenas se les concede un valor distinto del de las restantes excitaciones afectivas. [...] Por los Estudios sobre la histeria no seria fácil adivinar la importancia de la sexualidad en la etiología de las neuroses (FREUD, 1925 [1981p], p.2770).

Essa crítica retrospectiva só confirma que na época pré-psicanalítica faltava ao sexual algo que lhe conferisse a importância da qual mais tarde se revestiria no cerne do discurso psicanalítico. Seria possível pensar que o elemento faltoso diz respeito exatamente à sexualidade infantil e à fantasia? Útil lembrarmos que, à época do método catártico, era a realidade fática que deveria fornecer as causas do sintoma, o que, em certa medida, não permitia um corte significativo com a referência algo velada ao acontecimento como explicação do fenômeno histérico, tão cara a Charcot, Breuer e Chrobak.

Na comunicação que dirige à Sociedade de Psiquiatria e Neurologia de Viena, publicada em 1896 como “*La etiología de la histeria*”, percebemos de forma cristalina o espírito investigativo de Freud, aliado ao seu grande poder de observação. A obstinação em encontrar a verdadeira cena traumática, se por um lado emprestará seu peso à decepção confessada a Fliess na conhecida carta 69, leva-o, nesse momento, a ir muito além do que Breuer ousou. Tomando como exemplo o caso Ana O., Freud dirá que, embora nele o sintoma tenha sido suprimido pela descoberta da associação a uma só cena, adequada e intensa, tinha

[...] poderosas razones para suponer que también en estos casos actúa una concatenación de recuerdos que va mucho más allá de la primera escena traumática, aunque la reproducción de esta última pueda producir por sí sola la supresión del sintoma (FREUD, 1896 [1981b], p.302).

O questionamento sobre onde iria chegar seguindo as associações produzidas na análise é respondido de forma categórica: “[...] qualquer que seja o sintoma que temos como ponto de partida, chegamos infalivelmente ao terreno da vida sexual” (p.303), aqui referida, temporalmente, à puberdade. Não devemos esquecer que, nesse momento, quando Freud fala em “terreno da vida sexual”, trata-se ainda do *factum*, do sucesso potencialmente traumático e não da sexualidade infantil.

No entanto, o material clínico aponta que também a puberdade não é suficiente aos objetivos que pretende atingir. Os acontecimentos lembrados careciam, frequentemente, do que Freud designa por “adequação determinante”, ou seja, eram considerados inócuos, por assim dizer. É, então, nesse momento que, por insistir na busca de cenas anteriores à puberdade, ele chega à primeira infância. Aqui encontramos um ponto de ruptura epistemológica importante, pois à explicação hereditária da predisposição à histeria, mais aceita pela neurologia, Freud imporá o caráter adquirido, fruto das experiências sexuais vivenciadas precocemente.

Todavia, o aspecto traumático da sexualidade aqui ainda é tributário da atividade de um outro sobre um organismo biologicamente imaturo para os fins sexuais. Somente quando a maturidade pubescente fosse alcançada é que o acontecimento infantil adquiriria força patogênica, através da associação com algum evento da puberdade, ainda que anódino. Toda a explicação freudiana para a origem da histeria estava alicerçada, consoante Jones (1989), nos desejos incestuosos dos pais dirigidos a seus filhos e não no contrário, como ele viria a descobrir posteriormente. Podemos pensar que, se tivesse parado nesse ponto, Freud provavelmente não teria criado a Psicanálise. No máximo teria descoberto um método de análise dos sintomas neuróticos, passível de ser absorvido sem dificuldade pela medicina ou pelo discurso pedagógico. Isso para não mencionar o perigo de ver a psicanálise como técnica psiquiátrica pericial, muito útil ao trabalho da justiça.

Felizmente, o espírito científico de Freud o levou a aplicar em si mesmo o método que utilizava nos neuróticos. Por meio dele veio a descobrir, não sem resistência, o papel de protagonista desempenhado pela criança no que tange à sexualidade em um palco bem diferente do real vivenciado. A partir daí, o sexual deixa de ser encarado como acontecimento

e passa a ser percebido como problema (ASSOUN, 1996). Estava aberto o caminho em direção à realidade psíquica, à fantasia e ao Inconsciente.

Importante assinalar, conforme Jones (1989), que o reconhecimento de uma vida sexual na infância não significou, de imediato para Freud, atribuir à sexualidade infantil o papel de conceito explicativo. É somente nos “*Tres ensayos para una teoria sexual*” (1905 [1981f]) que ele a formalizará conceitualmente sem, no entanto, tomá-la como mero estágio da evolução de uma sexualidade adulta. Fazê-lo seria aproximar a psicanálise de uma psicologia do desenvolvimento.

De fato, uma leitura atenta daquele texto evidencia o esforço de Freud para permanecer nos limites inerentes ao saber psicanalítico que começava a ser construído, ainda que não subestimasse os aspectos físico-químicos constituintes da dimensão corpórea. Quanto a isso, a temática das zonas erógenas pode ser considerada como exemplar. Por essa razão é nela que nos deteremos agora.

A importância de voltarmos atenção para a problemática das zonas erógenas em um trabalho que visa discutir a sexualidade em Freud pode ser justificada de várias formas, duas das quais podem assim ser destacadas: (1) trata-se de um tema do qual emergem questões significativas quanto à construção do conceito psicanalítico de sexualidade; (2) tais zonas corporais implicam uma subversão da concepção biológica de instinto sexual, estando relacionadas à pulsão, conceito que marca o caráter irreduzível da sexualidade humana ao campo da biologia.

É no primeiro ensaio, intitulado “As aberrações sexuais”, que Freud inicia sua discussão sobre as zonas erógenas em um contexto marcado pelo debute conceitual da pulsão. Ali, a zona erógena é definida como a parte do corpo onde tem origem um processo excitativo, de natureza sexual, e de onde emana a pulsão parcial. Tomando como exemplo a boca e o ânus, dirá que a sexualização dessas regiões - levada a efeito nas tendências perversas e na histeria - possibilita concebê-las como parte do aparato genital.

O fato de Freud vincular as zonas erógenas à pulsão e não ao instinto indica que não se trata de uma problemática meramente anatômica, histológica ou fisiológica. Nos ensaios de 1905, Freud pode dispor do conceito de pulsão para abordar a subversão do anímico quanto à função originariamente destinada pela natureza ao conjunto de partes e órgãos do corpo. Essa insubordinação pulsional à anatomia biológica leva Freud a postular que uma parte do corpo pode adquirir uma excitabilidade comparável à ereção devido ao movimento pulsional que a sexualiza. De certa forma, é isso que encontramos na formação do sintoma histérico, na medida em que a zona corporal destacada pela pulsão se faz substrato de uma formação de

compromisso entre desejos inconciliáveis. Eis a razão pela qual, na sexualidade da histérica, um braço ou uma perna podem ser tão excitáveis quanto um pênis?

No segundo ensaio, a discussão sobre as zonas erógenas introduz o problema do fim sexual da sexualidade infantil. Freud afirma que o sugar da criança fornece elementos importantes para o entendimento dessas zonas. Freud sublinha que qualquer região corporal da epiderme e das mucosas pode funcionar como zona erógena, na medida em que aquelas estruturas possuiriam, *a priori*, o potencial necessário para tanto. O que colocaria em ato essa potência seria a qualidade, o tipo de estimulação dirigida àquelas áreas da superfície corpórea.

Tomando a criança como exemplo, ele dirá que ela, ao sugar, busca em todo o seu corpo uma parte que, pela força do hábito, ganhará sua preferência. Todavia, ainda assim haveria regiões “predestinadas”, isto é, capacitadas pela natureza para exercer, predominantemente, o papel de zona erógena. Para ilustrar, Freud faz referência ao mamilo e ao genital. Em síntese: “El fin sexual del instinto<sup>1</sup> infantil consiste en hacer surgir la satisfacción por el estímulo apropiado de una zona erógena elegida de una u otra manera” (FREUD, 1905 [1981f], p. 1201). Nesse momento, podemos indagar: Se existe “uma ou outra maneira” de eleger uma parte do corpo como fonte de prazer, o que as determinam? Não poderíamos pensar que o verbo “eleger”, utilizado por Freud, denunciaria algo que escaparia ao determinismo biológico, implicado na constituição de uma zona erógena?

Como dito acima, Freud situa no hábito, no costume, o fato de uma zona erógena passar a ter a preferência do sujeito. O hábito pressupõe a repetição da satisfação, movimento este subordinado, segundo Freud, a dois determinantes: uma tensão desprazerosa e um “estímulo o prurito, *centralmente condicionado* y proyectado en la zona erógena periférica” (p. 1202).

Até agora, tudo o que foi exposto acerca das zonas erógenas guarda relação, de forma incontestada, com a materialidade do corpo. A própria terminologia empregada por Freud acentua a referência ao biológico. Diante disso, alguém cuja leitura dos “*Tres ensayos para una teoria sexual*” se detivesse nas passagens até aqui comentadas, poderia se perguntar: “Em Freud, o problema das zonas erógenas não estaria focado dentro de uma perspectiva claramente funcionalista”? “Não seria legítimo afirmar que Freud sinaliza a possibilidade da obtenção do prazer ser objeto de abordagens ou programas educativos”? “Não estariam aí justificadas as práticas terapêuticas que se esmeram em treinar, ensinar, por exemplo,

---

<sup>1</sup> A edição castellana mantém a tradução do termo *trieb* por instinto e não por pulsão.

pacientes penectomizados por câncer de pênis a obterem em seu corpo outras fontes de prazer que não a genital, reabilitando-os para o encontro sexual”?

A complexidade dos “*Tres ensayos para una teoria sexual*” e da obra freudiana em seu conjunto autoriza-nos responder negativamente às questões acima. Tomando como referência a histeria, Freud enfatizará a capacidade de deslocamento entre as zonas erógenas pela ação do recalque. É este que viabiliza a transferência da excitabilidade de uma parte do corpo para outra. Isso nos permite relativizar a função da natureza na constituição de uma zona erógena. A análise do sintoma histérico demonstra a Freud que a erogenicidade pode se dar em qualquer parte do corpo, e que a excitabilidade de uma zona erógena - inclusive um órgão interno - pode ser comparada àquela atribuída aos genitais:

[...] como sucede en la succión, toda otra parte del cuerpo puede llegar a adquirir igual excitabilidad que los genitales y ser elevada a la categoría de zona erógena. Las zonas erógenas y las histerógenas muestran los mismo caracteres” (FREUD, 1905 [1981f], p. 1201).

Acreditamos que essas observações, principalmente no tocante à referência que Freud faz aos órgãos internos, ressaltam a disjunção entre a sexualidade na psicanálise e aquela da qual a biologia se ocupa. A “eleição” de uma zona erógena não é determinada por condições anatomofisiológicas, nem é da ordem da vontade, mas é resultado de um processo psíquico, o qual se desenvolve em torno de representações, não da realidade anatômica como tal.

Diante disso, não vemos como pautarmos nossa atuação clínica em intervenções voltadas para a adaptação, para o treinamento e a reabilitação do sujeito no que tange à vida sexual. As descobertas freudianas relativamente à sexualidade infantil nos lembram que a sexualidade humana é sempre uma perversão do instinto, que a realidade fática dos aspectos bioquímicos e físicos envolvidos na esfera sexual não consegue dar conta inteiramente do caráter complexo da sexualidade revelado pela clínica. Esta indica a Freud que as excitações oriundas do corpo se fazem representar na vida anímica através da pulsão. O conceito de pulsão está situado, assim, no limite entre o somático e o psíquico. Sua fonte é da ordem do primeiro, enquanto suas metas pertencem ao segundo. Eis o que Freud observa sobre isso:

Por fonte da pulsão entendemos o processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo e do qual se origina um estímulo representado na vida psíquica pela pulsão. Não se sabe se esse processo é sempre de natureza química, ou se também pode corresponder à liberação de outras forças, por exemplo, mecânicas. Todavia, o estudo das fontes pulsionais já não compete à psicologia, e muito embora o elemento mais decisivo para a pulsão seja sua origem na fonte somática, a pulsão só se faz conhecer na vida psíquica por suas metas (FREUD, 1915[2004b], p. 149).

É, então, para as metas e não para a fonte da pulsão sexual que a psicanálise deve se direcionar.

A meta da pulsão sexual é a satisfação e ela a busca de modo constante, sem ritmo, sem intervalo cíclico, como é o caso do instinto. Isso implica para o aparelho psíquico um trabalho considerável de encaminhamento das exigências pulsionais, que pode ser ilustrado através, por exemplo, da produção onírica, da fantasia, do sintoma e do ato falho. Dentre as formações do inconsciente que acabamos de citar, destacamos a fantasia, tanto pelo papel que desempenhou na descoberta da sexualidade infantil, quanto pelo fato de ser um elemento geralmente negligenciado pelos saberes dedicados à reabilitação sexual.

Com efeito, as históricas indicaram a Freud que é a fantasia, e não a realidade fática, que organiza as representações pelas quais circulará o desejo. Desta feita, não há objeto natural no campo da sexualidade humana, na medida em que, como Freud (1900 [1981e]) nos ensina, o humano, em sua busca da satisfação primeira, só encontra traços, representações, e por isso mesmo, substitutos do objeto perdido. São essas representações que constituirão a fantasia, servindo de trilha para o desejo. Os objetos, então, em torno dos quais o indivíduo organiza sua sexualidade são, pois, da ordem do desejo e não da necessidade. Isso serve para explicar por que a psicanálise não é uma forma de terapia sexual.

A constatação da função da fantasia na organização anímica provocou desdobramentos importantes para a psicanálise, pondo em relevo a existência de uma outra cena que se articula à revelia da consciência. O recalque, incidindo sobre os representantes ideativos da pulsão sexual, funda o inconsciente, reservando ao campo psicanalítico a tarefa de privilegiar o sujeito, conforme nos atesta Lacan em seu retorno a Freud, e não a *persona*. Neste sentido, a sexualidade, na psicanálise, assume radicalmente sua raiz etimológica, posto que secciona, divide o que as ciências biológica e psicológica tomam por (in)divíduo. O corte que aí vemos operar constitui, destarte, um marco epistemológico fundamental para o legado freudiano, culminando na conceituação do inconsciente dentro de uma perspectiva metapsicológica.

Resta-nos discutir ainda um último tema, decorrente de uma sexualidade pulsional, movida pelo desejo e não pela necessidade: a não existência de saber inato sobre a sexualidade humana. Isso se faz sentir tanto no que tange ao polimorfismo perverso da sexualidade infantil quanto à diferença sexual. Para os fins deste capítulo, ocupar-nos-emos do primeiro, pois ele traz repercussões diretas para a dificuldade de comunicação entre o discurso médico e o psicanalítico em torno da penectomia.

É claro o cuidado de Freud em situar toda a problemática da sexualidade numa dimensão metapsicológica, distinta do discurso psiquiátrico, da moral e dos pressupostos religiosos. Isso implica pensar a normalidade, na esfera sexual, de outra maneira. Se quiséssemos apontar o estatuto do “normal” nas idéias freudianas sobre a sexualidade, poderíamos afirmar que, para Freud, a sexualidade normal é justamente aquela subversiva à norma defendida pelas discursividades científicas e religiosas. A exclusividade e a fixidez do objeto - típicas do instinto - é o que, de modo bastante divergente da medicina, Freud pensará como da ordem de um não normal:

La experiencia adquirida en la observación de aquellos casos que consideramos anormales nos enseña que entre el instinto sexual y el objeto sexual existe una soldadura cuya percepción puede escaparnos en la vida sexual normal, en la cual el instinto parece traer consigo su objeto. Se nos indica sí la necesidad de disociar hasta cierto punto en nuestras reflexiones el instinto y el objeto. Probablemente, el instinto sexual es un principio independiente de su objeto, y no debe su origen a las excitaciones emanadas de los atractivos del mismo (FREUD, 1905[1981f], p.1179).

Até aqui nos detivemos na abordagem freudiana do que a medicina considerava como aberrações sexuais associadas aos desvios do objeto sexual dito normal. Passaremos agora a tecer considerações acerca do que Freud discute quanto ao problema dos desvios relativos à finalidade sexual.

Freud inicia o texto fazendo referência ao entendimento da sexologia acerca da finalidade sexual normal, a saber, a união heterossexual dos genitais no coito. Eis aí uma importante divergência entre o pensamento freudiano e a racionalidade médica, pois Freud dirá que “[...] aun el acto sexual más normal integra visiblemente aquellos elementos cuyo desarrollo conduce a las aberraciones que hemos descrito como *perversiones*” (FREUD, 1905 [1981f], pp. 1180-1181, grifo do autor). Assim, a distinção entre sexualidade normal e sexualidade perversa, tão apreciada pela psiquiatria oitocentista, começa a dar sinais de fragilidade.

Entendemos que para Freud não haveria razão para uma hierarquização entre o chamado “prazer preliminar” e o “prazer final”, a qual só adquire sentido se pensada a partir da concepção de uma sexualidade instintual, cujas manifestações podiam ser adequadas em classificações nosográficas a partir da dicotomia normal-patológico. Freud, de modo enfático, se contrapõe a essa forma de pensar o sexual:

Todas las circunstancias externas e internas que dificultan o alejan la consecución del fin sexual normal (impotencia, coste elevado del objeto, peligros del acto sexual) favorecen, como es comprensible, la tendencia a permanecer en los actos preparativos, convirtiéndolos en nuevos fines sexuales que pueden sustituirse al normal. Un penetrante examen muestra siempre que estos nuevos fines se hallan todos – hasta los de más extraña apariencia – indicados en el acto sexual normal (FREUD, 1905[198f], p. 1184).

Duas idéias podem ser destacadas da citação acima: primeiro, o ato sexual normal é composto por todo um conjunto de atividades dirigidas ao prazer consideradas pela psiquiatria como desvio, perversão do instinto, práticas contra-naturais; segundo, a sexualidade humana, ao contrário da fixidez instintual, é eminentemente plástica, buscando o prazer de forma independente do coito. Freud já anuncia aí algo inerente à sexualidade que se comporta como um movimento constante em busca de satisfação, não se deixando deter diante de qualquer obstáculo ao ato sexual dito normal. As circunstâncias impeditivas de que fala Freud são obstáculos, repetimos, ao coito e não à sexualidade.

O distanciamento entre o discurso médico e o pensamento freudiano nos remete de pronto à problemática dos pacientes submetidos à penectomia. A julgar pela racionalidade médica, os pacientes amputados ou não teriam mais vida sexual, ou sua sexualidade deveria pertencer ao domínio do não natural. Se não há mais pênis, não há coito, e, portanto, o fim sexual seria desviado da rota traçada pela Natureza. Assim, forçosamente, estaria configurada toda uma série de manifestações consideradas pela sexologia como perversas.

No entanto, para Freud, não é a busca pelo prazer em atos preliminares que nos autorizaria falar em perversão, em patologia, e sim, como dissemos antes, o caráter exclusivo e fixo que tal procura venha a assumir. O investimento libidinal nos atos preliminares é intrínseco à sexualidade do ser falante, pois esta é tributária da dinâmica e da economia que regem o *topos* psíquico para além do anatômico e do fisiológico.

Por essa razão, caberia questionar a real eficácia de posturas pedagógico-educativas que buscam orientar o paciente acerca de outras fontes corporais de prazer em substituição ao

pênis. Sem pôr em dúvida as boas intenções que sustentam tais iniciativas, devemos atentar para o fato de que elas estão alicerçadas em um entendimento puramente anatomofisiológico da sexualidade, algo diverso do que a escuta clínica de Freud o permitiu descobrir.

Reportando-nos ao contexto da amputação cirúrgica do pênis por câncer, poderemos dizer que, para a psicanálise, se o paciente vem a encontrar outras fontes corporais para o prazer sexual, isso não se daria em virtude de qualquer orientação sobre a existência de zonas no corpo produtoras de prazer além do pênis, mas pelo movimento de reorganização dos representantes pulsionais que o determinam como sujeito. Não há como ensinar um paciente a ter prazer com a língua, por exemplo, na falta do pênis. O prazer buscado e a satisfação encontrada não advirão de algo da ordem de uma reeducação sexual pós-amputação, mas da dinâmica do psiquismo e do movimento pulsional, indiferentes à vontade do sujeito e de seus pretensos educadores.

Não podemos nos esquecer do que a clínica psicanalítica demonstra desde seu fundador: não existe objeto pré-determinado para a sexualidade humana, o que dificulta o estabelecimento de padrões adaptativos, porquanto esse objeto é da ordem da representação e não da natureza. Ao contrário dos funcionalistas, Freud não abordará a sexualidade sob o prisma da conformação a paradigmas de normalidade ou patologia. O que ele defenderá é a existência de uma distinção entre uma sexualidade na qual predomina certa fixidez do objeto, e outra que revela uma plasticidade da atividade pulsional.

Para encerrarmos, gostaríamos de ilustrar o que expusemos neste texto através da frase de um paciente durante atendimento psicológico na enfermaria cirúrgica. Internado para se submeter à penectomia devido a um câncer de pênis avançado, falava sobre o que representava para ele a cirurgia e de como se sentia naquele momento que antecedia o procedimento. Em dado momento, o paciente enuncia: “A gente ainda tem a língua, né, doutor?”. Este fragmento mostra o sujeito em um processo de elaboração próprio, através dos representantes pulsionais que animam sua fantasia. O exemplo é útil por indicar o deslocamento pulsional que aí parece se efetivar. Confirma, assim, o que encontramos nos “*Tres ensayos para una teoria sexual*” sobre uma sexualidade balizada por uma força contínua sem objeto natural.

Sem dúvida, a desnaturalização da sexualidade se constitui como uma das implicações epistemológicas e clínicas mais significativas do pensamento freudiano. A realidade sexual do inconsciente, fruto do fato da pulsão se fazer representar no psiquismo devido a seu recalque, conduz-nos a uma outra forma de delimitar o corpo e é incompatível com a idéia de complementação preconizada pela ordem médica, pelas orientações educativas e pelo caráter

ortopédico presente em modelos de intervenção psicológica de cunho funcionalista. Àqueles, então, que fígados pelo Desejo de Freud, tomam a sexualidade como fundamento da psicanálise, resta continuar recusando-se a negar ao sujeito a possibilidade de (re)inventar, através de sua fantasia, novas saídas para a satisfação pulsional.

## **2.2. Sexualidade e linguagem na medicina e na psicanálise.**

Como exposto acima, a medicalização da sexualidade no século XIX implicou a apropriação, por parte do saber médico, de todo um conjunto de práticas sexuais e prazeres tomados por signos de saúde e doença. Tais signos não deixam de configurar para a clínica médica uma linguagem que compõe a base de toda uma semiologia, essencial para a tomada de decisão e intervenção médicas. Caberia indagar a que dimensão da corporeidade tal linguagem sígnica se articula, bem como seu alcance no campo da sexualidade.

Sabemos que o racionalismo de Descartes é a pedra angular sobre a qual se apoia a ciência moderna, e que a cisão que seu método impõe entre *res cogitans* e *res extensa*, isto é, entre pensamento e corpo, propiciou à medicina os avanços metodológicos necessários a seu estabelecimento como saber científico. O corpo sobre o qual a ciência médica deveria se debruçar seria aquele liberto da subjetividade, da palavra do doente. Ao excluir, assim, a dimensão simbólica da corporeidade, a clínica médica buscava cada vez mais o real do corpo, substrato no qual a verdade científica deveria ser encontrada. Em relação a isso, a abertura de cadáveres é paradigmática, uma vez que aqueles, desprovidos de modo radical de toda subjetividade, permitiam ao médico encontrar a verdade da doença a partir da interpretação do conjunto de signos expresso nas lesões teciduais, fazendo “desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar” (BICHAT, 1801 apud FOUCAULT, 2001, p. 168). Conforme Pollo (2004), o resultado da separação cartesiana entre o corpo e o pensamento, reduz aquele a uma dimensão puramente geométrica, ou seja, a um objeto matematizável em termos de comprimento, largura e profundidade. Tal é ainda mais notório numa época como a nossa, marcada por inúmeros avanços tecnológicos que procuram dar conta do real do corpo através de uma linguagem composta de signos matemáticos, físicos e químicos.

Em relação à sexualidade, Foucault (1993) observa que o advento da medicina científica implicou a dissociação entre uma medicina do corpo, seguidora dos cânones da ciência moderna, enriquecida pelo legado de Bichat e Claude Bernard e voltada para uma

biologia da reprodução; e outra, integrante de uma *scientia sexualis*, que constituía como objeto as práticas e os prazeres sexuais desviantes da norma estabelecida pela natureza. Os adeptos da primeira abordavam a sexualidade a partir da anatomofisiologia, enquanto os fundadores da “ciência sexual”, notadamente os psiquiatras e sexólogos, embora buscassem na anatomia e na dinâmica funcional a origem, por exemplo, da perversão e da degenerescência, não podiam prescindir de algo bem pouco confiável para o paradigma científico que regia a medicina: a palavra do paciente.

No que diz respeito ao universo oncológico, a julgar pelo que encontramos na literatura, além do que ouvimos no cotidiano de nossa prática clínica, prevalece a medicina científica. Portanto, mantém-se por razões metodológicas a exclusão do simbólico no que concerne à sexualidade dos homens penectomizados. É no real do corpo que, prioritariamente, a sexualidade dos pacientes será abordada. A frequente associação entre penectomia total e ausência de “vida sexual” ilustra, de modo cabal, a importância do referente anatomofisiológico para o paradigma bio-funcionalista que fundamenta a medicina. A sexualidade tende aí, então, a ser reduzida ao exercício da genitalidade - ou melhor, ao coito - enquanto a linguagem fica restrita à semiologia médica, na qual o signo que se apresenta no corpo é a manifestação objetiva do sintoma, dispensando a palavra do paciente, conforme Stedman (1996).

Pensamos que, pelo fato da corporeidade constituída pela ciência médica ser mapeada por signos anatomofisiológicos - seja de saúde ou doença - e não por significantes, não é possível para a medicina levar em conta a sexualidade como efeito de linguagem, o que implicaria incluir as dimensões simbólica e imaginária, além da dimensão real, no corpo sobre o qual se debruça. Se existe uma articulação entre sexualidade e linguagem na medicina, ela só se dá, insistimos, na ordem do signo, daquilo que para o olhar médico é sempre sinal de alguma coisa. De acordo com Clavreul (1983, p.201):

Os signos [sinais] médicos não obedecem às leis da lingüística. Se eles se agrupam, é em síndromes e não em sintagmas ou paradigmas. A aparição de um signo insólito não vem aí constituir metáfora. Nada se encontra aí da ordem da alusão e não há poética dos signos médicos. Nunca um médico suspeitará que um signo seja mentiroso, pois, se pode ser enganador, é porque o médico pode se enganar e não porque o organismo mente.

Assim, a interpretação do médico acerca do que acontece no real do corpo, no organismo, tem sempre como referente um dado de realidade. No entanto, a sexualidade, a despeito do grau de desenvolvimento alcançado pela ciência, ainda incomoda, desafia a semiologia médica e, com isso, abre espaço para que outros saberes possam se pronunciar, como atesta uma situação vivida por nós algum tempo atrás: recebemos um telefonema de um respeitado cirurgião que, num misto de assombro e empolgação, sugeria-nos escrever com ele um trabalho acerca de um paciente submetido a penectomia total. Contou que o paciente lhe pedira para que conversasse com sua esposa acerca do momento que atravessava. Certo de que a esposa do paciente enfrentava alguma dificuldade em lidar com a nova situação do marido, o médico é surpreendido pela fala da senhora, que lhe dizia não suportar mais o assédio do esposo, já que ele comprara um pênis de plástico, amarrava na cintura e não a deixava mais em paz. O paciente relatava sentir muito prazer e - fato que mais inquietava o médico - até orgasmo em suas performances sexuais. A realidade anatômica do paciente era, de certo modo, para o cirurgião, signo de incapacidade para o gozo sexual, já que no real do corpo o pênis havia sido cortado.

Esta situação é bastante ilustrativa de como para o humano a sexualidade se apresenta como efeito de linguagem, implicando uma corporeidade construída pela ação do significante. É por essa razão que, para alguns homens penectomizados, o uso da língua no encontro sexual pode lhes permitir gozar de uma mulher, enquanto para outros tal expediente provoca indignação por afrontar sua virilidade. Tal discrepância não se torna inteligível senão quando temos em conta que, na sexualidade humana, um pênis ou uma língua, pelo atravessamento do simbólico no corpo, ultrapassam a função que lhes foi designada pela natureza. A emergência do sujeito no campo da ciência, indicada pela situação acima descrita, escapa a qualquer tentativa de enquadramento em uma perspectiva semiológica, pois que assinala o próprio fracasso da semiologia médica. Faz furo no saber, o que no caso daquele cirurgião, felizmente, o motivou a produzir significantes em torno do vazio de significação, sob a forma de um artigo. Trata-se, pois, no humano, de uma sexualidade resistente aos limites impostos pela polaridade *res cogitans* - *res extensa* em estreita articulação com o inconsciente, campo do Desejo - excluído da medicina - que se articula pela linguagem.

A articulação entre sexualidade e linguagem constitui em um dos fundamentos da psicanálise. Devemos sublinhar, entretanto, que não se trata simplesmente da aplicação da linguística ao campo psicanalítico. Lacan, na verdade, subverte o esquema saussuriano do signo, demonstrando que a descoberta freudiana implica na supremacia do significante sobre o significado. Assim, se o inconsciente é estruturado como uma linguagem, o é a partir da

articulação entre significantes e não entre signos, isto é, entre palavras. O sentido que interessa à psicanálise é efeito do encadeamento dos significantes e não da correspondência entre eles e o significado. Sentido, então, que não pode pré-existir à linguagem, como aponta Clavreul (1983) se referindo à função do signo na medicina. Por ser da ordem do significante, o sentido para a psicanálise só surge no *a posteriori* da inclusão de um outro significante na cadeia associativa. Em síntese, Lacan observou com muita precisão que o inconsciente, como Freud o definiu, é estruturado como uma linguagem que não é do campo da linguística. Para essa linguagem, própria ao campo do inconsciente, sugeriu o neologismo “linguisteria” (LACAN, 1972-1973 [1985]).

Essas rápidas referências à linguagem no pensamento lacaniano, associadas ao que discutimos acerca do sexual na seção anterior, parece-nos suficiente para discutirmos a articulação entre sexualidade e linguagem na psicanálise.

Conforme Freud já apontara em 1905, a sexualidade do falante não possui caráter apriorístico. O humano, para Freud, recebe do outro, através da maternagem, o investimento libidinal que lhe dará um corpo erógeno, pulsional, irreduzível à montagem anatomofisiológica empreendida pela natureza. Corpo marcado pela inscrição dos traços mnêmicos relativos à experiência de satisfação, ao contato com o olhar, a voz, o cheiro, o toque, enfim, com o corpo do outro.

Com Lacan, diremos que a sexualidade é inscrita no corpo pelos significantes que veiculam o desejo do Outro através das demandas que este dirige ao sujeito. Aquele que cuida, ocupando o lugar de Outro, isto é, de garante da existência, sexualiza, por suas demandas, a carne; faz dela corpo, desnaturalizando suas funções. O desejo do Outro, então presente na demanda, não pode prescindir da linguagem no ato de erogenização do corpo. Como efeito de linguagem, a sexualidade que integra o campo psicanalítico acaba por fundar uma nova corporeidade, cujo mapeamento é fornecido pelo que Lacan (1964 [1990]) chamou de o “desfile do significante”, isto é, pelas trilhas por onde a pulsão perseguirá o objeto. Em suma, a sexualidade humana é da ordem da fantasia, não se deixando conter pela lesão anatômica, como bem demonstrou o paciente a que nos referimos acima.

Longo de Lesbos (1948, p.103), no conto Dáfnis e Cloe, já sugeria que, para o humano, a sexualidade é irreduzível ao espetáculo de acasalamento que a natureza oferecia aos olhos dos dois pastores:

Ele [Dáfnis] se convenceu, e, de acordo com o que ela [Cloe] queria, deitou-se junto a Cloe, onde ficou muito tempo, não sabendo como fazer para chegar ao termo do que desejava. [...] De maneira que se sentou de novo no chão, e se pôs a chorar, pois sabia menos que os carneirinhos realizar as proezas de amor.

O autor mostra, durante várias páginas, a descontinuidade entre o sexual instintivo e o sexual no homem, que Freud chamará pulsional. A presença do desejo do Outro, ao contrário do que ocorre com os carneirinhos, é decisiva para a sexualização do corpo, e Longo a indica através da investida de Licenion sobre Dáfnis. É aquela que lhe diz o que fazer com seu corpo e com o dela no encontro sexual:

Elas vieram, as ninfas, contar-me quando eu dormia, as lágrimas que tu derramavas ontem, e assim me ordenaram que te livrasse desse sofrimento, em te ensinando a operação do amor, que não consiste somente em beijar e abraçar, nem em fazer como os carneiros e os bodes; é muito mais do que isso, e bem mais agradável do que tudo. [...] nada mais tens que fazer do que te entregares a mim, aprendiz alegre e livre, e eu, pelo amor das ninfas, eu te mostrarei o que é isso (LONGO, p. 107).

A preservação das estruturas anatômicas, neuronais e manutenção do equilíbrio hormonal não são suficientes no humano para a erogenização do corpo. A maturação orgânica fornece o substrato sobre o qual o desejo do Outro poderá vir a encontrar guarida através do movimento pulsional. As leituras desenvolvimentistas de Freud, que veem na evolução da libido um processo natural, fisiológico, tendem a negligenciar o fato de que se um corpo pode ser tomado por inteiro, conforme afirma o autor, por zona erógena, tal implica que a sexualidade é irreduzível ao orgânico, à maturação. As referidas leituras tendem, igualmente, como consequência lógica da perspectiva que adotam, a ver no descompasso entre a organização libidinal e a etapa do desenvolvimento o signo de algum distúrbio ou anomalia. Lacan, por seu turno, chama atenção para a importância do significante no estabelecimento das chamadas zonas erógenas, via demanda do Outro: “A passagem da pulsão oral à pulsão anal não se produz por um processo de maturação, mas pela intervenção de algo que não é do campo da pulsão – pela intervenção, o reviramento, da demanda do Outro” (LACAN, 1964 [1990], p. 171).

O objeto a ser investido pela pulsão sexual deve ser constituído, e nisso a demanda do Outro desempenha um papel importante. Porque o objeto é o que mais varia na pulsão, a tarefa de enquadrar a sexualidade numa semiologia é, numa perspectiva psicanalítica,

infrutífera. O próprio sintoma - que normalmente na medicina seria entendido como disfunção sexual - é uma forma de expressão da sexualidade, uma vez que, assim como qualquer formação do inconsciente, configura um modo de satisfação pulsional. A articulação entre sexual e linguagem, localizada no sintoma, é assim descrita por Lacan:

O mecanismo de duplo gatilho da metáfora é o mesmo em que se determina o sintoma no sentido analítico. Entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que ele vem substituir numa cadeia significante atual passa a centelha que fixa num sintoma – metáfora em que a carne ou a função são tomadas como elemento significante – a significação, inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver (LACAN, 1953 [1998a], p. 522).

A própria fundação da psicanálise, sua condição de existência, está diretamente ligada ao reconhecimento por parte do médico, do cientista Freud, de que o sintoma histérico diz mais do que a moldura nosográfica poderia indicar. A prescrição chrobakiana “doses repetidas de pênis normal” denunciava que a racionalidade clínica de então via no sintoma alguma relação com a sexualidade, reduzida, todavia, ao coito. Assim, mais uma vez percebemos no discurso médico a importância do pênis, normal, para a sexualidade, nesse caso das mulheres. As produções sintomáticas da histeria eram, pois, signos da falta de pênis, da inexistência de “vida sexual”.

Para o discurso analítico, contudo, as chamadas disfunções sexuais podem ser pensadas como formas que o sujeito encontra para dar direcionamento às exigências pulsionais. São do ponto de vista psíquico, consideravelmente funcionais, pois permitem o equilíbrio dinâmico do aparelho psíquico. É nesse sentido que Freud fala do sintoma como uma formação de compromisso entre desejos pertencentes ao isso e ao eu que buscam realização. O que para a medicina é signo de doença ou disfunção sexual, para a psicanálise é signo da realização de desejo.

Pensar a sexualidade como efeito de linguagem implica aceitar que a realidade do inconsciente é sexual, uma vez que é aí que a pulsão se fará representar no psiquismo através da combinatória dos significantes. Devemos observar que a associação entre esses três elementos (inconsciente, sexualidade e linguagem) aponta também para o campo de investigação e atuação do analista. A abordagem psicanalítica da sexualidade prescinde de qualquer análise semiológica e contraindica quaisquer tentativas de adaptação do sujeito ao que se considera funcionalmente aceitável na esfera sexual. Sujeito inconfundível com o indivíduo, do qual se ocupam a medicina e a psicologia; sujeito sempre evanescente, que

emerge no intervalo entre significantes, surpreendendo, perturbando o ordenamento dos signos. Nos efeitos que o sujeito produz no campo científico, na falha epistemo-somática que aponta para a natureza gozante do corpo, excluída da medicina, reside, provavelmente, a possibilidade de inserção da psicanálise na ordem médica, de interlocução entre médicos e psicanalistas. Não foi isso que o cirurgião antes referido deu a entender convidando-nos à produção de saber? Fato mais interessante na medida em que lembramos a relação observada por Freud entre o caráter traumático da sexualidade e a construção das teorias sexuais infantis, o que evidencia a ineludível articulação entre sexualidade e linguagem.

Na seção seguinte, procuraremos discutir o lugar do analista frente aos discursos que se instalam na instituição hospitalar oncológica, a fim de podermos dimensionar os limites e as possibilidades da psicanálise dentro de um espaço onde os significantes curar e reabilitar ocupam, mais ou menos veladamente, um lugar de comando.

### **2.3 O lugar do analista frente aos discursos votados à reabilitação sexual.**

O paciente oncológico é hoje objeto de investigação e intervenção de várias disciplinas. Defende-se, na literatura especializada e nos congressos científicos da área, a atuação interdisciplinar como a mais eficaz na abordagem da doença, do doente e da família. O câncer exige que os representantes dos diversos saberes a ele dedicados se posicionem ética, metodológica e teoricamente em torno do sem sentido ao qual, ainda hoje, a doença os remete. Tais posturas estão, no âmbito da instituição hospitalar, perpassadas pela regência de dois significantes que funcionam como verdadeiros significantes-mestres para os sujeitos inseridos no hospital: cura e reabilitação.

Nesta seção, discutiremos a inclusão do psicanalista no espaço hospitalar oncológico a partir das possibilidades de interlocução entre a psicanálise e as disciplinas que ali circulam, notadamente a medicina e a psico-oncologia. Tendo em vista que a instituição de saúde constitui oportunidade para o encontro de diferentes discursos, procuraremos lançar mão da teoria lacaniana do discurso enquanto laço social como balizador da discussão. Pensamos, assim, preservar o rigor teórico na análise das diferentes possibilidades de inserção do sujeito no laço social. Análise que, segundo Alberti (2000), deve servir de ponto de partida para a intervenção do analista na instituição.

Freud (1930 [1981s]) já assinalava que a cultura impõe aos homens a tarefa de renunciar à satisfação pulsional, a fim de que haja possibilidade de convivência, de laço entre eles. Do contrário, cada um poderia se apropriar do outro como instrumento e objeto de gozo, levando, por exemplo, à barbárie e, em última análise, à extinção da espécie. Há, então, como condição mesma da cultura a necessidade de submeter a pulsão à ordem do discurso, o que, por sua vez, implica certa perda de gozo (QUINET, 2006). Submeter o gozo à tessitura da linguagem permite, para Lacan, formalizar o laço social, aceitando, porém, que nem tudo do gozo pode ser passível de simbolização pelo significante. De acordo com suas palavras: “Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (LACAN, 1969-1970 [1992], p.11).

São quatro as modalidades de laço social: o discurso do mestre, o discurso da histórica, o discurso do analista e o discurso da universidade. Cada discurso é composto por uma sequência de matemáticas: S1 (o significante-mestre), S2 (o conjunto faltoso dos significantes que constituem o saber do Outro), \$ (o sujeito da psicanálise, sempre dividido), a (o objeto causa do desejo, mais-gozar), que ocupam lugares fixos (agente, outro, produção e verdade):

Discurso do Mestre

$$\frac{S1 \longrightarrow S2}{\$ // a}$$

Discurso da histórica

$$\frac{\$ \longrightarrow S1}{a // S2}$$

$$\frac{\text{agente} \longrightarrow \text{outro}}{\text{verdade} // \text{produção}}$$

Discurso universitário

$$\frac{S2 \longrightarrow a}{S1 // \$}$$

Discurso do analista

$$\frac{a \longrightarrow \$}{S2 // S1}$$

O discurso do mestre é o modo de laço social em que o agente dirige ao outro, enquanto saber-fazer (S2), um significante de comando (S1) pelo qual esse outro deve produzir o objeto mais-gozar (a) para o mestre. A divisão do sujeito (\$) é a verdade que

sustenta o discurso e em nome da qual o outro produzirá os objetos de gozo. Divisão que o agente, como mestre, trata de recalcar.

O discurso da histórica constitui um tipo de laço social em que a demanda de saber se sobressai. O agente, em sua divisão (\$), dirige ao outro, elevado à condição de mestre (S1), uma demanda de saber sobre a falta, intimando o mestre a produzir saber (S2) sobre a castração. A verdade do discurso histórico é o objeto mais gozar (a), que pela via da demanda a histórica tenta localizar no mestre.

O discurso universitário é o saber (S2) que ocupa o lugar do dominante, agindo sobre o outro, tomado como objeto (a), isto é, devendo se resignar ao imperialismo do saber, sustentado pelos significantes-mestres dos autores. O outro aqui é objetalizado frente ao saber, isto é, não interessa nesse discurso a subjetividade (\$) do outro, a qual surge como produto, desvinculada dos S1 que a singularizam. O significante-mestre, no lugar da verdade, faz com que nesse laço social qualquer pergunta sobre a verdade seja silenciada (LACAN, 1969-1970 [1992]).

O discurso do analista inaugura o laço social em que o outro é o sujeito (\$) e o agente o objeto. A implicação maior desse discurso é que a verdade do sujeito é da ordem de um semidizer, pois que é enigma cuja decifração deve advir do trabalho do sujeito como sujeito do desejo. Tal produção é constituída pelos S1, os significantes primordiais do sujeito, os significantes-selos que marcam sua história. Esse é o laço social que inaugura a psicanálise, diferenciando-a dos discursos médico e psicológico.

Como pensar a medicina e a psicanálise dentro da lógica lacaniana dos discursos, e o lugar do analista na instituição?

Tomando como ponto de partida a relação médico-paciente, devemos dizer que, historicamente, para poder exercer a medicina de modo terapêuticamente eficaz, o médico precisa operar sobre um outro disposto a prestar-lhe obediência, a não lhe contestar o saber. A tão repetida frase que ouvimos nas enfermarias oncológicas, “abaixo de Deus, os médicos”, aponta para o lugar de mestria, quase absoluta, atribuído ao médico. A verdade está do lado do mestre, o saber sobre a vida e a morte está sob sua regência. Todavia, o mestre, como tal, não detém o saber sobre seu gozo. Trata-se, assim, de fazer operar sobre o outro um conjunto de significantes-mestres que devem levá-lo a produzir o objeto de gozo do mestre, no caso, a cura, a reabilitação, a reintegração social, a capacidade de coito, para nos aproximarmos do contexto que estamos pesquisando. Clavreul (1983, p. 86), referindo-se ao lugar de Hipócrates na relação médico-paciente, lembra-nos que “para todo mestre é necessário um escravo (pelo menos um) para lhe reconhecer seu saber. É neste segundo sentido que se atribui a Hipócrates

o título de Mestre [...]”. A verdade é que, nessa modalidade de laço social, a condição faltosa do mestre trata de ser recalcada. No entanto, como o objeto produzido pelo outro jamais dará conta da divisão do sujeito, o recalcado retorna, por exemplo, sob a forma de angústia diante do sofrimento, da ineficácia terapêutica, da morte, sentidas como derrotas. Ou também através da resistência que alguns médicos apresentam em relação aos chamados “pacientes problemáticos”, aqueles que se recusam a se submeter ao discurso do mestre.

Tais pacientes não são raros de encontrar. Alguns de início até se instalam no discurso do mestre, mas às vezes passam a destituir os significantes que o médico lhes dirige a partir de sua mestria, contestando-os, desafiando-os. Tal resposta do sujeito o aproxima do discurso da histérica. No discurso do mestre, a figura do mestre se sustentava pela crença do outro no comando dos significantes que o levavam a trabalhar. Já nessa nova posição discursiva, o mestre será sustentado pela demanda de saber que o agente, como sujeito do desejo, lhe dirige. Demanda que não é para ser atendida; desejo que é, no fundo, para não ser satisfeito. Se o mestre se empenha em confirmar o lugar de mestria que o discurso da histérica lhe designa, logo será destituído. O sujeito acabará por mostrar-lhe que o saber produzido pode até remediar, mas não cura a ausência de *rapport* sexual, de encontro perfeito entre homem e mulher, verdade que o mestre tenta esconder.

Pensamos que uma das possibilidades de interlocução entre médicos e psicanalistas pode ter lugar quando o médico interpela o psicanalista a produzir, com ele, saber sobre o furo que a irrupção do sujeito provoca na ciência médica. Novamente nos remetemos ao exemplo que demos, na seção anterior, sobre o convite que recebemos do cirurgião para a produção de um artigo acerca da - sempre enigmática - sexualidade de seu paciente. O sexual faz furo no saber (S2), e o médico parece sinalizar que é do lugar de agente (\$) no discurso da histérica que buscará bordejar o real que a ele se apresenta. A situação evocada não deixa de sublinhar a pertinência da observação freudiana sobre o enlace entre pulsão sexual e pulsão de saber contido nas teorias sexuais infantis.

Uma outra forma de laço social, talvez a que hoje mais se perceba na instituição hospitalar, é a que põe o saber como ordenador do discurso. Não interessa aqui a subjetividade nem do médico nem do paciente. Clavreul (1983) nos faz observar que Lacan dizia não haver relação médico-paciente, mas instituição médico-doença. O médico, como sujeito cartesiano, não comparece na relação com sua subjetividade, seu raciocínio clínico deve ser produto de um pensamento puramente racional; o paciente, por seu turno, também não pode ser tomado como sujeito, pois como tal não integra o campo operatório da ciência. Podemos dizer que o nascimento da clínica médica e seu cientificismo cada vez mais apurado

possibilitaram a aproximação - que hoje parece obviamente necessária - entre a medicina e o discurso universitário. Novamente Clavreul (1983, p.87):

Por se atribuído à autoridade da ciência, o saber médico ensinado agora não tem a menor audiência, ao contrário. Ensina-se aos estudantes um saber constituído, sem perder tempo em mostrar de onde esse saber foi tirado. [...] Seus títulos universitários contribuirão em muito. [...] Ele recebeu a consagração do título de doutor. Ele é um alto funcionário da medicina.

A expressão um “alto funcionário da medicina” nos faz pensar na aproximação que Lacan estabelece entre o discurso universitário e a burocracia. Aquele, por tomar o outro apenas como mero reproduzidor de um saber inquestionável (se ele o questiona, já se encaminha para o discurso da histórica), marca a impessoalidade da relação médico-paciente. Trata-se, geralmente, de doutrinar o paciente em nome da “literatura” (S2), da verdade sustentada pelo autor (S1). O médico é representante de uma ordem, como os zelosos funcionários responsáveis por vigiar e prender Josef K., personagem kafkaniano do livro “O processo”, também o são. O saber sustentado pela autoridade estabelece, assim, um laço social onde nem mesmo o nome do sujeito (um de seus S1) tem lugar. Na obra acima aludida, Josef K., tentando argumentar com os encarregados de sua prisão, mostra-lhes sua identidade, obtendo como resposta:

Que importância ela tem para nós? [...] Somos funcionários subalternos que mal conhecem um documento de identidade [...] É tudo que somos, mas a despeito disso somos capazes de perceber que as altas autoridades a cujo serviço estamos, antes de determinarem uma detenção como esta, se informam com muita precisão sobre os motivos dela e sobre a pessoa do detido. Aqui não há erro (KAFKA, 1995, p12).

Dentro do hospital, o discurso científico, representado pela medicina, quando alinhado ao discurso universitário tende ao apagamento da singularidade de todos os protagonistas que atuam no cenário da saúde. A literatura médica, os ensaios clínicos, os estudos multicêntricos não ocupariam ali a mesma função que hoje desempenha “o sistema”, em nossa burocracia informatizada? Em ambos, o sujeito parece só teria lugar como produto, seja “revoltado”, “indignado”, “sem saber a quem recorrer” - objeto da teia burocrática - seja “angustiado”, “indeciso”, “inseguro” ou “desconfiado” - diante da capitalização estatística do saber médico.

Em tal contexto, é perfeitamente factível a presença da psicanálise na medida em que pode oferecer uma escuta à angústia provocada pela dessubjetivação produzida no discurso universitário. Devemos lembrar que, em seu trabalho no hospital, o analista também é atravessado pela ordem médica e isso implica reconhecer os limites de seu ato, além de ter que se haver com diferentes modalidades de laço social, exigindo eventualmente o trânsito em outros discursos. Por efeito da própria análise, entretanto, não é se fazendo de Outro para o outro que ele faz laço social. Não há, por parte da psicanálise, ilusão de modificar a ordem médica, o que não impede que a interlocução com o analista possibilite, a pelo menos um médico, escutar a fala do paciente de um lugar mais próximo ao agente do discurso do analista.

O matema do discurso do analista nos indica que não é do lugar de mestre que o analista responde à demanda do sujeito. Não é impondo-lhe um saber que ele pode fazer emergir a verdade. Esta é enigma que só pode ser construída a partir dos erros, equívocos da racionalidade consciente. Os S1 com os quais o sujeito se faz representar para o S2 da literatura, dos discursos presentes na instituição, não são ratificados pelo analista. Só se pode tratar o outro como sujeito se o lugar do agente for ocupado pelo objeto, isto é, pelo não-saber radical acerca da verdade do outro. Assim, não há lugar, na teoria lacaniana dos quatro discursos, para a intersubjetividade vigente nas práticas da psicoterapia, da pedagogia e base das reflexões e ações das práticas “humanizadoras” dentro da instituição. Eis um outro ponto importante a se destacar na relação institucional entre medicina e psicanálise: o analista não é um humanista e, portanto, não compartilha do mesmo significado que hoje se dá ao termo humanização. Se é possível falar em humanização em psicanálise, é numa perspectiva coerente com a ética do discurso psicanalítico, tão bem ilustrada pela definição com a qual Marisa Decat de Moura trabalha no Hospital Mater Dei, de Belo Horizonte: “Humanização é dar ao sujeito o direito à palavra”.

Em “Psicoanálisis y Medicina”, Lacan (1966 [1985a]) mostra sua preocupação com uma medicina regida pelas injunções do discurso capitalista, no qual o médico não passaria de um especialista em fisiologia, cuja função seria a de comprovar a eficácia da produção da ciência farmacológica. Para ele, uma saída possível à redução do médico ao papel de mais um elemento na máquina burocrática capitalista seria manter vivo o legado freudiano, isto é, fundamentar sua prática na demanda do paciente, que não é igual ao que ele deseja. Em outras palavras, no reconhecimento de um gozo do corpo. Não seria isso uma outra maneira de pensarmos a contribuição da psicanálise e da presença do analista no hospital para a tão ansiada humanização da medicina?

Pensamos que o confronto da medicina com a impotência de seu saber, no que tange à cura do câncer, torna seus praticantes em geral mais abertos à interlocução com outros saberes. A julgar pelo que observamos em nossa prática hospitalar, o significante “cura”, no contexto da oncologia, tende a ser dialetizado por outros significantes, como “cuidar”, “apoiar”, “reintegrar”, “reabilitar”, em torno dos quais discursos como o da psicologia passam a gravitar. Assim, multiplicam-se as demandas dirigidas à psicologia e aos psico-oncologistas - em sua maioria, psicólogos. Constatamos que tais demandas têm origem na impossibilidade para muitos médicos oncologistas de suportar a divisão do sujeito, provocada - e aqui é uma hipótese nossa - pela insistência em manter o sujeito na condição de objeto de um saber que não pode lhe dar garantia alguma. Tal divisão, geralmente expressa pela angústia e por uma dolorosa dúvida dirigida à palavra do médico, assinala que o sujeito já não mais consegue ocupar o lugar de objeto no discurso universitário. É comum escutarmos no ambulatório falas como essas: “Eles disseram que se eu fizesse o tratamento eu ficava boa, mas eu quero saber se fico é curada!”, “O que adianta a gente fazer todo esse tratamento se o câncer não tem cura!?”, “Eu vejo tanta gente aqui fazendo o mesmo tratamento que eu, com o mesmo problema, e alguns eu sei que morreram. Se acontece com eles, vai acontecer comigo, então é melhor nem fazer, não é não?”

Tais falas apontam para um momento bastante fecundo, pois a partir delas pode ser possível uma mudança de posição discursiva, a depender de como são escutadas. Resta-nos discutir, então, de que lugar o analista pode responder às demandas de atendimento originadas do médico em uma instituição onde a psicologia da saúde, representada pela psico-oncologia, ocupa um lugar importante. Nossa discussão deve tocar necessariamente na viabilidade ética e metodológica da inserção do psicanalista em serviços de psico-oncologia, nos quais ação e investigação costumam estar voltadas, em última análise, para a reabilitação psicossocial do indivíduo. É possível tal inclusão? Caso contrário, como o analista poderia vir a fazer parte da chamada equipe multidisciplinar em um hospital de câncer?

A estreita relação existente entre a Psicologia da saúde e a Psico-oncologia pode ser atestada a partir da definição dada a essa última por Glória Gimenes:

A psico-oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo: (1) na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; (2) na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e

do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer; (3) na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais da saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (GIMENES, 2003, pp.46-47).

Podemos, assim, observar o esforço da pesquisadora em conceituar a Psico-oncologia e em definir seu campo de assistência e pesquisa, o qual tem por lastro a Psicologia da Saúde. Tal concepção, aliada à observação de Carvalho (2002) acerca da pluralidade de abordagens teóricas que vêm orientando a atuação de psicólogos nessa área, traz à tona alguns problemas no tocante à sua possível articulação com a psicanálise.

De um lado, tem-se a demarcação metodológica da Psico-oncologia; de outro, a constatação de que a prática psico-oncológica não se encontra assentada sobre um único corpo teórico. Tal pluralidade teórica tem permitido a inserção de psicanalistas nessa prática, fazendo com que os mesmos também integrem o quadro dos profissionais considerados psico-oncologistas. Nesse contexto, uma questão impõe-se a nós: como pensar a integração de psicanalistas em um serviço de psico-oncologia quando é sabido que a Psicanálise - fundamentada em Freud e Lacan - não possui uma proposta educativa e que a sua concepção de saúde é diversa daquela da Psicologia da Saúde?

Tal questionamento ainda se torna mais pertinente a partir da afirmação de um autor como Costa Jr. (2001, p. 38-39), bastante reconhecido no meio da psico-oncologia:

A intervenção em psico-oncologia é baseada em modelos educacionais e não em modelos médicos ou clínicos que enfatizam estruturas patológicas e atendimentos terapêuticos individuais. O profissional no contexto da psico-oncologia, deve priorizar a promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo. A experiência de tratamento deve constituir em uma condição de aprendizagem sócio-comportamental e cognitiva para o paciente; cabe ao psicólogo demonstrar que os repertórios de comportamentos adquiridos no contexto do tratamento podem ser úteis em diversas situações de risco, mesmo aquelas distantes do contexto de doenças e tratamentos médicos, a que o indivíduo for submetido.

Desse enunciado, pode ser depreendida a intenção do autor em defender a filiação da Psico-oncologia ao modelo de Psicologia fornecido por sua vertente comportamental, mais especificamente de ordem cognitivista. Que o aludido modelo se preste bem aos objetivos da Psico-oncologia, tal como o referido autor a compreende, isso não requer dúvida. No entanto, ao tomá-lo por referência, impondo-o como o mais adequado ou o mais eficiente, ele parece

limitar o entendimento que porventura possa ser feito quanto ao alcance e à prática da Psico-oncologia. Sugere, assim, ceticismo frente às possíveis contribuições de teorias de solos epistemológicos diferentes daquele ao qual faz referência.

Partindo, então, desses questionamentos iniciais, e sem ter a pretensão de respondê-los de forma definitiva, observamos que tanto a possibilidade de articulação entre Psicanálise e Psico-oncologia, quanto a inserção do psicanalista em sítios onde essa última é praticada, requerem precisões teóricas e metodológicas quanto às diferenças entre essas disciplinas e à indagação de como o psicanalista poderia estar em consonância com a psicanálise em seu trabalho psico-oncológico. Nessa direção, propomos realizar um recorte preciso na abordagem dessa questão, o qual consistirá em discutirmos alguns de seus elementos centrais - diferenças conceituais e metodológicas entre os dois campos - a partir de nossa prática institucional e de questões por ela suscitadas, principalmente no que tange à sexualidade de homens com câncer peniano.

Pela especificidade desse tipo de câncer e as consequências que pode trazer para a sexualidade dos que são por ele vitimados, evidencia-se a problemática da sexualidade que passa, então, a ser objeto de interesse tanto dos psicanalistas quanto dos psico-oncologistas envolvidos no atendimento a esses sujeitos. Por isso mesmo, o nosso recorte incidirá sobre esse aspecto, o qual nos servirá para analisar as posições teórico-metodológicas das intervenções desses especialistas em relação à clientela em questão, sobretudo no que tange às repercussões da penectomia para a sexualidade dos pacientes a ela submetidos.

Para os conhecedores tanto do campo da Psico-oncologia quanto da Psicanálise, torna-se evidente que as pesquisas em Psico-oncologia compreendem uma concepção de sexualidade bem distinta da que lhe é atribuída pela psicanálise e, em consequência mesmo disso, uma metodologia de intervenção igualmente díspar. A manifestação dessas diferenças seria fator de incompatibilidade entre os dois referidos campos?

Tendo em vista que já discutimos anteriormente alguns dos aspectos centrais à concepção de sexualidade em Psicanálise, não mais nos deteremos em tal problemática. Reiteramos, contudo, que a sexualidade, em Freud e Lacan, uma vez articulada ao inconsciente, passa a ser entendida a partir do conceito de “sexualidade psíquica”, na qual é preponderante o papel do desejo - marcado pela falta de objeto - e da fantasia. Para além do biológico, a concepção freudiana de sexualidade leva em consideração os destinos subjetivos do encontro traumático para com a diferença sexual. Tais destinos serão decididos por meio do Complexo de Édipo, culminando no modo como o sujeito haver-se-á com a castração.

É, no entanto, necessário considerar que a diferença, antes apontada, entre o conceito de sexualidade para a Psico-oncologia e para Psicanálise, resulta num modo de intervenção clínica e num campo de pesquisa significativamente distintos entre ambos. Os modelos de intervenção e investigação fundamentados na realidade biológica, tal como se observa ocorrer na prática e na pesquisa de muitos psico-oncologistas ao considerarem a sexualidade norteadas por padrões comportamentais definidos como adequados, saudáveis ou normais para todo e qualquer sujeito, prescrevem saídas e métodos de intervenção padronizados, ortopédicos e universais. Tem-se, pois, um modelo de atuação que tende a apagar as diferenças, tomando o sujeito como produto no discurso do universitário. O outro é objeto de um saber que o ratifica no lugar de “paciente penectomizado” para daí agir sobre ele no sentido de proporcionar-lhe as orientações necessárias à readaptação social e conjugal.

A atuação do psicanalista ocorre sem a consideração desses padrões, bem como não visa a nenhuma medida educativa e nem à eliminação de todo e qualquer conflito capaz de promover o mal-estar dos sujeitos com os quais se ocupa em tratar. A tradição freudiana norteia a prática clínica no sentido de não abordar a vida sexual dos seres humanos de acordo com modelos de saúde ou doença. Em outras palavras, o psicanalista não deve e não tem como propor um caminho a ser seguido pelas saídas pulsionais que o sujeito será forçado a construir diante do impacto que a penectomia produz na representação que faz de seu corpo e sexo próprio. Tal impacto produzirá modificações em sua economia libidinal e convocará medidas protetoras frente ao real que está em jogo na mutilação a que foram submetidos. A amputação exige, portanto, do psiquismo, a tarefa de encontrar novos destinos para a pulsão sexual, tanto para o paciente quanto para o parceiro. Isso implica levar em consideração o papel da fantasia como sustentáculo do desejo (LACAN, 1964 [1990]). É isso que o discurso do analista torna possível. Ao operar um descentramento entre o sujeito e o indivíduo, Freud funda uma ética que não é a do bem-estar, já que não é no campo do eu que a psicanálise irá operar. Não há como o analista saber, a priori, sobre o bem do sujeito, cabendo a este a responsabilidade de se posicionar em relação a isso.

Alguns pacientes ilustram em suas falas a importância de se considerar, na intervenção e na pesquisa com homens penectomizados devido a câncer, o modo como eles próprios tratam de significar sua sexualidade a partir de então.

J.S, por exemplo, submetido à penectomia total, apressa-se em afirmar que não pensa mais em mulher, procurando enfatizar que sua angústia se articula a outras razões, o que, por sua vez, estava associado ao lugar que outrora acreditava ocupar no desejo do Outro:

Esse negócio de mulher, isso não é nada não. O problema é ter perdido uma parte do meu corpo... Não poder trabalhar. Quando eu era criança, eu ia com meus irmãos e minha mãe pra roça. Eu era pequeno, magrinho, mas a minha mãe sempre dizia que eu era o melhor porque eu arrancava toco muito rápido.

As enunciações dos sujeitos que escutamos abrem questões não restritas ao funcionamento sexual e, portanto, seus tratamentos não podem ser reduzidos ao fornecimento de diretrizes comportamentais a serem observados por eles em suas vidas sexuais. Antes tratar-se-ia, para o psicanalista, de promover, conforme apostamos em nossa prática para com eles, a elaboração dos danos subjetivos e do sentido cifrado que a perda do pênis, ou parte dele, ocupa em seus psiquismos. Com isso, promove-se a criação, por cada sujeito, de algum sentido frente ao vazio de significação provocado pela referida perda, o que bem revela a importância de que se reveste a escuta psicanalítica em ambiente hospitalar por ampliar o alcance dos benefícios terapêuticos. No entanto, consideramos que tal só é possível, com a observância pelo psicanalista - nos serviços psico-oncológicos - dos fundamentos psicanalíticos. Não prescindir da especificidade de seu ofício, e fazer-se ouvir pela equipe, a partir das contribuições que lhe pode agregar, poderá contribuir com a oferta de uma escuta dirigida menos ao paciente que ao sujeito, proporcionando-lhe a consideração do valor significativo de sua fala, bem como para a construção de outra definição para a Psico-oncologia.

Apostamos, em nossa prática, em uma interação entre medicina e psicanálise que não seja marcada pela marginalização promovida pela primeira em relação à segunda, muito menos de uma extraterritorialidade da segunda em relação à primeira, simpática a alguns psicanalistas (LACAN, 1966 [1985a]). Nem Freud, nem Lacan propuseram que a psicanálise fosse refratária à interlocução com outras ciências, muito menos à medicina, de onde ambos partiram. Toda a possibilidade da práxis psicanalítica em hospitais reside, a nosso ver, na habilidade do psicanalista de relaxar o rigor da psicanálise sem distorcer seus fundamentos (LACAN, 1968 [2003]). Mas isso não se aprende nos livros ou nas formações teóricas. Poder exercer a psicanálise em extensão, no hospital, implica sustentar a ética da psicanálise - ética da diferença, por excelência - mesmo reconhecendo-se atravessado pela ordem médica, o que, a nosso ver, não se consegue sem a análise pessoal. Conforme Rinaldi (2010):

[...] a psicanálise em extensão depende fundamentalmente do que ocorre na psicanálise em intensão, para que possa vigorar, também na instituição, uma “ética do bem-dizer” que possibilite a existência da diferença.

Em síntese, acreditamos que a clínica psicanalítica no hospital só se sustenta quando o analista preserva a fecundidade do discurso psicanalítico, fundada no não-saber que sustenta seu ato. Fazer o sujeito passar da queixa à demanda de saber sobre sua angústia não é tarefa fácil, pois inúmeras são as variáveis institucionais que interferem nesse movimento discursivo. Ocupar o lugar de agente do discurso do analista implica atuar a partir de um não-saber, permitindo ao sujeito construir novas redes significantes por onde o desejo deve circular. Não se vê, portanto, como o analista poderia compartilhar de intervenções reabilitadoras. Entretanto, no que concerne à interlocução entre analistas, médicos e psico-oncologistas, ela é perfeitamente factível dentro do discurso universitário, no qual, como sublinha Alberti (2000, p.51), “um saber equivale ao outro, pois são os títulos universitários que garantem, nessa equivalência, o valor de um saber”, além do laço social que pode derivar da demanda de saber, provocada pelos furos que o câncer faz no conhecimento pretensamente bem estabelecido de cada um dos profissionais que trabalham em oncologia.

Um desses furos diz respeito exatamente à problemática da diferença sexual, ou mais especificamente do que vem a ser um homem. Questão que o real do sexo põe em jogo no contexto em que se insere a penectomia.

### CAPÍTULO 3

#### CONSIDERAÇÕES SOBRE O MASCULINO E A MASCULINIDADE EM FREUD E LACAN

Em nossa pesquisa, observamos que para alguns homens a posse e uso do pênis era o que lhes permitia a construção da identificação viril. Até a cirurgia, a dimensão simbólica inerente ao saber construído em torno do real da diferença dos sexos não podia prescindir da condição imaginária, cujo sustentáculo é o pênis. Após a amputação, o reencontro desses homens com a dimensão traumática da sexualidade lhes impõe tecer novas redes de significantes que possam sustentar sua masculinidade, agora sem o suporte imaginário do pênis.

Um daqueles a que nosso estudo se refere lembra que, pouco tempo após a cirurgia, o cirurgião foi visitá-lo e disse-lhe: “Quando fui operá-lo, disse-lhe que você iria ficar o mesmo homem”, para logo em seguida pedir confirmação: “E aí, você ficou o mesmo homem?”. Ele, um tanto constrangido, responde ao médico: “É doutor... Fiquei o mesmo homem, mas não sou homem pra mulher”.

Outro sujeito afirmava que se considera “um homem morto”, pois para ele um homem se define pelo gozo sexual com várias mulheres. Além disso, para ser, como ele diz, “um homem que nasceu para ser homem”, deve se limitar à penetração no ato sexual. Fazer sexo oral não é coisa de homem, pois, para ele, uma mulher gosta apenas do pênis.

Vemos insinuar-se na fala desses homens uma articulação entre “ser homem” e poder responder, por meio do uso do pênis, ao que quer a mulher no encontro sexual. A cópula desempenha, pois, para eles, um papel significativo na afirmação da imagem viril. A penectomia os conduz à tarefa de encontrar novas respostas para o querer feminino. Pensamos ser possível, assim, pensar o masculino e a masculinidade para os sujeitos da pesquisa em relação com a vida amorosa, pois é nela que eles sugerem esperar da mulher o reconhecimento de sua virilidade.

Para esse fim, optamos por tentar circunscrever, ainda que brevemente, a dificuldade de se definir o masculino, assim como o feminino, em Freud, além de algumas peculiaridades do desejo masculino, trabalhadas por ele e retomadas por Lacan a partir dos avanços que este promoveu acerca da concepção de falo.

Devemos esclarecer, de início, que para nós masculino e masculinidade - bem como feminino e feminilidade - não são sinônimos. Freud, em alguns textos, não parece diferenciá-los, embora a articulação que ele estabelece entre os referidos conceitos e a teorização acerca do Édipo e da Pulsão nos permita reservar o termo masculino a uma das polaridades em jogo na satisfação pulsional, tais como sujeito-objeto, ativo-passivo, fálico-castrado e masculino-feminino, conforme Freud (1923[1981o]); ao passo que “masculinidade” ou “virilidade” diz respeito ao processo identificatório resultante do Complexo de Édipo, que permite ao homem situar-se na cultura. Consideramos que tal distinção é necessária para que se sublinhe a complexidade e imprevisibilidade - como alertou Freud - inerentes à subjetivação do sexo anatômico. Ainda que nosso objetivo seja discutir a problemática do masculino, o feminino não pode deixar de comparecer, uma vez que ambos, como veremos, não são tomados por qualificativos de gênero - como em outros saberes -, mas por polaridades relativas aos modos de satisfação pulsional. Indissociáveis, portanto, do que Freud entendia como a bissexualidade psíquica do humano.

Uma das primeiras manifestações de interesse de Freud acerca do masculino e do feminino surge no contexto de sua relação com Fliess, precisamente nas discussões relativas ao tema da bissexualidade. Fliess acreditava que todo ser humano era biologicamente bissexual, e que tal constituição implicava a luta entre representações típicas de ambos os sexos em um mesmo indivíduo. Conforme André (1991), a teoria da bissexualidade de Fliess sustenta tanto a simetria entre duas metades, cada uma contendo a outra na condição de recalcado, quanto o princípio da periodicidade de uma substância sexual que levaria ao acasalamento e à reprodução. Observa-se aí uma concepção biológica do recalque, ponto de radical discordância por parte de Freud.

A concepção de uma bissexualidade biológica leva os psiquiatras de então a relacionarem o homossexualismo à influência maior ou menor de componentes masculinos e femininos nas tendências psíquicas e nas escolhas objetais do indivíduo. Freud refuta tais teorias, valendo-se de sua escuta clínica, a qual lhe mostrava que a escolha de objeto não é inata, isto é, fruto de uma determinação instintual. Nesse contexto, a pulsão surge como operador metapsicológico das observações clínicas de Freud a respeito da bissexualidade:

Se nos indica así la necesidad de disociar hasta cierto punto en nuestras reflexiones el instinto y el objeto. Probablemente, el instinto sexual es un principio independiente de su objeto, y no debe su origen a las excitaciones emanadas de los atractivos del mismo” (FREUD, 1905[1981f], p. 1179).

Sem dúvida, pensar o masculino e o feminino não como pré-determinações biológicas, portanto sem nenhuma relação apriorística com o objeto, é o que permite a Freud avançar em sua investigação acerca da sexualidade. Nesse sentido, são esclarecedoras as palavras de Jorge (2007, p.40):

A pulsão é a resposta conceitual forjada por Freud para dar uma consistência às observações trazidas por diferentes autores da época sobre a bissexualidade. Freud jamais deixaria de falar em bissexualidade até o final de sua obra, e a definiu em sua relação com a escolha de objeto, descartando toda e qualquer referência à bissexualidade biológica, tal como a sustentava Fliess.

Freud (1905[1981f], p.1223), para estabelecer com precisão o que vem a ser o masculino e o feminino para a psicanálise em sua diferença com outros campos do saber e com o senso comum, diz-nos em uma nota de 1915:

Ha de tenerse en cuenta que los conceptos “masculino” y “femenino”, cuyo contenido parece tan inequívoco a la opinión vulgar, son, desde el punto de vista científico, extraordinariamente complejos, pudiendo emplearse, por lo menos, en tres sentidos diferentes. Se usan en efecto, unas veces como equivalentes a las idas de actividad y pasividad; otras, en un sentido biológico, y otras, en fin, en un sentido sociológico. La primera de estas significaciones es la esencial y la única utilizable en el psicoanálisis.

Vemos, assim, masculino e feminino serem postos em termos de atividade e passividade; o masculino correspondendo à primeira e o feminino à segunda. Não se trata, pois, da divisão no mesmo indivíduo entre caracteres do sexo masculino e do sexo feminino, mas de uma polaridade que diz respeito à finalidade pulsional, ou, em outros termos, à gramática pulsional. Desse modo, masculino e feminino passarão a ser elementos importantes para a apresentação dos sintomas e das fantasias do neurótico, uma vez que constituem formas de satisfação pulsional, tanto ativas quanto passivas.

É o que Freud sublinha em “*Fantasias histericas y su relacion con la bissexualidad*” (1908[1981g]). A disposição bissexual do indivíduo aparece de modo cristalino nas fantasias dessa neurose. Freud chama atenção para o fato da investigação psicanalítica do sintoma histórico apontar o papel desempenhado, em sua composição, pelas fantasias masculinas e femininas. Há, pois, aí a presença de finalidades pulsionais de caráter ativo e passivo, como

no exemplo que Freud fornece da mulher que com uma mão segura o vestido contra o corpo, ocupando o lugar de objeto de uma agressão sexual, e com a outra sinaliza querer se livrar da roupa, identificando-se com o agressor.

Assoun (2006, p.38) chama a atenção para o caráter volátil do par ativo/passivo como versão do masculino e do feminino, mas observa que é através dele que a “doutrina da bissexualidade’ começa a encontrar sua conexão com a ‘doutrina pulsional’”. Podemos pensar, então, que as exigências pulsionais feitas ao anímico demandam um trabalho do aparelho psíquico no sentido de encontrar saídas para os empecilhos que se apresentam à satisfação pulsional. Tais encaminhamentos sinalizarão a ocupação pelo neurótico de uma posição masculina ou feminina na fantasia. A passagem do verbo da voz ativa para a passiva corresponderia ao deslocamento do masculino ao feminino. No entanto, em “Pulsões e destinos da pulsão” (1915[2004b]), Freud adverte que a finalidade ativa da pulsão nunca é totalmente transformada em passividade.

A problemática do masculino e do feminino, tal como Freud a aborda, demonstra que a relação entre os dois é menos de exclusão que de combinação. Isso nos possibilita pensar que um mesmo indivíduo pode ocupar uma posição masculina frente a um objeto e feminina em relação a outro; ou até questionarmos se, em relação ao mesmo objeto, determinado sujeito não poderia transitar de uma posição masculina a uma feminina e vice-versa.

Sobre isso há elucidativas passagens em dois textos de Freud: a primeira em “*La sexualidad femenina*” (1931[1981u]), no qual ele afirma que o trânsito da passividade para a atividade é um fato inerente à vida anímica. Freud observa, entretanto, que a passagem da passividade para a atividade não acontece do mesmo modo, com a mesma eficácia, para todos e que dessa variabilidade - ponto importante - “puede deducirse la fuerza relativa de las tendencias masculinas y femeninas que habrán de manifestarse en su vida sexual” (p. 3084). A segunda passagem, a encontramos em *La feminidad* (1933[1981v], p.3165): “Decimos, pues, que un ser humano, sea macho o hembra, se conduce masculinamente en tal punto y femeninamente en tal otro”.

Para ilustrar as complicações derivadas da combinatória atividade/passividade, reportaremos agora a algumas considerações que Freud faz em “*Historia de una neurosis infantil (El hombre de los lobos)*” (1914 [1981j]), *Pegan a un niño* (1919 [1981l]) e em “*Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*” (1920 [1981m]).

No primeiro texto, Freud se depara com as variações que a finalidade pulsional pode alcançar e os deslocamentos que o indivíduo deverá realizar sobre a polaridade ativo/passivo

para dar conta das exigências de satisfação libidinal. Tais variações têm lugar na fantasia e acabam se manifestando na relação objetal.

Assim, vemos o homem dos lobos ocupando, num primeiro momento, uma posição passiva frente às investidas sedutoras da irmã. Entretanto, Freud chama a atenção para alguns sonhos produzidos pelo paciente, cujo conteúdo revela fantasias nas quais ele assume uma atitude ativa em relação a ela (desejo de desnudá-la, tocá-la). Num momento logicamente segundo, as reprimendas da irmã, relativas à atitude ativa que o paciente lhe dirigia, levam-no a buscar ativamente a se colocar numa posição passiva, agora em relação à babá. Busca ativa de uma satisfação passiva, que implicava seduzir a babá para que ela lhe tocasse o pênis. Confrontado com as recusas e admoestações daquela, sua libido regrediu ao estágio anal-sádico ao mesmo tempo em que se volta para a figura paterna. O paciente esperava conseguir do pai a satisfação sexual passiva que lhe fora negada pelos dois objetos precedentes. No entanto, surge um elemento novo, relativamente à finalidade pulsional. Ao regredir ao estágio anal-sádico, é sob o modo do sadismo dirigido aos animais e de uma hiperatividade (ASSOUN, 2006) para com os empregados da casa que ele buscará junto ao pai a satisfação sexual, sob o modo masoquista, mas não feminina, pois que ativa.

Freud observa que, a partir do sonho com os lobos, essa dinâmica sofrerá a influência de um elemento decisivo à polaridade ativo/passivo e sua correspondência com o masculino e o feminino: a angústia de castração.

O sonho com os lobos, segundo Freud, evoca a cena primária em que o paciente testemunha a relação sexual dos pais. Tal evocação teria, posteriormente, confrontando o sujeito com o desejo de assumir o lugar da mãe no coito, servindo de objeto à satisfação sexual do pai. Aqui, a posição seria passiva, mas agora associada ao feminino, isto é, ao castrado. Percebemos que Freud prefere falar, nesse contexto, em masculino e feminino com relação à castração, reservando a polaridade ativo/passivo às organizações pré-genitais da libido. Identificar-se com a mãe, ocupando lugar de objeto sexual para o pai, equivalem na fantasia a ser castrado, perder o pênis, isto é, deixar-se feminilizar pelo pai. Tal desejo cai sob o golpe do recalque, mas, obviamente, permanece ativo no inconsciente, dando ocasião para que ressurgja sob a forma sintomática da fobia de lobos.

Uma observação a ser levada em conta a partir da leitura do Homem dos Lobos é que a satisfação pulsional, em relação ao mesmo objeto, pode ser buscada ora de modo ativo, ora de modo passivo; que frente a diferentes objetos, o sujeito pode ocupar uma posição masculina para alguns e feminina para outros.

No segundo texto, *Pegan a un niño*, Freud (1919[1981]), acentua a pertinência de se abordar masculino e feminino com relação à fantasia. Freud dirige a atenção do leitor para a intervenção da diferença sexual na fantasia, no que tange aos desejos incestuosos voltados ao pai. Observa-se, novamente, os deslocamentos do sujeito em torno do masculino e do feminino, bem como sua combinação com os modos de satisfação libidinal sadismo e masoquismo.

No caso do menino, este ocupa na fantasia, que chega à consciência, um lugar passivo em relação à mãe, que se encontra no lugar de sujeito. Freud observa que o recalque incide sobre o desejo de se fazer bater pelo pai. Ao que parece, não é tanto a finalidade passiva da pulsão que provoca o recalque no menino, mas ser passivo para o pai. Prova disso é que na passagem à consciência o trabalho psíquico consiste em trocar a pessoa e o sexo do sujeito da fantasia. Tal singularidade está diretamente ligada ao fato do pai ser para o menino o agente da castração. Atente-se para o fato, já sublinhado, de que masculino e feminino não guardam relação apodídica nem com a escolha de objeto, nem com o que culturalmente se convencionou designar por masculinidade e feminilidade.

O terceiro texto a que fizemos referência versa sobre os atendimentos que Freud (1920[1981m]) prestou a uma jovem homossexual. Nele, o tema principal é a dinâmica da escolha objetal e sua relação com o masculino e o feminino. Freud faz referência à bissexualidade psíquica dos seres humanos para lançar luz sobre a confluência de desejos homossexuais e heterossexuais sobre um mesmo objeto. Além disso, adverte que a pertença de um indivíduo a um ou outro sexo é função do arranjo combinatório de três elementos: características sexuais físicas, modo de satisfação pulsional (ativo/passivo) e escolha objetal. O mais importante, a nosso ver, é que Freud deixa clara a independência entre os três elementos.

Para iniciar a análise do referido caso, Freud apresenta ao leitor duas interrogações, cujo conteúdo já havia sido discutido nos “*Tres ensayos para una teoria sexual*” (1905 [1981f]): (1) A homossexualidade da paciente era tributária da dominância de caracteres sexuais somáticos do sexo masculino? (2) Tratava-se de uma homossexualidade congênita ou adquirida?

Freud sublinha que a paciente possuía características físicas predominantemente femininas, embora algumas estivessem mais próximas do que se costumava atribuir à masculinidade, como a alta estatura e traços fisionômicos mais enérgicos que suave, acrescentando-se a isso características intelectuais masculinas como inteligência aguda e fria clareza de pensamento. O hermafroditismo somático, Freud mais uma vez esclarece, não pode

responder pelo homossexualismo, ainda que não possa ser de todo negligenciado. Como ele observa, a combinação de caracteres somáticos existe em qualquer ser humano, portanto também nos heterossexuais. De todo modo, Freud é categórico ao afirmar que a correlação que se tenta fazer entre características somáticas ou cognitivas e o sexo do indivíduo são na verdade convenções, tendo, pois, pouco valor científico:

Mucho más importante es, desde luego, la circunstancia de haber adoptado la muchacha, para con el objeto de su amor, un tipo de conducta completa y absolutamente masculino, mostrando la humildad y la magna supervaloración sexual del hombre enamorado, la renuncia a toda satisfacción narcisista y prefiriendo amar a ser amada. Por tanto, no sólo había elegido un objeto femenino, sino que había adoptado con respecto a él una actitud masculina (FREUD, 1920[1981m]).

A citação acima nos convida a interrogar o que seria essa “atitude masculina” diante do objeto, tema que se faz presente na fala dos sujeitos de nossa pesquisa. Para tanto, nos serão bastante profícuas as considerações de Freud em três textos essenciais a essa problemática: “*Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre*” (1910 [1981h]), “*Sobre una degradación general de la vida erótica*” (1912 [1981i]), e “*À guisa de introdução ao narcisismo*” (1914 [2004a]). Ressaltamos que nos limitaremos a extrair dos aludidos trabalhos apenas o que julgarmos pertinente à proposta desse capítulo.

No primeiro trabalho, Freud se detém sobre um tipo de escolha objetal frequentemente observada nos homens e que é composta pela presença de quatro “condições eróticas”: (1) O terceiro lesado, (2) o caráter leviano da mulher, (3) supervalorização das mulheres cujo comportamento sexual se aproxima da prostituição e (4) intenção redentora. As duas primeiras se referem às exigências dirigidas ao objeto e as duas últimas à conduta do amante.

Para o homem, cuja escolha de objeto está em conformidade com a primeira condição, a mulher só pode despertar o desejo se estiver comprometida, isto é, se houver um outro que ocupe o lugar de legítimo possuidor do objeto. O que parece pesar aqui não é tanto os atributos físicos do objeto, mas sua referência a um terceiro. Daí Freud observar que mesmo as mulheres antes indiferentes ou desprezadas por um homem podem passar a serem objetos de seu investimento libidinal tão logo estabeleçam laços amorosos com outro homem.

O terceiro lesado ocupa na fantasia o lugar do pai, e as mulheres são tão insubstituíveis e valorizadas quanto mais a libido do homem encontra nelas traços maternos. A fidelidade de que fala Freud, ainda que pareça paradoxal relativamente à constante substituição das

mulheres na vida erótica do homem, é perfeitamente compatível com tal sucessão, uma vez que, por um lado, trata-se de uma fidelidade à mãe, representada na fantasia pelos traços maternos que cada uma das mulheres sinaliza portar.

Em relação à segunda condição - o caráter leviano da mulher -, a escolha recairia sobre mulheres cuja fidelidade estivesse sempre sob suspeita, podendo variar desde aquela casada disponível ao flerte às adeptas da poligamia. Vê-se que também aqui existe a presença do terceiro, ainda que os ciúmes do amante - elemento decisivo para a valorização da mulher - não lhe digam respeito como “possuidor legal” da mulher, mas a outros com os quais ela trave relações. Nas palavras de Freud: “En los casos extremos, el sujeto no muestra ningún deseo de ser el único dueño de la mujer y parece encontrarse muy a gusto en el *ménage a trois*” (1910[1981h], p. 1626).

A reativação de desejos infantis relativos à mãe e do ódio dirigido ao pai, com os quais o menino estava ocupado no drama edípico, poderiam explicar a exigência de levandade do objeto como condição erótica, isto é, a mãe surge aí, graças ao modo de funcionamento do inconsciente, como prostituta, uma vez que realiza os mesmos atos que aquela. O pai, por seu turno, ressurgue como aquele a quem a mãe satisfaz sexualmente, e a frustração dos desejos edípicos do sujeito o levam a situar, em sua fantasia, a mãe como uma mulher infiel. É assim que Freud tenta explicar o mecanismo da segunda condição erótica, supracitada.

No que concerne à terceira condição, o amante supervaloriza as mulheres cuja conduta sexual é duvidosa, reprovável ou que se entregam à prostituição. A libido é intensamente dirigida a tais objetos, passando a segundo plano tudo o que não lhes disser respeito. Juram fidelidade absoluta e a conduta assume um caráter obsessivo, ainda que Freud ressalve que em certa medida tal característica esteja presente sempre que alguém se apaixona.

Por fim, a última condição - a intenção redentora - implica o desejo de salvar a dama de sua marginalização moral. O homem se acredita, assim, necessário à redenção moral da mulher. Contudo, faz-se importante ressaltar que não é preciso que ela esteja numa condição degradante em relações aos valores sociais para que tal conduta salvadora se estabeleça. Freud assinala que para manter sua fantasia os amantes desse tipo não podem abandonar sua amada, não importa o que aconteça.

Qual seria, pois, a origem do tipo de escolha objetal a que as quatro condições acima mencionadas se referem? Freud adverte o leitor de que a diversidade relativa às condições eróticas dos homens que se alinham ao tipo de escolha acima descrito não deve ser buscada em múltiplas fontes. Existe um ponto em comum, que possibilita entendê-las como produto de um mesmo processo psíquico:

Su elección de objeto, tan singularmente determinada, y su extraña conducta amorosa tienen el mismo origen psíquico que la vida del individuo normal. Se derivan de la fijación infantil del cariño a la persona de la madre y constituyen uno de los desenlaces de tal fijación. [...] en nuestro tipo, la libido ha continuado aún ligada a la madre después de la pubertad, y durante tanto tiempo que los caracteres maternos permanecen impresos en los objetos eróticos ulteriormente elegidos, los cuales resultan así subrogados maternos fácilmente reconocibles (FREUD, 1910 [1981h], p. 1627).

A origem do tipo de escolha de objeto que Freud encontra no homem e qualifica de masculino, está inextricavelmente relacionada ao Complexo de Édipo, expressão que surge pela primeira vez exatamente no texto em discussão.

O segundo trabalho de Freud (1912[1981i]) acerca da atitude masculina frente ao objeto utiliza como balizador da discussão o tema da impotência psíquica. Freud procura articular a impossibilidade de realização do ato sexual às peculiaridades da escolha de objeto, marcada pela dissociação entre amor e desejo. Com efeito, nos homens que padecem de impotência psíquica, os órgãos genitais permanecem anatômica e fisiologicamente normais, assim como o desejo sexual. Não há comprometimento orgânico de espécie alguma.

Freud acentuará, aí, que a impotência não se dá em relação a qualquer mulher, levando a crer que certas qualidades do objeto estão implicadas na falha da potência viril. Dizer que tal fenômeno se deve às características do objeto não deve ser entendido como falta de habilidades ou de atributos sexuais daquele. Trata-se nesse caso, mais de algo inerente à dinâmica desejante do próprio homem do que das características do objeto em si.

Se na vida erótica dita normal a constituição do objeto compreende a confluência das correntes psíquicas carinhosa e sexual, pode-se pensar que no que diz respeito à impotência houve dissociação ao invés de combinação entre ambas. É em torno da dinâmica dessas formas de investimento libidinal que Freud concentrará seus esforços para dar à impotência psíquica alguma inteligibilidade.

As duas correntes estão presentes na determinação dos investimentos que o menino realiza sobre os objetos e que Freud denomina “escolha primaria de objeto infantil”. Durante o período de latência é a corrente carinhosa que tende a predominar, haja vista que nesse intervalo irão ser erigidas as barreiras contra o incesto, organizadas pelo complexo de Édipo. Com a chegada da puberdade, a pulsão sexual reivindica uma participação mais ampla no investimento libidinal e sua primeira providência é investir nos objetos primários. Como o

rapaz, por essa época, já foi marcado pelo complexo de castração o caminho regressivo da libido até as figuras parentais encontra-se interditado, levando-a a ter que se dirigir a outros objetos. Freud pondera, no texto em apreço, que mesmo esses novos objetos são escolhidos tendo como protótipo as imagos parentais. Assim, as duas correntes, carinhosa e sensual se fundem sobre o objeto escolhido, o qual será tanto mais valorizado psiquicamente quanto maior for o investimento da pulsão sexual dirigido até ele.

Exposto, portanto, o caminho considerado normal por Freud para a consecução da vida sexual, trata-se de verificar que tipo de fator interveniente poderia provocar uma alteração capaz de facilitar o surgimento de uma impotência.

Freud afirma que quando o objeto é inacessível e/ou a atração exercida pelos objetos escolhidos na infância assume uma magnitude suficiente para mobilizar a libido, esta se afasta da realidade e a vida sexual do indivíduo passa a se concentrar na fantasia, na qual predomina o investimento nos objetos sexuais primários, fruto da fixação libidinal sobre eles. Mesmo que, por meio da substituição das figuras parentais por outros objetos, as fantasias venham a se tornar conscientes, como no caso da masturbação, a libido permanece ligada aos objetos que deveria abandonar. E assim é porque no inconsciente a substituição não elimina o que foi substituído; sua função é, ao contrário, assegurar a este último acesso à consciência através de seus derivados.

A impotência psíquica se articula, então, a uma impossibilidade para o homem de dirigir a pulsão sexual até mulheres que possuam traços dos objetos incestuosos, reservando para elas a corrente carinhosa, cujo fim sexual está ausente. Tal dissociação é resumida por Freud nos seguintes termos:

La vida erótica de estos individuos permanece disociada en dos direcciones, personificadas por el arte en el amor divino y el amor terreno (o animal). Si aman a una mujer, no la desean, y si la desean, no pueden amarla. Buscan objetos a los que no necesitan amar para mantener alejada su sensualidad de los objetos amados [...] (FREUD, 1912[1981i]).

Para tais homens, a solução encontrada para não cair na impotência psíquica seria o rebaixamento do objeto sexual. Degradando-o em sua fantasia, aproximam a mãe da prostituta e, com isso, podem desejá-la sem o peso da interdição do incesto.

Freud chega à conclusão de que a impotência psíquica está presente, de um modo ou de outro, de forma mais ou menos pronunciada, na vida erótica do homem civilizado. Para

ele, apenas uma minoria consegue fazer coincidir as duas correntes sobre o mesmo objeto. Para o homem, pois, o respeito à mulher acaba por ser um estorvo à sua potência sexual, já que por conta dele não julga conveniente dirigir à mulher amada os componentes perversos da pulsão sexual. Freud assinala que a fim de ser feliz na vida sexual, o homem precisa superar o respeito à mulher e a fantasia de incesto com a figura materna. De certo modo, superar o respeito pela mulher implica não supervalorizá-la, destinando-lhe uma grande quantidade de libido objetal em detrimento da libido do eu, conforme Freud (1914[2004a]).

Com efeito, a temática da escolha de objeto constitui para Freud uma das melhores formas de investigar o narcisismo. Haveria dois tipos de escolha objetal possíveis e que estariam disponíveis tanto para homens quanto para mulheres: a forma anaclítica e a forma narcisista. Grosso modo, temos que a primeira elege como objeto as figuras parentais ou seus substitutos, através do apoio nas pulsões de autoconservação; enquanto a segunda, ao invés de ter na imagem da mãe a matriz de suas escolhas objetais ulteriores, toma como referência o próprio eu do sujeito.

Apesar de observar que os dois tipos de escolha aplicam-se a todos os indivíduos, Freud afirma que há diferenças importantes entre homens e mulheres. Na vida erótica daqueles predominaria o tipo anaclítico, o amor completo ao objeto e sua consequente supervalorização, à custa do eu. Quanto à mulher, o modo de escolha objetal que Freud (1914[2004a], p.108) qualifica de “o mais freqüente e provavelmente o mais puro e autêntico”, implica o narcisismo original, “desfavorável à estruturação de um amor objetal regular, caracterizado pela supervalorização do objeto sexual. [...] Elas não têm necessidade de amar, mas de ser amadas, e estão dispostas a aceitar o homem que preencher essa condição” (idem).

Percebemos, nessas breves passagens, que masculino e feminino, mesmo em relação à escolha objetal, não podem ser pensados como adjetivos correspondentes a homem e mulher respectivamente. Freud diz que no homem predomina o tipo de escolha anaclítica e na mulher o tipo narcisista, embora admita haver mulheres que amam segundo o “tipo masculino”, dirigindo ao objeto a supervalorização característica daquela modalidade. Assim, se há mulheres que amam “anacliticamente”, masculino e feminino são usados, nesse texto, como posições a serem ocupadas tanto por homens quanto por mulheres. O que Freud chama de tipo masculino de escolha objetal não é, como também se depreende do texto sobre o narcisismo, função da anatomia sexual dos homens.

O que todos os trabalhos até aqui comentados parecem deixar claro é que as posições masculina e feminina desempenham para Freud o papel de valiosos instrumentos de

investigação acerca da dinâmica pulsional e da vida erótica dos indivíduos. Ainda que ele deixe clara sua insatisfação com a associação entre masculino e atividade, bem como feminino e passividade, Assoun (2006, p. 38) observa que “hablar en términos de ‘activo’ e ‘pasivo’ es el único medio de no callarse cuando se quiere abordar ‘psicológicamente’ lo masculino y lo femenino, es decir dar cabida a su inscripción psíquica”. É, pois, como ativo e passivo que masculino e feminino serão inscritos no psiquismo, participando da dinâmica edípica, através da qual a construção da masculinidade será levada a efeito.

A partir do complexo de Édipo, abre-se para ambos os sexos uma combinatória complexa no que diz respeito à masculinidade, à feminilidade, ao masculino e ao feminino, tanto em relação à dinâmica pulsional quanto à escolha de objeto. Um trecho de “*Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina*”, dá-nos uma idéia de tal variação:

[...] un hombre en el que predominan las cualidades masculinas y cuya vida erótica siga también el tipo masculino puede, sin embargo, ser invertido en lo que respecta al objeto y amar únicamente a los hombres y no a las mujeres. En cambio, un hombre en cuyo carácter predominen las cualidades femeninas y que se conduzca en el amor como una mujer debía ser impulsado, por esta disposición femenina, a hacer recaer sobre los hombres su elección de objeto, y, sin embargo, puede ser muy bien heterosexual y no mostrar con respecto al objeto un grado de inversión mayor que el corrientemente normal (FREUD, 1920 [1981m], p. 2561).

Temos, pois, que um homem com “qualidades masculinas” pode preservar sua masculinidade e o tipo masculino de amor escolhendo como objeto outro homem, ao invés de uma mulher. Por outro lado, um homem que possua “qualidades femininas” e adote para com o objeto uma forma de amor feminina, nem por isso pode deixar de ser definido como heterossexual, pois mesmo amando como as mulheres é sobre estas, e não sobre os homens, que sua escolha objetal recai.

Como pensar essa intrincada rede de possibilidades a partir do complexo de Édipo? A tarefa não é simples e para efeito de coerência com as questões desta pesquisa, nos limitaremos ao Édipo no menino. Trata-se de tentar abordar o masculino e a masculinidade em referência à castração e aos amores edípicos.

Freud (1938/1940 [1981f]) nos diz que o primeiro objeto sexual do menino é a mãe. É ela que lhe dispensa os cuidados à preservação da vida e ao mesmo tempo lhe sexualiza o corpo, transformando-o em zona erógena. A maternagem oferece as condições para que a mãe se apresente como primeiro e mais significativo objeto da libido. Aqui a posição do menino é

passiva frente aos sedutores cuidados maternos. Quando o menino descobre o pênis enquanto zona erógena, infere que ele ocupa um lugar de importância para a mãe. Suas investigações na esfera sexual o levam a fantasiar que pode obter prazer com o pênis junto à mãe, através de manobras de sedução, de uma atitude ativa, masculina. Vê-se, assim, o menino passando de seduzido a sedutor. O pai, que até então era também objeto amado, surge agora como rival a ser batido.

Devemos lembrar, conforme Freud assinala em “*El yo y el ello*” (1923[1981n]), que entre as personagens envolvidas no Complexo de Édipo é tecida uma rede de relações, posições subjetivas e modalidades de investimento libidinal que não se resume ao esquema reduzido do Édipo positivo: o menino ama a mãe e tem para com o pai uma atitude ambivalente, prevalecendo, no caso da saída normal, a identificação ao pai como pressuposto da masculinidade. Freud observa que a bissexualidade psíquica da criança, leva a que o menino também adote uma atitude amorosa passiva frente ao pai, reservando à mãe hostilidade e ciúmes. Vemos que a construção da masculinidade, pois, não é algo tão simples. Ela é o resultado da resolução do complexo de Édipo e da conseqüente localização do homem na cultura. Tal exige, como condição, que o menino abandone a posição passiva de ser amado pelo pai em favor da identificação com ele. O elemento decisivo a toda esse processo é a angústia de castração.

Frente à ameaça de castração, de perda o pênis, a posição masculina, ativa do menino, que até então era expressa por suas tentativas de possuir a mãe e sua atitude ambivalente em relação ao pai, se torna intimidada, inibida. Entre perder o pênis e renunciar ao objeto materno, o interesse narcísico prevalece na manutenção do órgão. Freud (1938-1940[1981t]) nos diz que, nesse momento do drama edipiano, se o componente feminino da bissexualidade do menino for por demais intenso encontrará a oportunidade para se fazer predominante na vida pulsional. Desse modo, o menino poderia se instalar numa posição passiva em relação ao pai. Contudo, isso não significa que a masculinidade estará ameaçada, pois o menino segue identificando-se à figura paterna em suas fantasias masturbatórias. O investimento libidinal dirigido à mãe também é preservado, favorecendo a escolha de objeto heterossexual, ainda que ocupando na fantasia uma posição passiva frente à mulher:

Como residuo de la fijación erótica a la madre, suele establecerse una excesiva dependencia de ella, que más tarde continuará con la sujeción a la mujer. Ya no se atreve a amar a la madre, pero no puede arriesgarse a dejar de ser amado por ella, pues en tal caso correría peligro de que esta lo traicionara con el padre y lo expusiera a la castración (p.3408).

A título de síntese do que podemos depreender acerca da discussão que nos ocupa, diremos que enquanto formas de satisfação pulsional - articuladas no interior do complexo de Édipo pela angústia de castração -, as posições masculina e feminina, por si só, não decidem a escolha objetal ou a conquista da masculinidade. No que diz respeito à vida erótica as atitudes masculinas e femininas estão presentes, combinadas, no modo como o sujeito se dirige ao objeto. Conforme lembra Maria Cristina Poli (2001, p.36):

A masculinidade propriamente dita será resultado da inscrição subjetiva da castração. Nesse sentido também podemos considerar que, assim como a feminilidade, a masculinidade também pressupõe uma operação psíquica que não está determinada por completo pelo desenvolvimento psicosssexual. [...] Além disso, identificar-se com o pai e tomar-se ao encargo das insígnias fálicas implica também aceitar uma certa passividade sem, contudo, confundir-se com a posição objetal.

Até aqui, procuramos discutir a problemática do masculino e da masculinidade como Freud a concebe. Pensamos ser oportuno agora refletirmos um pouco sobre o lugar que a anatomia ocupa nas considerações freudianas sobre o tema em questão. Em primeiro lugar, pensamos que se Freud não abandona de todo a anatomia genital como referente da diferença sexual é porque, inapelavelmente, a definição do sexo masculino é função da presença do pênis. Por essa razão Freud (1930[1981s], p. 3043) nos lembra de que “sólo la Anatomía – mas no la Psicología – puede revelar la índole de lo masculino y de lo femenino”. No entanto, são as consequências psíquicas da diferença anatômica que decidirão, ou não, a filiação do sujeito ao sexo biológico. A declaração de sexo que o sujeito deverá fazer está relacionada não com a disposição anatômica fornecida pela natureza, mas, primordialmente, com aquilo que Freud chamou de “organização genital infantil”:

En el carácter principal de esta *organización genital infantil* hallamos, además, su más importante diferencia de la organización definitiva del adulto. Este carácter diferencial consiste en que el sujeto infantil no admite sino un solo órgano genital, el masculino, para ambos sexos. No existe, pues, una primacía genital, sino una primacía del falo [FREUD, 1923[1981o], p. 2699].

Se Freud fala em uma primazia do genital e uma primazia do falo é porque pênis e falo não são sinônimos, embora não se possa negar que o primeiro seja o suporte imaginário do

segundo. Assim, a diferença sexual para Freud não tem como referente o pênis, órgão genital, mas esse pênis fantasiado que ele chamou de falo e que poderia ser entendido como aquilo que sublinha a dificuldade do ser falante quanto à subjetivação da diferença sexual. O falo se apresenta como o pênis que, num primeiro momento é universal, e num segundo tempo falta à mãe, momento decisivo que corresponde no menino ao surgimento da angústia de castração. Esta é uma importante consequência psíquica da diferença sexual anatômica, e que influenciará, conforme Freud (1925[1981q]), a divergência entre o desenvolvimento sexual masculino e feminino. A angústia de castração sinaliza o declínio do complexo de Édipo no menino, ocasião em que a assunção ou não da masculinidade será decidida.

Lacan abordará o complexo de Édipo e a castração a partir de uma perspectiva estrutural, de linguagem, onde há, por conseguinte o predomínio do simbólico. Isso implica que os elementos participantes do drama edípico não estão dados de saída, mas se constituem na própria dinâmica das relações ali engendradas, e a partir da falta do objeto. Esta será trabalhada por Lacan (1956-1957 [1995]) em três categorias (frustração, privação, castração), que implicam por sua vez três modalidades do objeto (real, simbólico e imaginário) e, finalmente, três agentes (mãe simbólica, pai imaginário, pai real). É importante comentar, ainda que brevemente, essas dimensões da falta, pois elas estarão presentes na articulação lacaniana do Édipo e da castração. Seguiremos aqui as observações de Lacan contidas no Seminário 4, “A relação de objeto”.

A frustração diz respeito ao domínio do imaginário, inerente à relação primária que se estabelece entre a criança e a mãe, ou mais precisamente, entre aquela e a imago do seio materno, enquanto objeto real. A mãe aí, enquanto responde ao apelo da criança, é apreendida através de uma primeiríssima articulação simbólica, a partir do par antitético presença-ausência, que lhe é correlativo. Entretanto, quando sua presença não mais se dá em função do apelo da criança, mas por uma questão de discernimento, a criança a realiza enquanto potência. O objeto do qual aquela é frustrada passa a ser relacionado à potência de uma mãe simbólica. Ao par presença/ausência poderíamos acrescentar nesse momento um outro: dar/recusar-se a dar. Relativo ao primeiro, o objeto é da ordem da satisfação de uma necessidade; quanto ao segundo, o objeto diz respeito ao dom, ao amor. Isso ajuda a entender por que Lacan (1956-1957 [1995], p.36) dirá que a frustração é uma falta sentida enquanto dano imaginário, narcísico, além de se situar no campo da reivindicação, “das exigências desenfreadas e sem lei”.

A segunda forma de apresentação da falta é a privação, que para Lacan se torna essencial ao entendimento do que se passa na castração. A privação está estreitamente ligada à

questão da diferença sexual, à inexistência de pênis no corpo feminino, que leva a criança a fantasiar que a mulher fora privada daquele órgão, quando no real, ela nunca o teve. A privação diz respeito a uma falta real, um furo, como diz Lacan (1956-1957 [1995], p.224), que já pressupõe a simbolização do objeto de que se trata: “Indicar que alguma coisa não está ali é supor sua presença possível, isto é, introduzir no real, para recobri-lo e perfurá-lo, a simples ordem simbólica”. Em síntese, temos que a privação é uma falta real, de um objeto simbólico, agenciada pelo pai imaginário, que é aquele da realidade edipiana. O pai imaginário é o pai da rivalidade edipiana, objeto de amor e ódio, aquele que priva a mãe do pênis real, do falo, pela razão de que é apenas ele que o possui.

A castração, por fim, diz respeito a uma falta simbólica, uma vez que se refere não à perda real do pênis, mas – elemento decisivo – ao fato de que a criança é:

[...] confrontada com a hiância imensa que existe entre satisfazer uma imagem e ter algo de real para apresentar [...] aquilo que ela tem, afinal de contas, para apresentar aparece – disso temos mil experiências na realidade analítica – como algo de miserável (LACAN, 1956-1957 [1995], p. 232).

Trata-se, pois, de um objeto imaginário, cujo agente é o pai real, isto é, o pai para o qual a mãe dirige seu olhar, e a cuja palavra ela não deixa de dar ouvidos. Esse movimento da mãe em direção ao pai real sinaliza, de certo modo, para a criança sua insuficiência quanto ao desejo da mãe.

O que acabamos de comentar indica que há um desdobramento lógico da falta do objeto, referido à função fálica, que pode ser contemplado, de maneira um tanto sintética, nos três tempos em que se desenrola a dinâmica edipiana.

Lacan (1967-1958 [1999], p.198) nos diz que no primeiro tempo, o menino se coloca no lugar daquilo que falta à mãe, ou seja, no lugar do falo imaginário. Ele deseja ser o falo da mãe. Em suas palavras: “[...] o sujeito se identifica specularmente com aquilo que é o objeto do desejo de sua mãe. [...] Para agradar à mãe [...] é necessário e suficiente ser o falo”. Não se trata, vale lembrar, de uma relação dual, pois a referência fálica já está posta. Temos aí uma relação de objeto, na qual se almeja a harmonia, a completude narcísica, concernida, pois, ao registro do imaginário. Ocorre que a mãe, tendo passado ela própria pela castração, é marcada pela falta, pela inveja do pênis, o que acaba levando-a a fazer da criança um entre outros objetos por onde o desejo dela circula. Assim, por ter seu desejo submetido à lei, a mãe

sinaliza ao menino que o desejo dela é mediatizado pela palavra do pai. Este intervém, nesse segundo tempo, como aquele que ao mesmo tempo priva a mãe do objeto fálico, que o filho encarna para ela, e frustra este último da posse do objeto real representado pela mãe. Para o menino, então, esse terceiro é agora imaginariamente situado como um rival fálico, para o qual o desejo da mãe se dirige. Esse é o momento em que a criança é confrontada com o ser ou não ser o falo e deverá assumir uma posição.

Do ponto de vista da criança, o deslocamento do desejo da mãe sinaliza que a posição de ser falo do qual a mãe fora privada não pode mais ser sustentada, o que funciona como um prenúncio da castração, a qual será levada a termo no terceiro tempo. O menino infere que “o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui” (LACAN, 1957-1958 [1999], p. 200). Da dialética do ser o falo passa-se à dialética do ter o falo, necessária à constatação de que não se o tem e por isso pode-se desejar vir a tê-lo. O falo imaginário enquanto significando as idas e vindas da mãe, portanto, sua falta, é substituído pelo significante Nome-do-pai, na metáfora paterna. Essa operação de linguagem faz com que a significação do desejo da mãe, significação fálica, seja buscada no simbólico. Esse é o tempo da castração e da saída do complexo de Édipo, no qual estará lançada para o menino a tarefa de se identificar com as insígnias paternas sob a forma do ter o falo e ter acesso à masculinidade. De acordo com Lacan (p. 201):

O menino tem todo o direito de ser homem, e o que lhe possa ser contestado, mais tarde, no momento da puberdade, deverá ser relacionado a alguma coisa que não tenha cumprido completamente a identificação metafórica com a imagem do pai, na medida em que essa identificação se houver constituído através desses três tempos. [...] na medida em que é viril, um homem é sempre mais ou menos sua própria metáfora.

Trata-se, para Lacan, de pensar a masculinidade como efeito de linguagem, do significante. Pensar a virilidade como resultante de uma operação significante, não deixa de evocar, já aqui, sua pertença à ordem do que anos depois viria ser conceituado como semblante. Com efeito, o tratamento que Lacan dá à castração, nesse momento, indica que enquanto significante o falo não significa nada, mas rege a produção de significação decorrente do conjunto dos significantes, o que implica a impossibilidade para alguém de, efetivamente, *ser* ou *ter* o falo. Como bem observa Poli (2004, p.22-23), “[...] a partir de

Lacan compreende-se melhor que o falo é um atributo de valor que é construído e que circula em uma dada estrutura organizada por funções [...]”.

A masculinidade, como podemos depreender das formulações lacanianas acerca do Édipo, permanece como resultante da identificação com o pai, mas derivada de um desdobramento lógico em torno muito mais das categorias da falta do objeto fálico, que de sua perda. Assim, é possível pensarmos que a castração para Lacan incide menos em um objeto imaginário, que numa posição de gozo. Devemos dizer que, num período posterior, as teorizações de Lacan a respeito do real e do gozo, o levarão a privilegiar antes a lógica da castração, que o complexo de Édipo, para efeito da sexuação (SOLER, 2005). A masculinidade permanecerá associada à passagem pela castração e à identificação com as insígnias paternas, mas o masculino será concebido como uma modalidade de gozo e não como modo de satisfação pulsional (atividade).

Outro elemento que consideramos importante para a abordagem lacaniana da sexuação é o conceito de objeto *a*. Para fins deste capítulo, nos limitaremos a comentar suas implicações para o modo como o sujeito dito homem (do ponto de vista da psicanálise) se dirige ao parceiro nas relações amorosas.

O objeto *a* se define como causa do desejo. Isso significa que enquanto tal ele deve ser essencialmente faltoso, impossível de ser nomeado, pois o que a clínica mostrou a Freud é o desejo é indestrutível, incompatível com a palavra; realizável, mas nunca satisfeito. A pulsão, por sua vez, não pode atingi-lo, resignando-se, segundo Lacan (1964 [1990]), a contorná-lo no percurso que faz em busca da satisfação, sempre adiada. Freud já afirmara nos “*Tres ensayos para una teoria sexual*” que o objeto da pulsão, ao contrário do instinto, não está biologicamente demarcado, ou em outras palavras, que o humano não dispõe de um saber inato acerca da sexualidade, do que fazer com sua anatomia, portanto, do que significa ser homem ou mulher. Na tentativa de explicar essa peculiaridade do humano Freud falava então de uma bissexualidade psíquica constitucional. Jorge (2005), entretanto, prefere pensar essa ausência de saber sobre o sexo em articulação com o conceito de objeto *a*:

É em torno da noção lacaniana de objeto *a* que se pode precisar o alcance da idéia da bissexualidade para Freud, salientando que não se trata de uma bissexualidade constitucional orgânica, mas sim da *falta estrutural de inscrição do objeto do desejo no inconsciente*. Trata-se de que o objeto do desejo do sujeito falante é faltoso por natureza e, nesse sentido, este poderia ser chamado, chistosamente, com Lacan, de a-sexual (p. 35-36, grifo do autor).

Essa falta de saber inato sobre o sexo está relacionada também à impossibilidade de inscrição psíquica da diferença sexual, ou seja, do fato de que tanto para o menino quanto para a menina é somente em relação ao falo simbólico, portanto, através da castração, que eles poderão vir a declarar seu sexo e assumir uma identidade sexuada no discurso. Não poderíamos pensar aqui em uma possível articulação entre Falo e Objeto *a*, no sentido de que o primeiro, enquanto significante, daria consistência fálica, aos objetos que representariam no imaginário e no simbólico o segundo? Por não haver dois significantes para inscrever cada um dos sexos no inconsciente, além do fato do objeto causa do desejo ser a-sexual, não há possibilidade alguma de complementação, de simetria, de relação sexual. Para Lacan, a posição subjetiva que o sujeito assume em relação ao outro, na sexuação, não diz respeito ao que a cultura define como papéis de gênero, mas está relacionada às modalidades de gozo à qual cada um se filia para dar conta da não inscrição psíquica do sexo feminino.

Com efeito, a sexuação em Lacan não será pensada em referência aos pares ativo/masculino e passivo/feminino, que já para Freud eram problemáticos. Valendo-se de uma argumentação eminentemente lógica ele pensará para o falante duas possibilidades de conquista da identidade sexuada, a partir da castração: uma orientada pelo assujeitamento total à ordem fálica e a outra por um assujeitamento não todo à lógica do falo. A primeira corresponde ao gozo fálico, gozo sexual, languageiro, gozo do órgão; a segunda a um gozo fálico e suplementar, fora da linguagem, gozo exclusivamente feminino.

No quadro da página seguinte, a primeira linha representa as duas possibilidades abertas ao falante de se inscrever na divisão dos sexos: do lado dito “homem” se posicionam todos aqueles que submetem sua forma de gozar à Lei do Pai, à castração, portanto, à regulação do falo; já no lado dito “Mulher” se alinham aqueles que estão não todos submetidos à castração, o que implica poder ter acesso a um gozo além do falo. Os termos “homem” e “mulher”, que nomeiam cada metade do quadro podem facilitar alguma confusão, pois não deixa de nos remeter ao imaginário anatômico. Contudo, Lacan (1972-1973 [1985b], p.107) é enfático ao afirmar: “Quem quer que seja falante se inscreve de um lado ou de outro”. Sobre isso Colette Soler esclarece: “[...] não é por ser homem que ele está na função fálica, mas, ao contrário, é pelo fato de um x indeterminado se situar todo na função fálica que podemos chamá-lo de homem. [...] não é por serem mulheres que elas são “não todas”, mas, quando se alinham do lado do não todo, podem ser chamadas mulheres” (SOLER, 2005, p. 225-226).

Homem		Mulher	
$\exists x$	$\overline{\Phi x}$	$\overline{\exists x}$	$\overline{\Phi x}$
$\forall x$	$\Phi x$	$\overline{\forall x}$	$\Phi x$
<del>S</del>		a	<del>S(A)</del>
$\Phi$		<del>A</del>	

Na linha inferior do quadro estão dispostos os elementos da álgebra lacaniana que representam as diferenças entre o modo masculino e o feminino de gozar com a inexistência da relação sexual. As setas indicam exatamente a dessimetria das posições masculina e feminina, relativa a não-complementaridade entre ter ou ser o falo, na vida amorosa.

Na relação amorosa, podemos pensar o masculino como o modo de gozo que só permite o acesso à mulher através da fantasia, e, portanto, não se dirige àquela enquanto pessoa, mas como alguém que ocupa, na fantasia masculina, o lugar de objeto *a*. Claro está que uma mulher somente pode se prestar a ocupar o lugar de causa do desejo para um homem ao nível do semblante, da mascarada, portanto o gozo masculino está condenado ao logro. Comentemos, *en passant*, que a mulher, quando também participa do gozo fálico, não escapa da tapeação quando busca no homem o significante fálico, com a diferença que para ela é igualmente possível um gozo não restrito ao semblante do objeto *a*. Se o homem não tem acesso à mulher senão pela fantasia, então do que ele goza é de partes fetichizadas do corpo da mulher, o que implica o caráter essencialmente parcial de seu gozo, conforme sublinha André (1991, p.225): “Não será motivo de espanto, pois, que a satisfação que ele tira disso seja sempre misturada a uma certa ansiedade: mesmo quando ele gozou e fez gozar sua parceira, jamais tem a certeza de tê-la possuído [...]”.

O gozo masculino, na relação sexual, pode ser associado a um fazer consentir (SOLER, 2005), objetivo para cuja consecução o homem trata de exibir a posse dos atributos culturalmente definidores da masculinidade. Como bem observa Harari (2007, p.126), “[...] como el falo perdura velado, cada uno de los dos sexos busca sustituirlo por una puesta en acto ideal: [...] el ideal de la tipicidad sexual definitoria”.

Tal “ato ideal” se organiza, pois, não em torno do *ter* ou do *ser* o falo, mas do *parecer* tê-lo ou sê-lo. No homem, isso tem como consequência a necessidade de dar provas de sua virilidade, seja para a mulher, seja para os outros homens. Já na mulher, a tendência é a de encarnar o falo para o Outro, mascarando a falta. Enreda-se, assim, entre os sexos, ao sabor da fantasia de cada sujeito, uma espécie de comédia. Lacan (1958 [1998b], p.701) expõe de modo elucidativo o baile de máscaras dos sexos:

Digamos que essas relações girarão em torno de um ser e de um ter que, por se reportarem a um significante, o falo, têm o efeito contrário de, por um lado dar realidade ao sujeito nesse significante e, por outro, irrealizar as relações a serem significadas. E isso pela intervenção de um parecer que substitui o ter, para, de um lado, protegê-lo e, de outro, mascarar sua falta no outro, e que tem como efeito projetar inteiramente as manifestações ideais ou típicas do comportamento de cada um dos sexos, até o limite do ato da copulação, na comédia.

Comédia que, na fala de alguns sujeitos penectomizados por nós escutados em nossa prática hospitalar, assume um certo caráter trágico, quando o pênis, elemento que durante suas vidas foi o suporte imaginário por excelência do falo, em suas relações amorosas, não mais existe. Compreende-se a angústia de um dos sujeitos diante da nova realidade corporal: “Fiquei o mesmo homem, mas não sou homem para mulher”. O que nos remete à observação de Lacan (1971 [2009]): “Para o homem, nessa relação, a mulher é precisamente a hora da verdade. [...] Se falei em hora da verdade, é por ser a ela que toda a formação do homem é feita para responder, mantendo, contra tudo e contra todos, o status de seu semblante” (p.33).

Para finalizar, queremos registrar nosso reconhecimento de que a complexidade do tema da sexuação em Lacan exige um tratamento muito mais detido do que conseguimos efetivamente dar, tendo em vista sua abrangência. Todavia, exatamente pelo caráter complexo de que se reveste a temática em questão, o que expusemos reflete as limitações relativas à exiguidade do tempo de que dispusemos durante o mestrado para abordarmos essa problemática de modo mais aprofundado.

## CAPÍTULO 4

### **O discurso de homens penectomizados acerca de sua sexualidade**

Passaremos agora à exposição sintética da fala dos sujeitos com o intuito de transmitirmos ao leitor o que a escuta analítica que disponibilizamos nos permitiu observar. Para tal intento, procuramos nos manter fiéis aos significantes que emergiram ao longo do discurso dos pacientes a fim de, assim procedendo, permanecermos o mais próximo possível do método psicanalítico.

#### **Um homem violento para a mulher de fora**

Durante duas décadas, F.F.C., 69 anos, parcialmente penectomizado, percebeu alterações no pênis, que foram tratadas por ele com antibióticos e remédios caseiros. Tomava os medicamentos muito mais por indicação de pessoas conhecidas do que pelo médico, já que as alterações (“secreção purulenta”, “caroço”, “vermelhidão depois das relações”, conforme suas palavras) cediam devido aos remédios de que ele fazia uso. Em novembro de 2008, contudo, resolveu ir a um hospital em busca de uma consulta. No encontro com o médico recebe o diagnóstico de câncer de pênis, seguido da definição das condutas: amputação parcial daquele membro. F. deixa claro que não sentiu nada, que não ficou desesperado com o que o médico lhe informara; queria a saúde, e o que ainda lhe servia de alento era saber que, segundo seus termos, “estava nas mãos de Deus e dos médicos”. Não havia razão para questionamentos, pois como afirmou, “se tinha que fazer, que fizessem”.

Uma das características principais de F., aquela pela qual ele é mais conhecido nos grupos sociais que frequenta, inclusive na família, está diretamente relacionada às mulheres: “Sempre fui muito mulherengo, sempre tive muitas mulheres, sempre fui muito violento para mulher”. A violência de F. diz do que ele define como “loucura por mulher”, estando associada ao que ele considera sua “dificuldade” de ter somente uma mulher, a esposa.

Durante o período em que trabalhava como motorista de ônibus, viajava bastante, tendo oportunidade de conhecer e ter várias mulheres. Sua “violência” era tanta que sempre ao encerrar sua jornada de trabalho, “ao invés de procurar alguma coisa pra comer, eu ia comer mulher”. Em um mesmo ano, F. havia construído seis casas para cada uma de suas seis

mulheres, sem contar com a esposa. Cada uma no seu lugar, “sem ter do que reclamar”, assegura-nos.

Quanto à esposa, F. a define como “tranquila”, uma mulher que, diante da “violência” de seu marido, costumava reagir sempre de forma muito calma, replicando àqueles que criticavam sua postura pacífica através de frases como essas: “Isso é coisa de homem mesmo!”, “Cuidado com ele! Não dê cabimento a ele não porque ele pega mesmo!”. A esposa de F. é, pois, uma mulher compreensiva em relação às “coisas de homens”, de seu homem. Nunca reclamou, nunca lhe incomodou com perguntas. Quando ela descobriu o primeiro caso do marido, quis mostrar alguma insatisfação, mas F. logo conseguiu fazer com que ela esquecesse o assunto.

F. lembra da conversa que teve com o médico a respeito da origem da doença. O cirurgião lhe teria dito que o câncer tinha a ver com a fimose. No entanto, ao se referir à etiologia da doença, F. comete um lapso. Ao invés de dizer: “Isso aconteceu porque eu não fiz a fimose”, ele diz: “Isso aconteceu porque eu não fiz a próstata”. Marco essa troca e o aparecimento, à sua revelia, do significante “próstata” em sua fala, convidando-o a desenvolver um fio associativo a partir dele. F., todavia, resiste, insistindo que foi apenas “um erro”. Contudo, após algum silêncio, ele lembra que o médico lhe havia dito que depois da cirurgia, em outro momento, ele iria se submeter ao exame da próstata. Logo em seguida, recorda que um irmão teria lhe dito que ele havia “pego” o câncer no pênis por causa de “doença do mundo”, “doença que se pega com mulher”. Diante dessas palavras, proferidas por alguém de sua confiança, F. passa a sentir medo e resolve não revelar à esposa que estava doente. Durante certo tempo somente os filhos souberam.

À época em que trabalhava viajando, F. se comprazia em se exibir perante os colegas, circulando com uma mulher diferente quase todo dia e gastando dinheiro. Uma das coisas que mais lhe davam prazer era chegar num bar e pagar bebida para todo mundo: “Eu era mulherego e gostava muito de me mostrar como tendo mais de uma mulher e dinheiro. Gastei muito, não economizava. Eu não bebia, mas me dava prazer esnobar meu dinheiro”.

Começou a trabalhar muito cedo, sempre como motorista. Em seu primeiro emprego, ainda sem habilitação, aprendendo a dirigir pequenos caminhões, acabou provocando um acidente que tirou a vida de um pedestre. Nunca foi punido porque o atropelamento aconteceu numa estrada deserta, sem testemunha. F. não parou para prestar socorro. Entretanto, outro acidente implicaria em uma perda significativa. Havia saído para fazer uma entrega em um caminhão o qual ainda não estava seguro de poder dirigir. Ao fazer uma curva em uma rua que levava até sua casa, não viu o filho de três anos, atropelando-o e matando-o. F. fala desse

acontecimento sem demonstrar emoção, chegando a dizer que na ocasião não se sentiu culpado, já que, segundo conta, não viu o filho: “Ele estava brincando na calçada. É porque tinha que acontecer”.

O paciente diz que “deixou” seu pai ainda criança para ir morar com a irmã. A mãe havia morrido ao dar-lhe à luz e o pai casara-se novamente. F. não se dava bem com a madrasta e o pai, segundo suas palavras, “para não criar confusão com a mulher, me levou pra morar fora”. Apesar da atitude do pai, F. fala dele com certa admiração, destacando que ele era um “homem trabalhador”. Em seguida lamenta que os “homens sejam esquecidos pelos filhos, que só valorizam mais a mãe do que o pai”.

Lembra que sua vida de mulherengo começou bem cedo, aos doze anos: “Quando não tinha mulher eu batia uma p...”. Aos catorze anos estava casado. Justifica sua união precoce pelo fato de que gostava da namorada, de que o pai dela gostava dele e achava que um ano de namoro já era suficiente para os dois se casarem. Além disso, o fato de poder ter uma mulher só para ele lhe fazia acreditar que conseguiria “matar a vontade de pegar mulher”, de se “acalmar”, o que também contribuiu significativamente para sua decisão. Conseguiu passar um ano sendo fiel à esposa, mas depois viu que não era “homem de uma mulher só. Era homem de mais de uma mulher”.

Além de ser definida por F. como uma mulher, “tranquila”, “calma” em relação à “violência” do marido, sua esposa é vista por ele como “uma tábua”. Uma mulher de quem ele não exige nada na cama, simplesmente por questão de respeito: “Eu não exijo nada dela, não digo pra ela o que eu gosto de fazer na cama, como é que eu gosto que ela faça, para não desrespeitá-la”. A esposa não lhe dá o prazer que ele mesmo não ousa pedir-lhe, o que não acontece com suas amantes: “As mulheres de fora são sempre melhor porque sabem se mexer, sabem fazer o que a esposa não faz, fazem na hora que a gente quer. Elas têm amor, fazem tudo para segurar o homem”. É assim que ele a define quando trata de abordar o desejo sexual por ela. Ao ser solicitado a comentar sobre o fato de continuar vivendo, após tantos anos, com uma mulher que é uma tábua, ele diz rapidamente: “Porque eu respeito ela, porque ela não me pede satisfação. Porque eu não abandonaria meus filhos e minha esposa”. A satisfação aludida se refere ao fato de a mulher não lhe cobrar explicações sobre suas saídas e horário de chegada, embora tenha surgido na fala em referência ao significante “tábua”, conferido à esposa em razão de sua incapacidade para dar e pedir a F. satisfação sexual.

Nesse momento, surge em sua fala uma analogia entre o homem e o cavalo: “O homem é um animal, doutor. O cavalo não é um animal. Quando a filha tá no cio, o cavalo

bota ela para fora do bando; não cobre ela, só depois que os outros a cobrem”. O cavalo é para ele um animal que tem “consideração”, não pela filha, mas “pelos outros”.

A vida que F. tem hoje, após a perda do pênis, continua a mesma, “nada mudou”. Embora tenha sido um homem tão violento para mulher é categórico ao deixar claro que pode “passar sem sexo”, que sua vida está “normal”. Na verdade, o desejo só lhe é despertado, tomando conta de seu pensamento, quando tem contato ou lembra de uma de suas “mulheres de fora”; uma que sabia lhe seduzir, que mesmo depois da amputação ainda lhe “provoca”. Diante da sedução dessa mulher, ele não faz nada além de resistir, por “medo de arrebentar a cirurgia”; esforçando-se de todos os modos para não ceder às investidas dessa “mulher de fora”: “Às vezes, quando ela se encosta em mim, me dá aquela vontade, mas eu fico parado”. Hoje ele está, conforme nos diz, “parado para mulher”, como “os homens que se operaram da próstata”. Não tem mais “talento pra mulher”. Quanto à sua, a que ele chama de “legítima”, ele diz que ela continua sem lhe incomodar, sem lhe pedir satisfação. A diferença é que, além de tábua, sua esposa hoje está “gorda, idosa”.

### **O desgosto de um exímio arranca-toco**

J.S. tem 49 anos e foi submetido à penectomia total. Ele sempre foi muito preocupado com trabalho, atividade a qual a doença e a cirurgia lhe privaram, realidade que, vez ou outra, lhe causa grande desgosto em relação à vida. Por conta disso, já teve idéias suicidas, associadas ao vazio de significação que, de certo modo, ainda hoje existe: “Pensei em me matar, porque não sei como uma coisa dessa foi acontecer com uma pessoa que se dedicava tanto ao trabalho”.

Desde os dez anos J. trabalhava. Acompanhava os pais e os irmãos até a roça, de onde retiravam o sustento da família. Nessa atividade laboral, J. passa a se destacar dos irmãos, perante à mãe, por sua habilidade em “arrancar toco”. Tal atividade consiste, como J. se esmera em explicar, em limpar o terreno para o plantio. Embora de compleição desvantajosa em relação aos irmãos, conseguia desempenhar suas tarefas de maneira bastante eficiente, arrancando elogios da mãe: “eu era franzino, magrinho, mas a minha mãe sempre dizia que eu era o melhor porque eu arrancava toco muito rápido. Nunca conheci um homem que arrancasse toco mais rápido e melhor do que eu”. J.S. afirma que o mais angustiante hoje não

é ter perdido o pênis, já que, de acordo com suas palavras, “esse negócio de mulher, isso não é nada não”; o que mais lhe causa angústia é não poder mais arrancar toco.

Após a separação dos pais, vai morar em outro estado para arrancar toco em uma fazenda. “Arranca toco” é um dos vários apelidos que J. irá receber ao longo da vida. Durante o período em que trabalha na fazenda, conhece uma mulher, que define como “gente boa”, com quem passa a morar. Divide uma roça de arroz com o pai dela, mas por causa de uma dívida não paga por aquele, J. resolve deixar a mulher e a roça, indo embora para um novo estado. Desta feita, vai buscar emprego em um garimpo e o trabalho que consegue ele descreve em termos de “limpar o terreno para as máquinas funcionarem melhor”. É nesse período que J. começa a, de acordo com suas palavras, “ter problemas com o pênis”, pois não conseguia mais urinar. Sobre esses problemas, J. lembra que desde o nascimento os apresenta: “Eu urinava distante, fino demais, parecia um vidro de desodorante que quando a gente aperta sai bem fininho”.

Tinha vinte e um anos quando, no garimpo, enquanto limpava o terreno para as máquinas, J. percebeu que não podia urinar. Embora sentindo dores cada vez mais intensas, só comunicou ao patrão seu problema dois dias depois, quando as dores já lhe eram insuportáveis. Sofrendo severa admoestação do patrão por não lhe ter dado ciência antes, tendo em vista a dificuldade de acesso ao local onde trabalhava, J. é transportado com urgência ao hospital mais próximo, permanecendo internado por vários dias.

De volta ao Ceará, após certo tempo sem apresentar o problema, começa novamente a sentir dores e dificuldade para urinar, recorrendo aos hospitais em busca de ajuda médica. Submete-se a uma cirurgia de fimose, da qual ainda hoje se queixa, pois para ele o médico não “fez direito”, a cirurgia não foi como ele esperava. A situação clínica continuou a mesma. Através de amizade, consegue ser encaminhado a outro hospital para ser operado de urgência. No entanto, o médico que o recebe lhe diz que só haveria vaga para dali a dois anos, ao que J. replica: “Não faça isso comigo, não, Doutor! Me opere e me jogue na calçada que alguém cuida de mim”! Após oito meses de espera, tomando os remédios que o médico lhe havia receitado, J. foi operado graças à intervenção de uma médica, a qual lhe encaminhara para seu esposo, cirurgião. J. já os conhecia, pois trabalhava como flanelinha, vigiando os carros na clínica deles, mas nunca teve coragem de falar com o referido cirurgião porque “tinha medo de levar um carão, uma repreensão, porque ele tinha uma cara dura, não falava com ninguém”.

A cirurgia foi feita, mas após duas complicações, o médico resolve fazer uma biópsia, cujo resultado lhe é comunicado por uma enfermeira, da qual passou a gostar enquanto estava

internado, pois ela o tratava muito bem, cuidava dele, importava-se com ele, mas cujo nome ele não conseguia lembrar. A aludida profissional lhe dissera: “O senhor vai para o Hospital do Câncer. Eles vão ter que tirar seu pênis”. J., então, lhe retruca: “Deveria ter tirado esse filho de uma égua antes”!

J. nos diz que, no momento da comunicação do diagnóstico e da confirmação da indicação cirúrgica, não ficou desesperado. O desespero veio depois com o que ele chama de sua “incapacidade para o trabalho”, fato que para os médicos do INSS não é reconhecido. Seu maior desejo é se aposentar. Periodicamente, J. conta que vai até a perícia, que “abaixa as calças”, mas os peritos negam seu pedido de aposentadoria sem lhe dar nenhum porquê: “eles nem olham”. Isso o deixa bastante “desgostoso”, pois vive da “caridade” dos outros. Por conta de sua “incapacidade”, J. passou a pedir: “Pedia uns trocados, comida nas barracas de praia, nos restaurantes”. Entre aquilo que considera “humilhações” e as atitudes solidárias que às vezes encontra, vai “levando a vida”.

Atualmente trabalha ajudando a vender milho em um mercado, na calçada do qual estabeleceu moradia. Ali não é conhecido por seu nome, mas por diversos apelidos colocados pelos colegas: “A turma gosta de brincar, eu levo na esportiva, nunca fiquei chateado. Eles me chamam de homem capado, pau de aço, presença, pimbinha. O mais estranho é homem capado, porque não tem muito a ver, na verdade eu não sou capado”.

Ainda que não considere tal apelido coerente com sua realidade anatômica, é como “homem capado” que ele nos recomenda procurá-lo no mercado caso um dia quiséssemos comprar milho. Além disso, ao falar de sua vida sexual, associa aquele apelido ao significante “boi manso”, explicando que hoje se considera um “homem que não oferece perigo pra mulher”, isto é, que não pode mais “passar doença pra mulher”. É por essa razão que para J. algumas mulheres aceitam sair com ele. Quando sente vontade de transar procura, como diz, “uma conhecida”, uma mulher com quem já saía antes da cirurgia, pois ela já o conhece: “Ela sabe que eu não ofereço perigo e também tem dó de mim”. O ato sexual a que se entrega é descrito por ele como um encontro “entre duas mulheres”: “Eu me deito em cima dela, me esfrego um pouco, aí me satisfaço um pouco. Não sei ela”, diz sem demonstrar muito interesse em saber. Em certa ocasião, foi a uma festa ficou com uma mulher que não sabia de sua cirurgia. Enquanto se abraçavam, J. se comprazia ao imaginar uma cena em que os dois estavam na cama e ela descobria que ele não tinha mais pênis. Essa fantasia lhe fazia rir, a ponto de deixar sua parceira incomodada. Movido pelo desejo dela e pela vontade de conferir sua reação, resolveu realizar o devaneio. Levou-a para um quarto, apagou todas as luzes, despiram-se e começaram a se acariciar. Em dado momento, a mulher lhe pergunta com

espanto: “J., cadê o negócio”? Nesse instante, ele cai na gargalhada, acende a luz e ela toma um susto: “Quem foi esse cachorro que fez isso contigo, J.”? Ele, então, passa a contar toda sua história, desde o começo. Depois de ouvir, sua parceira ainda quer continuar na cama com ele, mas J. não aceita, pois “tinha perdido o apetite”.

Essas peculiaridades dos encontros sexuais vividos por J. não lhe afligem: “Esse negócio de mulher, isso não é nada não, doutor. O que me dói é não poder ser mais homem para pegar uma chibanca e arrancar toco; ter que urinar como uma mulher”. Outro fato que também lhe incomoda bastante é não poder mais ajudar sua irmã, descrita como “uma mulher muito doente”, de quem ele era “o braço direito”. Num desses dias que ele define como “de desespero”, saiu andando à noite sozinho em direção ao mar. Ao chegar à praia, sentiu vontade de urinar. Por conta da cirurgia, toda vez que precisa fazê-lo, não é suficiente abaixar a calça ou o calção: é necessário tirá-los completamente e ficar de cócoras, pois do contrário acaba molhando toda a roupa. Nesse momento, uma viatura policial se aproxima, os policiais o abordam de arma em punho chamando-o de bandido. J. explica que não é bandido, mas “um homem doente”, “um homem sem pênis”. Os policiais não acreditam nele e então J. mostra-lhes seus documentos, incluindo alguns papéis que ele chama de “documentos do hospital” (dos quais nunca se separa), que atestam sua condição física. Ao constatarem a veracidade da fala de J., a policial que fazia parte do grupo, tal qual a mulher que ele levava para cama, pergunta indignada: “Quem fez isso com o senhor”? J. responde que teve câncer e o médico precisou operar. Só então os policiais, compadecidos, deixam-no ir.

Entre mulheres que aceitam tê-lo sobre elas por piedade; baixando as calças para dar a ver ao olhar pericial que nele não há mais nada a ver - e com isso ser reconhecido incapaz para o trabalho -, J. vai levando a vida. Não arranca mais toco. Do pênis, nem um coto lhe restou.

### **Lamento de um homem que nasceu para ser homem**

J.F.S. é um senhor de setenta e oito anos, submetido a penectomia total em novembro de 2008. Conta-nos que durante alguns anos observava a presença de um caroço no pênis, sem lhe dar nenhuma importância. Tomava remédios caseiros e melhorava, mas o caroço não desaparecia; ao contrário, aumentava. Foi então que procurou o hospital: “O médico disse que

o caroço já tava no terceiro grau e que não tinha outro jeito, tinha que cortar tudo, porque era um câncer. Eu fiquei apavorado, muito apavorado, mas disse que ele podia fazer”. Apesar da pronta anuência acerca da cirurgia, J.F.S. não se deixou convencer a respeito do estadiamento de sua doença, discordando que ela estivesse em terceiro grau, ou seja, que a situação fosse pior do que ele esperava. No entanto, nunca foi capaz de expressar isso ao médico, de levantar esses questionamentos: “Mas... Ninguém pode dizer nada, né, doutor! Eles é que sabe, né? Eu tô na mão deles! Não quero dizer nada, não! Mas o que ele fez me deixou liquidado, um homem morto”.

Ser um homem morto é para ele a consequência de não ser mais homem, de não ser mais homem pra mulher. E é em um tom agressivo que ele lança a questão: “Como é que eu vou procurar mulher”?

A idade não é problema para ele, sua vida sexual ainda era ativa, ainda “procurava mulher”. Separado da esposa há dez anos, ele se define como um “homem muito mulherengo”. Para ele, “homem tem que ter mais de uma mulher”, embora não gostasse de ficar com muitas mulheres ao mesmo tempo. Agradava-lhe ficar com uma ou duas, passar um tempo, “pegar outras”, e assim ia “curtindo” sua vida. Mas agora as coisas se apresentam de modo bastante diferente e ele se vê privado do que considerava sua “única diversão”. F. sinaliza que sua angústia passa pela crença de que hoje “não tem mais nada”, isto é, não lhe restou mais nada que pudesse oferecer à mulher: “Vou andar com uma mulher, vou pra casa dela, tiro a roupa, ela diz que eu não tenho nada e me manda embora”! J.F. imagina que se tivesse condições de colocar um “enxerto” poderia se sentir melhor, mas nunca teve coragem de perguntar ao médico sobre essa possibilidade. Prefere não pensar mais no que passou: “Já foi cortado. Se eu for ficar pensando nisso vou ficar é doido”.

Não somente a perda do pênis, mas o fato de ter que, como diz, “urinar sentado”, de ter sempre que “se limpar depois”, de não poder mais controlar a urina, são causa de grande mal-estar. Essas sequelas cirúrgicas não lhe permitem mais ter prazer com as coisas de antes: ir à praia, tomar cerveja e procurar mulher. “Eu ia pra praia, tomava minha cervejinha e ia procurar mulher. Agora vou sair pra quê? Não tenho mais nada, doutor! A cerveja eu não posso mais porque tenho medo que me prejudique, e ainda tem mais esse negócio de urinar sentado, às vezes nem dá tempo. Vou tomar cerveja e aí quando eu for pro mictório tenho que me sentar! Prefiro não tomar, nem sair. Hoje não tem quase nada que me dê prazer, só ficar em casa com os filhos”.

Insistindo em afirmar que não tem mais nada, J.F. mostra a cirurgia e diz: “Tá vendo, como não ficou nada? Como vou procurar mulher agora? Pra quê? Agora só se eu fizer como

diz o matuto: ‘Só se for com a boca!’”. É sorrindo que se refere a essa alternativa e, ao ser convidado a falar sobre o que pensa dela, seu tom se modifica. Ergue-se da cadeira e, em tom de revolta, declara: “Homem que nasceu pra ser homem não bota a boca num negócio daquele não, doutor! Homem que faz isso é um homem sem vergonha! Se um homem bota a boca na buceta de uma mulher, no outro dia ela faz ele passar vergonha: ‘Olha lá o chupão!’”. Se uma mulher quisesse que eu fizesse isso eu ia ficar muito apavo... aborrecido”. Perguntado sobre o que iria dizer antes de “aborrecido”, F. diz que “acha” que iria dizer “apavorado”, mas que foi “só uma troca”, sem nada acrescentar. Outra alternativa também é cogitada, e em seguida, novamente descartada: “Fazer o quê agora, bater uma punheta nela? Mulher gosta é de lenha, de madeira, doutor!”.

Com a amputação, J.F. deixa o lugar daquele que procura para ocupar a posição do que é procurado pelas mulheres. Para aquelas que, conforme seus termos, lhe “atentam”, ele costuma inventar alguma desculpa dizendo a elas: “vamos deixar para depois”. As mulheres com quem costumava sair até hoje não sabem da doença e nem da cirurgia. Esforça-se para resistir às investidas de suas antigas parceiras, evitando sair de casa, a não ser para lugares perto de casa, para conversar com os amigos. Estes às vezes gostam de fazer gozação com J.F., mas ele se esforça para não dar muita importância. No entanto, se sente muito envergonhado e quando os amigos comentam entre si, na presença dele, que o médico cortou-lhe todo o pênis. J.F. se apressa em desmenti-los: “ficou um pedaço” - principalmente se houver alguma mulher por perto.

J.F. nunca quis mulheres mais novas. Sua preferência sempre recaiu sobre o que chama de “mulheres maduras”, pois estas, caso o homem venha a “falhar”, calam-se. Diante da impotência do parceiro, as amantes de J.F. sabem silenciar, tomar o fato por um segredo que devem manter consigo: “elas não saem dizendo no outro dia”. Atitude bem distinta costumam adotar as mulheres mais novas. Estas não se constrangem em fazer o homem passar vergonha: “No outro dia, elas saem espalhando pra todo mundo, dizendo que ele não é de nada”.

Em certa ocasião, antes de seu adoecimento, J.F. foi tão “atentado” por uma mulher mais nova que resolveu ir até a casa dela mesmo, como afirmou, “sem estar com tesão, sem vontade”. Tomou a decisão com base na crença de que, conforme se expressa, “homem acha que tem que comer todas as mulheres que aparecem”. Chegaram ao apartamento dela e tudo indicava que seria mais uma conquista de J.F. No entanto, a mulher toma uma atitude que o surpreende: “Ela foi logo tirando a roupa, ficou nua, se abriu pra mim. Eu já perdi o tesão porque mulher assim é mulher vaca, cachorra. Mulher tem que acarinhar, beijar, falar coisas

que a gente gosta de ouvir”. As surpresas não pararam por aí: “Eu olhei pro lado e vi um bocado de vidro de penicilina. Aí eu percebi que ela tava cheia de doença. Disse pra ela que ela tava tomando remédio e fui embora. No outro dia, ela saiu espalhando que eu não era de nada. Meus amigos vieram me dizer que ela tinha dito que se abriu pra mim e eu fugi. Aí eu disse: ‘claro, a buceta tava cheia de doença!’”.

Aos dezesseis anos, teve que escolher um ofício. As opções disponíveis eram sapateiro, pedreiro e alfaiate. Acabou optando pelo último, que pagava melhor e oferecia mais “status”, pois, segundo nos conta, “a gente costurava para as autoridades, vivia no meio de gente com muita grana”. Além disso, considerava o ofício de alfaiate mais limpo do que os outros: “a gente não se sujava”. Preferia costurar para homens, pois sempre achou que as mulheres são “cheias de frescurinhas”, além de terem mais quadril, o que para ele eram fonte de dificuldade na confecção das roupas.

Atualmente, poucas coisas dão prazer a J.F. Cortar algumas peças de tecido a título de passatempo e ficar em casa com os filhos é o que hoje ele mais faz, ainda que tais atividades não pareçam entusiasamá-lo. O que mais gostava era mesmo de ir à praia e tomar uma cerveja com uma mulher do lado, ou então tomar a cerveja e ir procurar mulher. Às vezes é presa de certa nostalgia em relação a tais prazeres, hoje perdidos: “Se tivesse ficado pelo menos um pedaço, doutor! Se tivesse condição de voltar ao passado! Os ricos ainda podem ter prazer com outras coisas, mas o prazer do pobre é só esse, doutor! É o gozo do pobre...”.

### **“Meu Deus, faça amolecer!”**

A.V. é um senhor de 51 anos, submetido à penectomia parcial. Desde que nasceu, A.V. afirma ter “problemas com o pênis, com o bilauzinho”, pois ainda bem cedo apresentava dificuldades de urinar devido à fimose. Para ele, sua mãe não deu muita importância ao fato e o problema continuou: “Talvez foi erro da mamãezinha que não cuidou”. Era o único dos filhos homens que não conseguia puxar o prepúcio o suficiente para permitir-lhe realizar a higiene do pênis de forma adequada e satisfatória. É justamente a falta de higiene, de cuidados com o órgão - que chama de seu “penzinho” - que A. associa ao aparecimento da doença. O câncer e a cirurgia nunca foram revelados aos amigos, colegas de trabalho, pois tinha medo

das zombarias. Apenas a família e os irmãos da igreja (A. é Testemunha de Jeová) tomaram conhecimento.

É casado há 26 anos com uma mulher 13 anos mais velha que ele, a qual o cativara rapidamente por ser trabalhadora, por só viver dentro de casa. Recorda que, ao conhecê-la, pensou: “Essa mulher ainda vai cuidar de mim”. Considera ter feito uma boa escolha, pois além dela, assim como ele, não gostar de sair de casa, ela era virgem. Após nove meses de namoro, A. decide se casar e deixar a casa dos pais, pois lhes garantira que somente sairia de perto deles para casar.

Define-se como um “rapaz caseiro”, “frio”, isto é, que nunca foi “namorador”: “Só me sentia bem na casa de meu papai e minha mamãe”. Às vezes acompanhava os irmãos para as boates, mas não dançava com ninguém: “Eu tinha medo e acabava voltando cedo para perto de minha querida mamãe”. Perguntado sobre de que tinha medo, ele fala de um acontecimento de sua vida, por volta dos 13 anos, quando estava na roça com o pai e um irmão. Em dado momento, quando “ia apanhar um ferro do chão”, A. se volta para o pai e lhe diz: “Pai, eu tô me desaparecendo, não é eu”. Nesse momento, sua “atividade”, como ele se expressa, acabou. Não consegue ficar muito tempo sozinho em determinado lugar. A ausência de outros, seja de uma pessoa ou de um animal, faz com que sinta que está desaparecendo, que ele não é ele. Nessas circunstâncias, basta que ele consiga ver alguém para se sentir melhor: “Ah, eu sou gente, lá vem uma pessoa!”.

Embora casado há vários anos, A. não tem filhos. Sua esposa engravidou pouco tempo após o casamento, mas perdeu os dois filhos, e A. faz questão de sublinhar que tal perda não se deu por causa dele. O problema na gravidez acabou por implicar para sua mulher uma cirurgia de histerectomia, pondo fim às possibilidades dele vir a ser pai de um filho gerado por ela.

A. fala de sua esposa como uma “princesa”, uma mulher que está sempre “preocupada” com ele, pensando sempre onde ele pode estar e o que faz. Essas atitudes da esposa lhe comovem, a ponto de fazê-lo “chorar de emoção” só em falar sobre isso. Em relação à vida sexual, A. comenta que mesmo antes da cirurgia as relações tinham lugar muito raramente, observando intervalos de um a dois meses. Isso acontecia porque sua mulher sempre foi - de acordo como a define - “muito tranquila, não era quente, era uma mulher normal”. A. justifica tais adjetivos, devido a, entre outras coisas, sua esposa não usar brinco ou batom, somente a aliança de casamento: “Ela não me atiça, não puxa pro sexo, de jeito nenhum! Ela é fria, normal. Respeitadora, trabalhadora, não é ativa, sempre foi assim, sem atividade. Eu é que tinha que procurar ela. Ela não queria sexo. Quando eu chegava do

trabalho e perguntava a ela se depois ia ter, ela dizia: ‘Vamos pensar em comer, em botar comida em casa!’”. Durante algum tempo, após o casamento, essa falta de atividade da esposa fez A. duvidar por diversas vezes de que o matrimônio poderia durar. Em algumas ocasiões, quando recebia seu salário, pensava em trair a mulher, mas se controlava e dizia para si mesmo: “Por que o filho do A.V. (o paciente tem o mesmo nome do pai) iria trair a esposa? Se eu fizesse isso eu iria envergonhar nosso pai, meu querido pai que vive com minha querida mãe”.

Antes de “aceitar Jesus” - expressão que utiliza para dizer de sua entrada na religião evangélica -, era em nome de seu “querido pai” que A. controlava o desejo de trair a esposa sem atividade. Entretanto, alguns acontecimentos da história de sua mulher também contribuem para mantê-lo no caminho da fidelidade conjugal: “O pai dela morreu atropelado na BR116, e a mãe morreu quando ela era pequenininha. Ela ficou sem pai e sem mãe. Pra quê eu vou deixá-la? Por isso é que eu não vou fazer isso, não! Não estou com nenhuma falsidade, doutor, tô falando a verdade!”. Hoje, a religião é o que mais lhe ajuda a conter o que ele chama de machismo, isto é, os pensamentos de se separar da mulher por causa de sexo; e assim, como ressalta, foi se “adaptando” ao modo de ser da esposa. O olhar de Deus é, para ele, sempre vigilante em relação a isso: “Às vezes, quando eu tenho vontade de sexo, oro a Deus e a vontade morre de novo. Se a pessoa olhar e persistir olhando, aí comete adultério. Deus observa nós! José do Egito fugia da mulher de Pontifás”.

Há dez anos, A. aceitou Jesus e se converteu. Abandonou o catolicismo e se tornou uma testemunha de Jeová. A palavra de Deus, através do apóstolo Paulo, lhe diz que o homem deve “amortecer os membros do corpo” e é a observância estrita dessas injunções que caracteriza sua vida espiritual, fazendo barreira à traição. Às vezes se pega olhando para o corpo de algumas meninas bonitas e tem uma ereção. Em tais situações, A. se dirige a Deus e roga-Lhe: “Meu Deus, faça amolecer!”. Esforça-se para negar a atração sexual que algumas mulheres lhe despertam, afirmando que tenta “ver as mulheres como normal” e que vive para o trabalho e para sua querida esposa. Entretanto, revela que se ela fosse “uma mulher mais nova”, “mais danadinha”, ele teria que “fazer mais esforço” para satisfazê-la sexualmente, pois do contrário “ela poderia se bandeirar pra outro”. Como ela é fria, tranquila, ele então diz que “respeita a idadezinha dela”, pois está seguro de que ela jamais procuraria outro homem. Aliás, essa confiança na mulher é apoiada também pelo exemplo de uma prima dela, que provoca a admiração de A., por ser viúva há mais de 30 anos sem nunca ter tido outro homem desde a morte do marido, vivendo só para costurar, para cuidar da casa, tal qual sua mulher: “Para o senhor ver como essa frieza é coisa de família, né, doutor! Tenho confiança na minha

mulher, sei que ela não vai procurar outro homem. Não a traio para não perder o favor de Deus”.

Depois da cirurgia, A. nunca teve relações com sua esposa. Se desde a histerectomia ela havia esfriado com ele, agora, depois da cirurgia dele, o casal não fala de sexo. Embora sem atividade, sendo uma mulher normal, isto é, fria, que não puxa pro sexo, A. se esforça para preservar as qualidades da esposa perante o outro: “Quando eu volto para o médico, ele me pergunta se eu tô fazendo direitinho, e eu minto, digo que estou sim. Não vou dizer pra ele que não faço porque minha querida esposa é fria. Ela tem muitas qualidades que me *trai*, me *trai* muito”.

Não deixa de ser importante marcar a irrupção desse significante, já que A. insiste em repetir que não trai a mulher, que não “a trai”. Diante desse lapso, A. reitera que quer dizer que ela o “cativa”, que ela o “atrai”. Lembra de outra passagem bíblica, que sempre lhe faz chorar: “Paulo diz a Cristo que preferiria morrer com ele a traí-lo. Jesus então diz a ele: Tu me trairás! Aí Paulo cai no choro quando vê Cristo na sacada do palácio. Aí ele sabe que traiu Jesus”. Ao final de sua narrativa, pergunto se não era Pedro o apóstolo dessa passagem. Ele então se surpreende e afirma que “trocou” os nomes, completando: “Pedro era muito ativo pras coisas de Deus, muito metido. Paulo é quem nos diz que nós temos que amortecer os membros do nosso corpo”. O que ele interpreta dessas referências bíblicas é que todos aqueles que souberem “perseverar”, ser fiéis a Deus e à esposa, vão ser “vitoriosos no final”. A. não se desespera com a perda de parte do pênis, não se queixa ou questiona a vontade de Deus: “Quando Deus restaurar o paraíso terrestre, Ele vai restaurar meu penizinho”.

A. fala que sempre teve uma “aparência frágil”, o que acabou por lhe render o apelido de “A. magrinho”, com o qual os moradores do condomínio onde trabalha costumam identificá-lo. Isso não lhe incomoda, pois considera que é uma forma carinhosa de tratamento. A. é enfático ao dizer que “ama” seu corpo, mas toma sua magreza por um defeito: “Quando nos mudamos para Fortaleza, meu pai chamou os filhos de disse: ‘Temos que nos encostar em pessoas que têm, mas não tirem nada de ninguém’. O senhor pode deixar todo o dinheiro do mundo comigo que eu não tiro um centavo. Todos sabem que sou de confiança. Meu único defeito é que sou magro”. Indaga-se, vez por outra, se a razão de sua magreza não deriva da falta de relação sexual.

Hoje, é no trabalho como porteiro, na atitude de “servir ao Deus verdadeiro” e nas tarefas domésticas, divididas com a esposa, que A. encontra prazer. Conseguiu se destacar como o profissional mais querido do condomínio. Não há ninguém ali que não tenha sentido sua falta durante o período em que esteve ausente devido à doença e ao tratamento. Ele “ama”

seu trabalho, onde é considerado uma pessoa “cativante”. No entanto, tal adjetivo não deriva exatamente de sua eficiência no manejo dos instrumentos de trabalho ou desempenho da função de controlar a entrada de pessoas no edifício. A. é respeitado por suas atitudes, pela forma como trata cada um dos moradores, e que resume com os significantes “mansidão e brandura”. Solicitado a dizer mais sobre esses significantes, ele associa: “Sou incapaz de contra-argumentar quando alguém aponta alguma falha minha. Aí me escondo para chorar”.

A maneira pela qual se dirige ao outro, utilizando-se sempre de expressões como “minha queridinha”, “meu doutorzinho”, “minha amiguinha”, se por um lado lhe fazem acreditar ter ganhado a simpatia, o respeito e o carinho daqueles com quem convive, por outro já lhe causou algum constrangimento: “Uma vez uma senhora, colega de trabalho, me pediu para não chamá-la de minha queridinha porque o marido não gostava.”. Um pastor lhe orientara a retirar o “minha” da expressão, pois isso era o que incomodava os homens dessas mulheres, afinal elas não eram de A., mas do outro: “Agora eu tento ter cuidado, porque na verdade ela não é minha, é dele. Aí eu chamo só de queridinha”.

Já em relação à vida doméstica, compraz-se em afirmar que ajuda sua esposa em tudo, que sua presença em casa é necessária por conta da idade dela. Gosta de chegar em casa e beijar, cheirar, abraçar a mulher - mas “escondendo” dela seu desejo -, assistir a filmes de caubói, a programas infantis como Pica-Pau e Chaves. Há um certo quê de nostalgia nesses prazeres de A. : “Uma vez eu vi um encontro do Roberto Carlos e do Erasmo na televisão. Fiquei tão comovido vendo eles mais velhos que chorei, ao pensar: ‘Quem eram essas pessoas antes!’”. E assim, A. vai vivendo: um manso, brando servo de Deus, fiel à esposa, que para ele parece ter casado “só pra dizer que tem marido” e a qual não trairia “por dinheiro nenhum do mundo”; enquanto aguarda que Deus “restaure o paraíso na Terra e todas as partes perdidas”.

### **O homem das duas mulheres**

R.I. tem 47 anos e foi submetido à penectomia parcial. Casado, pai de cinco filhos, sendo que um – como procurou frisar – é de “outra mulher”. Mora com a esposa e dois filhos (os outros dois vivem em suas respectivas casas) numa pequena localidade do interior, conhecida como “Torre de Aço”. Sempre viveu para o trabalho na agricultura, mas hoje

apenas realiza pequenos serviços, além de orientar os filhos na lida com a terra, de onde continua tirando parte de seu sustento. Tem vivido de uma pequena plantação e de alguma criação (vaca, porco), além de benefícios do governo. E assim vai “escapando”, contando com a ajuda de Deus, que para ele, “nunca desampara os filhos”.

Durante dois anos, R. observou mudanças em seu pênis, alterações que sabia não serem normais, sem procurar assistência. Os últimos seis meses daquele período foram os mais sofridos, marcados por dores intensas que o impediam até mesmo de ficar em pé. Mesmo assim, R. relutava em procurar um hospital ou um posto de saúde, optando por ficar “nas mãos do Senhor”, pedindo a Deus que o curasse, e assim, que não fosse preciso ir ao médico: “Eu achava feio baixar a roupa diante do médico”. Apesar da insistência da família, especialmente da esposa, para que ele procurasse ajuda, R. não conseguia fazê-lo; a vergonha lhe fazia barreira. Tal também era a razão pela qual ninguém da família sabia de fato o que ele tinha. Procurava de todas as formas esconder a verdade acerca das dores que sentia ao urinar, tanto dos filhos quanto da esposa, a qual já começava a lhe evitar sexualmente.

É apenas após o pastor de sua igreja ter-lhe dito que ele deveria procurar um médico, que ele não poderia deixar de ser atendido pelo saber médico, pois como dissera a R., “a medicina também é bíblico”; que R. se decide a ir para o hospital. Lá chegando é repreendido pelo médico por ter demorado tanto a procurá-lo, somente o fazendo quando a situação “não tinha mais jeito”. R. argumenta que tinha vergonha, que na verdade “não sabia nem por qual razão tinha ido”. O médico então lhe fala que ele iria mostra o pênis para um médico, para uma enfermeira, não para um homem ou uma mulher. R. diz que, então, ficou mais “tranquilo”.

Vergonha é algo que R. sempre experimentou em relação ao outro, especialmente aos outros homens: “Eu nunca fui muito favorável de tomar um banho num açude mais a turma, agora fiquei mais envergonhado ainda de tirar uma roupa na frente do povo. Antes a gente ainda ficava só de biquini, tomava um banho, né? Mas hoje se eu ficar só de biquini fica só... é desapropriado, a parte não fica quase apresentada!”. Por conta disso prefere ficar isolado, tem medo de que a ausência do pênis “caia na visão” dos amigos, dos conhecidos, e eles façam fofoca. Apenas sua família sabe o que lhe aconteceu, e isso o tranquiliza, já que está convicto de que seus filhos nunca iriam “decepcionar o pai”.

Após os exames de rotina, é realizada uma biópsia e o diagnóstico de câncer, assim como a necessidade da amputação lhe são comunicados. R. afirma ter ficado com “um por cento, muito pouco” do pênis. Em relação a isso, ele se esforça para acreditar que se o médico teve que tirar quase todo seu pênis é porque “foi preciso”, muito embora sua fala revele

dúvidas a respeito da conduta do cirurgião, desconfiança que lhe custa admitir: “Aí foi preciso tirar muito, né? Aliás, eu digo que foi preciso, mas eles que fizeram o trabalho é quem sabe... se foi preciso. O que é que eu podia teimar com eles, se quem sabe são eles, né?”.

Não parece justo para R. criticar o médico ou duvidar de suas boas intenções para com ele, já que por ter feito o que podia, “sem ter ganhado nem um presente de mim”, o cirurgião é equiparado à figura do pai: “O médico, quando ele faz bem para o paciente, sem tá ganhando nada, eu creio que ele tá com a intenção de ver a saúde da pessoa, né? Então, quando um médico é interessado no paciente é como um pai para um filho! Naquela hora o doutor E. foi meu pai”.

Um pai, conforme pensa R., é aquele que faz o que pode e o que não pode para o filho. É aquele que cuida com paciência, sem agressão; se preocupa com o filho mesmo depois que ele se casa e vai viver sua vida, lamentando-se porque agora o filho é “dono do próprio nariz” e não segue mais os conselhos do pai. R. dificilmente batia nos filhos e, quando o fazia, sentia grande remorso e, não raro, chorava de arrependimento. Revela que sempre teve um “coração mole”, é um homem que às vezes “chora por nada”. Para ele, um homem com o “coração duro” é aquele que não se arrepende de seus atos, enquanto o “coração mole” é aquele que não tem “maldade”, que prefere aconselhar, resignar-se e esperar pela “recompensa de Deus”.

Em certa ocasião, R. teve sua pequena plantação de feijão invadida pelas galinhas de um vizinho. Questionado por alguns amigos que tiveram o mesmo problema sobre o que deveriam fazer para resolver a situação, R. responde: “O que eu pedi a Deus Ele já fez”. A resposta surpreende os amigos, que lhe pedem explicação. R. então lhes conta que pediu a Deus chuva suficiente para matar seu feijão, evitando, desse modo, ter que ir reclamar dos vizinhos. Aqui é novamente em termos de porcentagem que R. contabiliza sua perda: “Perdi setenta e cinco por cento do feijão e fiquei só com vinte e cinco por cento, mas não tive que brigar com ninguém”. R. nunca foi de brigar por nada. Quando eventualmente discutia com alguém, no dia seguinte “amanhecia arrependido, inchado”. Seus filhos, os homens, foram todos criados para “não terem defesa nenhuma”, para, se for preciso, “apanhar, mas não bater”. A filha, bem ao contrário, se tiver oportunidade, bate em todos os irmãos, atitude que leva R. a considerá-la “chata”.

A cirurgia não lhe incomoda tanto porque não o impede de trabalhar. Foi a anestesia e não a amputação que o deixou, como ressalta, “superaleijado”, sofrendo de uma dor nas costas que lhe exige um grande esforço para, por exemplo, se levantar da cama. O cirurgião já lhe recomendou, várias vezes, procurar um ortopedista, mas R., ainda não o fez, vai tomando analgésicos por conta própria que lhe proporcionam alívio passageiro: “A gente se

acomoda...”. Critica a si mesmo por causa dessa acomodação, lembrando que a medicina dispõe de muitos exames para que o paciente venha a saber o que tem, a causa da doença ou da dor e, mesmo assim, ele ainda “não foi ver se descobre”, parece não querer saber.

A revelação do médico e a realização da cirurgia, a princípio não lhe causaram abalo, pois naquele momento o que mais queria era “sair fora da doença”. No entanto, observa que “sair fora da doença, saindo fora também de uma coisa que pertence a nós, de um membro da gente, do sexual, do movimento da gente, faz a gente se sentir incompleto”. Agora que se livrou da doença, ele lamenta não poder “funcionar como antes”, isto é, “ter ficado na mão”.

Há algum tempo, R. começou a sentir fortes dores no olho esquerdo, tendo procurado uma oftalmologista e quase lhe implorado para que ela retirasse o olho doente. A médica se recusou, afirmando que seu problema era na córnea, portanto a visão, mas não o olho, seria perdida. Haveria a esperança de um transplante de córnea, o que não seria possível se ela atendesse a demanda de R. Depois da cirurgia oftálmica, ele passou a considerar como mais importante do que não enxergar o fato de “ter o olho no canto, de não estar com um buraco no meio”. Por essa razão, lamenta não ter acontecido o mesmo com o pênis, isto é, não ter ficado com quase nada no canto do pênis.

Contudo, ressalta que a penectomia, de acordo com o julgamento do médico, fora bem sucedida: “Antes de operar o senhor, eu lhe disse que você ia ficar o mesmo homem, um homem normal, não disse”? Ao que R. retruca: “Doutor, fiquei o mesmo homem, mais não sou homem pra mulher, né? Porque serve pra mim, mais não serve pra mulher (sorri), vai fazer o quê?”. Há, pois, um flagrante desencontro entre lugar ocupado pelo pênis no discurso médico e na fantasia do paciente, que passa pelo questionamento do que vem a ser um homem, um homem normal.

Solicitado a falar um pouco mais sobre o que seria homem para mulher, R. diz que, para ele, ser homem para mulher significa ser “homem sexual”. Para ser homem sexual, por sua vez, R. explica que é necessário estar “completo”, pois embora ele consiga gozar “se esfregando em cima” de sua esposa, esta não tem como, em sua percepção, obter prazer. R., portanto, não parece ter dúvidas sobre o que uma mulher quer no encontro sexual: um homem completo, lugar de onde ele não pode responder.

Por não ter retirado os testículos é que R. acredita que, para o médico, ele é um homem normal, isto é, o mesmo homem. A perda do pênis não extinguiu seu desejo: “Aquela necessidade de ter mulher, aquela cegueira por mulher continua mesmo que a gente não possa fazer o serviço completo, não tenha com o quê fazer o trabalho”. É fazendo uma analogia com os animais que ele tenta explicar a diferença entre ser um homem sem pênis e um homem sem

testículos: “Quando a gente quer um garrote pra trabalho, você tira os ovos e ele fica calmo, né? Aí acho que do mesmo jeito é no ser humano. O porco, você vai fazer do porco um cevado, você tira os ovos, num instante ele engorda e fica um bicho bom pra matar e se alimentar”.

R., não pode mais trabalhar como antes, fato que não deixa de, às vezes, angustiá-lo. Também não tem mais o pênis para funcionar como antes e dar à mulher o que ele acredita que ela quer. Permanecem os testículos, que embora lhe garantam a “cegueira”, não são suficientes para lhe permitir fazer o trabalho.

O fato de não poder ser mais um homem para mulher poderia levá-lo a ter receio quanto à fidelidade de sua esposa, não fosse o fato dela não ter nenhum interesse por sexo. Trata-se de uma mulher que, segundo ele afirma, há muito esfriou para o sexo. Gorda, pesando cerca de cento e quinze quilos, sofrendo com as sequelas de uma cesariana que nunca sarou, a esposa de R., conforme ele sublinha, “sempre teve dificuldade com o sexo, nunca teve prazer”. R. lamenta que, devido às consequências daquele parto, tenha perdido, segundo sua contabilidade, “cinquenta por cento” de sua mulher, referindo-se à frieza dela e a sua impossibilidade para lhe ajudar no trabalho com a mesma disposição de antes: “Ainda bem que a mulher é calma. Ela já também não tem muita saúde, tem muito problema de coluna. Aí ela não atrapalha. Se fosse uma mulher bem doidona, talvez me deixasse preocupado”.

As mulheres que ele qualifica como “sadias”, “mais novas”, “mais quentes”, oferecem mais perigo para um “homem deficiente” como R., pois muitas vezes, mesmo com “o marido estando bom”, elas não hesitam em procurar prazer junto a outro homem. Atitude bem diversa da esposa de R., que por algumas vezes já lhe deixou claro que se ele não precisasse mais de sexo, para ela seria a mesma coisa. No entanto, em alguns daqueles momentos de cegueira, de necessidade, em que R. a procurou para “se servir dela”, teve que ouvir: “Ora, tu não faz nada, a gente devia ficar logo longe um do outro. Fica só se esfregando!”. A reação da esposa às investidas de R. parece apontar mais para uma mulher frustrada do que para uma “mulher fria”, designação que em sua fantasia minimiza os danos à sua imagem viril. Diante dessa suposta frieza de sua mulher, R. se limita a dizer: “Tenha paciência, pois se não serve pra você, serve pra mim”. Além disso, ele justifica sua negligência quanto ao desejo da mulher por ser um encontro sempre muito rápido, apenas o suficiente para que ele “desenvolva”, isto é, ejacule: “Acho que ela entende, né, porque é só um instante, não vai maltratar muito”.

O tratamento que R. dispensou à esposa no passado compõe para ele a etiologia do câncer que teve. Converteu-se ao protestantismo e sua crença é de que o homem só está vivo porque Deus assim quer, mas só adoece porque o próprio homem quer e isso está relacionado

àquilo que cada um faz, por querer. No caso dele, a doença decorre do fato de ter sido, durante muito tempo, um homem “desrespeitador” em relação à esposa: “Eu não honrava minha esposa, estava sempre procurando mais uma. Teve um tempo que eu cheguei a três ou quatro mulheres”.

Nesse período trabalhava muito, mas também gastava muito com bebida e mulheres. Era novo, cheio de vitalidade e saúde, certo de possuir um corpo inabalável (“não sentia uma dor na unha”), inatingível pela doença e pela velhice. Sua fama de conquistador lhe rendeu o apelido de “homem das duas mulheres”, pois mantinha duas de suas quatro mulheres morando uma do lado da outra. Tal alcunha acabava repercutindo nos filhos, que na escola tinham que ouvir o deboche dos colegas: “Lá vem o filho do homem das duas mulheres”. Para R., mais trabalho e mais obediência a Deus teria evitado que adoecesse. Foi nesse período de desobediência a Deus que, além de perder seus bens, perdeu a visão, um dos filhos desmaiava sem nenhuma razão e quase perde a esposa por conta das complicações da cirurgia acima aludida. Na verdade, conforme já mencionado, perdeu cinquenta por cento de sua mulher. Segundo ele, ela não é mais “uma mulher pra tudo”, “uma mulher como era pra ser”, isto é, disposta e trabalhadora. Por conta do que ele caracteriza como seu “mau comportamento” é que acredita que sua esposa tenha se acomodado, esfriado e engordado.

Atualmente R. procura investir mais em sua presença na família, junto aos filhos e à esposa. Aquele corpo que não conhecia a dor, de um homem desrespeitador de sua mulher<sup>2</sup>, sempre disposto para o trabalho e para o sexo, deu lugar hoje a um corpo marcado por diversas dores: a dor na coluna, que o impede de levantar da cama; a dor no coto peniano após cada “esfregadinha” em sua esposa; a dor de aceitar que o médico não pode “completar, botar o que ele tirou”.

### **Um homem manso frente a mulheres valentes**

A.G., 71 anos, é viúvo há quatro anos. Pai de três filhas, mora com uma delas e sobrevive de sua aposentadoria. Há três anos se submeteu à penectomia parcial após repetidos internamentos em diferentes hospitais, sempre para tratar do pênis. Acredita que o câncer se desenvolveu a partir dos problemas de fimose que sempre teve. A intervenção cirúrgica que

---

<sup>2</sup> A forma como R. pronuncia “desrespeitador da minha mulher” equivoca com *desrespeita a dor da minha mulher*.

foi feita não surtiu o efeito esperado e, pouco depois, A.G. teve que ser internado novamente, mas o tratamento só mostrou eficácia por um breve espaço de tempo. Então, já cansado de ver “o mal” retornar após cada intervenção médica, tendo o pênis tomado por “uma casca grossa” - que ele cortava com uma tesoura quando estava com raiva - conseguiu, “por intermédio de mulher”, ser finalmente operado do câncer.

A revelação do diagnóstico não lhe fez sentir nada, pois já estava bastante acostumado a andar em hospitais. A indicação cirúrgica lhe foi explicada, mas ele não a assimilou por completo, apressando-se em dizer ao médico que “não fazia questão, não tava mais nem aí”. Se já estava lá, não tinha outro jeito: “Eu já tava no fogo, tem que acabar de queimar, né?”. Para tentar elaborar a necessidade da cirurgia, A.G. adota uma postura bastante resignada frente ao discurso médico: “Eu não podia nem reclamar. Estava nas mãos dos médicos, eles é quem têm o poder e sabem o que é preciso fazer. Se for preciso fazer outra cirurgia, não cismo, não. Se não operar é pior, se esconder é pior”.

Após a cirurgia, o processo de elaboração psíquica se mantém apoiado em atitudes bastante racionais, conservando certa distância do componente afetivo, fato que ele já havia assinalado quando se referiu ao diagnóstico: “Já estou operado, não tem mais jeito, eu não posso mais dar jeito mais de nada, o jeito que tem foi consolar mesmo. Não podia mais dar jeito! Ninguém olha para o que passou, o que passou, deixa pra lá. Tem que olhar pra frente, o que passou não adianta mais”. Isso não significa que ele não sinta falta do pênis, aquele do passado. No entanto, a falta que sente do pênis não aparece no discurso associada ao papel sexual desempenhado pelo órgão, mas por ser uma parte de A.G. que foi perdida, arrancada dele: “A gente sente falta porque de qualquer maneira é um pedaço da gente”. Contudo, o que lhe faz mais falta hoje é sua esposa, já que se estivesse viva ela o ajudaria muito com a lida doméstica. Para ele, essa é a grande diferença entre a vida que tinha antes e depois da cirurgia. Às vezes, as lembranças da esposa, das perdas sofridas em tão pouco tempo, lhe fazem “pensar besteira”, isto é, que vai morrer sozinho, que no dia seguinte pode não levantar ou não ter o que comer. Desses pensamentos, A.G. procura se defender indo dormir mais cedo ou vendo televisão, especialmente o programa 190<sup>3</sup>, “só pra ver notícia ruim”, diz entre risos.

Sua vida hoje é praticamente restrita aos afazeres domésticos, à televisão e ao bate-papo com alguns vizinhos. Dorme cedo, logo após o noticiário. Acorda igualmente cedo, toma seu banho, faz o café, água suas plantas e vai conversar com os amigos. É isso que atualmente dá prazer a ele e que pode ser entendido - conforme suas palavras - como “viver

---

<sup>3</sup> Trata-se de um programa policial, no qual a violência e a morte dão a tônica.

tranquilo, sem ter inimigos” num mundo onde impera a lei do mais forte: “Tudo hoje está na lei do mais forte. Só Deus mesmo pra ajudar a gente”.

Não há espaço para mulheres na vida de A.G., pelo menos para aquelas que o colocam numa posição de objeto de seu desejo: “Já chegou foi uma mulher aqui perguntando se eu morava sozinho, se eu não queria uma mulher. Eu respondi que morava com Deus e que é melhor morar só do que mal acompanhado, pois dessa marca de mulher que tá aparecendo por aí eu quero é distância”. Apesar da insistência de sua interlocutora em dizer que conhecia uma mulher nova e distinta que estaria interessada nele, A.G. é taxativo: “Não, não, deixa pra lá, deixa esse amor pra depois, meu Deus do céu! Essas novinhas é que são doidas! Assim tá bom!”.

Para esse sujeito, a mulher de hoje está interessada somente “no que o sujeito tem”. Elas traem o marido e depois ainda querem tomar a casa, amparadas pela Lei Maria da Penha, que A.G. considera errada, no mínimo esquisita. Em nome dessa lei, as mulheres ficam com um homem duas ou três vezes e já o “amarra, xinga, bota o pé no cangote deles e dizem que tudo o que ele tem também é dela”. Ao homem, assim dominado, só resta vender os bens e dividir com a mulher, se não quiser perder tudo para ela. Essa forma da mulher gozar do homem, A.G. parece identificar, pelo menos em potencial, nas mulheres que a ele se apresentam contribuindo para sua recusa de qualquer relacionamento que vá além de uma amizade, de um bate-papo: “Meu prazer hoje é conversar com minha vizinha, viver em paz. Quero lá esse negócio de mulher! Essas carniças só prestam para enganar os outros! Não, não, não quero não!”.

A Lei Maria da Penha é para A.G. um instrumento para deixar “muito homem manso”, principalmente aquele que trata a mulher como uma escrava. Há os homens que, de acordo sua percepção, são “ruins pra mulher”; e há os que “não gostam de mulher”. Esses últimos são comparados a Nero, imperador romano, que “apesar de ser rei não gostava de mulher!”. A.G. não consegue aceitar que tais homens consigam não gostar de mulheres e os considera “umas pragas, uma coisa sem futuro”. Ao contrário desse tipo de homem, A.G. sempre gostou de mulher: “Primeiramente, minha mãe. Passei nove meses junto dela no ventre dela, só me desliguei quando eu tinha quinze anos, quando fui trabalhar em outro canto”. A esposa vem em seguida, como a mulher de quem ele mais gostou. Ambas totalmente diferentes das mulheres que ele descreve como “perigosas, que vivem bêbadas, caídas na calçada, falam palavrão, são da bagunça” e que já revelaram a ele seu interesse. As mulheres de hoje são, assim, consideradas por ele “mulheres valentes”: “Muito mais agora, por causa da Lei”.

A.G. ora afirma que não pensa mais em sexo, em mulher; ora que a vontade de sexo existe. As lembranças das mulheres que já teve na vida lhe despertam o desejo, já que, conforme observa, ele é “homem como os outros homens”: “Não fui castrado, só perdi um pedaço”. Tal contradição pode ser entendida como: pensa, deseja, mas se defende de todos os modos de tais pensamentos: “A gente sente, fica com saudade, mas o que é que é de fazer, eu não posso, né? Não tem que fazer nada... Desesperar é que eu não vou, ficar doido eu não vou, morrer enforcado não adianta, tomar veneno não adianta, ficar assim, abestado, só olhando pra mulher dos outro? Não sou doido!”.

A.G. sempre foi um homem controlado e, diante da presença do desejo, recorre a Deus, às tarefas e distrações da casa, a conversas com algum vizinho, para esquecer. Outra estratégia utilizada por A.G. para lidar com as consequências da perda do pênis é repetir para si mesmo que há casos bem piores do que o seu, como um homem que viu no hospital, sem as pernas; ou um outro, que não tinha os dois braços. Ele não tem, conforme se expressa, esse tipo de “desgosto”, está muito satisfeito com a vida que tem.

Quando fala da perda cirúrgica, A.G. o faz se referindo ao *pênis* e não a uma *parte* dele. Embora possuindo uma parte do pênis suficiente, conforme o discurso médico, para uma relação sexual, ele não consegue conceber que tal seja possível: “O doutor disse que ia tirar um pedaço pra evitar... Mas sobre esse negócio de transar não falou não. Eu é que penso que... com um pedaço!”. O que parece claro é o desencontro entre o pênis do discurso médico e aquele presente na fantasia de A.: “A gente não pode transar com uma mulher! Como é que pode, com um pedaço! Eu nunca testei, mas ainda vou testar”. Enquanto não submete seu pedaço ao teste, segue negando o desejo que as mulheres, inclusive “a dos outros”, lhe causam, vendo-as somente como pessoas, “pessoas boas” pra ele: “A gente gosta sem compromisso, a gente gosta das pessoas! Não que eu esteja conquistando a mulher alheia, gostando da mulher alheia! Não, não! Eu nunca gostei dessas coisas não!”. São essas mulheres-pessoas-boas que lhe ajudam, lhe acompanham ao hospital, às consultas. Mulheres que, a julgar pelo modo como as caracteriza, não o desejam, e, sim, cuidam dele. Por isso é com elas que ele se sente seguro para revelar-lhes sua condição de homem penectomizado, o que ele chama de seu segredo.

## CAPÍTULO 5

### Reflexões sobre o impacto da penectomia na sexualidade masculina

A escuta dos sujeitos indica que, ao lado de possíveis obstáculos sociais, econômicos e culturais, há algo da ordem de uma resistência no adiamento da procura pela medicina. Resistência que, como a entende o saber psicanalítico, sinaliza a presença de um conflito psíquico.

Todos os sujeitos afirmam terem notado alterações significativas no pênis durante um período considerável de tempo. Tais mudanças eram geralmente acompanhadas de dores intensas, por vezes incapacitantes. No entanto, eles adiavam a ida aos postos de saúde, guardavam a doença como um segredo, resistiam a procurar o médico até o limite do suportável. Por quê? O que levaria um homem a observar durante anos uma parte do corpo, considerada por ele tão importante, ser consumida por um tumor cada vez maior, exalar odores fétidos indisfarçáveis, ser o *locus* de dores insuportáveis e, mesmo assim, evitar o encontro com o médico? Será que as peculiaridades do meio sócio-cultural em que esses homens vivem bastariam para explicar semelhante “estoicismo”? As palavras de dois dos sujeitos que escutamos justificam nossos questionamentos e sugerem a influência de fatores que, para a psicanálise, bem podem ser remetidos à sexualidade.

R.I. diz: “Pedia a Deus que me curasse para que eu não precisasse procurar o médico porque eu achava feio baixar a roupa diante do médico”. Esse mesmo sujeito sempre se sentia envergonhado de, como afirmou, “tirar a roupa na frente do povo” quando saía com os amigos para tomar banho nos açudes, principalmente agora que, conforme salienta, “se vestir o biquíni a parte não fica quase apresentada”. Acrescentemos ainda que R.I., apesar de todas as dores e mau cheiro que sentia, só decide buscar o médico quando o pastor de sua igreja lhe exorta a assim proceder, pois que a medicina também era “coisa de Deus”, quem, para esse sujeito, nunca desampara os filhos.

Para muitos pacientes oncológicos, com os quais nos deparamos no cotidiano hospitalar, o médico é considerado instrumento de Deus para salvar vidas, o saber que possui é um dom divino. Assim, a expressão “abaixo de Deus, os médicos” ecoa nas enfermarias cirúrgicas do hospital em alto e bom som. Para R.I., contudo, o médico é também o pai que cuida dele, que lhe tira o pênis porque sabe o que é melhor para o filho. Não seria possível

pensar que, para o sujeito acima referido, a resistência em se dirigir ao saber médico se articula a suas questões com a figura paterna?

Outro paciente, J.S., lamentava-se por não ter pedido ajuda com mais antecedência ao cirurgião que lhe operou, já que o conhecia por trabalhar como flanelinha em frente à clínica do aludido médico. Não o fez porque, segundo suas palavras, “tinha medo de levar um carão, uma repreensão, porque ele tinha uma cara dura, não falava com ninguém”.

A julgar pelo que enunciam R.I. e J.S., não se pode negligenciar o papel desempenhado pela fantasia na dificuldade que alguns sujeitos apresentam de se colocarem numa posição de submissão no laço social que estabelecem com o médico. Cabe admitir, então, que a resistência em procurar o médico é determinada pelo saber inconsciente de cada um dos sujeitos, para além das questões sócio-culturais, de que todos esses sujeitos sofrem a influência.

Ainda quanto ao encontro dos sujeitos com o médico, a comunicação do diagnóstico e da conduta terapêutica a ser adotada não foi recebida com o abalo emocional que o senso comum e mesmo a equipe de saúde costumam esperar para esse tipo de contexto. Entre o pênis e a vida, os pacientes não titubearam: escolheram a segunda e, para tanto, adotaram frente ao médico uma postura de franca resignação, de explícita passividade. Sobre isso, as falas dos sujeitos são por demais ilustrativas: “Está na mão deles, eles é quem estão com o poder e sabem, né? Já tava lá, tinha que tirar mesmo, não tinha mais jeito, eu não podia fazer nada, né? Não podia nem reclamar. Pior seria... se tivesse ficado” (A.G.); “Eu tava nas mãos dele... O que é que eu podia teimar com eles se quem sabe são eles, né?” (R.I.); “Quando eu soube que iria perder o pênis, não fiquei desesperado, queria a minha saúde, estava nas mãos de Deus e dos médicos. Não podia nem questionar; se tivesse de fazer que fizessem” (F.F.C.); “Já deveriam ter tirado esse filho de uma égua antes!” (J.S.).

A atitude decidida de entregar o pênis para “sair fora da doença”, como afirmava R.I., se assemelha aos achados de um estudo norueguês, no qual a maioria dos pacientes preferia ter um maior tempo de vida a preservar o órgão. Todavia, o que nos parece mais importante é que alguns indivíduos, participantes daquele estudo, admitiam preferir um tratamento que lhe oferecesse menor tempo de vida, mas que aumentasse a chance de manterem a potência sexual. Um desses pacientes revelou que a escolha entre o pênis e a vida dependia da idade, ou seja, se ele fosse mais jovem escolheria preservar o pênis, mas como era idoso (71 anos), optou por mais tempo de vida (OPJORDSMOEN; FOSSA, 1994).

Há, no exemplo acima, a clara vinculação por parte do paciente entre idade e desejo sexual. Se biologicamente tal relação é observável, precisa ser, entretanto, relativizada, a

julgar pelo que J.F.S. (78 anos), A.G. (71 anos) e F.F.C. (69 anos) nos deixam perceber em suas falas. Estas testemunham menos a ausência do desejo que o esforço para mantê-lo recalçado, como veremos adiante.

Temos, pois, que para se verem livres da doença os sujeitos aceitam se colocar, como dizem, “nas mãos dos médicos”. Contudo, tal postura resignada só em aparência está desprovida de conflito.

Efetivamente, o médico é instalado no lugar do saber, diante do qual a posição de objeto em que o sujeito, por sua vez, vem a ocupar, parece-lhe necessária à preservação da vida. Não obstante, tal posição não parece muito confortável, pois suas falas denunciam o esforço desses sujeitos em se utilizarem de algumas estratégias defensivas a fim de manter sob recalque pensamentos opostos à posição de objeto que ocupam. Isso sugere que os sujeitos não estão totalmente instalados no lugar de objeto no laço social com o cirurgião.

R.I. ao falar dos ganhos e das perdas envolvidas na cirurgia, afirma:

Agora, eu só achei assim... que eles, com medo de que a doença voltasse do mesmo jeito, eles cortaram muito, né? Essa aí é só a maneira que eu acho. Mais não é que eu vá ter dúvida e vá querer criticar meu médico por isso não, certo? Porque eu vi que o interesse dele era de dizer assim no outro dia: “Você ficou bom”, né? Eu vi que o interesse dele era esse, né, doutor? Quem sou eu pra criticar meu médico, que ele... Nessa hora eu tenho certeza que ele foi meu pai, viu? Porque o que ele fez, né?

A fala de R.I. indica o caráter ambivalente de sua posição frente ao médico, figura que não deixa de evocar para ele a presença do pai: ao mesmo tempo, nega e afirma sua submissão àquele, sua desconfiança em relação ao saber do cirurgião. Percebemos que, assim procedendo, o sujeito consegue admitir na consciência conteúdos recalçados, embora numa dimensão intelectual e não afetiva. Trata-se aí daquilo que Freud (1925 [1981r], p. 2884) denominou *Die Verneinung*, traduzida em castelhano por *negación*:

Con ayuda de la negación se anula una de las consecuencias del proceso represivo: la de que su contenido de representación no logre acceso a la conciencia. De lo cual resulta una especie de aceptación intelectual de lo reprimido, en tanto que subiste aún lo esencial de la represión.

Vemos, pois, que a negação é para Freud um tipo de defesa contra o conteúdo afetivo associado à representação recalçada e, como tal, assinala a existência de conflito psíquico. Isso reforça nossa hipótese de que o adiamento da ida ao médico, por parte dos pacientes, não deve ser atribuído somente a impedimentos sócio-culturais.

Outro paciente assim expressa a ambivalência acima aludida: “O médico disse que tava no terceiro grau [...] Mas... Ninguém pode dizer nada, né, doutor! Ele é quem sabe, né? Eu estou na mão dele! Não quero dizer nada, não, mas o que ele fez me deixou liquidado, um homem morto” (J.F.S.).

O pênis ou a vida: eis a questão frente à qual os sujeitos devem assumir uma posição. J.F.S. nos convida a pensar que, diante de tal escolha, a morte para ele é inevitável, pois se escolhe o pênis é um homem morto; se opta pela vida, não deixa de ser na fantasia também um homem morto.

A relação com o médico parece assumir um caráter ambivalente, atravessada por amor e ódio. Afinal, o cirurgião, em um único movimento, lhes devolve a vida, mas retira-lhes o pênis.

Outra questão que perpassa o encontro desses sujeitos com o discurso médico diz respeito à causa da doença. Para a oncologia, a etiologia do câncer de pênis guarda relação com a fimose, a falta de higiene e as doenças venéreas. A medicina, então, oferece ao sujeito alguns signos, por meio dos quais ele poderá lidar com o sem sentido da doença. De fato, na fala dos sujeitos existe a referência aos três fatores etiológicos acima mencionados, especialmente ao primeiro. No entanto, percebe-se que o trabalho psíquico é realizado muito mais pelos significantes que organizam a fantasia do sujeito do que pelos que integram o saber médico, assinalando, destarte, a singularidade com que se dá para eles a elaboração do diagnóstico e da amputação. Fimose, falta de higiene e doença venérea só participam do trabalho anímico na medida em que se articulam à cadeia desejante do sujeito e não puramente como elementos da semiologia médica.

Para A.V, por exemplo, a doença veio por conta da falta de higiene, mas não por culpa dele, e sim, de sua mãe, que nunca deu importância à fimose que ele desde criança apresentara: “Desde que eu nasci eu tenho problema com o pênis, com o bilauzinho. Talvez foi erro da mamãezinha que não cuidou. Eu era o único dos filhos homens que não conseguia arregçar o pênis”.

F.F.C., ao contar o que o médico lhe havia dito acerca da causa do câncer de pênis, faz um lapso: ao invés de dizer que ficou doente por não ter feito a fimose, conforme o cirurgião lhe explicara, afirma: “Isso aconteceu porque eu não fiz a próstata”. Recorda que nessa

mesma conversa o médico lhe comunicara a necessidade dele se submeter ao exame da próstata, futuramente. Lembra, na sequência, que um irmão lhe dissera que ele estava com câncer por causa de mulher, das “doenças do mundo que se pega com mulher”. Por fim, o significante “próstata” também estava associado a “estar parado para mulher”, a “não ter mais talento pra mulher, como os homens que fizeram a próstata”.

Também a religião trata de lançar ao sujeito determinados significantes que poderão vir a ser articulados na fantasia, e a partir daí, tomar parte na elaboração do trauma. No caso de R.I., o significante “obediente” faz cadeia com os significantes sobre os quais sua imagem viril estava construída:

Eu fui...desrespeitador. Eu não honrei minha mulher. Eu corri atrás de outra, né? Eu não só tive uma mulher, tive três ou quatro mulheres. O homem obediente a Deus, ele não adocece. Se adocece, aí Deus cura na mesma hora. É porque nós somos desobedientes. Nós somos desobedientes. Se a gente não fosse desobediente não adoecia.

Parece plausível pensar que o confronto com o diagnóstico, com a necessidade da cirurgia e com a perda do pênis demanda desses sujeitos o trabalho de elaboração psíquica, de produção de uma tela frente ao trauma em jogo. Conforme observamos em seus discursos, através das teorias e explicações que eles constroem diante do confronto com a falta do pênis, é a fantasia que pode dar a esses sujeitos condições de reorganizar a imagem viril e a sexualidade após a cirurgia.

Levar em conta a dimensão da fantasia é sustentar perante o sujeito a ética da psicanálise, onde o saber está do lado do sujeito. É somente na medida em que preserva o não-saber que as intervenções do analista podem produzir algum efeito e, então, ele pode vir a contribuir com os demais membros da equipe de saúde, cujas intervenções, por seu turno, se pautam no modelo da reabilitação. Neste paradigma um homem parcialmente penectomizado, por exemplo, preservaria, a depender do tamanho do coto, a capacidade de penetração, isto é, de uma vida sexual menos frustrante; enquanto aqueles submetidos a penectomia total, ou não teriam mais vida sexual ou precisariam da ajuda de uma equipe multidisciplinar para lhes ensinar a gozar com outras partes do corpo. Nas palavras de Von Eschenbach e Shover (1984, p.2665):

Para os pacientes que não podem mais realizar o coito, um membro da equipe de reabilitação sexual pode sugerir formas alternativas de gratificação sexual como sexo oral, uso de vibrador ou estimulação manual. Uma discussão sensível e profissional a respeito das técnicas envolvidas pode eliminar preocupações do paciente e do parceiro. Com frequência, tanto o paciente quanto seu parceiro devem modificar seu foco, desde a penetração, performance e orgasmo, para obter uma percepção mais ampla do prazer sensual.

Observamos que os sujeitos não necessariamente correspondem às expectativas do saber médico e psico-oncológico acerca de sua vida sexual. Assim, à exceção de R.I., todos aqueles que se submeteram à penectomia parcial se abstiveram do sexo; ao passo que J.S., que perdera todo o pênis, não se furta a encontros sexuais. Os sujeitos revelam, em seu dizer, que os desencontros com as expectativas da ordem médica e da psico-oncologia não parecem estar associados à falta de conhecimento sobre a sexualidade e sobre seu corpo, de acompanhamento psicológico antes ou após a cirurgia para ele e seu parceiro ou de sentimentos de vergonha relacionados ao tamanho do pênis ou ausência da glândula, conforme encontraram Romero *et al.* (2005).

A fala de J.F.S. indica papel essencial não do conhecimento, da cognição, mas do saber inconsciente e da fantasia aí concernida na reorganização da sexualidade. Com efeito, ele se revolta ao imaginar que um homem possa fazer sexo oral com uma mulher. As pulsões parciais parecem estar representadas por ele como não sendo coisa de homem. Em dado momento, o sujeito irrompe na fala, apontando para sua verdade:

Homem que nasceu pra ser homem não bota a boca num negócio daquele não, doutor! Homem que faz isso é um homem sem vergonha! Se um homem bota a boca na buceta de uma mulher, no outro dia ela faz ele passar vergonha: ‘Olha lá o chupão!’ Se uma mulher quisesse que eu fizesse isso eu ia ficar muito apavorado... aborrecido.

Ele salienta que iria falar “apavorado” ao invés de “aborrecido”. Vale observar que o significante “apavorado”, cuja emergência no discurso é abortada, também é utilizado para descrever como o paciente se sentiu ao ser informado pelo médico que iria perder todo seu pênis: “O médico disse que o caroço já tava no terceiro grau e que não tinha outro jeito, tinha que cortar tudo, porque era um câncer. Eu fiquei apavorado, muito apavorado, mas disse que ele podia fazer”. Não poderíamos pensar que para esse sujeito a erogeneidade de outras zonas

corporais encontraria obstáculo no horror a ocupar uma posição feminina, de “homem que não tem mais nada”, conforme se expressa, diante da mulher?

J.S., submetido à penectomia total, preserva seus testículos, mas isso não o impede de, na fantasia, representar-se como um “boi manso”, ou como um “homem capado”. Aliás, é exatamente deste modo que ele movimenta sua vida sexual com uma mulher que só aceita tê-lo sobre ela na cama, segundo J.S., “por dó”. Sua performance sexual, restrita às “esfregadinhas” que diz dar nessa mulher, é-lhe suficiente para chegar ao orgasmo, ainda que o prazer experimentado esteja, para ele, aquém do que fantasia.

R.I. perdeu parte do pênis, que ele contabiliza como algo próximo a noventa por cento. Os dez por cento restantes, entretanto, se lhe põem obstáculo à penetração, não lhe impedem de procurar sua esposa e também, utilizando-se do mesmo termo de J.S., dar semanalmente uma “esfregadinha”, que lhe garante o gozo sexual.

A.V., parcialmente penectomizado, afirma que o médico tirou somente a glândula, o que, ao contrário de R.I., permitiu conservar a maior parte do órgão. Todavia, A.V. sublinha que após a cirurgia renunciou totalmente ao sexo com a esposa, a qual, de acordo com ele “sempre foi fria, nunca puxou muito pro sexo”, mas também não ousa procurar outras mulheres. A.V. fala com certo orgulho do fato da esposa não se importar com nenhum acessório próprio à feminilidade, de viver somente para a casa e para cuidar dele. Em sua fantasia, mãe e esposa parecem se articular através do significante “cuidar”, associado à culpa que ele atribui à primeira pela perda do pênis (“Foi erro da mamãezinha que não cuidou do meu bilauzinho”), bem como à captura de seu desejo pelos dotes domésticos da segunda (“Essa mulher ainda vai cuidar de mim”). É interessante sublinhar que nas consultas periódicas que tem com o médico A.V. não consegue dizer a verdade sobre sua vida sexual: “Quando eu volto para o médico, ele me pergunta se eu to fazendo direitinho, e eu minto, digo que estou sim. Não vou dizer pra ele que não faço porque minha querida esposa é fria. Ela tem muitas qualidades que me *trai*, me *trai* muito”.

De um lado o médico, cuja pergunta sinaliza a resposta que espera ouvir do paciente: “Sim, doutor, estou fazendo sexo”, afinal este paciente só perdeu a glândula e, desse modo, deve ser capaz de penetração; do outro, a verdade do sujeito irrompendo na fala, lembrando que A.V. responde ao médico do lugar ocupado por ele na fantasia que sustenta sua vida amorosa com a esposa, e não de onde o saber médico lhe aguarda.

A vida amorosa é outro ponto que emerge da escuta desses sujeitos. É recorrente no discurso deles a dissociação entre o amor e o desejo, que se desdobra na posição que eles reservam à mulher em suas fantasias. Enquanto a esposa é idealizada, dessexualizada, objeto

de respeito e proteção, as “mulheres de fora”, como se expressava F.F.C., são as melhores, as que sabem o que um homem quer na cama. Esse mesmo sujeito revela que se casou porque queria ficar apenas com uma mulher, e isso aos quatorze anos. Contudo, um ano foi o suficiente para ele se convencer de que não conseguiria reunir amor e desejo numa única mulher.

Essa peculiaridade, relativa à fantasia que organiza o laço amoroso com a mulher, implica, como já comentamos, considerar a dificuldade dos sujeitos em fundir num mesmo objeto as correntes psíquicas de carinho e sensualidade. As palavras de Freud são por demais esclarecedoras:

El hombre siente coartada casi siempre su actividad sexual por el respecto a la mujer, y sólo desarrolla su plena potencia con objetos sexuales degradados, circunstancia a la que coadyuva el hecho de integrar en sus fines sexuales componentes perversos, que no se atreve a satisfacer en la mujer estimada. Sólo experimenta, pues, un pleno goce sexual cuando puede entregarse sin escrúpulo a la satisfacción, cosa que no se permitirá, por ejemplo, con la mujer propia. De aquí su necesidad de un objeto sexual rebajado, de una mujer éticamente inferior, en la que no pueda suponer repugnancias estéticas [...]. A tal mujer dedicará entonces sus energías sexuales, aunque su cariño pertenezca a otra de tipo más elevado (FREUD, 1912[1981i]).

É o que podemos inferir da fala de F.F.C.:

Eu não exijo nada dela, não digo pra ela o que eu gosto de fazer na cama, como é que eu gosto que ela faça, para não desrespeitá-la. As mulheres de fora são sempre melhor porque sabem se mexer; sabem fazer o que a esposa não faz; fazem na hora que a gente quer. Elas têm amor, fazem tudo para segurar o homem.

Para alguns, é justamente a impossibilidade de fazer coincidir na esposa as correntes sensual e de ternura, buscando o prazer em outras mulheres, que responderia pela doença e perda do pênis, ensejando também fantasias de punição e sentimentos de culpa. Observamos que, após a amputação, a dissociação acima aludida permanece nos devaneios eróticos integrando as teorias que eles elaboram a fim de encontrar sentido para o trauma provocado pela cirurgia.

R.I. sempre teve mais de uma mulher. Em certa época duas dessas mulheres eram vizinhas, o que lhe rendeu o apelido de “homem das duas mulheres”. Durante boa parte de sua

vida conjugal desrespeitou sua esposa e a isso credita a perda da visão, a perda de, como se expressa, “cinquenta por cento” da esposa, a doença de um filho e a perda de “noventa por cento” do pênis: “Eu fui desrespeitador, né? Não honrei minha mulher, estava sempre a procura de mais uma”. A dissociação entre amor e desejo provoca culpa em R.I., que ele parece tentar simbolizar através da contabilidade das perdas que vivenciou como castigo divino.

A.V. emprega razoável quantidade de energia psíquica na utilização de formações reativas para fugir, frequentemente, do desejo que tem pelas mulheres dos outros: “Às vezes, quando eu tenho vontade de sexo, oro a Deus e a vontade morre de novo. Se a pessoa olhar e persistir olhando, aí comete adultério. Deus nos observa! José do Egito fugia da mulher de Pontifás”. Para ele, se permanecer fiel à esposa, se continuar protegendo-a, cuidando dela, terá seu pênis restaurado quando Deus retornar à Terra. A.V. considera que sua presença ao lado da esposa é importante pela idade dela. A esposa é como diz, “uma princesa”, uma mulher que precisa ser respeitada por sua idade, que muito cedo ficou sem pai e sem mãe; e isso sustenta a fidelidade do sujeito: “Pra quê eu vou deixá-la? Por isso é que eu não vou fazer isso não!”. Para esse sujeito, além da dissociação entre o amor e o desejo, a supervalorização do objeto amado se associa à fantasia de ser o salvador e fiel protetor da esposa, vítima de uma história de vida marcada por tragédias familiares. O papel de salvador da esposa ao mesmo tempo em que lhe fornece um lugar no desejo dela, o impede de levar ao ato o desejo por outras mulheres, já que isso seria, para ele, o mesmo que abandonar a indefesa mulher. Trata-se, para esse sujeito, de buscar no Outro um significante que sirva de esteio à imagem viril, danificada pela amputação. Sobre isso, vale trazer as palavras de Estalcolchic (1995, p.38): “Em algumas ocasiões, bastará que ela exiba sua falta sob a forma do sofrimento, de haver padecido toda uma história de frustrações e desencontros, para dar lugar a que ele se coloque como um cavalheiro do bom encontro, aquele que a fará esquecer seu triste passado [...]”.

A.G. afirma que, ao contrário de muitos homens, sempre gostou de mulher: “Eu toda vida gostei de mulher. Uma que primeiramente foi minha mãe. Passei nove meses junto com ela, no ventre dela. Depois que nasci me criou até quinze anos. Quinze anos foi a idade que me desliguei dela. Depois me casei, tem a mulher, tem filho, tudo eu gosto, se é meu eu gosto”. De um lado a mãe e a esposa; de outro as mulheres que provocam o desejo do qual ele trata de se defender: “A gente sente, fica com saudade, mas o que é que é de fazer, eu não posso, né? Não tem que fazer nada... Ficar assim, abestado só olhando pra mulher dos outro? Não sou doido!”.

A amputação surge na fantasia de alguns dos sujeitos como consequência do exercício da virilidade, junto às mulheres; como punição por não ter honrado e respeitado a esposa, como também pela falta de cuidado com o pênis por parte da mãe - no caso de A.V.

A atitude erótica marcada pela dissociação entre amor e desejo, pelo respeito à esposa e pela necessidade de ter outras mulheres estava relacionada, para esses homens, à manutenção da imagem viril. Entretanto, enquanto alguns se defendem energicamente de tal atitude, não a admitindo nem mesmo em fantasias, outros a tomam como motivo de orgulho e prova de virilidade: “Teve um tempo que eu tinha seis mulheres, dei uma casa a cada uma, pra elas não ter do que reclamar. Gostava de aparecer pros amigos com uma mulher diferente a cada dia” (F.F.C.). Interessante ressaltar que a esposa desse sujeito, de acordo com o que ele diz, não lhe pedia satisfação sobre suas outras mulheres; ao contrário, não se furtava a ratificar sua imagem viril perante homens e mulheres: “Isso é coisa de homem mesmo. Cuidado com ele! Não dê cabimento a ele não, porque ele pega mesmo!”.

O uso do pênis desempenha na sustentação da imagem viril um papel fundamental, pois, conforme o relato de suas falas, ser homem implica saber o que uma mulher, ou talvez, as mulheres querem: gozar com o pênis, e não com a boca, ou com o dedo, por exemplo. Nesse sentido, J.F.S. evidencia o saber que possui sobre o que uma mulher espera do homem: “Mulher gosta é de lenha, doutor, de madeira!”. Os sujeitos fazem referência, pois, ao gozo do órgão como característica do que para eles é um “homem que nasceu para ser homem”, como enfatiza J.F.S.. Além disso, deve ser um gozo heterossexual, pois de acordo com A.G., “homem que não gosta de mulher, não tem futuro, não presta”.

A associação entre a virilidade e o desempenho sexual é, segundo Kehl (1995), uma impostura do macho moderno, lembrando que os cavaleiros medievais, por exemplo, eram castos, mas sua virilidade não era posta em dúvida. A luta, a glória, a vitória, o domínio da espada, cristalizavam o que o homem, na modernidade, passou a localizar no uso do pênis. “A impostura do macho consiste em fazer crer (inclusive para ele mesmo) que o pênis é o falo. [...] consiste em desfazer o caráter simbólico do falo” (KEHL, 1995, p.100).

Enquanto para o discurso médico a presença do coto peniano é suficiente para garantir a um sujeito penectomizado que ele continua sendo o mesmo homem, as enunciações dos sujeitos sugerem que o ser homem só adquire sentido em referência à existência do desejo por mulher e à conquista sexual de mais de uma mulher. Assim é que, quando o cirurgião visita R.I. após a cirurgia e lhe pergunta se ele continua o mesmo homem - conforme o próprio cirurgião lhe assegurara antes do procedimento -, o paciente lhe responde: “Doutor, fiquei o mesmo homem, mais não sou homem pra mulher, né? Porque serve pra mim, mais não serve

pra mulher, vai fazer o quê?”. A ideia de que ser homem é ser homem para mulher estava associada por R.I. a ser, como expressa, “homem sexual”. Tal representação não deixa de atravessar o discurso de outros sujeitos:

J.F.S. sustenta sua imagem viril no significante “mulherengo” e é enfático ao afirmar o que é necessário para ser homem: “Homem tem que ter mais de uma mulher. O homem acha que tem que comer todas as mulheres”. Para ele nunca dizer não para uma mulher, mesmo sem desejo, era uma espécie de imperativo necessário à afirmação da imagem viril.

Para F.F.C. a imagem viril foi construída em torno dos significantes “mulherengo” e “violento”, este último associado, conforme suas palavras, a sua “loucura por mulheres”: “Sempre fui muito mulherengo, sempre tive muitas mulheres, sempre fui muito violento para mulher. Eu gostava muito de me mostrar como tendo mais de uma mulher e dinheiro”. Ele conta que, após o trabalho, “ao invés de procurar alguma coisa pra comer, eu ia comer mulher”.

Outra questão relativa à imagem viril diz respeito ao receio de não ter sua virilidade reconhecida pelas mulheres, uma vez que não podem mais responder ao desejo delas com o pênis, ainda que, como já ressaltamos, do ponto de vista médico, alguns preservem a capacidade de penetração. Nesse sentido, ainda que para os discursos médico e psicológico J.F.S. seja um homem, é como “homem morto, liquidado” - conforme se expressa - que ele representa sua imagem no laço social com a mulher, pois ser homem é dar o pênis à mulher e isso ele não tem mais como fazer: “Como vou procurar mulher? Vou andar com uma mulher, vou pra casa dela, tiro a roupa, ela diz que eu não tenho nada e me manda embora!”. Tal temor se apresentava, antes da cirurgia, sob a forma de ser humilhado pelas mulheres caso viesse, como diz, a “falhar” com elas, determinando inclusive que suas escolhas amorosas recaíssem sobre mulheres mais velhas, capazes em sua fantasia, de guardar segredo sobre a impotência do homem.

O discurso dos sujeitos, de nossa pesquisa, nos faz pensar que a masculinidade para eles está associada à certeza que têm sobre o que quer a mulher: um homem que a faça gozar com o pênis. Como se expressava J.F.S.: “Mulher gosta é de lenha, de madeira, doutor!”. Reduzindo o gozo da mulher ao órgão peniano, esse sujeito expressa sua angústia por não poder mais dispor do suporte imaginário, por meio do qual protegia seu *ter* o falo, garante de sua imagem viril. Isso nos faz recordar o que Lacan (1972-1973/1985) chamou de “cãovicções”, forma chistosa de se referir às convicções através das quais o homem aborda o enigma do desejo da mulher.

Lacan (1972-1973 [1985b]) indica que o gozo da mulher não se restringe à lógica fálica, pois ela, a fim de ascender à feminilidade, não pode se sujeitar toda, como o faz o homem, ao domínio do falo. O gozo feminino, então, se dirige também ao além do falo, não suportado pelo significante e não restrito ao órgão.

A virilidade, sendo sustentada pela castração, implica situar o falo no simbólico, levando o sujeito a ter que se confrontar com o fato de não haver no imaginário qualquer atributo ou objeto que possa solucionar o enigma do desejo feminino. Em outras palavras, significa que o homem viril reconhece a castração e, por isso, não tem, a rigor, resposta alguma para dar ao “que quer a mulher”, a não ser uma não resposta (POMMIER, 1992).

Quanto mais o homem se esmera em ostentar seus semblantes viris, através de seus atributos físicos, intelectuais, morais, sexuais, mais denuncia sua falta, e se aproxima da posição feminina, isto é, de se “vestirem com as cores ostensivas do desejo do Outro” (SOLER, 2005, p.33).

Nossos sujeitos ignoram que pelo fato da mulher não ter seu gozo limitado ao falo, qualquer ostentação que o homem venha a fazer de seus semblantes viris, tais como os atributos sexuais, morais e físicos, tende a denunciar sua falta, aproximando-o da mascarada feminina (SOLER, 2005). Como bem pontua Pommier (1992, p.40):

A mulher pode amar um homem mesmo que ele seja feio, ruim, grosseiro ou pouco brilhante do ponto de vista sexual, a partir do momento em que sua presença lhe permita colocar a questão do que ela quer. [...] Quando um homem aceita ser a sede das contradições do que a mulher quer, ele é reconhecido em sua virilidade e, uma vez superada essa etapa, sua eventual feiúra, sua burrice ou sua inabilidade erótica tornam-se secundárias.

Levando em conta a citação acima, é possível pensar que se a perda cirúrgica do pênis pode restringir as manifestações ideais do comportamento de cada sexo, que para Lacan (1958 [1998b]) tem na cópula seu limite, não decide a virilidade; pois se, como nos diz um dos sujeitos, “ser homem é ser homem para mulher”, potência sexual e virilidade não se confundem... Pelo menos para uma mulher.

Ainda quanto aos temores dos sujeitos acerca da imagem viril, não podemos deixar de sublinhar o papel de sua singularidade na elaboração da ausência do pênis, pois se para J.F.S. e L.A. ter sua perda descoberta pela mulher é fonte de angústia, para J.S., provoca certo prazer. De fato, ele relata ter gozado de uma mulher que conhecera numa festa, provocando o

desejo dela e levando-a pra cama com o intuito de ver a reação dela ao se deparar com a ausência do pênis.

Para alguns, a cirurgia traz à tona algumas fantasias de traição por parte da esposa. Para tais sujeitos, o que parece proteger sua imagem viril é o fato de situarem suas mulheres no lugar da fria, daquela que não é capaz de despertar o desejo de nenhum homem. Nesse sentido, R.I., afirma: “Minha mulher sempre teve problema com o sexo, nunca teve prazer. Ainda bem que a mulher é calma. Ela já também não tem muita saúde, muito problema de coluna. Aí ela não atrapalha. Se fosse uma mulher bem doidona talvez me deixasse preocupado”. No entanto, às esfregadinhas de R.I., sua mulher responde menos do lugar de fria em que ele a situa em sua fantasia, do que de uma mulher frustrada: “Ora, tu não faz nada, a gente devia ficar logo longe um do outro. Fica só se esfregando!”.

A.V. também se refere à esposa como uma mulher nada feminina, o que lhe tranquiliza frente aos rivais imaginários: “Ela nunca foi quente, não me atiça. Se ela fosse mais danadinha, eu teria que fazer mais esforço pra satisfazê-la, porque senão ela podia se bandeirar pra outro”.

Dissemos acima que a imagem viril surge no discurso dos sujeitos como algo que deve ser ostentado não só para as mulheres, mas também para os outros homens. A vergonha de R.I. e o pavoneamento de F.F.C. sinalizam essa questão. Contudo, não deixa de ser interessante sublinhar o impacto que a amputação do pênis parece causar nos homens que sabem da cirurgia dos sujeitos. Sobre isso, J.S. nos oferece indicações preciosas: “A turma gosta de fazer gozação, mas eu levo na esportiva. O pessoal me chama de pau de aço, pimbinha, presença, homem capado”. Apesar do sujeito não ver coerência no último, afinal não lhe retiraram os testículos, para os que assim lhe apelidam parece ser menos intolerável lhe fantasiar como sem os testículos do que sem o pênis.

Em relação aos pacientes que se submeteram à penectomia total, além de tudo o que dissemos acerca da imagem viril, podemos acrescentar uma fantasia recorrente: a imagem viril fica ameaçada pelo fato deles terem que, como diz J.F.S. “urinar como mulher”. Assim, freqüentar o banheiro masculino passa a ser algo ameaçador, pois embora lá seja lugar de homem, é como mulher que eles urinam. Nesse sentido, J.F.S., cujo prazer passava pela cerveja com os amigos e com as mulheres, se pergunta: “Agora vou sair pra quê? Não tenho mais nada, doutor! Vou tomar cerveja e aí quando eu for pro mictório tenho que me sentar! Prefiro não tomar, nem sair”.

Diante da falta de sentido promovida pela amputação percebemos, pois, todo um movimento de reorganização no registro imaginário e simbólico que se articula não somente à

imagem corporal, à filiação ao universo dos homens, mas também ao direcionamento da pulsão, não satisfeita pelas vias da genitalidade.

Para alguns sujeitos, a vida sexual, mesmo incentivada pelos saberes da medicina e da psicologia, isto é, mesmo com a presença de um pedaço de pênis cujo tamanho tornaria factível a penetração, ou da possibilidade de aprender a ter prazer em outras partes do corpo, está parada. Recusam o sexo, as carícias e os pensamentos de ordem sexual; investem em atividades que podem lhe distrair de seus devaneios sexuais. Alguns realizam grande dispêndio de energia psíquica para manter longe da consciência o desejo; outros parecem conseguir acrescentar ao recalque, algo da ordem da sublimação, direcionando para a satisfação no trabalho a pulsão sexual insatisfeita.

J.F.S., para o qual ser homem exigia comer todas as mulheres, agora não pode comer nenhuma e prefere ficar em casa, aproveitando a companhia dos filhos e dos netos.

A.V., que há três anos, de acordo com suas palavras, “não toca mais no assunto de sexo” com a esposa, afirma que seu grande prazer hoje é servir a Deus por meio das atividades domésticas que divide com a esposa e do trabalho de porteiro que realiza em um condomínio: “Eu amo meu trabalho, doutor. Quando saí de licença todo mundo sentiu minha falta”.

A.G., que passou a gostar das mulheres como pessoas, defendendo-se do desejo de vê-las como objeto sexual, encontra satisfação também no cuidar da casa, de suas plantas e da conversa com as vizinhas.

Nesse trabalho psíquico, relativo tanto ao direcionamento da pulsão sexual para outros alvos quanto de reorganização da imagem viril, após a cirurgia, ficamos com a impressão de que os significantes que até a amputação balizavam a satisfação pulsional e ancoravam a imagem viril, parecem ser substituídos por novas articulações simbólicas. Assim, “trabalhador”, “honesto”, “provedor”, “protetor da mulher e dos filhos”, “homem deficiente”, “manso”, “brando”, não poderiam sinalizar outras possibilidades do sujeito se fazer representar no Outro, seja perante as mulheres, seja perante os homens?

De acordo com o exposto, percebemos a relevância de levarmos em conta a singularidade de cada sujeito na tarefa de elaborar psiquicamente toda uma série de eventos que vão desde a resistência em procurar o médico até os novos direcionamentos dados à pulsão sexual. A psicanálise não pode ficar indiferente aos aspectos culturais envolvidos em cada uma dos momentos acima mencionados. No entanto, o discurso desses sujeitos aponta para questões não alcançadas pela sociologia, pela psico-oncologia ou pela medicina. Aí reside em nosso entendimento uma das possíveis contribuições da psicanálise para o trabalho

no hospital: sublinhar, perante os discursos que lidam tão somente com o indivíduo, a existência do sujeito do inconsciente, presente no modo como cada paciente particulariza a sexualidade e o trauma provocado pelo diagnóstico e pela amputação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa nos levou a refletir que a sexualidade, a partir da escuta psicanalítica de pacientes penectomizados por câncer de pênis, requer a observância da singularidade da palavra de cada um desses sujeitos, o que nos obriga a vislumbrar um mais além da sexualidade biológica, da padronização da sexualidade a partir de valores morais e da dicotomia reducionista e autoexcludente do normal *versus* patológico. Tal nos levou, ainda, a constatar que, mesmo num contexto eminentemente médico - no qual se dá a oferta de respostas ao sofrimento do referidos sujeitos a partir de uma compreensão biológica e comportamental de sua sexualidade -, muitas vezes sem nenhuma demanda por parte deles - a psicologia (representada pela psico-oncologia e que cada vez mais encontra espaço no contexto hospitalar) pode encontrar lugar para seu exercício e para sua especificidade, o mesmo podendo ser dito para a psicanálise. Em nosso caso, que integramos a equipe hospitalar, a partir de um posicionamento relativo à atuação em hospital, pudemos vislumbrar que existe a possibilidade de realizarmos uma escuta diferencial desses pacientes. Tal escuta nos indicou que, no discurso desses sujeitos, a sexualidade se mostra, de certo modo, refratária aos modelos reabilitadores baseados unicamente na dimensão funcional da sexualidade e, portanto, redutíveis ao comportamento dos sujeitos quando do ato sexual. Isso evidencia a relevância de um trabalho mais abrangente para com eles e não restrito a intervenções pedagógicas com o intuito de fazer com que eles se adaptem à sua nova realidade e ao seu novo corpo.

Os sujeitos submetidos à penectomia, por nós escutados, indicaram, em seus discursos, a existência de um trabalho de elaboração psíquica do impacto provocado pela doença e pelo trauma decorrente da perda total ou parcial do pênis resultante da cirurgia. Observamos que o referido trabalho ocorreu mediante a rearticulação dos representantes representativos da pulsão próprios à edificação do saber inconsciente. Tal rearranjo significativo se impõe na medida em que a intervenção no real do corpo desses sujeitos atualiza importantes questões que estão na base de suas estruturas psíquicas e que remetem à questão da diferença sexual e da castração resultante da trajetória edípica. No desencadeamento desse processo psíquico de elaboração, observamos o lugar ocupado por diversos aspectos da trajetória dos referidos sujeitos, tais como: o adiamento da busca pelo tratamento ou a procura pelo médico quando este pouco pode fazer para salvar o pênis; a reorganização da imagem do corpo próprio e da

imagem viril; a dinâmica da vida amorosa e o direcionamento dado à pulsão sexual frente à impossibilidade ou à restrição do ato sexual decorrentes do ato cirúrgico.

Em relação ao adiamento da busca por ajuda médica, que foi por nós constatado na maioria dos casos, alguns outros pesquisadores indicaram que tal fato não é observado em países desenvolvidos, o que sugere a influência de fatores sócio-culturais na determinação do adiamento das consultas por parte dos pacientes (D'ANCONA *et al.*, 1997). Embora o contexto cultural em que o paciente está inserido não possa ser negligenciado - possível de ser ilustrado pela atitude de descuido com o próprio corpo e com a saúde -, o discurso dos sujeitos sugere que a postergação da procura pela medicina está associada ao lugar reservado ao médico na fantasia de cada sujeito. Percebemos claramente, por exemplo, na fala de um dos sujeitos, a identificação do médico à figura paterna, levando-nos a pensar sobre o papel de elementos transferenciais na resistência de alguns sujeitos em se submeter à ordem médica; ou de atender ao apelo das campanhas de prevenção, por sua vez tímidas no que tange ao câncer de pênis, diga-se de passagem.

Sobre esse ponto, é válido ressaltar que um dos níveis de atuação em psico-oncologia se concentra na chamada prevenção secundária, cujo objetivo consiste em educar a população para a detecção precoce do câncer. Dentre as possibilidades de intervenção desse tipo de intervenção, Gimenes (2003, p.52) destaca: “promover a análise de fatores psicológicos e sociais responsáveis pela não adesão a programas preventivos”. Nesse sentido, o analista que integra equipes de psico-oncologia poderia contribuir ampliando a discussão dos fatores mencionados pela referida autora, chamando atenção para a influência do saber inconsciente, que comanda o desejo e a fantasia de cada sujeito.

Pudemos ainda constatar que a imagem viril dos sujeitos foi construída em torno de representações imaginárias envolvendo a posse e o uso do pênis; de ser capaz de fazer uma mulher gozar tão somente com o órgão peniano, denunciando a crença de que o gozo feminino é, como o masculino, restrito ao órgão. As pulsões parciais não encontram lugar na construção do que eles consideram ser homem, e por isso os sujeitos passam a empregar parte de sua energia psíquica na tarefa de manter os representantes das aludidas pulsões suprimidos. Lembramos que para J.F.S., é preferível ficar em casa na companhia dos filhos, a ter que masturbar uma mulher, seja com a língua, seja com o dedo, pois tal vai de encontro à imagem viril que tanto preservou junto às mulheres e aos amigos.

Outro achado importante de nossa pesquisa foi o fato de que a cirurgia provoca, nos referidos sujeitos, o confronto com uma falta de sentido relativa à representação que mantinham de sua autoimagem masculina, junto ao Outro, levando-os a ter que buscar novos

significantes para reconstruir o dano simbólico aí implicado. É um pouco o que alguns dos sujeitos nos mostram quando se remetem aos significantes com os quais buscam se identificar após a cirurgia. Isso nos adverte quanto à pertinência de abordar esses pacientes de forma a facilitarmos o trabalho psíquico, sempre singular, de elaboração da amputação, ao invés de oferecer-lhes nossos próprios significantes. Vemos aí uma oportunidade de inserção do psicanalista nos serviços aos quais os sujeitos penectomizados estão vinculados.

Outro ponto que fomos levados a considerar diz respeito à estreita articulação existente entre a imagem viril e a dissociação entre amor e desejo, que observamos existir na vida dos homens sujeitos à penectomia. Para alguns deles, ser homem é ter mais de uma mulher, não restringir seu gozo à figura da esposa, a quem dedicam seu amor. No entanto, para grande parte dos sujeitos, a impossibilidade de fazer convergir sobre o mesmo objeto o amor e o desejo responde pela perda do pênis como uma espécie de punição que o Outro lhe dirige. Desse modo, observamos que a etiologia do câncer e a perda do órgão para esses sujeitos não se dobra ao saber médico e psico-oncológico. A culpa presente em suas falas aponta, antes, para uma tentativa de dar sentido ao dano imaginário e simbólico que sofreram.

Culpa e desejo são elementos observáveis no discurso desses homens. Ao contrário do que sugerem alguns autores, os sujeitos indicam que o desejo não se mantém somente pela presença dos testículos, mas da fantasia que cada um articula para dar conta das exigências pulsionais. O que alguns sujeitos mostram é uma permanente tentativa de recalcar o desejo, associado como vimos, à perda do pênis.

Sobre a importância de se levar em conta a fantasia na elaboração psíquica da perda total ou parcial do pênis, chamamos atenção para o fato de que a ausência total do pênis não é impedimento para o encontro sexual, ainda que focalizado na região genital, conforme um dos pacientes revelou.

Por outro lado, a associação entre vida sexual e tamanho do coto peniano, foco de muitos estudos nessa área, deve ser relativizada de acordo com o que nos dizem os sujeitos parcialmente penectomizados. À exceção de R.I., todos os demais que se submeteram à penectomia parcial se abstiveram de relações sexuais. Em que pese a diferença epistemológica entre nossa pesquisa e os estudos de base funcionalista, esse fato coincide com os achados de Opjordsmoen *et. al.* (1994), anteriormente citados. Assim, ainda que para o discurso médico o exercício da sexualidade possa estar garantido nos casos de penectomia parcial, observamos que para os sujeitos a ela submetidos, a vida sexual ainda não pôde ser retomada.

A pulsão sexual, cuja satisfação sempre estivera na história desses sujeitos vinculada à sexualidade genital, mantém, como Freud nos ensinou, suas exigências. O que percebemos é

que, ao contrário do que prescreve o discurso da reabilitação, esses homens resistem a deslocar a libido para outras partes do corpo, seja do seu ou do corpo do parceiro. Freud (1905[1981f], p. 1184) sublinha que as circunstâncias, sejam externas ou internas:

[...] dificultan o alejan la consecución del fin sexual normal (impotencia, custo elevado del objeto sexual, peligros del acto sexual) favorecen [...] la tendencia a permanecer en los actos preparativos, convirtiéndolos en nuevos fines sexuales que pueden sustituirse al normal.

Sobre isso, devemos dizer que, embora a penectomia bem possa ser adicionada ao conjunto das circunstâncias acima referidas, não observamos, nos sujeitos desta pesquisa, a tendência de que nos fala Freud. Mesmo para aqueles que perderam parte do pênis - os quais, segundo a medicina, ainda estão aptos ao coito (a depender, entretanto, do tamanho do coto peniano restante) - observamos que o gozo do órgão ainda não é possível, talvez por que ainda precisem reinvestir libidinalmente esse “pedaço” que sobrou. Desse modo, os sujeitos nos lembram de que, para além do órgão anatômico, aquilo que perderam tem a ver com o atributo fálico, o qual, a partir da posse e uso do pênis, acreditavam possuir perante o Outro.

Os sujeitos tentam dar conta das exigências pulsionais através de significantes destinados a restaurar os danos imaginários e simbólicos, provocados pela cirurgia. Assim, a imagem viril, por exemplo, tende a ser reconstruída em torno da ocupação de outros lugares frente ao desejo do Outro, como o de pai, o de protetor da esposa, o de provedor da família, o de trabalhador honesto e exemplar, entre outros. Para quase todos os sujeitos, então, o trabalho, mesmo o doméstico, e a vida familiar passam a constituir os trilhos por onde a satisfação pulsional persegue seu sempre inapreensível objeto.

Essa impossibilidade estrutural, relativa à colagem entre pulsão e objeto, caracteriza o humano e a sexualidade. Se para os homens penectomizados, a vida sexual continua a se apoiar, de certa forma, na genitalidade, seja no encontro com a mulher, seja somente no devaneio - o que os leva a compartilhar de uma concepção acerca da sexualidade bastante familiar aos discursos votados à reabilitação sexual - ainda assim tal sexualidade se revela eminentemente psíquica, avessa à estereotipia instintual.

Acreditamos que é exatamente nessa sexualidade psíquica, organizada pela fantasia inconsciente, que residiriam as variações encontradas nos estudos por nós citados e a inadequação do sujeito ao saber que fundamenta as prescrições da medicina e da psico-

oncologia acerca do que seria uma vida sexual compatível com a nova realidade daquele. Tal discrepância, bastante comum e fonte de surpresa para a ordem médica, não parece estar associada à falta de conhecimento sobre a sexualidade e sobre o corpo; de acompanhamento psicológico antes ou após a cirurgia para o paciente e seu parceiro ou de sentimentos de vergonha relacionados ao tamanho do pênis ou ausência da glândula, mas ao saber inconsciente que marca a singularidade de cada um.

As questões levantadas pelo discurso dos sujeitos suscitam reflexões acerca do trabalho clínico com esses pacientes, na instituição hospitalar. No caso específico da penectomia, um dos focos de atenção da equipe de saúde, a julgar pelo objeto das pesquisas publicadas, é a sexualidade do paciente, a qual, como mostramos, acaba por ser confundida com a sua atividade ou função sexual. O discurso da reabilitação sexual está assentado por sobre essa base. Acredita-se ser possível, por força de um laço social sustentado pelos comandos dos significantes do mestre ofertados ao paciente, determinar para os sujeitos, de modo quase sempre padronizado, a erogenicidade do corpo e os destinos da pulsão sexual.

Alguns entusiastas da reabilitação sexual, como Von Eschenbach e Shover (1984) entendem que a sexualidade é mais abrangente do que a função reprodutora, integrando a personalidade do indivíduo, podendo ser definida como “a maneira mais íntima e preciosa que nós temos de nos compartilharmos com o outro” (p. 2662). Os sujeitos que escutamos não sinalizam algo dessa ordem em seus discursos. Para eles a sexualidade está associada ao exercício da virilidade, que consiste - como já assinalado - em penetrar e ter mais de uma mulher.

Vemos que partindo de questionamentos acerca da sexualidade que escutamos no discurso de sujeitos penectomizados, acabamos por testemunhar a emergência de pontos relativos à atuação do analista em espaços marcados pela mestria. Isso só nos faz ressaltar que sexualidade e clínica são elementos indissociáveis para a psicanálise e, portanto, merecem que pelo menos algumas reflexões sejam lançadas.

É sabido que na oncologia a interação entre diversas especialidades é uma realidade inevitável. Tanto médicos quanto psico-oncologistas defendem a interdisciplinaridade, chegando mesmo a considerá-la um fator importante para uma boa resposta ao tratamento. Diante desse fato e da grande diferença entre a concepção de sexualidade que atravessa os discursos médico e psicológico, dedicados à reabilitação, e aquela trabalhada por Freud e Lacan, caberia refletir: Tamanha diversidade seria fator de incompatibilidade entre o campo da psicanálise e os referidos discursos? Poderia um analista integrar uma equipe de psico-oncologia e dar sua contribuição ao paciente e à própria equipe?

Recordamos que as enunciações dos sujeitos abrem questões não restritas ao funcionamento sexual, e, portanto, seus tratamentos não podem ser reduzidos ao fornecimento de diretrizes comportamentais a serem observadas por eles em relação à vida sexual. Antes, tratar-se-ia de facilitarmos, conforme já sublinhado, a criação, por cada sujeito, de algum sentido diante do vazio de significação promovido pela perda cirúrgica. Isso só pode ser conseguido se o laço social aí implicado levar em conta a fantasia, o que aponta para a importância da preservação do discurso do analista no hospital.

Observamos que a fala dos sujeitos indica, inclusive por seus tropeços, a presença de um outro *topos* de onde a pulsão sexual recebe os elementos implicados nos destinos que o sujeito a ela confere. Assim, a sexualidade, uma vez articulada ao inconsciente, passa a ser entendida a partir do conceito de sexualidade psíquica, na qual é preponderante o papel do desejo - marcado pela falta de objeto - e da fantasia. Para além do biológico, a concepção freudiana de sexualidade leva em consideração as vicissitudes subjetivas do encontro traumático com a diferença sexual. Tais destinos serão decididos por meio do complexo de Édipo, culminando no modo como o sujeito haver-se-á com a castração.

Os modelos de intervenção e investigação fundamentados na realidade biológica, tal como se observa ocorrer na prática e na pesquisa de muitos psico-oncologistas, ao considerarem a sexualidade norteadas por padrões comportamentais definidos como adequados, saudáveis ou normais para todo e qualquer sujeito, prescrevem saídas e métodos de intervenção padronizados, ortopédicos e universais. Já o psicanalista não tem como propor um caminho para as saídas pulsionais que o sujeito deverá construir diante do impacto que a penectomia produz na representação que ele faz de seu corpo e sua imagem viril. O objeto da pulsão, como Freud sempre mostrou, pode ser qualquer um; é construído, não nasce com ela. Como prescrevê-lo? Qualquer tentativa nesse sentido implica uma falha ética por parte do analista, pois suas prescrições vão estar sempre regidas por sua própria fantasia.

O discurso da reabilitação é o discurso do amor, isto é, do incentivo à harmonia do Um, da complementaridade sexual. Os sujeitos da pesquisa nos ensinam, contudo, que sua dinâmica desejante se sustenta, justamente, na impossibilidade de fazer um com o outro.

A crença na possibilidade de restituir ao paciente a harmonia perdida por ocasião da retirada do pênis implica, para autores como Macieira e Maluf (2008), uma atitude amorosa por parte do psico-oncologista. Disso resultariam a reconstrução da auto-imagem e a reconquista do bem-estar sexual.

Entretanto, a fala de cada um dos sujeitos de nosso estudo indica que, pelo menos no caso deles, o dano imaginário vem sendo contornado de maneira bastante singular pelo

redirecionamento da pulsão do ponto de vista de seus representantes representativos inconscientes, levado a efeito através da rearticulação de seus próprios significantes, seja através, por exemplo, da dimensão simbólica da culpa, da sublimação pelo trabalho, das defesas peculiares à estrutura de cada um, ou dos novos lugares que passam a ocupar frente ao outro na fantasia, como ilustram os significantes “protetor da mulher”, “melhor funcionário”, “trabalhador”, “homem honesto”. Isso nos convida a refletir sobre a real necessidade de se fornecer ao sujeito matrizes simbólicas e imaginárias, a partir das quais ele venha a encaminhar as exigências pulsionais.

Aprendemos com Freud que não há no inconsciente representação do sexo feminino, mas apenas o falo, isto é, de acordo com Lacan, o significante que vem no lugar da falta, da castração. É essa a consequência psíquica da diferença anatômica entre homem e mulher. Desse modo, como poderia haver complementaridade? A sexualidade sobre a qual Freud e Lacan tanto sublinharam é organizada pela parcialidade das pulsões em torno da falta de saber o sobre a diferença sexual, que caracteriza o humano.

Na relação sexual, homem e mulher se apresentam mascarados, seu modo de gozar é da ordem do semblante e não do ser. Desse modo, vemos quão incipiente é a tarefa de ensinar um homem, como J.F.S, a gozar sexualmente de uma mulher masturbando-a seja com a língua, seja com a boca! Se ele vier a conseguir isso, não será por “força de vontade”, ou por um processo de aprendizagem, mas como resultado da reorganização da posição que ocupa frente ao outro, na fantasia inconsciente. Talvez, assim, ele possa desfazer a associação que existe em seu psiquismo entre masturbar uma mulher e não ser homem.

O discurso do analista, na medida em que opera a partir do não saber, dando voz à fantasia do sujeito, permite que este se depare com os significantes que comandam sua história e a partir daí possa rearticulá-los, numa nova criação de sentido. Assim, sem ter o bem-estar sexual como norte de suas intervenções, nem por isso o analista deixará de dar “apoio” àquele que lhe lança uma demanda de saber sobre sua dor.

Diante do que expusemos até aqui caberia indagar: Poderia a psico-oncologia incluir a psicanálise? Tanto a conceituação da primeira quanto as pesquisas que em torno dela se desenvolvem, nos obrigam a responder nossa pergunta negativamente. Em que pese autores respeitáveis no meio psico-oncológico defenderem a possibilidade de qualquer abordagem teórica da psicologia integrar a psico-oncologia, no que tange à psicanálise (pelo menos a que se funda e se sustenta no pensamento de Freud e Lacan) tal inclusão não é factível, seja sob uma perspectiva epistemológica, seja sob o aspecto ético. Com efeito, a psico-oncologia se define como uma aplicação da psicologia da saúde ao universo oncológico, através do

conhecimento educacional e metodológico que aquela lhe pode fornecer. Diante disso, não há como incluir nem os conceitos, nem o método e nem a ética da psicanálise, uma vez que esses três elementos se articulam de maneira indissociável em torno da clínica psicanalítica. Esta, por seu turno, não tem outro objetivo senão o de possibilitar ao sujeito rearranjar os significantes que compõem história, ao redor do vazio provocado pelo sem-sentido do câncer. Uma vez que para a psicanálise só a clínica a partir do Inconsciente, inexistente na práxis psicanalítica qualquer pré-ocupação com a reabilitação psicossocial ou com o bem estar do sujeito.

Nosso posicionamento diante da questão acima comentada não nos impede de acreditarmos na possibilidade de laços de trabalho entre psico-oncologistas e psicanalistas numa instituição hospitalar, principalmente se conseguirem superar o chamado “narcisismo das pequenas diferenças”. Consideramos, entretanto, que é somente quando mantém a observância dos fundamentos psicanalíticos que o analista pode vir a ser ouvido, em sua diferença, pela equipe da qual precisa fazer parte no hospital, agregando contribuições advindas de uma escuta dirigida menos do indivíduo que do sujeito, alicerçada exatamente numa atitude de não saber.

Devemos deixar claro que reconhecemos as limitações de nossa pesquisa, seja por razões metodológicas, institucionais e até do próprio pesquisador. Todavia, dentro dos limites encontrados, pensamos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos. Para algumas questões encontramos respostas, as quais, por sua vez, indicaram novas reflexões, das quais destacamos duas: (1) a atuação do analista em equipe de psico-oncologia, para a qual tentamos levantar uma primeira discussão; (2) o lugar reservado a esses sujeitos na fantasia de suas mulheres, tanto a amada quanto a desejada, o que poderia vir a ser objeto de posterior estudo.

Finalmente, registramos aqui a esperança de que nossa investigação contribua para suscitar novas questões acerca da interação entre o discurso psicanalítico e aqueles que se alinham ao discurso médico na instituição hospitalar. Além disso, é nosso desejo que essa pesquisa acabe por chamar atenção para a importância de se disponibilizar uma escuta ao sujeito não restrita ao curto período de internação, tendo em vista que nosso trabalho hoje é praticamente circunscrito às enfermarias, em muito devido a questões institucionais. O trabalho no ambulatório poderia vir a ser um espaço mais propício ao processo de elaboração psíquica do sujeito, ao mesmo tempo em que talvez oferecesse ao analista mais elementos para colaborar nas discussões clínicas com a equipe multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, Sônia. *Psicanálise: a última flor da medicina*. In: ALBERTI, Sônia e ELIA, Luciano (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ANDRÉ, Serge. **O que quer uma mulher?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

ASSOUN, Paul-Laurent. **Introdução à epistemologia freudiana**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

\_\_\_\_\_. **Metapsicologia freudiana: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

\_\_\_\_\_. **Lecciones psicoanalíticas sobre masculino y femenino**. 1ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2006.

CARVALHO, Maria Margarida. **Psico-oncologia: história, características e desafios**. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010365642002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642002000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 Fev. 2009.

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

COSTA JR., A. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**. jun. 2001, v.1.21, n.2, p.36-43.

D'ANCONA, Carlos Arturo Levi et al. **Quality of life after partial penectomy for penile carcinoma**. *Urology*, n.50, p.593-596, 1997.

DEL VOLGO, Marie-José. **O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna**. São Paulo: Editora Escuta; Goiânia: Editora da UCG, 1998.

ESTACOLCHI, Ricardo. **Desejo e fantasia**. In: TEIXEIRA, Ângela B. do Rio (Org.). **Sobre o desejo masculino**. Salvador: Ágalma, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1993

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREUD, Sigmund. Estudio Comparativo de las parálisis motrices orgánicas y histéricas (1893). In: **Obras Completas**. 4ª Ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981a. Tomo I.

FREUD, Sigmund. La etiología de la histeria (1896). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981b. Tomo I.

\_\_\_\_\_. La sexualidad en la etiología de las neurosis (1898). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981d. Tomo I.

\_\_\_\_\_. La interpretación de los sueños (1900). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981e. Tomo I.

\_\_\_\_\_. Tres ensayos para una teoría sexual (1905). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981f. Tomo II.

\_\_\_\_\_. Fantasías histéricas y su relación con la bissexualidad (1908). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981g. Tomo II.

\_\_\_\_\_. Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre (1910). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981h. Tomo II.

\_\_\_\_\_. Sobre una degradación general de la vida erótica (1912). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981i. Tomo II.

\_\_\_\_\_. Historia de una neurosis infantil (Caso del “Hombre de los lobos”) (1914). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981j. Tomo II.

\_\_\_\_\_. À guisa de introdução ao narcisismo 1914. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Coordenação geral da tradução: Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004a. Volume 1.

\_\_\_\_\_. Pulsões e destinos da Pulsão (1915). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Coordenação geral da tradução: Luiz Alberto Hans. Rio de Janeiro: Imago, 2004b. Volume 1.

\_\_\_\_\_. Lecciones introductorias al psicoanálisis – Lección XX: La vida sexual humana (1917). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981k. Tomo II.

\_\_\_\_\_. Pegan a un niño (1919). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981l. Tomo III.

\_\_\_\_\_. Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina (1920). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981m. Tomo III.

\_\_\_\_\_. El yo y el ello (1923). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981n. Tomo III.

\_\_\_\_\_. La organización genital infantil (1923). Adición a la teoría sexual. In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981o. Tomo III.

\_\_\_\_\_. Autobiografía (1925). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981p. Tomo III.

\_\_\_\_\_. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981q. Tomo III.

\_\_\_\_\_. La Negación (1925). In: **Obras Completas**. 4ª. ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981r. Tomo III.

\_\_\_\_\_. El malestar en la cultura (1930). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981s. Tomo III.

\_\_\_\_\_. Compendio del psicoanálisis (1938-1940). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981t. Tomo III.

\_\_\_\_\_. Sobre la sexualidad femenina (1931). In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981u. Tomo III.

\_\_\_\_\_. Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis (1932[1933]) – Lección XXXIII: La Feminidad. In: **Obras Completas**. 4ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981v. Tomo III.

GARCIA-ROZA, Luis Alfredo. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

GIMENES, Maria da Glória Gimenes. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M.M. (Coord.). **Introdução à Psico-Oncologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2003.

HARARI, Roberto. **La significación del falo de Lacan**: Claves introductorias. Buenos Aires: Lumen, 2007.

JONES, Ernest. A vida e obra de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1989. Volume 1.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **A teoria da sexualidade de Freud 100 anos depois**. *Psyche, Sao Paulo*. Junho de 2007, vol.11, nº 20, p.29-46. Disponível em: [http://pepsic.bvpspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141511382007000100003&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvpspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382007000100003&lng=en&nrm=iso). ISSN 1415-1138. Acesso em 18 de outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v.1: as bases conceituais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

KAFKA, Franz. **O processo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

KEHL, Maria Rita. A impostura do macho. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. Nº 27, 2004.

LACAN, Jacques. Psicoanálisis y Medicina (1966). In: **Intervenciones y Textos**. Buenos Aires: Ediciones Manatíal, 1985a.

\_\_\_\_\_. Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a.

\_\_\_\_\_. A significação do falo (1958). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b.

\_\_\_\_\_. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1968). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 1:** Os escritos técnicos de Freud. 1953-54. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 4:** A relação de objeto. 1956-57. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 5:** As formações do inconsciente. 1957-58. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 1964. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 17:** O avesso da psicanálise. 1969-70. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 18:** De um discurso que não fosse semblante. 1971. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 20.** O avesso da psicanálise. 1972-73. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985b.

LONGO. **Dáfnis e Cloe.** Coleção Eros. São Paulo: Editora Prometeu, 1948.

MACIEIRA, R. C; MALUF, M.F. **Sexualidade e Câncer.** In: CARVALHO, V.A. Org. e Outros. **Temas em Psico-Oncologia.** São Paulo: Summus Editorial, 2008, Parte VI.

OPJORDSMOEN, S. *et al.* Sexuality in patients treated for penile cancer: patient's experience and doctor's judgment. **British Journal of Urology**, n.73(5), p. 554-560, 1994.

PRINCIPE, Paulo *et al.* A disfunção sexual na neoplasia do pênis. **Acta Urológica Portuguesa**, 2001, 18; 1: 53-55.

POLI, Maria Cristina. Feminino/Masculino. Coleção Psicanálise Passo a Passo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007

\_\_\_\_\_. Segregação Urinária. In: **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, 2004, nº 27, 18-28.

POLLO, Vera. Exílio e retorno do corpo: Descartes e a psicanálise. IN: ALBERTI, Sônia e RIBEIRO, Maria Anita Carneiro (Orgs.). **Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

POMMIER, Gerard. **A ordem sexual**: perversão, desejo e gozo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

RINALDI, Doris. Ética e Desejo: da psicanálise em intensão à psicanálise em extensão. Disponível em: [http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-participantes/doris\\_rinaldi/Doris\\_Rinaldi\\_Etica\\_desejo.doc](http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-participantes/doris_rinaldi/Doris_Rinaldi_Etica_desejo.doc). Acesso em 07 de Fevereiro de 2010.

ROMERO, Frederico Ramalho *et al.* Sexual function after partial penectomy for penile cancer. **Urology**, n.66, p. 1292-1295, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **I Estudo epidemiológico sobre câncer de pênis**. (2007). Disponível em [http://www.sbu.org.br/pdf/bolu\\_232-2007.pdf](http://www.sbu.org.br/pdf/bolu_232-2007.pdf). Acesso em 10 de Maio de 2010.

SOLER, Colette. **O que Lacan dizia das mulheres**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

STEDMAN, Thomas Lathrop. **Dicionário Médico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 25ª ed., 1996.

VON ESCHENBACH, Andrew C.; SHOVER, Leslie R. The role of sexual rehabilitation in the treatment of patients with cancer. **Cancer** 54: 2662-2667, 1984.