

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Instituto de Psicologia

Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica

**Por um cuidado além da doença somática:**

**A psicanálise no hospital**

**Mariana de Almeida Rondon**

2018



**Por um cuidado além da doença somática:  
a psicanálise no hospital**

Mariana de Almeida Rondon

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Rio de Janeiro

Março/2018

# **Por um cuidado além da doença somática: a psicanálise no hospital**

Mariana de Almeida Rondon

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

---

Profª. Dra. Marta Rezende Cardoso

---

Profª. Dra. Perla Caldas Klautau de Araujo

---

Profª. Dra. Regina Herzog de Oliveira

Rio de Janeiro

Março/2018

Rondon, Mariana de Almeida.

Por um cuidado além da doença somática: a psicanálise no hospital.

Rondon, Mariana de Almeida. Rio de Janeiro: UFRJ/IP, 2018

87 f. ; 29,7 cm

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2018.

Referências Bibliográficas: f. 83-87.

1. Corpo 2. Psiquismo. 3. Cuidado. 4. Psicanálise. 5. Hospital.  
6. Dissertação (Mestrado). I. Cardoso, Marta Rezende. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. III. Título

## **Dedicatória**

A meu pai,

## **Agradecimentos**

À Marta Rezende Cardoso pela dedicada e sensível orientação,

A meu pai pelo amor, pelo cuidado e pela cuidadosa revisão desta dissertação,

A minha irmã pelo amor e pelo carinho,

Ao Silvio pelo amor e pelo companheirismo,

À Clara pela amizade e pelo carinho,

À Thamires, amiga querida, pelas conversas constantes,

Aos queridos amigos que fiz na graduação em Psicologia pela amizade: Camila, Toni, Bruno, Pedro, Karol, Isa, Paula, Augusto, Ruan, Papéu e Bella.

Aos amigos do mestrado pelo feliz encontro: Gabi, Morgana, Aline, André, Diana, Gabrielle e Mateus,

Às amigas Catarina, Marianna, Martina, Thaiane e Natasha pela amizade,

Às amigas Paula, Renata e Letícia pela amizade desde os tempos de escola,

Às amigas que compartilharam comigo a experiência da residência hospitalar pela amizade: Lívia Carvalho, Lívia Schechter, Júlia, Raquel, Ludmila, Aline e Heloene,

Ao CNPq pelo financiamento desta pesquisa,

À Chafia e à Sonia por me mostrarem, na prática, os efeitos da psicanálise,

Aos meus pacientes, que estimulam e renovam, a cada sessão, meu interesse pela Psicanálise.

## **Resumo**

### **Por um cuidado além da doença somática: a psicanálise no hospital**

**Mariana de Almeida Rondon**

Orientadora: Marta Rezende Cardoso

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

O objetivo desta pesquisa, fundamentada no saber psicanalítico, é investigar a questão da qualidade do cuidado oferecido aos sujeitos com adoecimentos somáticos internados em hospital geral. Parte-se de uma concepção ampliada de saúde, em que aspectos somáticos, psíquicos e sociais são levados em conta e também o contexto em que se dá o cuidado oferecido ao sujeito doente, ou seja, as condições e efeitos da instituição hospitalar e do saber médico nesse processo. É proposta a perspectiva de oferecimento de um cuidado ampliado sustentando-se que uma estratégia potente exige a entrada de outros profissionais no hospital – para além da medicina e da enfermagem – mediante formação de equipes multiprofissionais objetivando um outro tipo de olhar sobre o sujeito doente.

É apresentado material clínico através do qual é explorada a incidência de fatores subjetivos subjacentes à origem e à persistência de doenças somáticas que, a despeito do empenho da equipe médica em tratá-las, insistem em retornar. Haveria algo além da doença somática que escapa à medicina: o saber médico exclui a subjetividade. Inserido em equipe multiprofissional, o psicólogo que se referencia teoricamente na Psicanálise vai trabalhar com a subjetividade. Através de uma escuta que não se restringe ao manifestamente falado, pode ser possível ao sujeito representar sua doença somática, de forma a encontrar o lugar dela em sua história de vida, construindo um significado para ela e para sua relação consigo próprio através da relação transferencial.

**Palavras-chaves:** Corpo – Psiquismo – Cuidado – Psicanálise – Hospital – Dissertação  
(Mestrado).

Rio de Janeiro  
Março/2018

## **Abstract**

### **For a care beyond somatic illness: psychoanalysis in the hospital**

**Mariana de Almeida Rondon**

Tutor: Marta Rezende Cardoso

Abstract of the Dissertation presented to the Post-graduation Programme of Psychoanalytic Theory, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, as a part of the requisite for obtaining the Master's Degree in Psychoanalytic Theory.

The objective of this research, based on psychoanalytical knowledge, is to investigate the issue of the quality of care offered to subjects with somatic illnesses hospitalized in a general hospital. It starts from an expanded conception of health, in which somatic, psychic and social aspects are taken into account and also the context in which the care offered to the sick subject, that is, the conditions and effects of the hospital institution and the medical knowledge in this process. The prospect of offering extended care is proposed, arguing that a potent strategy requires the entry of other professionals into the hospital – in addition to medicine and nursing – through the formation of multiprofessional teams aiming at a different kind of look at the patient.

Clinical material is presented through which the incidence of subjective factors underlying the origin and persistence of somatic diseases is explored, which, in spite of the commitment of the medical team to treat them, insist on returning. There would be something beyond somatic illness that escapes medicine: medical knowledge excludes subjectivity. Inserted in a multiprofessional team, the psychologist who refers theoretically to Psychoanalysis will work with subjectivity. Through a listening that is not restricted to what is manifestly spoken, it may be possible for the subject to represent his/her somatic illness, in order to find its place in his/her life history,

constructing a meaning for it and for its relation to him/herself through the transference relation.

**Keywords:** Body - Psyche - Care - Psychoanalysis - Hospital - Dissertation (Master's grade).

Rio de Janeiro

March/2018

## Sumário

Capítulo I História social do cuidado ao sujeito doente.....	15
I.1 – Surgimento do hospital geral como tecnologia de cuidado ao sujeito doente....	15
I.2 – Advento da medicina moderna e suas implicações no cuidado ao sujeito doente .....	18
I.3 – Cuidado multiprofissional aos sujeitos doentes hospitalizados.....	22
I.4 – A inserção do psicanalista na equipe multiprofissional no hospital geral.....	25
I.5 – Considerações sobre o adoecer e a perspectiva de morrer.....	29
Capítulo II A relação corpo-psiquismo na doença somática.....	36
II.1 – Histórico do caso de R.....	37
II.2 – A complexa relação entre corpo e psiquismo.....	42
II.3 – Psicossomática psicanalítica.....	46
II.4 – Relação de corpo e instâncias psíquicas.....	49
II.4.1 – Relação eu-corpo.....	49
II.4.2 – Relação id-corpo.....	52
II.4.3 – Relação supereu-corpo.....	53
II-5 – Apelo do eu ao corpo orgânico no adoecimento somático.....	54
Capítulo III Efeitos da escuta da subjetividade na recuperação do sujeito doente.....	58
III.1 – A noção de desamparo.....	59
III.2 – A escuta psicanalítica no adoecimento somático.....	63
III.3 – Transferência e contratransferência no atendimento a R.....	68
Considerações finais.....	77
Bibliografia.....	83

## Introdução

Nosso interesse por pesquisar a importância e singularidade da escuta psicanalítica a sujeitos acometidos por doença somática que se encontram internados em hospital geral se deve especialmente a nossa atuação em um hospital geral universitário, como psicóloga residente pelo período de dois anos. Porém, ainda na graduação em Psicologia, tínhamos interesse pelo campo da Psicanálise, o que pôde ser amadurecido através da realização de estágio clínico e iniciação científica na área. Nesse período teve igualmente papel significativo uma disciplina que cursamos cujo objetivo maior era abordar questões relativas à saúde pública, aos conceitos de saúde e doença e à relação entre o saber médico e o saber psicanalítico. Desde então, sentimo-nos inspiradas em fazer convergir os dois interesses que tínhamos: a Psicanálise e a Saúde Pública. A partir disso, escolhemos nos candidatar ao ingresso em um programa de residência em Psicologia em um hospital geral universitário, o que pôde se concretizar após o curso de graduação. Nossa participação neste programa de residência, que conta com a presença de vários preceptores atuando a partir do saber psicanalítico, foi uma experiência fundamental em nosso percurso.

Partindo do ideal de concreto oferecimento a todos de acesso à saúde, de forma ampliada, como consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, nossa investigação se voltou para a análise das possibilidades da colocação dessa meta em prática. A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como uma de suas estratégias a clínica ampliada cuja perspectiva é constituir-se como ferramenta de articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas, baseada em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 2009). No que tange à atuação dos psicanalistas nesse contexto, sua contribuição diz respeito, fundamentalmente, à consideração da subjetividade no cuidado ao sujeito, o que não implica negligenciar a importância dos demais profissionais nesse complexo processo de cuidado ao sujeito adoecido hospitalizado.

Carnut (2017) defende que a função de “cuidado” deve perpassar todas as categorias profissionais inseridas no âmbito da saúde. Afirma o autor que há tradicionalmente uma tensão na diferenciação entre tomar como objetivo o “cuidado” ou a “intervenção”, uma vez que intervir significa fazer algo para/em um outro que, num certo entendimento, pode favorecer que se desconsidere os elementos subjetivos da

interação profissional-usuário. Já em uma relação clínica em que o outro se situa no centro da prática, a categoria “cuidado” é aquela que ressalta os elementos subjetivos dessa interação, valorizando-os na interpretação do processo saúde-doença do sujeito. Nessa perspectiva, a dimensão de cuidado se situa como categoria central na prática de qualquer profissional de saúde.

Ainda que o Brasil hoje se encontre em situação político-social adversa – e exatamente por esse motivo – é preciso não deixar o debate se enfraquecer e insistir na defesa de um modo de promover um cuidado integral aos sujeitos adoecidos. Isto apesar dos ataques do modelo neoliberal ao SUS, que sofre com o processo de desmonte e sucateamento a partir de projetos de privatização, como a entrega do serviço público às Organizações Sociais (OSs) e dos processos de precarização do trabalho (Carnut, 2017; Silva, Batista & Santos, 2017). “Mesmo sob os auspícios da derrocada do direito à saúde no Brasil, resistir é hoje (re)existir. É reinventar-se e projetar-se para os anos vindouros (Carnut, 2017, p. 1184).” O hospital em que atuamos e que motivou esta pesquisa vem sofrendo nos últimos anos gravíssimo processo de sucateamento, tendo sido mais de uma vez ameaçado de fechamento. Presenciamos o início desse processo e não poderíamos deixar de mencionar esta questão aqui. Todavia, esse hospital ainda resiste/(re)-existe.

Nossa contribuição na questão do oferecimento de um cuidado sensível se situa no empenho de tentar relacionar a diretriz da integralidade do cuidado com a psicanálise. Esta, em sua sensibilidade à subjetividade para além dos aspectos subjetivos conscientes, isto é, considerando seu objeto por excelência, a subjetividade inconsciente, pode contribuir para a produção de um cuidado para além da doença somática. A concepção de corpo de que parte a psicanálise é radicalmente distinta da concepção de corpo objeto da medicina e isto é fundamental, pois é de onde partem as considerações psicanalíticas sobre a relação corpo-psiquismo no adoecimento somático, sobre os efeitos psíquicos desse fenômeno e até sobre a contribuição subjetiva, muitas vezes presente, na origem e na persistência de doenças. Apostamos nos efeitos que a escuta psicanalítica pode vir a produzir no contexto da internação hospitalar.

Nesta dissertação, abordaremos inicialmente a questão do surgimento da instituição hospitalar como tecnologia de cuidado ao sujeito doente e sua relação com o saber médico. Exploraremos este saber a partir das transformações que sofreu ao longo do tempo, e suas consequências. Mostraremos que há meios para combater os efeitos negativos próprios à configuração do cuidado na instituição hospitalar médica, isto é,

efeitos iatrogênicos do discurso médico e do processo de hospitalização. Em seguida, abordaremos a ideia da própria morte que se coloca para o sujeito em um primeiro plano num estado de adoecimento somático grave. Trataremos também da questão sobre outro ponto de vista, isto é, de que maneira os outros e a sociedade lidam com o sujeito adoecido e que efeitos isso produz na vida deste.

No segundo capítulo, apresentaremos material clínico que nos levou a investigar os aspectos subjetivos envolvidos no adoecimento somático. A partir das questões que se impuseram a nós devido ao atendimento de R. formulamos a hipótese de haver um “além da doença somática” que pode fazer parte da gênese e da persistência de adoecimentos somáticos, mas que é, muitas vezes, negligenciado. A origem dessa negligência se encontra no fundamento do discurso médico, cujo corte epistemológico implica a exclusão da subjetividade (Clavreul, 1978). Partiremos da análise sobre o que se passa entre corpo e psiquismo no estado de adoecimento somático, levando em conta a noção de corpo no campo da psicanálise.

No terceiro capítulo, trataremos dos efeitos da escuta da subjetividade no processo de recuperação do sujeito com adoecimento somático. Abordaremos, primeiramente, a relação entre o estado de adoecimento somático e a noção freudiana de desamparo, de modo a explorar a natureza da relação que o sujeito doente hospitalizado trava com o outro. Então, passaremos a algumas especificidades da escuta psicanalítica, especialmente em relação ao fenômeno da somatização. Em seguida, enfim, traçaremos considerações a respeito dos efeitos da transferência e da contratransferência no caso clínico apresentado.

## Capítulo I

### História social do cuidado ao sujeito doente

#### I.1 – Surgimento do hospital geral como tecnologia de cuidado ao sujeito doente

Até meados do século XVIII, o hospital e a medicina eram instituições independentes entre si. Nem a organização do hospital favorecia a entrada da medicina, nem a prática médica da época possibilitava a organização de um saber hospitalar (Foucault, 1979).

O hospital geral era uma instituição de assistência aos pobres. Além de prestar assistência, também tinha como função a separação e exclusão de determinado público (pobres, loucos, prostitutas) em relação à sociedade. O pobre, por ser pobre, necessita de assistência; e como doente, portador de doença e possível agente de contaminação, representa perigo para a população. O personagem ideal do hospital nessa época, segundo Foucault (*ibid.*), é o pobre que está morrendo, não o doente que é preciso curar: alguém que está morrendo e deve ser assistido material e espiritualmente, que deve receber os últimos cuidados e o último sacramento.

Essa instituição tinha, então, como função, a transição entre vida e morte, salvação espiritual mais do que material, juntamente com a separação e exclusão de indivíduos que pudessem se apresentar como perigo para a saúde da população. A gestão do hospital era feita por religiosos, e o médico mal ocupava espaço aí (a visita médica ocorria de forma irregular, a princípio só uma vez por dia, para centenas de doentes). Segundo Foucault (1979), nos séculos XVII e XVIII a medicina era muito individualista. À época, a medicina se organizava de maneira tal que o médico obtinha qualificação ao fim de uma iniciação assegurada pela própria corporação dos médicos, e que incluía o conhecimento de textos e a transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A experiência hospitalar não fazia parte da formação do médico.

A transformação do hospital em instrumento de cura se deu por meio da implantação de mudanças gradativas na organização da instituição. A primeira foi a intenção de anular os efeitos negativos do hospital, isto é, minimizar a desordem que ele próprio acarretava, como doenças que podia suscitar nas pessoas internadas e que

depois se espalhariam pela cidade, e também a desordem econômico-social devida ao tráfico de mercadorias trazidas das colônias, que ocorria dentro dos hospitais.

A intervenção do médico na doença era organizada em volta da noção de crise. O médico observava o doente e a doença para descobrir o momento em que a crise aparecia. Na crise se afrontavam a natureza sadia do indivíduo e a doença que o atacava. O médico tinha como função observar os sinais da doença, prever sua evolução, ver de que lado estaria a vitória, e tentar fazer prevalecer a saúde e a natureza sobre a doença (Foucault, 1979, *op. cit.*). O papel do médico nesse embate era de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. Tratava-se de uma relação entre indivíduos, de um lado o médico e, do outro, o doente. A concepção de um olhar médico voltado à possibilidade de registro de constâncias, generalidades e singularidades, não fazia parte da prática médica de então (Foucault, *ibid.*).

Foucault escreve que a confirmação da hipótese de que a medicalização do hospital se deu inicialmente através da anulação das desordens relaciona-se ao fato de a primeira grande organização hospitalar europeia se situar essencialmente nos hospitais marítimos e militares, e não nos hospitais civis. Nos hospitais marítimos era realizado tráfico de mercadorias provindas das colônias e, para impedi-lo, fazia-se necessário obter maior controle sobre o que se passava no hospital, além do controle de doenças contagiosas que as pessoas recém-desembarcadas poderiam trazer. Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade (Foucault, 1979, *op. cit.*, p. 60). No caso do exército, a partir do surgimento do fuzil, para obter soldados passa a ser necessária aprendizagem técnica que exige maior investimento do que outrora o recrutamento exigia. Custosos para o exército, não se deve deixar morrer soldados formados. Se houvessem de morrer, que o fosse em batalha, não por doença. Também era preciso vigiá-los para evitar a deserção e também evitar que, já curados, se fingissem ainda doentes (Foucault, 1979, *op. cit.*).

Essa primeira mudança na estruturação do hospital visava, portanto, impedir que ele fosse foco de desordem médica ou econômica. A tecnologia utilizada para conseguir essa reorganização foi a disciplina, técnica de exercício de poder através da gestão dos indivíduos. A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital

foi o que possibilitou sua medicalização (*Id., ibid.*). Se essa disciplina se torna médica, isto é, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a outra mudança: uma transformação no saber médico (*Id., ibid.*).

Da medicina da crise à medicina das espécies (século XVIII), houve relevante mudança. A medicina do século XVIII tem como modelo de inteligibilidade da doença, a botânica, e baseia-se na classificação de Lineu. Tratava-se de conhecer a doença, seu curso, e classificá-la, a partir de suas características, em um quadro nosográfico. Assim como os seres vivos foram classificados por Lineu em espécies, gêneros, famílias, ordens, etc., a doença era entendida como tendo espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento. Era compreendida com um fenômeno natural, mas tratava-se de uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo: o indivíduo sadio torna-se o suporte da doença quando submetido a determinadas ações do meio. Os componentes do meio, como a água, a alimentação, o ar, constituem o solo sobre o qual diferentes espécies de doenças se desenvolvem em um indivíduo. Enquanto na medicina da crise a cura era dirigida por uma intervenção médica sobre a doença propriamente dita, na medicina das espécies a cura é dirigida por uma intervenção médica sobre o meio que circunda a doença: a água, a alimentação, o ar, a temperatura ambiente, etc. A medicina das espécies é, assim, uma medicina do meio.

Portanto, a hipótese de Foucault (1979, *op. cit.*) é que a origem do hospital como dispositivo de tratamento se deve à entrada da disciplina no espaço hospitalar e à mudança no saber médico e na prática médica. Estes dois fenômenos em conjunto possibilitarão assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, além de modificar as condições do meio em que os doentes foram colocados. Os doentes passam a ser distribuídos em um espaço em que possam ser vigiados e onde seja registrado o que ocorre. Também se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, a alimentação, de forma que a organização do espaço hospitalar passe a ser um instrumento com função terapêutica.

Assim, se outrora o hospital geral tinha como uma de suas funções a separação e exclusão de determinado público em relação à sociedade e hoje produz certa exclusão dos doentes em relação aos demais, pode-se dizer que a separação e a exclusão são marcas dessa instituição ao longo de sua história.

Antes do surgimento do hospital médico, as pessoas doentes ficavam em suas casas com suas famílias e recebiam os médicos em domicílio. Contudo, as possibilidades de cura eram enormemente menores do que hoje em dia. Faz parte do

avanço do saber médico, como vimos, a utilização do espaço como ferramenta terapêutica; então é preciso que os doentes fiquem dispostos onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que ocorre, espaço em que se controla o ar, a temperatura e a alimentação de modo a evitar desordens médicas, como a contaminação e a proliferação de bactérias, e criar um ambiente propício à cura. É preciso controlar também quem entra nas enfermarias e UTIs, então há limite de número de visitas e de tempo de visitação. É preciso controlar o uso da roupa hospitalar do doente, que deve ser trocada com determinada regularidade. Estes são mecanismos próprios à configuração da prática médica hospitalar, que visam o tratamento dos doentes.

O que se pretende aqui é apontar os efeitos subjetivos que a hospitalização produz nos sujeitos adoecidos, ainda que se trate de medidas necessárias para o fim de recuperação da saúde dos doentes. A inserção da técnica disciplinar no hospital em conjunto com o saber-poder médico foi responsável por uma minimização de agravos às doenças; mas, em conjunto a isso, foi passado para ao médico todo o poder sobre a doença, não sendo mais do próprio sujeito doente, que passa a uma posição radicalmente passiva no tratamento hospitalar. Porém, cabe ainda apresentar outra transformação no saber médico – ainda maior – e seus efeitos.

## **I.2 – Advento da medicina moderna e suas implicações no cuidado ao sujeito doente**

Em *O Nascimento da Clínica* (1980/2013), Foucault analisa a transição da medicina clássica à medicina moderna, abordando as condições de possibilidade do surgimento da medicina moderna e das rupturas operadas por ela em relação à medicina das espécies.

Do ponto de vista dos estudos históricos tradicionais, a medicina teria, na virada do século XIX, alcançado um estado de pureza observacional, quando abandonou as lentes do legado clássico e começou a olhar de fato para o corpo e para a doença. Foucault, no entanto, localiza esta decisiva transformação como fruto de uma reconfiguração da relação de visibilidade com o corpo (Furtado, 2014). Segundo o autor:

(...) no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isso não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e

na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio (Foucault, 1980/2013, p. X-XI).

Para Foucault (ibid.), o impedimento de cunho religioso e moral da manipulação dos cadáveres jamais limitou, ao menos desde o final do século XVII, que esta prática fosse garantida legalmente para a investigação e para o ensino. Portanto, a reconstituição da anatomia patológica que a funda no século XIX com a “permissão científica” de exploração do cadáver, é falsa, segundo a concepção foucaultiana.

Antes do século XIX já havia a realização de estudos anatômicos, mas cujo foco era conhecer a estrutura do corpo por dentro, desvendando seus sistemas, bem como a localização e a relação entre os órgãos. A relação entre o aparecimento de doenças e as estruturas e funções do corpo ainda não era realizada. As doenças ainda não eram “especializadas” no corpo (Furtado, 2014, *op. cit.*).

A clínica, como olhar neutro sobre as manifestações, frequências e cronologias, cuja preocupação era estabelecer parentesco entre os sintomas e compreender sua linguagem, era estruturalmente estranha à investigação dos corpos mudos e intemporais. Foucault (1980/2013, p. 139, *op. cit.*) traça uma analogia: a medicina clássica seria “história e não geografia”, o espaço da doença no corpo enfermo não cabia como questão no saber médico clássico.

(...) O conflito não é entre um saber jovem e velhas crenças, mas entre duas figuras do saber. Para que, do interior da clínica, se esboce e se imponha o apelo da anatomia patológica, será preciso uma mútua reorganização: nesta, o aparecimento de novas linhas geográficas; naquela, um novo modo de ler o tempo (Foucault, 1980/2013, *op. cit.*).

O anatomista Bichat inaugurou a anatomia patológica a partir de seus estudos sobre os tecidos e os fenômenos orgânicos. Ele não buscava um aprimoramento, simplesmente, do estudo anatômico, mas que novo objetivo fosse traçado, isto é, a identificação das doenças no organismo, em suas funções e estruturas (Furtado, 2014, *op. cit.*).

O que mudou foi o modo de conhecer da época clássica em relação à modernidade. Não seria possível pensar uma ciência empírica na idade clássica, porque, à época, conhecer significava representar. Trata-se de um modo de conhecer representativo, alicerçado na história natural, cujo objeto era o ser vivo. Não havia nenhum tipo de aprofundamento empírico no objeto. Na medicina, especificamente, não havia nenhuma intervenção no corpo doente, mas apenas representação das doenças no

quadro nosográfico (Furtado, 2014, *op. cit.*). Além disso, na medicina clássica, a morte é o fim da vida e também o fim da doença. Com ela a doença chega ao fim de seu curso natural, o que encerra, ao mesmo tempo, a atividade de representar a doença, que era o modo vigente de produção de conhecimento sobre as doenças.

Já na medicina moderna, o espaço da doença se desloca para o corpo. Tal deslocamento concede ao corpo grande importância na explicação da causa das doenças. A etiologia das doenças passa a ser buscada em fatores orgânicos, em partes e funções do corpo. Além disso, como o corpo passou a ser objeto de experimentação das ciências, foi aberta a possibilidade de manipulá-lo, mudar o funcionamento de seus órgãos e prolongar a vida por meios artificiais.

A morte, por sua vez, muda de estatuto ao passar a possibilitar conhecer a doença, que passa a ser localizada no corpo morto, no cadáver. Então, é através do estudo da morte que se passa a conhecer a vida e a compreender a manifestação das doenças. Isto se deve ao fato de que na modernidade, conhecer é aprofundar-se empiricamente nas coisas. O conhecimento moderno é empírico e fundado na biologia (Furtado, 2014, *op. cit.*).

A ruptura que se deu no saber médico concerne à relação entre o visível e o invisível: “do olhar de superfície da representação para o olhar de profundidade dado pela experimentação empírica” (Furtado, 2014, *op. cit.*, p. 58). Em relação à linguagem, passa-se das palavras (representação) para as coisas (empíricas). Já no que concerne ao espaço, passa-se de um espaço taxonômico para um espaço orgânico de localização da doença. Portanto, o nascimento da clínica moderna ocorreu devido a mudanças nesses três registros: olhar, linguagem e espaço (Foucault, 1980/2013, *op. cit.*).

Que efeitos essa transformação da medicina produziu e continua produzindo? Do ponto de vista objetivo, essas mudanças levaram a enorme avanço no conhecimento e tratamento das doenças. Mas e os efeitos subjetivos? Do ponto de vista subjetivo, o discurso médico passa a operar excluindo a subjetividade – tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta. A medicina moderna despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. “Ao mudarem de residência, de trajas, ganhando roupas, utensílios e dependências comuns passando a ser referidos pelo número do leito que ocupam, modifica-se o seu sistema referencial-existencial” (Mello Filho, 1979, p. 115). Para este autor, isso condiciona sempre uma crise de identidade, maior ou menor, que poderá ser logo superada ou persistir por toda a internação, na

dependência da personalidade e situação do doente e do grau de sensibilidade do *staff* do hospital que o acolhe.

Porém, o discurso médico também despossui o médico, chamado a calar seus sentimentos por exigência do discurso médico. Ao mesmo tempo em que o doente, como indivíduo, é apagado diante da doença, o médico como pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação médico-doente é substituída pela relação instituição médica-doença (Clavreul, 1978). O médico só intervém e só fala como representante da instituição médica, como funcionário, instrumento do discurso médico. O médico só existe em sua referência constante ao saber médico, ao corpo médico, à instituição médica. Ele se anula como sujeito diante da exigência de objetividade científica. O paciente, por sua vez, é o anônimo terreno no qual a doença se instala.

O apagamento da subjetividade do médico pode ser evidenciado ao constatarmos que a lógica institucional ultrapassa a particularidade do médico que examina, decorrendo daí o fato de o estilo das observações do prontuário de um doente ser o mesmo, independentemente do sujeito que o entrevistou. Além disso, a exigência do uniforme tanto para o médico quanto para o doente hospitalizado – do mesmo modo que no exército, no presídio e no convento – parece adquirir sua significação não apenas na necessidade de identificação imediata do sujeito ou das regras da higiene e da assepsia, mas também da uniformização que o duplo anonimato em questão requer (Jorge, 1978).

Por meio da utilização de um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o discurso médico opera reduzindo o sentido dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. Quer dizer, o discurso médico se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes de sua fala em signos, em sinais médicos. Por exemplo, nos mostra Clavreul (1978, *op. cit.*) que significantes, como abafamento no peito, sensação de sufoco, angústia por dentro, falta de ar, etc., serão todos reduzidos ao sinal clínico de dispneia.

Afinal,

o discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico. Ele deve poder ser enunciado por qualquer pessoa sobre qualquer pessoa, o primeiro estando colocado em posição de médico, o segundo em posição de doente. O mal-estar provém de que não é suportável ser qualquer um e que, sobre isso, a medicina nada tem a dizer (Clavreul, 1978, *op. cit.*, p. 17).

A linguagem do médico e a linguagem do sujeito que sofre são de naturezas diferentes; Knobloch (2013) associa, em analogia, a relação entre elas da confusão de

línguas, conceito ferencziano referido à relação entre a linguagem do adulto agressor e a linguagem da criança. Confusão de línguas entre médico e sujeito sofrente exemplificada na literatura:

Somente uma questão tinha importância para Ivan Ilitch: a sua condição apresentava perigo? Mas o doutor não dava importância a esta questão inconveniente. Do seu ponto de vista, ela era ociosa e não merecia exame; existia somente uma avaliação de possibilidades entre o rim móvel, o catarro crônico e uma afecção no ceco. Não se tratava da vida de Ivan Ilitch, o que existia era uma discussão entre o rim móvel e a afecção no ceco. (...) ele reexaminava tudo o que dissera o médico, esforçando-se por traduzir para uma linguagem simples todos aqueles termos científicos confusos e ler neles uma resposta ao seguinte: estou muito mal ou, por enquanto, não é grave? (Tolstoi, 1886/2009, p. 37 e 38).

Segundo a autora, o sujeito sofrente, ao ser reduzido a um corpo fisiológico busca se desafetar ante as demandas médicas. Na mesma linha, Ariès (1975c/1988) pontua que a retirada do doente à sua angústia existencial por meio da doença e da medicina é um fenômeno novo na modernidade. O doente, então, vai se habituar a deixar de pensar claramente como um indivíduo ameaçado, e passar a pensar como os médicos.

Portanto, o surgimento da instituição hospitalar médica combinado ao surgimento da medicina moderna teve grandes efeitos, redução da proliferação de doenças nas cidades, melhores tratamentos e aumento da qualidade e expectativa de vida por um lado e, pelo lado do sujeito doente, isolamento, passividade e dessubjetivação.

Diante de tais efeitos, o que há para fazer? O que é feito para combater esses efeitos? É possível combatê-los ou ao menos minimizá-los? Pensamos que a entrada de outros profissionais, para além da medicina e da enfermagem, no âmbito do hospital, com a formação de equipes multiprofissionais, é uma via muito potente com vista à ampliação do olhar sobre o sujeito doente e à minimização dos efeitos negativos da hospitalização e do saber médico instituído, cujo olhar se restringe à materialidade da doença.

### **I.3 – Cuidado multiprofissional aos sujeitos doentes hospitalizados**

O trabalho em equipe multiprofissional no campo da saúde teve origem no projeto de medicina preventiva, que surgiu nos EUA na década de 1950. Este tem como proposta mudanças na prática médica, com a redefinição do papel do médico e com a

incorporação da ideia de trabalho em equipe multiprofissional em propostas curriculares na graduação pela primeira vez. Isto em concomitância à adoção, por parte deste movimento, de um novo conceito de saúde e doença (Pinheiro, 2009). Após a Segunda Guerra Mundial, explicações unicasais da relação saúde-doença perderam força. Os países industrializados vivenciavam transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte e incremento das doenças crônico-degenerativas (Batistella, 2007). A debilidade do modelo unicasal na explicação de doenças associadas a múltiplos fatores de risco favoreceu o desenvolvimento dos modelos multicausais, como o modelo ecológico, que considera a interação, o relacionamento e o condicionamento de três elementos fundamentais da chamada “tríade ecológica”: o ambiente, o agente e o hospedeiro (Batistella, 2007). Na mesma época, em 1946, a Organização Mundial da Saúde (OMS), adota o conceito global e multicausal de saúde como o estado de completo bem-estar somático, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Portanto, as práticas de saúde sofreram alterações passando a ser orientadas no sentido da obtenção de um estado de saúde “global”, o que significou investimento na prevenção das doenças e empenho em promover a recuperação do paciente de forma “integral”, isto é, levando em conta os múltiplos determinantes envolvidos (Pinheiro, 2009).

No Brasil, a luta do Movimento Sanitarista pela democratização do acesso à saúde de forma universal gerou como frutos o artigo presente na Constituição de 1988 que promove a saúde a “direito de todos e dever do Estado” e a posterior lei 8.080 (1990) que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) (Fiocruz, 2009). Isto nos interessa porque um dos princípios do SUS, já presente na Constituição e também na lei mencionada – o princípio da integralidade – parece ser uma ferramenta útil no que concerne a tratar da apreensão do adoecimento somático de forma ampliada e da prática de cuidado de sujeitos doentes em um hospital geral público brasileiro. Segundo Mattos (2004), a integralidade, uma das bandeiras do movimento sanitário, funciona como uma forma de indicar características desejáveis do SUS e das práticas nele exercidas, em contraste às características (ainda) predominantes.

O autor identifica três conjuntos de sentidos do termo integralidade no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil, a saber: um primeiro sentido aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde em que a integralidade se referiria, sobretudo, à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as

assistenciais; um segundo conjunto de sentidos relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde; e um terceiro voltado para qualidades das práticas de saúde. Este último sentido é o que o autor desenvolve e o que de fato nos interessa aqui. Ele vai dizer que, nas práticas de cuidado em saúde, a integralidade se expressa na capacidade dos profissionais em responder ao sofrimento manifesto que resultou na demanda ao serviço de saúde de forma articulada à oferta de ações ou procedimentos preventivos. No entanto, não se trata de simplesmente desenvolver protocolos capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. É preciso compreender o contexto específico de cada encontro entre os membros da equipe de saúde e as pessoas. Esta percepção do contexto é obtida através de uma postura que identifica, a partir do conhecimento técnico, as necessidades assistenciais e preventivas, e seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro (Mattos, 2004).

Assim, a integralidade se manifesta no empenho em apreender as necessidades do sujeito de forma ampliada, para além da doença que suscita o sofrimento manifesto, de maneira que englobe tanto as ações de assistência quanto as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros. Além disso, ela também se expressa na capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas ao sujeito e o momento oportuno para tal.

Portanto, o princípio da integralidade é exercido na prática pelos profissionais da saúde por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no contexto de cada encontro visando a construção de um projeto terapêutico singular. “Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos” (Mattos, 2004, *op. cit.*, p. 1414).

A aposta na integralidade da assistência em um hospital geral é efetivada na prática a partir da construção da relação entre os membros das equipes e entre equipes. Situa-se na dimensão da interdisciplinaridade com o foco no sujeito singular que, adoecido, demanda cuidado/assistência. Membro da composição de equipes multiprofissionais em muitos hospitais, o psicólogo entrou no hospital geral progressivamente, a partir do fim da década de 1950 (Barros & Gondim, 2014). De maneira geral, pode-se dizer que sua prática se insere na perspectiva da integralidade com a especificidade da escuta da subjetividade do sujeito doente e da promoção de intervenções com os pacientes e com a própria equipe de que faz parte. A psicanálise,

por sua vez, se insere no hospital geral justo em sua ligação com a psicologia, ou melhor, através dos psicólogos que são psicanalistas. Apesar de se distanciar da psicologia em certos aspectos teóricos cruciais, já que seu objeto é especialmente a subjetividade inconsciente, que escapa (também) à psicologia. Há relatos de psicanalistas trabalhando em hospital geral desde a década de 1970 (Machado, 2011). Porém, a migração do psicanalista do consultório para o hospital não é sem consequências.

#### **I.4 – A inserção do psicanalista na equipe multiprofissional no hospital geral**

No hospital, o psicanalista tem que lidar com algumas dificuldades que não encontra no trabalho da clínica particular; uma delas é o fato de que neste local ele não atua sozinho, como no consultório. O psicanalista no hospital geral faz parte de uma equipe multiprofissional. Porém, o lugar do psicanalista no hospital não existe *a priori* e se dá ao longo da construção de uma relação transferencial com a equipe. É fundamental que ele ofereça seu trabalho para a construção desse lugar. Isso porque são mínimas as chances de a equipe fazer demanda à psicanálise se esta não lhe for ofertada, ou seja, é preciso que o psicanalista inserido numa instituição hospitalar ofereça seu trabalho para criar uma demanda específica (Machado, 2011).

A construção do lugar do psicanalista na equipe depende, entre outros fatores, do tipo de demanda que a equipe lhe dirige e da maneira como o analista responde a ela. O desafio é acolher essas solicitações, mas saber recuar quando necessário, pois nem toda demanda requer a intervenção do analista, mas decerto indica dificuldade da equipe em lidar com a subjetividade do paciente. As demandas da equipe por vezes são impossíveis de serem respondidas, a partir de uma postura ética psicanalítica, ou, ao menos, não exatamente como foram formuladas. O psicanalista inserido em um espaço institucional que é dirigido pelo discurso médico precisa ter clareza da postura ética que assume, de maneira a manter a radicalidade do discurso psicanalítico. Segundo Moretto (2013), se o psicanalista aceita as solicitações dos médicos, tais como formuladas, rompe com o próprio discurso psicanalítico e com a proposta freudiana. O psicanalista, referenciado pela ética do desejo, não está autorizado a ordenar o que é melhor para o sujeito, a partir da posição do sujeito que sabe. A clínica psicanalítica não pretende ajustar o paciente a um padrão de normalidade que exclui as singularidades do sujeito.

A solicitação do trabalho do analista pelo médico costuma ocorrer quando o médico se vê necessitando de ajuda para lidar com algo que lhe é estranho e incômodo,

algo que esteja conturbando a execução de suas atividades. Se estiver tudo bem para o médico (o que não significa dizer que está tudo bem com o paciente), o psicanalista será destinado ao esquecimento, até que algo venha a conturbar o trabalho do médico novamente.

Mas isso não significa que o analista não vai ser útil à equipe em uma instituição dirigida pela ordem médica. Ao promover, pelos caminhos da psicanálise, resultados que são interessantes à equipe, o psicanalista tem sua função reconhecida. Ainda que ele não atenda pedidos para acalmar, convencer ou eliminar algum fenômeno psíquico, o oferecimento da escuta a um paciente cuja subjetividade incomoda a equipe, pode vir a gerar resultados que interessam a esta. Moretto (2013) assinala que, mesmo que o pedido médico, que é o de fazer calar, não seja atendido via aconselhamentos do tipo “não grite, fique calmo, isso vai passar”, e sim através da escuta e intervenção analítica, o resultado é o que interessa. A equipe não está muito interessada em saber de quais recursos dispõem o psicólogo ou o psicanalista para trabalhar: o que ela espera é ver o fruto do seu trabalho e, de preferência, o mais rápido possível.

Por exemplo, eles nos solicitam porque um determinado está angustiado e grita com todo mundo, e isso eles não mais suportam porque o paciente está se recusando, agressivamente, aos procedimentos (essa é uma solicitação muito comum). O pedido é basicamente o de fazer com que o paciente se adapte à ordem médica. A partir do momento que o psicanalista oferece uma escuta ao drama subjetivo do paciente, este último passa a ter possibilidade de transformar gritos em fala; ele já não mais precisa gritar para ser escutado. A partir do momento que pode falar ele tem a possibilidade de “significantizar” sua angústia. A consequência disso é que ele diminui o seu grau de angústia, e, quanto à agressividade, ele tem a possibilidade de transferi-la para um único objeto, o analista (Moretto, 2013, *op. cit.*, p. 106).

Esse tipo de situação descrito por Moretto (2013) não é incomum e explícita como, mesmo que os discursos médico e psicanalítico sejam avessos, é possível construir um trabalho em equipe entre psicanalista e médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, e outros profissionais que façam parte da equipe.

O psicanalista que atua em equipe em um hospital geral pode, além de atuar diretamente com os pacientes internados, escutar os profissionais da equipe que certamente se beneficiariam de se situar em relação às angústias e aos questionamentos existenciais que a doença dos pacientes desperta neles próprios. Afinal, os profissionais da equipe são constantemente confrontados ao sofrimento e à morte, e o sofrimento dos pacientes faz retornar, como em um espelho, os problemas humanos fundamentais que

existem em cada um de nós. A fragilidade e o desamparo que os pacientes vivem remetem os profissionais a seu próprio desamparo constitutivo escamoteado. Ademais, a impotência experienciada ao não poder salvar a vida de todos também os coloca diante da radicalidade da castração que a morte vem escancarar. De fato, uma identificação maciça com os pacientes engendraria riscos que motivariam a convocação de defesas necessárias, mas que convém ajustar para evitar a blindagem excessiva e o retorno do paciente a uma solidão desesperadora (Jadoulle, 2007). A escuta do analista junto aos profissionais, contudo, visa propiciar uma abertura para a subjetividade e não a construção de uma relação terapêutica com eles.

Jadoulle (2007) enfatiza que não há somente os níveis de intervenção do atendimento psicanalítico aos pacientes e o acompanhamento das equipes que cuidam, mas também, e especialmente, um verdadeiro “trabalho de ligação” na relação a três que o psicanalista forma com o paciente e o médico. Ora, o médico é com frequência superinvestido pelos pacientes e considerado o detentor do saber e da verdade sobre a vida, personificação da salvação não somente para determinados sintomas objetivos, mas também para numerosas problemáticas pessoais (Jadoulle, 2007, *op. cit.*). Idealizado, ele serve de suporte para projeções de todo tipo, as quais comumente se expressam no atendimento: problemas relacionais com o médico ou com a equipe, sintomas psíquicos, intrusão de problemas familiares sobre o palco do hospital, etc. Se o médico apela ao psicanalista do hospital, o apelo do paciente dirigido ao médico redobra-se com uma demanda de cuidador a cuidador, sendo importante escutar e explorar todos os lados dentro de um novo *setting* a três (*Id., ibid.*). Não se trata de se colocar no lugar do médico: o psicanalista convida-o a ficar no lugar transferencial particular que ocupa para o paciente, procurando, junto com ele, analisar o que está em jogo, analisando também a dinâmica entre o paciente e ele próprio e entre o médico e ele. No entanto, não basta o desejo do analista para empreender esse trabalho. Esse “triângulo” tem como condição de possibilidade a abertura do médico, ou outro profissional da equipe, a sustentar o lugar transferencial que ocupa e estar aberto às trocas com o psicanalista sobre o que se produz nessa relação e os efeitos do inconsciente.

O psicanalista que trabalha em ambiente hospitalar tenta, então, não se limitar à vivência do paciente ou à das equipes que cuidam dele, mas sim tenta articular esses dois primeiros níveis à tomada em consideração das múltiplas interações conscientes e inconscientes que se desdobram dentro do “*setting* a três”. Porém, essa tentativa está

sujeita a falhar devido à própria constituição do saber médico que exclui a subjetividade, especialmente suas dimensões inconscientes, visto que estas não são passíveis de ser objeto científico (objetivo, observável...). O sucesso da tentativa dependerá da existência de uma mínima abertura da parte do médico a outro saber.

A oposição epistemológica entre medicina e psicanálise constitui importante fonte de dificuldade no trabalho do psicanalista no hospital. Se, apesar de tudo, conseguir sensibilizar alguns colegas em relação às dimensões inconscientes da existência e às suas implicações na situação de doença, o psicanalista vai se defrontar com um segundo obstáculo: a dificuldade do médico para entender as manifestações do inconsciente de outra maneira que não seja aquela que aprendeu para escutar a queixa em medicina, isto é, como o que precisa ser corrigido ou erradicado. Trata-se de problemática própria ao fundamento epistemológico do saber médico.

Jadoulle (2007, *op. cit.*) menciona que Israël L., em 1985, estimava que o problema essencial da medicina não estava na clivagem entre o corpo e o psiquismo, mas na clivagem entre o consciente e o inconsciente. Este autor pretendia que uma verdadeira reforma da medicina deveria passar por uma revelação da importância do inconsciente do doente e do médico. No entanto, tal reforma não foi realizada, o que é lamentado por Jadoulle (2007, *op. cit.*). Perguntamo-nos, porém, se essa reforma seria possível, uma vez que saber médico e saber psicanalítico comportam uma oposição entre eles. Jadoulle (*ibid.*) defende uma sensibilização na formação dos profissionais que cuidam em relação à subjetividade inconsciente. Para ele, a sensibilização dos estudantes ficaria incontornável se houvesse um melhor entrecruzamento da medicina e da psicanálise em sua formação.

Clavreul (1978), por sua vez, entende que “toda tentativa de fazer uma reconciliação superficial entre *psyché* e *soma* não é senão denegação do que instaurou a objetivação científica: a impossibilidade de deixar algum lugar que seja para a questão do Sujeito” (Clavreul, 1978, p. 19). Por isso, ele afirma que não existiria medicina psicossomática. Somente em outro discurso essa questão poderia ser retomada: na psicanálise. Não se trata de pretender preencher com o saber psicanalítico as ignorâncias da medicina, como se fossem fortuitas, pois são, de fato, desconhecimentos sistemáticos, estruturantes para a construção do discurso médico. Trata-se, então, de obstáculos epistemológicos que marcam o limite do saber-poder médico.

No entanto, apesar da radicalidade da oposição entre medicina e psicanálise, ainda há de ser possível o trabalho em equipe hospitalar. Mesmo que os discursos sejam

opostos e inconciliáveis, os profissionais que os representam no hospital sofrem efeitos dos cortes epistemológicos de seu saber, pois este não consegue dar conta da totalidade das questões que ali emergem.

Até mesmo algo que faz parte da prática médica de forma previsível, como a análise de dados produzidos em exames, por mais objetivos que sejam, sempre vão passar por um processo interpretativo (Guedes, 2006). De acordo com Hacking, mencionado por Guedes (2006), as inscrições produzidas pelos dados, como gráficos, tabelas, fotografias e registros, são chamadas por ele de “marcas”, e estas, para serem decifradas, requerem interpretação.

Embora a biomedicina tente se adequar ao modelo preconizado pela ciência, o médico em sua prática clínica não consegue cumprir este ensejo, pois a subjetividade apresenta-se em vários momentos: na sua experiência, nas interpretações dos exames, ao tomar decisões e julgamentos (Guedes, 2006, *op. cit.*, p. 1096).

O psicanalista vai trabalhar justamente com aquilo que a medicina tenta excluir e não se propõe a tratar, mas que retorna e insiste. Diante de tais fenômenos, os profissionais amparados pelo saber médico se encontram desamparados. Aí há a possibilidade de transmissão de um saber outro sobre o sofrimento humano que difere do saber da medicina, uma vez que os médicos se deparam com o fracasso em seu saber quando não há mais recursos para encobrir o que escapa e insiste em aparecer (Machado, 2011). A partir desses escapes, talvez possa haver abertura de uma via para interlocução entre psicanálise e medicina, espaço de abertura à sensibilização para as questões próprias à subjetividade inconsciente. O psicanalista, através de sua escuta, dá lugar ao sujeito e à subjetividade excluídos pelo paradigma médico, assegurando-lhes o devido estatuto de existência e singularidade (Marcon, 2016).

### **I.5 – Considerações sobre o adoecer e a perspectiva de morrer**

O avanço da ciência e da medicina proporcionou significativa mudança na relação do ser humano com o adoecimento, uma vez que foi descoberta a cura de várias doenças até então mortais. O avanço do conhecimento médico proporcionou também o desenvolvimento de métodos de prevenção da saúde e a possibilidade de diagnósticos precoces que, na prática, implicam a extensão da vida humana. No entanto, a morte é implacável, cedo ou tarde se impõe a todos. Esta constatação, por óbvia que seja, é encoberta pelo empenho, tão forte hoje, em adiar mais e mais a morte com a ajuda do desenvolvimento científico na esperança de que ela nunca chegue.

As pessoas se relacionam com a ideia da morte de forma a negar a perspectiva de sua chegada, que pode ocorrer a qualquer momento ou, ao menos, algum dia. No entanto, a morte do outro revela, sem equívoco, para o sujeito, que ele também é mortal. Ela fere radicalmente a onipotência do sujeito em sua pretensão à eternidade, ao escancarar a fragilidade e a finitude humanas. Porém, é importante lembrar que qualquer perda para o sujeito pressupõe também uma experiência de morte, posto que um vínculo terá sido perdido para sempre. Assim, a existência do sujeito é marcada inequivocamente pela perda e pela morte, de forma tal que a vida é permeada por esta nos seus menores detalhes (Birman, 1999).

O estado de adoecimento somático grave implica se não a morte propriamente dita, no mínimo a perda da saúde de que se gozava e a perda da onipotência, escancaradas que são a finitude e a fragilidade do sujeito na experiência de adoecimento. Essas perdas abalam o desejo de eternidade do sujeito, o que lhe causa muito sofrimento mas, ao mesmo tempo, não fazem ruir tal desejo. A explicação para isso está na natureza que lhe é própria. Esse desejo de eternidade seria da ordem da ilusão que, por sua vez, seria uma formação psíquica que marca qualquer subjetividade, desde a sua constituição (Birman, 1999, *op. cit.*). A ilusão de eternidade se encontra de tal maneira difundida em diferentes espaços e épocas que se pode pressupor tratar-se de dimensão estrutural do psiquismo humano (*Id., ibid.*). Além da universalidade, a ilusão de eternidade se caracteriza também pelo seu enraizamento, isto é, mesmo que a morte confronte o sujeito cotidianamente, de variadas formas, não é suficiente para dissolvê-la. Não há abalo que a faça cair em definitivo. Isso mostra que há no psiquismo algo de paradoxal em relação à (i)mortalidade que merece ser decifrado.

De acordo com Birman (1999, *op. cit.*), a ilusão de eternidade é constitutiva da instância egoica do psiquismo, sem a qual o eu não poderia existir: não é apenas uma ilusão entre várias, ocupa um lugar estratégico no campo das ilusões; é a base sobre a qual se constituem todas as outras ilusões. É por essa relação de dependência entre a ilusão de eternidade e a existência egoica, que não é possível representar a morte, uma vez que quem realiza o trabalho de representação psíquica é o eu e não há como este representar sua própria morte: o ato de representar implica que o eu esteja em trabalho, esteja operante, e sua morte implica inércia psíquica. Portanto, uma vez constituído e em operação, necessariamente haverá, subjacente ao eu, a ilusão de eternidade. “A própria morte é (...) inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores” (Freud, 1915a/2004, p. 171). Por isso, Freud

afirma que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que, diz ele, vem a significar o mesmo: que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade. Portanto, nosso inconsciente não crê na própria morte, faz como se fosse imortal. Não conhece em absoluto nada negativo, nenhuma negação — nele os opostos coincidem — e, por isso, não conhece tampouco a própria morte, a qual só pode ser dotada de um conteúdo negativo (*Id., ibid.*).

Quando aparece como real possibilidade para o sujeito, a morte se apresenta sob a forma daquilo que Freud (1919) designou como o inquietante. O inquietante se relaciona ao que é terrível, ao que desperta angústia e horror. Provoca surpresa, mas não é realmente algo novo ou alheio, é uma espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito familiar ao psiquismo. É algo que deveria permanecer oculto, mas apareceu. Ainda, Freud conclui que o que retorna no inquietante não é de qualquer ordem, mas especificamente de complexos infantis. Assim, se a morte, por um lado indica o que lhe é estranho, por outro o sujeito tem a sensação de que é uma antiga conhecida sua. O sujeito teria, então, uma sabedoria primordial sobre a morte, indicando algo que lhe é familiar desde sempre, mas que choca o eu no acaso de seu acontecimento (Birman, 1999, *op. cit.*).

A fragilidade do corpo, exposta pela doença, evidencia o desamparo e a finitude. Um grave adoecimento somático coloca o sujeito diante da fragilidade corporal que evidencia impotências, limites e o confronto com a perspectiva de morte. Nessa vivência, a maneira como os outros lidam com o sujeito adoecido tem para este grande impacto. O historiador Philippe Ariès em seu livro *História da Morte no Ocidente* (1975a/1988) descreve a maneira com a qual, na Modernidade, se lida com as pessoas gravemente adoecidas, ante a morte, em contraposição à forma como se lidava com isso na Antiguidade. Sua contribuição nos interessa uma vez que expõe as singularidades do adoecer no contexto sócio-histórico atual, em contraste com outros tempos. Freud já dizia, em 1921, que

A oposição entre psicologia individual e psicologia social (...) perde boa parte de sua agudeza se a examinamos mais detidamente. É certo que a psicologia individual se dirige ao ser humano particular, (...) mas ela raramente (...) pode abstrair das relações deste ser particular com os outros indivíduos. Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado (Freud, 1921/2011, p. 10).

Por isso a importância de levar em consideração o lugar, em relação aos outros e à sociedade, das pessoas doentes, confrontadas à perspectiva de morte. Um dos pontos centrais do argumento de Ariès é que, na Modernidade, a pessoa adoecida perdeu toda e qualquer possibilidade de ação e decisão sobre sua doença e sua morte, estando submetida a ações e decisões de terceiros sobre sua vida, seu corpo, sua morte.

A morte, segundo Ariès, tornou-se, na Modernidade, um fenômeno técnico obtido pela paragem dos sentidos, ou seja, de modo mais ou menos explícito, por uma decisão do médico e da equipe hospitalar. Na maior parte dos casos, o doente já havia perdido a consciência há muito tempo. A morte foi decomposta, segmentada, numa série de pequenas fases, das quais não sabemos qual é a morte verdadeira, se aquela em que se perdeu a consciência ou aquela outra em que cessou a respiração (Ariès, 1975a/1988, *op. cit.*). Todas essas pequenas mortes silenciosas, nos diz Ariès, substituíram e anularam a grande ação dramática da morte, na qual o moribundo presidia uma cerimônia ritual no meio de uma assembleia de parentes e amigos.

Durante milênios, o homem foi o *senhor absoluto* de sua morte e das circunstâncias de sua morte. Na segunda Idade Média e na Renascença, dava-se muito apreço a participar na sua própria morte, porque esta era vista como um momento excepcional em que a sua individualidade recebia sua forma definitiva. O homem não era o senhor de sua vida senão quando era o senhor da sua morte; esta lhe pertencia de modo exclusivo (Ariès, 1975a/1988, *op. cit.*).

À época, não havia métodos efetivos de tratamento e cura de doenças; havia, no entanto, tentativas de lidar com o adoecimento e a proximidade da morte de si e dos outros. É certo que ninguém pode decidir o momento de sua morte, a não ser em um suicídio. Mas a ação dramática da morte, como designa Ariès, pode ser entendida como um ritual que possibilita ao moribundo se despedir das pessoas que ficam, e às pessoas que ficam dele se despedirem. Assim, esse evento podia amenizar o horror da implacabilidade da morte ao circunscrevê-la em um ritual a ser administrado pelo moribundo que, se não pode escolher o momento exato de sua morte, pode escolher despedir-se.

Já a partir do século XVII, o homem deixou de exercer sozinho a soberania sobre sua própria vida e, por consequência, sobre sua morte: partilhou-a com a família. Anteriormente, a família era afastada das decisões importantes que o sujeito tinha que tomar em vista da morte: ele as tomava sozinho.

A partir do momento em que um risco grave ameaça um membro da família, esta conspira imediatamente para o privar da informação e da liberdade. O doente torna-se então um menor, como uma criança ou um débil mental, que o esposo ou os pais tomam a seu cargo e separam do mundo. Toda a gente sabe melhor do que ele o que ele deve fazer e saber. Fica privado dos seus direitos, e particularmente do direito, outrora essencial, de conhecer a sua morte, de a preparar, de a organizar. E ele consente porque está convencido de que é tudo para seu bem. Ele entrega-se ao afeto dos seus (Ariès, 1975b/1988, *op. cit.*, p. 149-150).

Esta confiança na família, nascida nos séculos XVII e XVIII e desenvolvida no século XIX, tornou-se, no século XX uma verdadeira alienação (Ariès, 1975b/1988, *op. cit.*). O hospital se torna o local privilegiado da morte, e o poder sobre a morte é exercido pelo médico. Este, no hospital, é ao mesmo tempo representante da ciência médica e do poder. O médico e a equipe do hospital são os senhores da morte, do momento e das circunstâncias da morte.

Outra característica da Modernidade que causa impacto na vida dos sujeitos gravemente adoecidos é a exigência de controle das emoções. Segundo Ariès, os profissionais da equipe hospitalar se esforçam por obter do doente um “*acceptable style of living while dying*”, ou um “*acceptable style of facing death*” (1975b/1988, *op. cit.*, p. 56). Como seria uma morte “aceitável”? Uma morte tal que possa ser admitida ou tolerada pelos sobreviventes. Trata-se de um modo discreto de morrer, isto é, uma morte digna passa a ser equivalente a uma morte discreta. O seu contrário é o “*embarrassingly graceless dying*”, que deixa os sobreviventes em apuros, pois desencadeia emoções muito intensas, e o que se deve evitar é exatamente a expressão das emoções, no hospital e na sociedade em geral. “Ninguém tem o direito de se emocionar senão em privado, isto é, às escondidas” (Ariès, 1975a/1988, *op. cit.*, p. 161).

Um desgosto demasiado visível inspira repugnância, não piedade; trata-se de um sintoma de desarranjo mental ou de má educação: é mórbido. Já não convém exhibir o desgosto, nem sequer ter o aspecto de quem o experimenta. No ambiente familiar hesita-se em deixar exteriorizar a dor, por receio de impressionar as crianças. Só existe o direito de chorar se ninguém vir nem ouvir: o luto solitário e envergonhado é o único recurso.

Se há por parte da equipe hospitalar adiamento pelo maior tempo possível do aviso à família do estado grave do doente, se lhes repugna avisar ao próprio doente, é, defende Ariès (1975b/1988, *op. cit.*), por receio de se verem envolvidos em uma cadeia de reações sentimentais que lhes fariam perder o controle de si mesmos. Ousar falar de

morte, ou de seu risco, não é mais cotidiano como antigamente – é provocar uma situação exorbitante e dramática. Sofio (2014) diz a esse respeito que a assepsia do campo médico torna-se (também) psíquica, uma tentativa de não pensamento, de impermeabilidade ao sofrimento humano, esterilização do contato com o outro.

No século XX, a morte se converteu num tabu, passando a substituir o sexo como principal interdito (Ariès, 1975a/1988, *op. cit.*). “Já não são as crianças que nascem nas couves, mas os mortos que desaparecem entre as flores” (*Id., ibid.*, p. 161). Os parentes dos mortos são assim constrangidos a simular indiferença. A sociedade exige deles um autodomínio que corresponde à decência ou à dignidade que impõe aos moribundos.

O estatuto da felicidade na cultura do Ocidente é tal que, como dever moral e obrigação social, deve-se contribuir para a felicidade coletiva, além de incessantemente buscar a própria felicidade, evitando tristezas e aflições, conservando o ar de quem está bem disposto mesmo mergulhado em angústia. Segundo Ariès (*ibid.*), ao mostrar um sinal de tristeza, peca-se contra a felicidade, isto é, coloca-se a felicidade em causa e a sociedade se arrisca a perder sua razão de ser. Por isso, o luto deixa de ser um tempo necessário cujo respeito a sociedade impõe. Tornou-se um estado mórbido que é preciso tratar, abreviar, eliminar. Ainda que durante o luto seja o momento em que se tem maior necessidade de assistência da sociedade do que em qualquer outro momento da vida, desde a infância e a primeira juventude, é o momento justo em que a sociedade retira-lhe o auxílio e recusa-lhe assistência (Ariès, 1975b/1988, *op. cit.*).

Outra característica da Modernidade mencionada por Ariès (1975b) e especialmente acentuada por Norbert Elias em *A solidão dos moribundos* (1982/2001) é o flagrante isolamento em que é colocado o sujeito que, adoecido, se aproxima da morte. Frisa Elias (*ibid.*, p. 8): “Isso é o mais difícil – o isolamento tácito dos velhos e dos moribundos da comunidade dos vivos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a que eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo que lhes dava sentido e segurança.”

Essas três características da Modernidade no modo de lidar com a doença e a morte: perda de poder de escolha sobre sua morte, controle das emoções imposto a todas as partes, médicos, doentes e o isolamento dos doentes em relação às pessoas saudáveis, têm estreita relação com a inserção do saber médico no ambiente hospitalar, o que causou o deslocamento do local da doença e da morte de dentro de casa para o hospital. No próximo capítulo apresentaremos um caso clínico atendido em um hospital

geral, no qual será explicitada a relevância de levar em consideração, no cuidado a sujeitos doentes hospitalizados, a subjetividade, que escapa ao saber médico e persiste em se apresentar.

## Capítulo II

### A relação corpo-psiquismo na doença somática

Uma parte de minha experiência no Programa de Residência Hospitalar no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) foi realizada na unidade pediátrica de tratamento intensivo (UTIP). Esta unidade recebe crianças e adolescentes, de 0 a 17 anos que necessitam de cuidados intensivos 24h por dia. A UTIP tem seis leitos e conta com ampla equipe de técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, além de nutricionista e psicóloga. Algumas vezes acontecia de algum profissional da equipe solicitar atendimento psicoterapêutico de certos pacientes, sendo que na maioria das vezes, esse atendimento se dava por minha iniciativa dirigida aos pacientes internados, independentemente de demanda prévia. A oferta de escuta era feita a todos os internados e suas famílias.

A possibilidade de espaço à escuta psicanalítica em um hospital geral, onde o saber predominante tende, muitas vezes, a excluir a subjetividade, pode possibilitar outro destino aos sujeitos acometidos por doenças somáticas persistentes, ao olhar e ouvir, de forma precisa, outros aspectos não focalizados pelo saber médico.

Apresentarei, a seguir, o relato de um dos casos clínicos relativos a esse período de minha experiência como Residente em Psicologia realizada no referido setor, material que me permitirá abordar importantes aspectos de minha pesquisa. O processo de adoecimento somático e a história de vida desse paciente impuseram-me questionamentos acerca da relação entre a doença orgânica e a vida psíquica do sujeito. Irei explorar alguns aspectos implicados na complexa relação entre corpo e psiquismo, em especial, no fenômeno do adoecimento somático. Partindo do relato de um caso clínico de paciente atendido numa situação de internação hospitalar, irei, em seguida, em busca de bases teóricas para tentar elaborar algumas questões que levantei no decorrer de minha pesquisa.

O paciente, que chamarei aqui de R., tinha a idade de quinze anos quando chegou à UTI pediátrica transferido de outro hospital, acompanhado de sua mãe. Ele havia sido internado inicialmente por causa de uma pneumonia, quadro que ele desenvolveu mais de uma vez no período de um ano. R. já chegou traqueostomizado e fazendo uso de ventilação mecânica, isto é, usava um aparelho para auxiliar na respiração, pois não estava conseguindo fazê-lo por si mesmo. Apresentava disfagia

(dificuldade na deglutição) e, por isso, sua alimentação era feita por sonda nasoentérica (introduzida pelo nariz, e passada pelo esôfago e estômago até o trato intestinal).

Também estava gravemente desnutrido e tinha fraqueza muscular a investigar. Essa fraqueza levou a equipe médica à hipótese diagnóstica de distrofia muscular. Esta é uma doença neuromuscular de origem genética, cuja principal característica é o enfraquecimento progressivo da musculatura esquelética, prejudicando os movimentos e, na maioria das vezes, levando o portador a precisar de uma cadeira de rodas (ACADIM, 2016). Na literatura médica são catalogados mais de trinta tipos de distrofia. Cada um possui características específicas quanto ao início da apresentação dos sintomas, quanto ao grupo muscular mais comprometido, e quanto à progressão da doença. Mas o tratamento, que não é curativo, não sofre grande alteração tratando-se de um ou outro subtipo.

Após alguns exames, a equipe fez o diagnóstico clínico de distrofia muscular de cinturas, que é uma das mais comuns. O quadro clínico é caracterizado por *fraqueza e atrofia musculares* com predomínio às cinturas pélvica e escapular. O início das manifestações clínicas é variável, podendo ocorrer já no *primeiro ano de vida ou até na primeira década*. Há também grande variedade quanto ao grau de comprometimento motor, desde um quadro mais severo até uma fraqueza leve sem prejuízo das atividades da vida diária. Seu caso apresentava aspectos importantes do ponto de vista psíquico, o que levou a equipe a fazer essa demanda. Vejamos o histórico do caso.

## II.1 – Histórico do caso de R.

Conheci R., então, na UTIP e, como indicado acima, ele estava acompanhado da mãe. Devido à traqueostomia, ele não conseguia falar<sup>1</sup>. Ao meu contato, respondia fazendo “sim” e “não” com a cabeça, ou movimentava os lábios para responder a algo que fosse perguntado, mas só falava se houvesse uma pergunta. Se, para alguns, ficar internado em uma unidade de tratamento intensivo pode ser incômodo e angustiante, para ele não só isto não era uma questão, como, ao contrário, sentia-se bem lá e era cooperativo com a equipe de saúde. Vivia com o celular na mão, jogando jogos, vendo TV ou trocando mensagens.

---

<sup>1</sup> A traqueostomia é uma abertura na traqueia realizada mediante procedimento cirúrgico. No paciente traqueostomizado, a maior parte do ar é redirecionada para dentro da cânula. O ar residual que passa por fora desta é insuficiente para produzir voz de qualidade adequada, ocasionando disfonia. Na presença da cânula com *cuff* insuflado, o ar fica totalmente impedido de atingir as pregas vocais, gerando afonia (Leão, 2011).



Sua mãe relatou que somente após esse adoecimento e a necessária internação é que ela passou a olhar para R. como seu filho – o que datava de um mês antes da data em que conversamos. Ela teria, enfim, podido assumir o lugar de mãe de R.. A história desse paciente não deixa dúvidas de que sua relação com aquelas que supostamente ocuparam a função materna (mãe, avó, bisavó) foi extremamente traumática para ele; parece que só com a amiga da mãe que o recebeu em casa é que a relação foi diferente. O adoecimento ganhou valor de apelo e a hospitalização serviu-lhe como dispositivo de acolhimento e cuidado.

Cerca de duas semanas após sua internação no HUPE, já há um mês e meio sem ir a sua casa, a mãe de R. se afastou e foi passar uma semana lá e trocou de lugar com um cunhado, que ficou como acompanhante de R.. A saída da mãe do hospital foi profundamente sentida por ele. Ficou extremamente triste; seu rosto expressava desolação. Parou de mexer no celular e a equipe de fisioterapia nos disse que ele não queria cooperar, fazer os exercícios propostos e estava muito desanimado. Além disso, disseram que quando R. tentava se comunicar, mexendo os lábios, se não era entendido, desistia de se fazer entender. Comigo ele nunca desistiu, talvez por não ter havido também desistência de minha parte de procurar entender o que ele tentava dizer.

Nessa ausência da mãe, ele passou os dias precisando fazer uso do respirador mecânico, sem aceitar sair dele nem por um momento. Quando sua mãe estava presente, ele passava algumas horas do dia sem utilizar esse suporte ventilatório e a ideia era que cada vez passasse mais tempo sem isso. Mas, nessa ocasião em que ela esteve fora, houve retrocesso quanto a isso. Muito triste, ele também não queria conversar, mas não me impedia de ficar ali ao seu lado, mesmo que ficasse em silêncio ou que procurasse falar com ele.

Era a primeira vez que ela se distanciava dele após ter-se podido assumir a função materna. Era a primeira vez que ela se afastava do hospital, onde ele não precisava dividir a atenção da mãe com os irmãos, o padrasto e o trabalho dela. R. ficou visivelmente sem ânimo e sem desejo de fazer o mínimo esforço para respirar sozinho sem o uso do aparelho enquanto sua mãe esteve ausente: em última instância, sem fazer o mínimo esforço para viver. Ainda que ela houvesse lhe avisado com antecedência que passaria uma semana longe e tivesse dito quando voltaria, isso não foi suficiente.

Os desencontros com o outro materno ao longo de sua história pareceram ter finalmente acabado quando sua mãe ouviu o grave adoecimento de R. como apelo, e sentiu-se mãe dele pela primeira vez. Para ele, a ausência dela do hospital marcava a falta de algo inédito em sua vida: o investimento dela do qual ele havia sido objeto pela primeira vez.

R. quando chegou ao hospital em que eu trabalhava, já havia estado internado por um mês em outro hospital; veio transferido para que fosse possível realizarem investigação diagnóstica. No entanto, em sua chegada não havia vaga na enfermaria de adolescentes que também existia no hospital, e por isso foi levado para a UTIP. Ele acabou precisando permanecer na UTIP, pois estava fazendo uso contínuo do respirador mecânico. R. passara um mês no hospital anterior, onde fizera vínculo com a equipe e já estava treinando a deglutição com a equipe de fonoaudiologia, treinamento que depende da capacidade do paciente de permanecer algum tempo sem o uso do respirador mecânico. Pensando retrospectivamente sobre esse momento, a dependência de R. ao respirador mecânico em sua chegada pareceu estar ligada à perda do vínculo que tinha estabelecido com a equipe do hospital anterior, e à falta de confiança na nova equipe que acabava de conhecer.

Duas semanas após sua chegada à UTIP, houve o afastamento da mãe, mencionado há pouco, e R. piorou. Após um mês de internação na UTIP, ele apresentou melhora e finalmente pôde passar à enfermaria. Chegando lá, piorou novamente; foi

necessária a re-estabilização do quadro antes de se iniciar o processo de investigação diagnóstica da doença genética.

A internação na enfermaria de adolescentes durou cerca de seis meses. R. e sua mãe vinham sendo avisados do que faltava para a alta. A mãe, muito ansiosa pelo retorno ao lar; R., apreensivo quanto a isso. Apesar de todo o investimento da equipe em preparar a alta, dias depois ele teve que ser reinternado. Foi somente na segunda alta que ele pôde ficar bem em casa, sem necessidade de reinternação.

Apesar de apresentar o sintoma de fraqueza muscular característico da distrofia, ele não apresentava fraqueza muscular em todo o corpo, isto é, este diagnóstico de distrofia muscular não dava conta de explicar a disfagia. Não há causa orgânica precisa para o surgimento da disfagia. O que pode ser dito é que ela tem relação direta com as pneumonias de repetição, pois a dificuldade para deglutir leva a pessoa a broncoaspirar o alimento ingerido, o que pode levar ao desenvolvimento de pneumonia. A broncoaspiração consiste na entrada de líquidos, secreções ou outras substâncias da via aérea superior ou do esôfago e do estômago para dentro dos pulmões. A presença dessas substâncias nos pulmões estimula a proliferação de bactérias e daí se desenvolve a pneumonia. Em minha pesquisa, encontrei o artigo de Bretan, Henry & Kerr-Corrêa (1997) professores de otorrinolaringologia, gastroenterologia cirúrgica e psiquiatria, respectivamente, da UNESP/Botucatu, em que relatam casos de disfagia ligada a alterações emocionais, estas podendo ser causas primárias ou associadas.

O paciente atendido por mim, além da disfagia, também estava desnutrido. Ele próprio e sua mãe negavam que ele comesse pouco. Ela mencionou os churrascos que ocorriam em sua casa, e como ele comia bem nesses eventos! (sic). No entanto, quando teve o primeiro quadro de pneumonia e precisou ganhar peso, ele conseguiu, mas foi durante a estada na casa de uma amiga de sua mãe. Peso ganho em alguns meses e, após voltar para casa, rapidamente perdido. Na casa da amiga da mãe, R., já adolescente, precisava que lhe dessem o que comer, como um bebê. Isso parece apontar para um curto-circuito na relação com a figura materna. Além disso, podemos também pensar na falta de apetite, sintoma comum em estados depressivos: Na véspera de sua alta, ele não havia comido nada o dia todo e, diante de minha presença e da manifestação de meu desejo de que ele comesse alguma coisa, fez um lanche – e foi só o que comeu naquele dia.

A repetição do quadro de disfagia, pneumonia e desnutrição que levou a essa segunda internação de R., ocorreu após o intervalo de cinco meses, pouco depois do seu

retorno à casa de sua mãe para as festas de fim de ano. A “pontualidade” do adoecimento me chamou atenção. Na passagem da UTIP à enfermaria de adolescentes, onde seria cuidado por outra equipe (com a exceção de meu atendimento, pois continuei a atendê-lo), ele apresentou nova piora. Foi-lhe, então, prescrito pela equipe médica antibiótico, suporte ventilatório, fisioterapia e dieta rica em nutrientes (por sonda nasointestinal e depois também pela GTT<sup>2</sup>). Assim ele melhorou e pôde treinar a deglutição com a fonoaudióloga. Evoluiu rapidamente no treino de deglutição de diversas consistências diferentes de alimentos. Portanto, ele podia engolir normalmente. A disfagia teria sido uma dificuldade momentânea; porém, parte do quadro clínico que se repetia.

Ora, a repetição do adoecimento e a agudização do quadro clínico ocorrida mais de uma vez no hospital e entre hospitais apontam para um “além” da doença somática. Isto é, para além da presença de bactérias nos pulmões gerando pneumonias, parece haver algo mais que faz com que a doença retorne. A partir da escuta psicanalítica da história de R. e da consequente possibilidade de abertura à investigação das correlações entre sua história de vida e a história da sua doença, foi possível construir outro olhar sobre o seu adoecimento. Consideramos que a doença que atingia seu corpo tinha profunda conexão com sua história de vida. A disfagia e a pneumonia que o atacavam em seu corpo, pulsional, evidenciavam um “além” da doença somática, as marcas traumáticas que sua história de origem deixara em seu psiquismo. A repetição do adoecimento deixou ainda mais claro que se tratava de uma situação em que a dimensão psíquica tinha acentuado peso, tanto em sua gênese quanto em sua persistência. Entretanto, pensar em um “além” da doença somática, exige como pré-requisito abordar os pressupostos teóricos em que essa ideia se baseia. Afinal, qual o estatuto desse corpo que adocece? Como o concebemos? Estes são os pontos que serão desenvolvidos a seguir.

## **II.2 – A complexa relação entre corpo e psiquismo**

Se desejamos esboçar um “além da doença somática”, precisamos antes apresentar um “além do corpo somático”, quer dizer, uma concepção de corpo que dê

---

<sup>2</sup> GTT é a abreviação de gastrostomia, que é a criação de um orifício artificial externo no estômago para alimentação e suporte nutricional, quando há impossibilidade ou perigo de utilizar a via normal (Castro & Castro, 2011). Neste caso, a GTT foi realizada devido ao baixo peso do paciente e à impossibilidade, até o momento, de alimentação por via oral. O paciente estava se alimentando somente via sonda nasointestinal e a quantidade ingerida por esse meio não era suficiente para o objetivo de ganho de peso.

sustentação à ideia de que, devido às relações entre corpo e psiquismo há algo que escapa ao discurso médico a respeito do adoecimento somático.

Françoise Coblence em “Vie d’âme. Psyché est corporelle, n’en sait rien...” (2010) expõe sua hipótese de que o psiquismo (*âme/psyché*) é mais corporal do que a mente (*esprit*). Essa autora entende por vida psíquica a imbricação do corporal e do psíquico, e pontua o caráter indissociável entre esta relação e a intersubjetividade. Ou seja, não é possível supor a existência de um psiquismo sem se considerar o papel do outro, da alteridade. A vida psíquica se apoia sobre as sensações, os afetos, as pulsões, e tenta integrá-los. Coblence (2010) afirma, apoiando-se em Winnicott, que o soma existe de início e pode-se chamar psiquismo à elaboração imaginária de partes do corpo, de sensações e de funções somáticas; uma plena consciência física. E, apoiando-se nas formulações de Joyce McDougall, ela diz que: há no início “um corpo para dois” ou “um psiquismo para dois”.

Coblence insiste sobre a importância de encontrar um caminho entre a posição de uma medicina positivista ou fisicalista que insistia unilateralmente sobre o corpo e a dependência da psique e a colocava sob curatela, e aquela do filósofo idealista ou espiritualista que negligenciava a importância do corpo (e aquela do inconsciente). Essas duas posturas extremas repousam uma e outra sobre um tipo de causalidade unívoca e redutora. Ela afirma que Freud não é dualista nem monista. Desde 1890, ele protestava contra a tendência da medicina moderna a apresentar a “alma” como determinada pelo corpo e dependente dele. Pois há também uma ação no psiquismo sobre o corpo, cuja expressão das emoções constituiu o exemplo mais cotidiano, regularmente observável. Entre esses dois extremos, Coblence (2010) afirma que não se trata de adotar uma posição intermediária, mas de colocar em evidência as múltiplas conexões, as correlações entre psíquico e somático, os processos de transformações de um e de outro.

O corpo do qual o saber psicanalítico se ocupa é um corpo no qual o instinto foi subvertido pela pulsão. Esse processo de independência da pulsão em relação ao instinto é chamado por Dejours (2009) de subversão libidinal. Esta se processa por meio da relação que se estabelece entre a criança e seu cuidador. O corpo somático é subvertido pela pulsão em corpo pulsional, transformação que é indissolúvel, uma vez que o corpo jamais será novamente o corpo somático livre das pulsões. Portanto, o conceito psicanalítico de corpo não se confunde com o conceito de corpo objeto da medicina, já que é instituído pela pulsão que, por sua vez, tem origem na relação do *infans* com o

primeiro outro. O corpo, para Freud, se constitui através da relação com o outro, em especial no “con-tato” pele a pele entre o bebê e aquele que cuida (Freud, 1905).

Sabemos que a fundação da psicanálise por Freud se deu a partir de suas investigações acerca dos sofrimentos histéricos, sobre os quais a medicina não sabia responder nem lhes dava crédito. A histeria de conversão é um quadro psicopatológico que se expressa por sintomas corporais diversos, os quais Freud considerou como expressão de conflito psíquico inconsciente entre exigências internas contraditórias. Solução de compromisso entre tais exigências que se contrapõem, os sintomas histéricos são resultantes do conflito psíquico, têm valor de metáfora; atingem o corpo em seu registro representacional, não implicando uma etiologia fundada em seu registro orgânico. Os sintomas histéricos “são o material de uma narração visual, em que a imagem é erigida como testemunho de um sofrimento diferente do sofrimento de um corpo doente” (Fernandes, 2003/2011, p. 43).

Assim, à medida que elucidou a dinâmica em jogo nos quadros histéricos, Freud, ao mesmo tempo, instituiu uma nova concepção de corpo. O corpo objeto da psicanálise é pulsional e obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito. A psicanálise operou, então, uma passagem da lógica da anatomia para a lógica da representação, uma vez que sua concepção de corpo é a de um corpo atravessado pela linguagem.

Essa concepção se articula ao conceito de pulsão que Freud enuncia já nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) e desenvolve em 1915 em “Os instintos e suas vicissitudes”. Mostra que, inicialmente, a atividade sexual se apoia em funções que atendem à finalidade de autopreservação e, mais tarde, se torna independente destas. Ou seja, a sexualidade, que seria do campo da pulsão sexual, a princípio está atrelada à satisfação da necessidade de nutrição, que seria do campo do instinto e, aos poucos, dela se torna independente. Em 1915, Freud enuncia que a pulsão é um conceito-limite entre o psíquico e o somático, representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam o psiquismo, como medida de exigência de trabalho imposta ao psiquismo em consequência de sua relação com o corpo (Id., 1915/2004).

O dualismo pulsional presente na primeira teoria das pulsões consiste na oposição entre pulsão sexual e pulsão de autoconservação, metapsicologia subjacente às psiconeuroses, em que há um conflito psíquico entre exigências opostas às do princípio de prazer e às do princípio de realidade. É somente em 1920, em “Além do princípio de prazer”, que Freud apresentará a segunda teoria das pulsões, em que a pulsão sexual e a

pulsão de autoconservação, outrora em polos opostos, passam a constituir, juntas, o mesmo polo, o das pulsões de vida *versus* a pulsão de morte.

Freud chega à concepção da pulsão de morte após analisar diversas situações de sofrimento que pareciam não trazer prazer para nenhuma instância e eram constantemente repetidas pelos sujeitos. O mecanismo que se situa no centro dessas situações clínicas é a compulsão à repetição, que é a repetição imperativa e impiedosa do mesmo. Nesse fenômeno, o eu encontra-se radicalmente passivo, dominado pelo imperativo de agir que lhe é imposto. A compulsão à repetição é mais arcaica, mais elementar e mais pulsional que o princípio de prazer. Os mais emblemáticos de tais fenômenos são os sonhos que ocorrem na neurose traumática. De acordo com Freud, estes buscam lidar retrospectivamente com o estímulo, mediante o desenvolvimento da angústia, cuja omissão tornara-se a causa da neurose traumática. A compulsão à repetição seria a expressão, portanto, de um pulsional disruptivo, já que assola o sujeito – e ele não consegue simbolizá-lo. No que concerne a esse excesso pulsional, podemos fazê-lo corresponder à pulsão de morte, que é energia não ligada, sem representação, que visa dissolver conexões, destruir laços (Lejarraga, 1996).

Assim, a partir da segunda teoria das pulsões, o conceito de corpo pulsional não pode mais ser igualado a corpo erógeno ou corpo representado, isto porque com o advento da noção de pulsão de morte, que é uma força impelente, constante, desligada de representações, ficou impossível fazer tal equivalência. Maria Helena Fernandes (2003/2011, *op. cit.*) denomina corpo do transbordamento, em oposição ao corpo erógeno na histeria, o corpo subjacente a quadros clínicos cujas manifestações expressam um predomínio da pulsão de morte em detrimento da pulsão de vida.

Não há dúvida de que, para Freud, as pulsões atuam tanto nas funções somáticas quanto no funcionamento mental. Em “O Eu e o Id” (1923), o autor escreve, a propósito das pulsões de vida e das pulsões de morte:

A cada um desses dois tipos de pulsão corresponderia um processo fisiológico específico (um processo de construção ou de demolição), de modo que, em todo fragmento de substância viva, sempre encontraremos atuantes ambas as pulsões. No entanto, ambas atuam combinadas em diferentes proporções (...) Uma vez aceita a ideia de que haja uma mescla ou fusão, desses dois tipos de pulsão, coloca-se também a pergunta sobre a possibilidade de ocorrer em maior ou menor grau uma defusão de pulsões (Freud, 1923a/2007, p. 50).

O jogo das pulsões de vida e das pulsões de destruição cobre assim o funcionamento fisiológico dos órgãos e é de seu grau de fusão ou de defusão que vai

dependem em definitivo a qualidade do silêncio dos órgãos que definem os diferentes níveis de saúde ou de doença somática. Esta questão nos parece ter estreita relação com a questão do processo de adoecimento somático no que concerne à dimensão psíquica muitas vezes envolvida em sua determinação, ou seja, a força de uma dimensão psicossomática, num sentido geral, nesse processo. Analisaremos estas questões a seguir.

### **II.3 – Psicossomática psicanalítica**

O adoecimento somático abala o corpo de diversas maneiras possíveis, havendo uma multiplicidade de formas de adoecer. Sua gênese e persistência podem ter variadas origens; no entanto, partindo da premissa freudiana de que o corpo é pulsional, pensamos que sempre, em alguma medida, tratar-se-á de uma mescla de fatores e, por isso, interessa-nos analisar o processo de adoecimento somático sob um ponto de vista ampliado. Pensamos que o pensamento da psicossomática psicanalítica oferece ferramentas úteis que contribuem para a construção dessa visão mais ampla do adoecimento que, por sua vez, pode contribuir em seu tratamento.

Em seu livro *Psicossomática* (2000/2013), Rubens Marcelo Volich escreve que desde os primórdios do movimento psicanalítico esteve presente o interesse dos psicanalistas pela influência dos fatores subjetivos nos processos de adoecimento do corpo. Isto pode ser verificado, por exemplo, pela importância dos trabalhos de Felix Deutsch, George Groddeck, Wilhelm Reich e Sandor Ferenczi. Freud não se debruçou sobre a questão, mas reconheceu a relevância do trabalho de seus colegas: “Conforme alguns psicanalistas (Jelliffe, Groddeck, Felix Deutsch), também há perspectivas para o tratamento analítico de enfermidades orgânicas vulgares, pois não é raro um fator psíquico participar da gênese e da manutenção dessas doenças” (Freud, 1923b/2011, p. 265). A partir de 1940, esse interesse se intensificou progressivamente e, além dos trabalhos de M. Balint, desenvolveram-se, no movimento psicanalítico, duas escolas de psicossomática: a Escola de Chicago e, posteriormente, a Escola de Paris (Volich, 2000/2013, *op. cit.*).

Baseando-se na distinção proposta por Freud entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, os autores dessas escolas criticaram a utilização generalizada do modelo da histeria de conversão na compreensão do funcionamento psíquico dos pacientes portadores de doenças orgânicas. Essa crítica, iniciada pela Escola de Chicago, dirigia-se, especialmente, aos trabalhos de Deutsch e Groddeck, importantes

nomes no que concerne à utilização da técnica analítica no tratamento das doenças somáticas no início do movimento psicanalítico.

Os trabalhos da Escola de Chicago priorizaram, sobretudo, as relações entre a doença orgânica e certas características de personalidade. Já a Escola de Paris, rompendo com essa relação de causalidade direta entre a eclosão de uma doença e as características de personalidade a ela associadas, foi bem mais além, colocando em evidência o modo relacional dos pacientes somáticos e chamando a atenção para o fenômeno da dificuldade de mentalização (Volich, 2000/2013, *op. cit.*). O trabalho dessas escolas, colocando a psicanálise e a medicina frente a frente, teve como resultado o estímulo a grande número de pesquisas psicanalíticas que tentam abordar diretamente o adoecimento somático.

Pierre Marty, um dos fundadores da Escola de Paris, abandona o modelo da histeria de conversão em sua concepção das somatizações, pelo modelo das “desorganizações progressivas”. Ele lembra que o corpo é permanentemente confrontado com a emergência e o afluxo de excitações e com a necessidade de descarregá-las; para isso, há três vias possíveis: a via orgânica, a ação e o pensamento. Essa ordem representa o grau hierárquico da complexidade dos recursos do indivíduo para responder aos estímulos, isto é, a via orgânica é o recurso menos elaborado, e o pensamento, o mais elaborado. A possibilidade de utilizar recursos mais elaborados é economicamente interessante por ser mais eficiente e poupar recursos (Volich, 2000/2013, *op. cit.*). Marty define o conceito de “mentalização” como o conjunto de operações de representação e simbolização por meio das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas. Visando esses objetivos, o fantasiar, o sonho e a criatividade se constituem como funções essenciais da regulação do equilíbrio psicossomático.

A estrutura e os funcionamentos mais elaborados, organizados e complexos do aparelho psíquico ficam comprometidos, de modo duradouro ou não, por falhas do desenvolvimento ou experiências de vida desorganizadoras, traumáticas, se houver. Quando há deficiências estruturais ou funcionais do aparelho psíquico, passageiras ou não, a economia psicossomática desorganizada busca se reequilibrar pela utilização de recursos mais rudimentares, pela ação ou pela via orgânica. É possível constatar que Marty foca no aspecto econômico, do afluxo de excitações, para tratar da questão psicossomática, aspecto certamente essencial nessa problemática, porém deixa de lado outro aspecto fundamental: o da relação com o outro. Isto veio a ser motivo de críticas

por outros autores que enfatizaram a importância da articulação entre estes dois aspectos no que concerne ao estudo da psicossomática, como veremos adiante. Marty também desenvolveu o conceito de “pensamento operatório”, que é um conjunto de manifestações que expressam o empobrecimento da capacidade de simbolização das demandas pulsionais e da elaboração dessas demandas por meio da fantasia. Tais manifestações são:

uma ausência quase absoluta de sonhos, de sintomas e mecanismos neuróticos, de lapsos, de devaneios, ou de atividade criativa, pouco contato com seus desejos, uma utilização empobrecida da linguagem, com uma aderência extrema ao factual e à realidade material. Aparentemente bem adaptadas, às vezes de forma extrema, essas pessoas frequentemente apresentam, no lugar de manifestações psíquicas ou emocionais, expressões corporais, mímicas faciais, manifestações sensomotoras e dores físicas. As relações interpessoais são caracterizadas pela indiferenciação, por um rebaixamento dos investimentos objetivos, inclusive na transferência terapêutica (Volic, 2000/2013, *op. cit.*).

Essa dinâmica psíquica propicia, em situações de conflito e de sobrecarga de excitações, o uso de recursos mais arcaicos, como o apelo à ação e ao corpo. Já as dinâmicas afetivas observadas em pacientes que assim operam foram descritas por Marty como “depressão essencial”. Esta se apresenta como uma depressão sem objeto, constituindo a essência mesma da depressão, caracterizada especialmente por um rebaixamento do tônus libidinal e por um desamparo profundo, frequentemente desconhecido do próprio sujeito. Este não apresenta nenhuma queixa, quando muito uma profunda fadiga e perda de interesse por tudo o que o rodeia. O pensamento operatório e a depressão essencial seriam, então, manifestações notáveis das deficiências de funcionamento das dinâmicas psíquicas que, persistindo, podem evoluir para um quadro de doença somática.

Um autor contemporâneo da Escola de Psicossomática de Paris, Claude Smadja nos traz interessantes contribuições em acréscimo ao legado de Marty. Smadja (2014) afirma que o corpo da psicossomática é um corpo pulsional, e não o corpo da fisiologia. Ele especifica: é um corpo instintual-pulsional. Isto porque os psicanalistas que atendem pacientes somáticos são confrontados com pacientes que apresentam desordens e alterações de suas funções fisiológicas. Porém, na lógica pulsional, as funções fisiológicas devem ser entendidas como assujeitadas ao funcionamento das pulsões e é em referência à ordem pulsional que o psicanalista deve construir sua inteligibilidade dos fenômenos psicossomáticos, e não em referência à ordem fisiológica, do corpo

objeto da medicina. Sendo assim, Smajda (2014, *op. cit.*) entende que é relevante descrever o corpo em função de seu lugar em cada uma das três instâncias psíquicas: Eu, Id e Supereu e defini-lo em função de suas características pulsionais, eróticas e destrutivas.

## II.4 – Relação de corpo e instâncias psíquicas

### II.4.1 – Relação eu-corpo

Freud, em O Eu e o Id (1923), expõe sua tese de que o eu é, sobretudo, um eu-corporal, porém não somente um ente de superfície: é, também, ele mesmo, a projeção de uma superfície (Freud, 1923a/2007, *op. cit.*). Em nota de rodapé, que aparece apenas na tradução inglesa de 1927, Freud complementa:

o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente daquelas que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de (...) representar as superfícies do aparelho psíquico (Freud, 1923a/2007, p. 38).

Mas o que significa dizer que o eu é a projeção de uma superfície? Um dos significados da palavra projeção é “imagem iluminada refletida em um plano”. Portanto, o ego se configuraria “antes de tudo” como uma representação da superfície corporal – representação que se constitui como fruto da dupla sensação que o toque na pele é capaz de produzir: uma percepção externa, algo externo nos tocando, que permite ao eu diferenciar-se a partir do id, e uma percepção interna, nós sendo tocados, um sentimento de existência de si, a partir da apreensão da existência de um corpo próprio (Moriconi, 2008).

Assim, percebe-se que essa constituição rudimentar do eu é completamente dependente do “con-tato” com o outro que cuida e apresenta-se ainda muito claramente atrelada ao corpo, uma vez que se constitui a partir do que é sentido e vivido na superfície corporal. Portanto, o laço entre o eu e a superfície corporal não é simplesmente um laço privilegiado, mas é um laço constitutivo a partir do qual o eu é erigido.

Freud assinalou que

Além, do tato, também a dor parece desempenhar um papel no processo de formação do eu. Aliás, na medida em que adoecimentos que produzem dor são capazes de fornecer ao sujeito novos conhecimentos a respeito dos seus órgãos internos, poderíamos até

pensar que talvez esse seja o modo de como se forma a concepção que temos do nosso próprio corpo (Freud, 1923a/2007, *op. cit.*, p. 38).

Se Freud destacou as experiências táteis na constituição do Eu-corporal, Anzieu irá ratificar sua importância a partir da construção da noção de Eu-pele, que pode ser entendido como uma complexificação do conceito freudiano de Eu-corporal. Em artigo dedicado ao estudo do conceito de Eu-pele de Anzieu, Dominique Cupa (2006), expõe que esse autor propõe uma conceitualização de um envoltório psíquico que se apresenta como dois folhetos com estruturas e funções diferentes. O folheto externo seria o para-excitação freudiano, conceito desenvolvido no texto “Além do princípio de prazer” (1920/2007, *op. cit.*). Voltado para o mundo exterior, ele protege o aparelho psíquico das estimulações externas. Já o folheto interno seria a película proposta por Freud em “Uma nota sobre o bloco mágico” (1925/2007): fino, flexível e sensível aos sinais sensoriais proprioceptivos, mas não sensível aos afetos de prazer e desprazer. Essa película permite a inscrição de traços mnêmicos. Ela possui uma dupla face, uma virada para o mundo exterior, a outra virada para o mundo interior, isto é, constitui uma interface que separa os dois mundos e os coloca em relação; ela é uma primeira relação no mundo. A película é uma estrutura simétrica enquanto o para-excitação não o é, por ser virado somente para o exterior. O primeiro envoltório filtra as quantidades e o segundo as qualidades. Essa estrutura topográfica de um duplo envoltório permite e constitui o funcionamento psíquico da criança que adquire então um Eu-corporal, o Eu-pele.

O Eu-pele, de acordo com Cupa (2006), seria uma metáfora da pele biológica. A ideia de metáfora, proposta pela autora, nos possibilita compreender que, apesar de se constituir a partir das experiências vividas na superfície do corpo, o Eu-pele corresponde a uma entidade puramente psíquica. Essa instância exerce funções essenciais para o funcionamento psíquico, as quais podem também ser entendidas como metáforas das funções exercidas pela própria pele (Moriconi, 2008, *op. cit.*).

Anzieu descreve oito funções do Eu-pele. 1) A característica de sustentação e manutenção do Eu-pele, da mesma forma que a própria pele sustenta o corpo. Esta função é, na verdade, uma interiorização do *holding* materno, como bem definido por Winnicott, e refere-se à forma como a mãe segura o corpo do bebê e lhe dá sustentação, segurança e firmeza. 2) A função continente do Eu-pele diz respeito à sua capacidade de conter as pulsões do Id. Baseia-se na pele como órgão que recobre todo o corpo e onde estão inseridos outros órgãos dos sentidos. A possibilidade de exercer essa continência faz-se à medida que o cuidador é capaz de oferecer cuidados ao corpo da criança,

compreendendo e satisfazendo, de maneira apropriada, não apenas as suas necessidades fisiológicas, mas também as suas sensações e emoções. 3) A função de para-excitação do Eu-pele baseia-se na capacidade da camada mais superficial da pele de proteger o organismo contra os excessos de estimulações externas. 4) A função de individuação refere-se ao fato de que a pele, por sua cor, textura e odor, oferece as características singulares de cada sujeito. 5) O Eu-pele é responsável também pela intersensorialidade, isto é, sua capacidade de ligar diversas sensações entre si, sem a qual surgem angústias de fragmentação e despedaçamento. 6) A sustentação da excitação sexual é também sua função, ou seja, quando são realizados de maneira tranquilizadora e agradável, os cuidados do cuidador com o bebê preparam para as experiências autoeróticas e para o prazer sexual. 7) Da mesma maneira que a pele é permanentemente estimulável pelas excitações externas, o Eu-pele é o responsável pela recarga, manutenção e repartição da libido no aparelho psíquico. A ausência dessa função pode resultar em angústias tanto de explosão, caso haja excesso de excitação, quanto na angústia de Nirvana, que se caracteriza pela possibilidade de descarregar toda a excitação. 8) O Eu-pele também permite a inscrição, no aparelho psíquico, de traços sensoriais, da mesma forma que a pele guarda informações que chegam do mundo exterior.

Todas essas funções estariam a serviço da pulsão de apego e, posteriormente, da pulsão libidinal. Segundo Anzieu, o desenvolvimento destas funções da pele poderia ser perturbado caso não fosse possível o estabelecimento de uma relação de apego entre o bebê e seu cuidador. Nesse caso, cada uma dessas funções pode encontrar-se precariamente estabelecida e haverá importantes implicações, tanto físicas quanto psíquicas, na vida do sujeito (Moriconi, 2008, *op. cit.*). Estas falhas se encontrariam na base de uma série de angústias e de manifestações psicopatológicas. Na ocorrência de não se constituir apropriadamente, o Eu-pele acaba assumindo uma função negativa, contrária às funções apresentadas acima, porque passa a estar a serviço da pulsão de morte. Isto pode levar à destruição tanto da pele, quanto do Eu. Anzieu denomina esta função negativa “função tóxica do Eu-pele”, na qual certos representantes da pulsão de morte, provenientes do Id, passam a atacar a camada superficial do Eu-pele, “corroendo sua continuidade, destruindo sua coesão, alterando as funções pela inversão de seus propósitos. A pele imaginária com a qual o Eu se recobre torna-se uma túnica envenenada, asfíxiante, ardente, desagregadora” (Anzieu, 1989, p. 140, *apud* Moriconi, 2008, *op. cit.*).

O somático seria inconsciente ao eu e intimamente intrincado ao id. Ainda que envie permanentemente ao eu mensagens sensoriais internas, como sustenta René Leriche (citado por Smadja, 2014) “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. “Assim, existiria uma dupla representação do corpo cruzando a estrutura do aparelho psíquico: uma associando a superfície do corpo ao eu consciente e outra associando o somático ao id inconsciente” (Smadja, 2014, p. 14 e 15, *op. cit.* A tradução é nossa). No estado de adoecimento somático, as sensações dolorosas da doença e dos atos de tratamento a que o sujeito está submetido, como o espetar da agulha da seringa de injeção, a limpeza de ferimentos, exames invasivos, trazem para o primeiro plano a percepção corporal na economia libidinal do sujeito.

Em “À guisa de introdução ao narcisismo” (1914/2004), Freud diz seguir a sugestão verbal de Ferenczi de levar em conta a influência do adoecimento orgânico sobre a distribuição da libido. De acordo com Freud, o sujeito acometido por uma dor orgânica e por incômodos diversos deixa de se interessar pelas coisas do mundo exterior que não digam respeito ao seu sofrimento. Além disso, o doente também recolhe seu investimento libidinal dos objetos de amor e, enquanto estiver sofrendo, deixa de amar. “A alma inteira encontra-se recolhida na estreita cavidade do molar” (W. Busch *apud* Freud, 1914/2004, p. 103). Portanto, a doença orgânica, a estimulação dolorosa ou a inflamação de um órgão em relação à teoria da libido, promovem a retirada da libido dos objetos do mundo externo e o recolhimento dessa quantidade de libido para o Eu, como catexia aumentada da parte doente do corpo. A libido objetal se transforma em libido narcísica (Freud, 1914/2004; 1915-1916).

#### **II.4.2 - Relação id-corpo**

Em 1923, o id é caracterizado como desconhecido e inconsciente e é sobre sua superfície que se assenta o eu. As relações do id com o somático são explicitadas na descrição de Freud na conferência XXXI “A dissecação do aparelho psíquico” (1932),

Aproximamo-nos do Id com analogias, chamamo-lo um caos, um caldeirão cheio de excitações fervilhantes. Nós o representamos como sendo aberto em direção ao somático na extremidade, ali acolhendo as necessidades dos instintos, que nele acham expressão psíquica, mas não sabemos dizer em qual substrato (Freud, 1933[1932]/2010, p. 154).

No “Esboço de psicanálise” (Freud, 1940/[1938]) o id é descrito como:

À mais antiga destas localidades ou áreas de ação psíquica damos o nome de *id*. Ele contém tudo o que é herdado, que se acha presente no nascimento, que está assente na constituição – acima de tudo, portanto, os instintos, que se originam da organização somática e que aqui [no *id*] encontram uma primeira expressão psíquica, sob formas que nos são desconhecidas (Freud, 1940[1938], p. 92).

De acordo com Smadja (2014, *op. cit.*), é a partir daqui que a radical originalidade da abordagem psicossomática se situa. Isso porque ela se baseia na ideia de que não são as funções somáticas puras que formam o objeto da representação psíquica através de sua passagem pelo *id*, mas são suas valências pulsionais eróticas e/ou destrutivas que alcançam o *id* em diferentes graus de complexificação ou, ao contrário, de simplificação. “Para resumir, podemos dizer que se o eu é antes de tudo um eu corporal, o isso é antes de tudo um isso somático” (Smadja, 2014, *op. cit.*, p. 16). Assim, a psicanálise e a psicossomática construída sobre seus fundamentos levam em conta um nível de segunda ordem na organização do corpo, que é o nível pulsional, e não um nível de ordem representado pelo funcionamento fisiológico dos órgãos.

#### **II.4.3 – Relação supereu-corpo**

Quanto à relação entre o processo de adoecimento somático, entre corpo e supereu, Smadja (2014, *op. cit.*) relata que, em sua experiência como psicanalista com pacientes afetados por doenças somáticas, muitas vezes ocorreu-lhe constatar que o paciente tinha projetado sobre seu corpo doente as qualidades de um supereu. Em particular, quando uma nova crise somática se desenvolvia em um paciente que sofre de uma doença evolutiva, não é raro vê-lo interpretá-la como um sinal do destino, como um abandono pelas forças protetoras ou como uma punição. A melhora de seu estado somático ou o afastamento de uma recidiva, ao contrário, podem ser interpretados como um destino feliz. Assim, é possível supor-se que o corpo estabelece com o supereu relações igualmente íntimas como as que estabelece com o eu ou com o *id*.

O autor se questiona quanto a de que natureza poderiam ser os laços que unem o corpo ao supereu. Para ele, os laços parecem ser inconscientes e as interpretações por parte de alguns pacientes parecem ser explicações de ordem secundária, embora fundadas sobre um conhecimento prévio inconsciente. O que também justificaria a intimidade dos laços entre o somático e o supereu é o parentesco entre *id* e supereu, que é tanto maior quanto mais inconsciente é o supereu. “Assim, estamos inclinados a considerar que o somático é tanto mais intrincado às valências do supereu quanto mais o

sentimento de culpa for tornado inconsciente por um estado de desorganização psíquica” (Smadja, 2014, p. 17, *op. cit.* A tradução é nossa).

Laços que unem o supereu ao sadismo no estado de melancolia foram abordados por Freud da seguinte maneira:

Se voltarmos nossa atenção à melancolia, encontraremos um Supra-Eu hiperdimensionado, que atrelou a si a consciência [*Bewusstsein*] e ataca o Eu com impiedosa dureza, como se tivesse se apoderado de todo o sadismo disponível no indivíduo. De acordo com a nossa concepção, diríamos que o componente destrutivo foi primeiro depositado no Supra-Eu e depois dirigido ao Eu. Nesse caso, afirmamos que no Supra-eu predomina uma pura pulsão de morte (Freud, 1923/2007, *op. cit.*, p. 60).

Smadja propõe a hipótese de que a autodestruição, liberada pela desintração pulsional, se reúne no órgão doente e adquire, em um segundo tempo, e de maneira substitutiva, as qualidades de um supereu sádico que ataca o corpo em sua carne.

## **II-5 – Apelo do eu ao corpo orgânico no adoecimento somático**

Na experiência de somatização, uma característica frequentemente presente é o caráter de projeção da somatização. Ela cai sobre o si mesmo sem que o eu tenha sido informado ou se preparado para isso. A própria expressão “cair doente” parece apontar para esse efeito de surpresa e estranheza implicado no vivido do sujeito no processo de adoecimento somático. O eu sofre a doença somática como um evento exterior a si, vindo de fora, e não como um evento ocorrido a partir de um processo interno.

No processo de somatização, a pulsão de morte, lançada pelo estado de desintração pulsional, pode projetar-se no fora-dentro e fixar-se sobre um fragmento somático, constituindo-o, ao mesmo tempo, como um novo destino pulsional. Esta nova resposta, que é a somatização, comporta a marca do supereu em razão da reunião do sadismo sobre o órgão doente, mas também comporta potencialidades de reintração pulsional, particularmente sadomasoquista, o que foi concebido por Pierre Marty como uma reorganização psicossomática (Smadja, 2014, *op. cit.*). Em consequência, a perda de qualquer tendência para a complexificação, por conta de situações conflituosas para as quais o sujeito não consegue encontrar solução psíquica elaborada, faz alternar regressivamente o processo pulsional para um estado de descomplexificação que leva à alteração de funções somáticas.

Portanto, de certo modo, a menor ou maior capacidade do eu de encontrar uma solução psíquica diante de situações conflituosas é o que pode levar a alterações

psicossomáticas. Essa modalidade de resposta defensiva implica o desinvestimento erótico do eu que, neste caso, se entrega a um certo domínio da pulsão de morte, o que precede o desenvolvimento do processo de somatização. “O desinvestimento erótico do eu, seu abandono pelas pulsões de vida, o submete às forças antagonistas do desligamento e da destruição disso que constitui seu tecido fundamental, o corpo, em sua superfície e em sua profundidade” (Smadja, 2014, *op. cit.*, p. 23. A tradução é nossa).

Porém, cabe ressaltar que há dois processos de somatização, conforme nomeia Smadja (2001), ou duas modalidades de progressão do adoecimento, delineadas por Marty (Volich, 2013, *op. cit.*), que têm relação com a qualidade do funcionamento psicossomático. De acordo com Smadja, as condições para o desenvolvimento de uma somatização são criadas a partir de dois grandes movimentos psíquicos: os processos de somatização, que são a regressão somática e o desligamento psicossomático. Esses dois processos não devem ser compreendidos como radicalmente independentes um do outro, isto é, há pontes que os conectam. O funcionamento mental humano é extremamente variável e existem formas intermediárias entre os dois processos a serem descritos. No entanto, eles contribuem um e outro para somatizações de natureza e gravidade diferentes. Segundo Volich (2013, *op. cit.*), Marty denominou “doenças de crise” as somatizações resultantes de movimentos regressivos e “doenças evolutivas” as resultantes do processo de desorganização progressiva, que é chamado de desligamento psicossomático por Smadja.

A regressão somática tem como características ser, em geral, benigna, reversível, num período de tempo que pode ir de alguns dias a alguns meses, e individual, no sentido de ser um acontecimento pontual, devido a excessos na vida do sujeito naquele momento específico. Frequentemente o paciente que apresenta essa modalidade de somatização apresenta uma organização psíquica construída sobre as modalidades globalmente neuróticas. A regressão somática pode ser considerada conservadora da libido e isto é o ponto capital aqui em jogo. Porque permite compreender que as somatizações que procedem desse movimento psíquico são habitualmente benignas, comuns e generalizadas a todas as pessoas no curso de sua existência. Elas geralmente não comportam maiores riscos para a vida da pessoa e podem ter função organizadora. Trata-se da retração libidinal no eu descrita por Freud em 1914 à ocorrência de adoecimentos somáticos e parece se relacionar com o que Joyce McDougall (1989/1991) chamou da potencialidade psicossomática ou a parte psicossomática de

cada um. Segundo esta autora, todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais.

Contudo, há as situações nas quais predomina um “desligamento psicossomático”.

A experiência clínica me ensinou que todos os analisandos (e analistas também!) somatizam mais dia, menos dia, assim como me ensinou que as eclosões somáticas coincidem, na maioria das vezes, com acontecimentos que ultrapassam a capacidade de tolerância habitual desses pacientes. Mas aqueles que reagem através de fenômenos psicossomáticos a quase todas as situações capazes de mobilizar emoções fortes (cólera, angústias de separação) chamavam especialmente a minha atenção (McDougall, 1989/1991, *op. cit.*, p. 24).

Trata-se de somatizações mais graves. Elas podem ter como primeiro sinal a repetição ou o agravamento de doenças que adquirem caráter evolutivo e se cronificam. Seu tempo de latência e de progressão é variável, sua reversão mais difícil de ocorrer, e podem colocar em risco a vida da pessoa (Volich, 2013, *op. cit.*). Não parece que tenha caráter individual como as somatizações benignas próprias à regressão somática. Sua aparição e seu desenvolvimento não têm o caráter de imediatismo das somatizações do processo descrito anteriormente. Ao contrário, desenvolvem-se progressiva e silenciosamente em um primeiro tempo. O sujeito aqui considerado evolui em um estado de vida operatório que se desenvolveu muito cedo na vida do sujeito e é mantido até a vida adulta. Toda essa situação é consequência de um estado de desligamento pulsional estabelecido de forma duradoura. Um dos destinos possíveis para essa destrutividade deixada livre é a continuação do movimento de desligamento no nível somático sob a forma de desregulação das funções fisiológicas. Então, o processo de somatização por desligamento psicossomático procederia de uma perda da capacidade de ligação das pulsões à libido e de sua principal consequência: a liberação da destrutividade interna.

Christophe Dejours (citado por Cardoso & Moriconi, 2007), porém, pensa que não é possível encarar o que ocorre ao sujeito, no caso de uma doença psicossomática, seguindo uma concepção puramente econômica. Ele defende que é de fundamental importância que se leve em consideração, no entendimento das somatizações, a relação do sujeito com o outro, ou seja, o peso dos aspectos que ele denomina intersubjetivos.

Portanto, Dejours critica o peso dado à questão do excesso pulsional e da

descarga na teoria de Marty. No seu modo de ver, é claro que a economia do trauma está presente nos casos de psicossomática; no entanto, é preciso ir além. Ele, então, relaciona a questão do excesso pulsional que precisa ser escoado à relação que o sujeito trava com o outro, que deixa não apenas marcas psíquicas, mas, especialmente, corporais. Sua tese é de que o sujeito adoece por alguém, isto é, o sintoma somático seria endereçado a um outro. Ferraz (2007), evocando o conceito de trabalho do sintoma de Dejours, aponta que, quando surge no corpo, um sintoma orgânico é resultado de uma simbolização que foi abortada, que não se fez, mas cujo caráter de rudimento não lhe pode ser negado. “A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é um pouco devido ao outro” (Dejours, 1998: 41, *apud* Cardoso & Moriconi, 2007).

Na mesma linha, Volich (2013, *op. cit.*) afirma que qualquer sintoma, incluindo o somático, é, antes de tudo, uma manifestação do sofrimento do sujeito e, assim, apresenta uma demanda oriunda das marcas de seu desamparo mais fundamental e sistematicamente dirigida ao outro.

De acordo com essa concepção, o sintoma somático carrega uma intencionalidade sem significação. Se medicalizado, isto é, se o sintoma for tratado apenas no plano somático, pode cessar temporariamente e não ocorrer qualquer desenvolvimento em direção ao possível sentido. Porém, se houver quem escute o sintoma, pode tornar-se possível, sob transferência, representá-lo, encontrar seu lugar na história da vida do sujeito, ou, ao menos, construir-lhe um significado através de elaboração secundária.

## Capítulo III

### Efeitos da escuta da subjetividade na recuperação do sujeito doente

O estado de adoecimento é justamente uma das situações da vida que impõem ao sujeito o desvelamento de sua condição de dependência do outro. Isso se revela desde o movimento feito ao saber-se doente e procurar um médico ou um hospital. Há, nessa situação, um pedido de receber ajuda de um outro, que poderá, por meio de seu saber, promover o restabelecimento de sua saúde, que não se acredita conseguir por si próprio. O sujeito demanda assistência a partir de uma experiência de sofrimento e do entendimento de ser possível encontrar alento para seu sofrimento num serviço de saúde. Mattos (2004) aponta para o fato de que essa demanda de cuidado, por mais que seja experimentada individualmente, é construída socialmente. Isso, porém, já podíamos inferir após termos explorado, no primeiro capítulo, a história da constituição do hospital médico, que produziu a transição do lugar dos doentes de dentro de casa para o hospital. Entretanto, seja solicitando cuidado dos familiares, na época anterior ao surgimento do hospital médico, seja solicitando assistência hoje nos serviços de saúde, o que se apresenta aqui é a percepção por parte do doente de sua própria incapacidade de dar conta daquilo que lhe aflige; em última instância, revela-se sua incompletude e seu estado de dependência.

O termo “paciente” tem origem no latim *patientem* – aquele que sofre, que padece. No dicionário Aurélio (1972) encontramos o seguinte significado:

1. O que recebe ou sofre a ação de um agente.
2. O complemento direto do verbo; o sujeito do verbo passivo.
3. Que espera tranquilamente.
4. Que não desiste.
5. Que ou quem sofre sem reclamar.
6. Que ou quem tem paciência.
7. Pessoa que vai sofrer a pena de morte.
8. Qualquer pessoa sujeita a tratamentos ou cuidados médicos (Holanda, 1972, p. 1015).

Desde sua origem em latim até as acepções na língua portuguesa, o termo é predominantemente de cunho passivo. Na oitava acepção apresentada, que trata do tema aqui abordado, há necessariamente, em relação ao paciente, a presença de um agente ativo – um especialista ou uma instituição – a quem o paciente, polo passivo, se dirige. No entanto, o sujeito paciente é ainda ativo no que diz respeito a escolher seguir as prescrições médicas e exercê-las por si próprio.

A característica da internação hospitalar é que aí o cuidado e tratamento necessários ao paciente são realizados diretamente por profissionais de saúde, em

contraposição ao cuidado ambulatorial indireto pela via das prescrições concedidas. Cuidado e tratamento realizados diretamente por outros apontam para a incapacidade do paciente em exercer a parte ativa que o paciente ambulatorial exerce. Enquanto o paciente ambulatorial exerce papel passivo e ativo, sendo passivo diante do saber daquele que sabe sobre sua doença e lhe prescreve tratamentos, e ativo quanto à execução, ou não, do que lhe foi prescrito; passiva no primeiro e no segundo tempos, a pessoa internada vive um estado de extrema dependência e assujeitamento à ajuda alheia.

Ser examinado, ser medicado, ser banhado (em UTIs) são algumas das ações às quais os enfermos internados estão sujeitos diariamente. Todos os três procedimentos diários citados se referem a um cuidado corporal feito pelo outro. Essa situação radical própria à internação hospitalar leva-nos a pensar que o estado de adoecimento que demanda internação promove uma repetição do desamparo e da dependência correlativa que vive o bebê, que depende inteiramente do cuidado do outro. Parece-nos, portanto, essencial explorar a noção de desamparo que julgamos envolvida, no sentido de sua revivência, na situação do adoecimento somático, em especial, quando este implica um processo de hospitalização.

### **III.1 – A noção de desamparo**

Em “Projeto para uma psicologia científica” (1895[1950]/1969), texto postumamente publicado, Freud mencionou pela primeira vez o termo desamparo, no contexto da experiência de satisfação. Nesta experiência estaria em jogo, inicialmente, uma tensão proveniente do enchimento dos “neurônios nucleares” em  $\Psi$  de quantidades endógenas ( $Q\eta$ ), que teria como resultado uma propensão à descarga, uma urgência a ser liberada pela via motora. A primeira via a que se recorre é aquela que leva a uma alteração interna, uma descarga, como o choro e o grito do bebê. No entanto, aí nenhuma descarga é capaz de promover alívio, porque o estímulo endógeno permanece sendo recebido e a tensão é restabelecida em  $\Psi$ . Nessa situação, a cessação do estímulo depende de uma intervenção que promova uma alteração no mundo externo, como o fornecimento de alimento, por exemplo. Trata-se de uma ação específica que irá suspender provisoriamente a descarga de quantidades ( $Q\eta$ ) no interior do corpo. O bebê humano é a princípio incapaz de promover essa ação específica. Faz-se necessária ajuda alheia, quer dizer, ajuda de um adulto que irá voltar sua atenção para as manifestações de descarga do bebê (choro, gritos, gemidos). Essas manifestações do bebê ganharão a

função secundária de comunicação. Quando executa a ação específica para o bebê desamparado, o adulto promove temporariamente a cessação do estímulo endógeno do bebê. Tal cessação devida à descarga da tensão que gerava desprazer proporciona a ocorrência de um processo de investimento nos “neurônios”  $\Psi$  de modo que se forma uma associação duradoura entre os “neurônios” estimulados pela imagem do objeto através do qual a satisfação foi obtida e os “neurônios” que registraram a descarga, de forma a estabelecer a criação de uma via preferencial de ligação entre eles.

O que está colocado nesse texto a respeito do desamparo é a impotência psicomotora do bebê em executar, por conta própria, a ação específica que o leva a obter satisfação. No momento do nascimento, o organismo humano não dispõe dos instrumentos necessários para a sua sobrevivência devido a sua carência de certas maturações biológicas, especialmente no que se refere ao aparelho neural. Portanto, o organismo humano é biologicamente inapto para a vida ao nascer. É só com o cuidado do outro cuidador que o recém-nascido consegue sobreviver. Este percorre uma longa experiência de cuidados antes de poder tornar-se relativamente autônomo. É o investimento materno, contínuo e permanente, que possibilita a vida no bebê.

Laplanche & Pontalis (1967/1970) escolhem traduzir *Hilflosigkeit*, por “*état de détresse*” (estado de desamparo), expressão composta. Eles argumentam que essa escolha se deve ao fato de que, para Freud, na *Hilflosigkeit* trata-se de um dado essencialmente objetivo: a impotência psicomotora do recém-nascido humano quanto a realizar a ação específica que leva à satisfação. Seria isto o que Freud designou como *motorische Hilflosigkeit*. A *psychische Hilflosigkeit*, por sua vez, seria a vertente psíquica (econômica) do desamparo, isto é, o acréscimo de tensão exercida no aparelho psíquico que este ainda não pode dominar.

No entanto, Mario E. C. Pereira (1999) ressalta que apesar de essa concepção mais restrita do desamparo como uma etapa concreta do início da vida humana percorrer o conjunto da obra freudiana, não é a única e provavelmente nem a principal linha de elaboração dessa noção na obra de Freud. Pereira argumenta que no decorrer de sua obra, Freud tende a se afastar dessa concepção de desamparo, tornando-o cada vez menos “primitivo” e mais constitutivo da existência humana e do próprio funcionamento psíquico.

Assim, a ligação entre desamparo e adoecimento torna-se ainda mais evidente, uma vez que o desamparo passa a ser considerado dimensão constitutiva do sujeito e pode ser evocado para iluminar teoricamente o mal-estar vivido pelos sujeitos doentes

na experiência hospitalar, a qual inclui incerteza diagnóstica, efeitos deletérios de um mau prognóstico, temores diante de intervenções e exames, recusa ou resistência a aderir ao tratamento, efeitos indesejáveis da medicação, dores e incômodos gerados pelo adoecimento, efeitos iatrogênicos da vida em hospital, desencontros e transferências com os cuidadores, enfermeiros e médicos, angústias que cercam a finitude e a morte (Dunker, 2016).

Podemos acompanhar o fio que tece a complexificação desse conceito freudiano se focalizarmos o aspecto psíquico do estado de desamparo do bebê humano, a *psychische Hilflosigkeit*. O aparelho psíquico do bebê desamparado é transbordado por grande quantidade de tensão que ainda não pode dominar, e ele se encontra em situação de total passividade, sem possibilidade de fazer frente ao excesso.

Esse aspecto econômico da questão foi mais bem desenvolvido por Freud em “Além do princípio de prazer” (1920). Quando a perturbação econômica é excessiva em relação à capacidade de simbolização do ego, este fica paralisado, incapaz de erigir defesas. Esta situação é *traumática*, como elaborado por Freud (1920/2007). Nesse texto, o autor elabora uma nova concepção de trauma. Para elucidá-la, apresenta uma analogia entre uma vesícula indiferenciada de substância excitável e o aparelho psíquico. Ele diz que a vesícula flutua em meio a um mundo exterior carregado de energias de grande intensidade e, caso não possuísse um escudo protetor contra estímulos, não demoraria a ser aniquilada pela ação destes. Esse escudo protege a vesícula contra as excitações provenientes do mundo exterior, fazendo com que essas excitações externas só possam transmitir uma pequena parcela de sua intensidade às próximas camadas. As excitações externas que possuem força suficiente para romper o escudo protetor são consideradas por Freud como traumáticas.

Portanto, o trauma é experiência de radical passividade em que o eu é transbordado por um excesso pulsional que o invade e que ele não é capaz de representar. Segundo Freud, a tarefa das camadas superiores do aparelho psíquico, que podemos corresponder ao eu, seria justamente “enlaçar e atar” o excesso pulsional. Uma vez que fracassou nesse enlaçamento, devemos esperar do aparelho psíquico que reaja produzindo um contrainvestimento de grande força à custa do empobrecimento de todos os outros sistemas psíquicos, que sofrem extensa paralisia, ou à custa de forte redução de qualquer outra função psíquica.

Em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926), Freud mostra a estreita relação entre os dois conceitos recém-abordados, desamparo e trauma, e a angústia. A relação

da angústia com o desamparo e o trauma tem a ver com seu surgimento e sua reprodução. Freud (1926) supõe que há um fator histórico que une as sensações e as inervações da angústia, isto é, tal estado afetivo seria a reprodução de uma vivência que incluía as condições para o aumento da excitação e para a descarga em trilhas específicas, de forma que o desprazer próprio à angústia adquire seu cunho singular. Essa vivência prototípica que será reproduzida é o nascimento.

Mas por que essa vivência é reproduzida? Como a angústia surgiu, por que e em que ocasiões se reproduz? Ela surgiu como reação a um estado de perigo e passou a ser reproduzida sempre que se configura um estado desse tipo. Seu surgimento se dá de duas maneiras possíveis: uma não desejada/automática, quando há uma nova situação de perigo; a outra, apropriada, para sinalizar a ameaça de um perigo e permitir evitá-lo. Neste caso, o eu se submete à angústia como a uma vacina, aceitando a forma atenuada de uma doença para escapar ao seu ataque pleno. E o que configura um estado de perigo?

Para o bebê, é perigosa a situação de insatisfação, ou seja, o aumento de tensão gerada pela necessidade, diante da qual é impotente. Tal situação, que atinge nível elevado de desprazer e não é controlável através de utilização psíquica e descarga, deve ser análoga à experiência do nascimento, uma repetição da situação de perigo. O que elas têm em comum é a perturbação econômica causada por um acúmulo de quantidades de estímulos que precisam ser eliminadas, o que constitui o núcleo do perigo.

Mas qual o significado de uma situação de perigo? É a avaliação de nossa força diante de sua grandeza, é a admissão de nosso desamparo em relação a ela. O trauma é a situação de desamparo vivida, enquanto a situação de perigo é a expectativa da situação de desamparo. Nesta, o eu lança mão do sinal para a angústia, que alerta a possibilidade de ocorrência de uma situação de desamparo ou de que a situação atual remete a uma experiência traumática vivida. Com isso, o eu pode se antecipar comportando-se como se o trauma já houvesse chegado, enquanto ainda há tempo para afastá-lo.

A relação da angústia com a expectativa se liga à situação de perigo e sua indeterminação e ausência de objeto, à situação traumática do desamparo. A angústia é a original reação ao desamparo no trauma que, depois, passa a ser reproduzida na situação de perigo como sinal para ajuda, o que constitui um decisivo deslocamento. O eu, que havia vivido passivamente o trauma, pode reproduzi-lo ativamente de forma atenuada na esperança de ele próprio poder dirigir seu curso. Seja como fenômeno automático, seja como sinal, a angústia se apresenta como produto do desamparo psíquico do bebê,

que, inicialmente, é a contrapartida de seu desamparo biológico, mas que não pode ser completamente superado, diferente do desamparo biológico.

É preciso reconhecer que o desamparo humano não é completamente superável. Nem a construção do psiquismo nem a maturação biológica são capazes de conferir ao humano autonomia absoluta. Se, por um lado, a conquista da autonomia ante a fragilidade de base se impõe como fundamental para o sujeito, por outro, o desamparo está sempre presente em sua potencialidade, jamais é superado. Por vezes, emergindo e desafiando a suposta autonomia do sujeito, expõe como uma ferida aberta a fragilidade que marca a subjetividade humana, sua dependência inevitável do outro (Birman, 1999). A tese freudiana sobre a angústia apresentada em 1926 em “Inibições, sintomas e ansiedade” sustenta metapsicologicamente essa afirmação sobre a impossibilidade de superar o desamparo ao mostrar a estreita relação entre esse afeto tão recorrente na vida, e o desamparo, ambos, portanto, constitutivos do humano.

Portanto, não é apenas por uma insuficiência biológica que o sujeito é desamparado: o desamparo é uma ferida aberta jamais cicatrizável por completo, é uma marca inapagável da condição humana. O sujeito só pode, então, alcançar autonomia relativa, uma vez que o desamparo está sempre ali, à espreita, pronto a se desvelar. Dessa forma, podemos dizer que a experiência de adoecimento somático que demanda internação hospitalar produz a emergência radical do desamparo constitutivo, uma vez que remete o sujeito à finitude e impõe a dependência dos cuidados de um outro.

### **III.2 – A escuta psicanalítica no adoecimento somático**

A experiência do adoecimento somático é vivida por todos algumas vezes na vida. Pode ser um evento contingencial que revela, naquele momento, a impotência e os limites do sujeito, sua condição de desamparo. De caráter individual, esse adoecimento pode ter uma função conservadora da libido, isto é, situação que impele o sujeito a retirar os investimentos externos e voltá-los ao eu até que, após seu tratamento e recuperação, o sujeito estará novamente apto a investir nos objetos externos, retomar a vida em estado de saúde. No entanto, chamam-nos a atenção os casos em que há persistência e recorrência do quadro e da necessidade de internação. Esses casos consistem em adoecimentos mais graves e persistentes, cujo processo metapsicológico em jogo é o desligamento psicossomático, que, conforme descrevemos no capítulo anterior, é um dos destinos possíveis da destrutividade deixada livre pela perda da capacidade de ligação da pulsão a representações. Mesmo que sejam tratados de forma

eficaz pela medicina, os sintomas somáticos podem retornar. A insistência da doença expressa a dimensão do desamparo nesses sujeitos, tão marcante, e aponta para a importância de se dirigir outro olhar para esse sujeito adoecido – um olhar que articule a história da doença à história do doente. A escuta psicanalítica fundamentada no corpo pulsional freudiano e na psicossomática psicanalítica tem lugar aí.

O paciente, em sua relação com o analista, reproduz seus modos de pensar, sentir e agir, seus padrões de relação com outras pessoas e com o mundo, suas formas de viver seu corpo, seus sintomas e sua própria doença. Os diferentes matizes da transferência, dos mais organizados aos mais desorganizados, tornam possível ao analista avaliar as características da economia psicossomática do paciente, isto é, a consistência de seus recursos representativos, sua capacidade passada e presente para lidar com conflitos e vivências potencialmente traumáticas e a existência de eventuais riscos de desorganização. Então, a partir da avaliação desses elementos, o psicanalista pode adequar as formas de promover o vínculo, a comunicação e as intervenções.

No entanto, com pacientes assim, tão fragilizados, com funcionamentos psíquicos mais primitivos, o psicanalista encontra-se em situação difícil. Muitas vezes, os únicos materiais apresentados pelo paciente são percepções, sensações brutas (ruídos, luzes, frio, calor), comportamentos, manifestações e doenças somáticas em detrimento de recursos psíquicos elaborados como narrativas, fantasias, sonhos. Além disso, é comum a ausência de demanda de análise.

Pinheiro (1995), escrevendo sobre Ferenczi, diz que, a partir de sua teoria do trauma, ele elaborou a tese de que na ausência de inscrição psíquica, o corpo guarda em si uma inscrição sensorial, tendo afirmado que “nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (Ferenczi, *apud* Pinheiro, 1995, p. 97). Já que não houve possibilidade de representação, restou ao corpo ser marcado pelas inscrições sensoriais do trauma denominadas por Ferenczi de *símbolos mnêmicos corporais*.

Através de uma escuta psicanalítica que não se restringe ao que é falado, mas que também percebe os movimentos e expressões corporais, expressões faciais, tons de voz e olhares, pode ser possível retirar os símbolos mnêmicos corporais da concretude corporal de forma a

modificar sua condição de tatuagem invisível por uma linguagem constituída de palavra. O símbolo corporal, que ascende à liberdade do mundo da palavra, permite ao paciente transportar-se do pesadelo, do

qual ele parecia prisioneiro, para o mundo do sonho, ao qual ele tem direito de pertencer (Pinheiro, 1995, p. 98 e 99).

O espaço terapêutico se constitui, então, desde o princípio, como um lugar em que as experiências mais primitivas, mais banais e mais concretas podem ser depositadas, na expectativa de que, em algum momento, no contexto da relação com o analista, elas possam germinar, florescer, frutificar e adquirir sentido através do trabalho de figuração (Volich, 2013). Este consiste na criação de imagens, como nos sonhos, que pode ser considerada um primeiro momento de elaboração de impressões aquém da representação. A imagem, em especial a visual, remete à criação de uma forma, passível de ser evocada e transmitida, tornando visível o que é da ordem do indizível e intolerável (Moreno & Junior, 2012).

O desenvolvimento das funções e recursos do sujeito para lidar com experiências de prazer, desprazer, perdas, conquistas, desafios e conflitos é demasiadamente dependente da qualidade dos cuidados recebidos na relação com o outro na primeira infância. No início da vida do bebê, a função materna, exercida por aqueles que cuidam da criança, é apontada como fundamental para a organização dos recursos da economia psicossomática. Tais recursos são utilizados pelo sujeito para lidar com seu desamparo, sua precariedade de recursos e sua incapacidade de sobreviver por si mesmo. Mesmo quando já tenha sido alcançada a autonomia adulta, em momentos de crise, fragilidade ou transição, essa função de caráter estruturante, exercida por outros, pode ajudar o sujeito a superar essas experiências.

Da mesma maneira que a criança recorre aos recursos mais organizados do adulto que lhe provê cuidados para lidar com seu desamparo diante das dificuldades que enfrenta no início da vida, fragilizado pelo adoecimento, também o paciente solicita o saber e a experiência dos profissionais de saúde em busca de superar seu sofrimento (Volich, 2016). A desvitalização de muitos desses pacientes expressa a fragilidade de suas estruturas narcísicas e de suas experiências libidinais. Para que o tratamento psicanalítico seja possível nesses casos, é necessário intenso investimento por parte do psicanalista.

O psicanalista, utilizando-se dos princípios da função materna, busca, na transferência, criar condições para que o paciente disponha de recursos representativos cada vez mais elaborados, de maneira que possa estancar o movimento contraevolutivo das pulsões, isto é, o movimento de desligamento psicossomático, diminuindo o risco patológico determinado pelas desorganizações.

A função materna e o *holding* do analista proporcionam ao paciente a experiência de se sentir investido, promovendo assim o estabelecimento progressivo de sua própria capacidade de investir. As experiências de ausência e de presença, dialética na qual se forjam as capacidades de alucinação, de fantasia, de sonho e de representação podem se estruturar no paciente, uma vez que o espaço transferencial se consolida como um ambiente de continência, e o psicanalista se constitui como pessoa significativa para o paciente.

Por meio dessas experiências, também se estruturam as primeiras organizações erógenas, os suportes narcísicos, e se consolidam os recursos de ligação entre as pulsões de vida e de morte, os núcleos masoquistas erógenos primários, que permitem suportar o sofrimento provocado por ausências e perdas, aumentando assim a tolerância à frustração. Ao mesmo tempo, as instâncias e dinâmicas psíquicas tornam-se mais densas e organizadas, assim como mais fluidas as dinâmicas e a circulação entre elas (Volich, 2000/ 2013).

Para os pacientes que apresentam modos de funcionamento mais frágeis e fragmentados, para aqueles que vivem momentos de desorganização, as intervenções (...) funcionam como balizadores, como andaimes a partir dos quais uma estrutura mais consistente e definitiva pode vir a se constituir (Volich, 2013, p. 366).

A clínica das desorganizações psicossomáticas visa propiciar ao paciente encontrar suas melhores formas de funcionamento de acordo com os recursos que lhe são imediatamente disponíveis. O horizonte do tratamento objetiva promover a evolução e o enriquecimento desses recursos e, em especial, dos recursos psíquicos e representativos, através de um trabalho de figuração, de criação e sustentação do espaço onírico e lúdico. O analista deve poder criar as condições para permitir que seu paciente faça com ele o caminho inverso daquele que o conduziu a agregar toda sua energia pulsional na somatização. O caminho é o do retorno para uma inovação psíquica. Esse trabalho analítico, de acordo com Smadja (2009), foi especificado por Pierre Marty em uma fórmula clássica: da função materna à psicanálise clássica. Ela indica também uma direção, que parte de uma condução maternal e se dirige a um objetivo: o de uma apreensão psicanalítica clássica de seu paciente.

Em direção a esses objetivos, o encontro frente a frente é particularmente indicado no atendimento a sujeitos que apresentam doenças somáticas no contexto de um movimento de desorganização. Inspirados pelo paradigma da relação inicial entre o bebê e o primeiro outro, inúmeros autores apontam que a posição frente a frente se

constitui como um corpo a corpo à distância, necessário ao paciente para lidar com seus núcleos e experiências mais primitivas. Assim, o manejo da transferência com esses pacientes ocorre por meio de posturas mais ativas do analista que, além da postura frente a frente, se utiliza de intervenções específicas, mediações, etc., visando que os movimentos de desorganização sejam estancados. Para isso, o analista pode investir e mobilizar os poucos recursos representativos e libidinais do paciente, oferecendo a ele construções e palavras continentais e organizadoras de suas vivências primitivas.

Os pacientes fragilizados em seus recursos da economia psicossomática exigem do psicanalista grande investimento no tratamento não somente para tornar minimamente eficaz a clínica com eles, mas inclusive, antes disso, para viabilizá-la. Uma exigência que alcança o próprio corpo do analista, que funciona em ressonância com aquilo que, no paciente, não é passível de ser verbalizado (Volich, 2013). Esse mecanismo de ressonância, em que o que não é passível de ser verbalizado ressoa no corpo do analista, relaciona-se à contratransferência. Esta é definida como um conjunto de reações inconscientes do analista em relação ao analisando e mais particularmente à transferência deste (Laplanche & Pontalis, 1967/1970). Também é um meio privilegiado para apreensão das dinâmicas pulsionais que se encontram aquém da representação.

Entretanto, a contratransferência é um conceito polêmico na psicanálise desde Freud. Se por um lado ela aparece na obra freudiana como um obstáculo ao tratamento analítico e que, por isso, deve ser reconhecida e dominada:

Tornamo-nos cientes da contratransferência, que surge no médico quando o paciente influencia os seus sentimentos inconscientes, e estamos quase inclinados a solicitar que o médico reconheça e domine essa contratransferência dentro de si (Freud, 1910/2013, p. 223).

por outro, Freud reconheceu seu papel como ferramenta na escuta do paciente ao afirmar que o analista

deve voltar seu inconsciente, como órgão receptor, para o inconsciente emissor do doente, colocar-se ante o analisando como o receptor do telefone em relação ao microfone. Assim como o receptor transforma novamente em ondas sonoras as vibrações elétricas da linha provocadas por ondas sonoras, o inconsciente do médico está capacitado a, partindo dos derivados do inconsciente que lhe foram comunicados, reconstruir o inconsciente que determinou os pensamentos espontâneos do paciente (Freud, 1912/2010, p. 116).

Na visão de Pierre Fédida (citado por Timo, 2013), a contratransferência do analista funciona como um para-excitações, isto é, trata-se de um dispositivo inerente à

própria situação analítica que evita que o analista seja diretamente confrontado com a irrupção violenta dos afetos do paciente e dos seus próprios afetos. Lugar de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento, a contratransferência funciona como ferramenta portadora da capacidade de recepção e de transformação das informações provenientes da vida psíquica do paciente, informações que são constantemente confrontadas com as provenientes do próprio psicanalista (Timo, 2013). A contratransferência se relaciona a uma acuidade de percepção por parte do psicanalista e ao mesmo tempo a uma função de processamento e metabolização dos conteúdos que provêm do paciente e lhe serão restituídos pelo analista na forma de metáforas e de interpretações no interior do tratamento.

### **III.3 – Transferência e contratransferência no atendimento a R.**

Durante os meses de atendimento a R., eu tive um sonho em que comia com avidez uma refeição e ele, sentado à minha frente, recebia, de alguma maneira, em seu estômago aquela comida por mim ingerida. Este sonho parecia indicar que esse rapaz esquelético e desvitalizado despertava em mim o desejo de nutri-lo, de alimento e de vida – como uma mulher grávida que alimenta o feto em seu útero – de forma a possibilitar sua recuperação.

R. talvez tenha me informado contratransferencialmente que precisava ser “gestado” e eu, em sonho, realizava a gestação. A ausência de lugar no desejo da mãe antes, durante e depois de seu nascimento, acrescida à ausência de uma figura materna substituta suficientemente boa, impossibilitou sua constituição psíquica, sua emergência como sujeito. Seu corpo esquelético e fraco, suas expressões faciais sem vida e a pobreza de recursos representativos (pouco falava, não associava) davam notícia disso. Sua saúde fraca, que lhe impôs a necessidade de internação em UTI mais de uma vez, tendo ele passado mais de sete meses hospitalizado na última internação, expressando o alcance dos efeitos da extrema precariedade psíquica que pode levar o corpo em sua materialidade à morte.

A vida, em sua possibilidade estritamente biológica, se constrói contra a morte iminente que marca o organismo humano (Birman, 1999). Pode-se dizer que a vida é infundida no bebê pelos cuidados maternos, sem os quais ele não sobreviveria. O investimento materno realiza, então, uma suplência temporária da carência biológica do organismo humano e, ao mesmo tempo, possibilita a construção do psiquismo. A estrutura psíquica seria uma derivação dos cuidados maternos. Birman (1999) afirma

ainda que sem a construção do psiquismo, a organização somática do bebê seria também impossível, fadada à morte. Isto porque estaria sujeita ao caos e à desordem. O psiquismo institui um princípio de ordem no caos originário do ser humano. Portanto, sem existência psíquica não existiria qualquer possibilidade de sobrevivência para o organismo.

R. precisava ser gestado psiquicamente. Em analogia à gestação do feto, que se desenvolve por nove meses sendo nutrido no útero da mãe em preparação ao momento em que, já desenvolvido, pode nascer, R. precisava ser gestado no desejo da mãe para, enfim, advir como sujeito. Poderíamos dizer talvez que R. estava em gestação. Desde que sua mãe finalmente sentiu-se mãe e passou a investir nele, em conjunto com a equipe que lhe provia cuidados, esse processo estava em curso, de um psiquismo rudimentar quase sem recursos a um psiquismo mais elaborado.

Perceber esse contexto foi essencial para me posicionar como analista, escolher as intervenções, a postura diante dele e de sua mãe. Eu comparecia à beira do leito de R. cerca de três vezes por semana; em alguns momentos específicos, chegava a uma frequência de cinco vezes. Desde o início, a mãe de R. solicitou minha escuta. Ele se comunicava mais de formas não verbais do que por palavras. Aos poucos, me situei de maneira a conduzir uma espécie de mediação entre os dois. Eu atendia R., mas estava sempre disponível para ouvir sua mãe a sós, quando ela assim o desejasse. Assim, aberta para a singularidade do caso, pude construir esse setting diferente, em que escutava mãe e filho por “livre demanda”. R. inclusive mostrou-me explicitamente que, em alguns momentos, queria que eu conversasse com sua mãe. Havia uma sintonia transferencial (e contratransferencial) entre nós três em relação à maneira como estava sendo conduzida a escuta.

Volich (2016) afirma que a função de continência para a experiência transferencial provida pelo clínico em relação a seu paciente configura o campo no qual pode ser depositada, reproduzida e elaborada a dor do paciente, para além de queixas, sintomas ou doenças. Através desse campo, um espaço relacional e representativo se constitui, organizador tanto para as vivências mais organizadas quanto para as manifestações mais primitivas, destrutivas e até mortíferas da economia psicossomática. Nesse caso em que foi construído um *setting* diferenciado, que ora incluía somente eu e R., ora somente eu e a mãe de R., ora os três, a função materna do analista era realizada tanto com um quanto com o outro. Com R., por vezes, coloquei em palavras o que estava percebendo, diante dele em silêncio, desvitalizado, desolado, visando à

construção da possibilidade de que ele se apropriasse das palavras e pudesse desenvolver sua própria narrativa sobre o que estava sentindo. Com ela, a escuta promovia a contenção de suas angústias.

Assim que R. apresentou melhora, após um mês na UTIP, foi encaminhado à enfermaria. Porém, logo que foi transferido, tornou a piorar. Recebeu os cuidados necessários para a melhora do quadro, da parte da medicina, da enfermagem e da fisioterapia, ao mesmo tempo que, aos poucos, foi fazendo laço com os profissionais de lá. Pouco depois, já internado na enfermaria havia cerca de três meses, foi abordado pela equipe de fonoaudiologia que começou a trabalhar com ele a questão da disfagia, a dificuldade de engolir. Com a evolução do trabalho da fonoaudióloga, trouxeram-lhe uma válvula fonatória, que se encaixa na traqueostomia e permite que ele fale, emitindo som propriamente. Fui avisada pela fonoaudióloga de que ele usaria essa válvula por algumas horas a cada dia, até conseguir ficar com ela o dia todo. A introdução da válvula fonatória que lhe permitiu falar não deixou de ter efeitos. Ele, que já brincava com os profissionais através de olhares, expressões faciais, fingindo que ia morder, por exemplo, agora fazia isso verbalmente: “o que você está aprontando, dona enfermeira?”, “limpa meu apartamento direitinho, senhora”; e para nós, durante um jogo: “ah não acredito! Você ganhou! Mas é porque eu estava cansado hoje”. Além disso, em suas saídas do quarto, pôde conhecer uma menina que também estava internada na enfermaria e se interessou por ela. Usava a foto dela como fundo de tela em seu celular.

A mãe ia a sua casa em média uma vez ao mês e, a cada vez, passava alguns dias fora. A cada vez parecia mais fácil para R. suportar a ausência dela. Quando ela se ausentou nessa época, fui atendê-lo e não o encontrei no leito. Estava em frente ao balcão da enfermagem conversando com os enfermeiros, e logo em seguida se dirigiu à varanda, onde estavam outros adolescentes. Sua mãe relatou que quando essa menina que o interessou estava internada, ele saía todos os dias do leito. Depois que ela foi embora, ele diminuiu as saídas, apesar da insistência da mãe para que se movimentasse. Parecia que R. estava mudando de posição, saindo da posição anterior de completamente assujeitado.

Uma vez tendo tido alta da fonoaudiologia, além de falar, já estava se alimentando pela via oral, fazendo uso de alimentação via GTT<sup>3</sup> somente à noite. A

<sup>3</sup> GTT é a abreviação de gastrostomia, que é a criação de um orifício artificial externo no estômago para alimentação e suporte nutricional, quando há impossibilidade ou perigo de utilizar a via normal (Castro & Castro, 2011). Neste caso, a GTT foi realizada devido ao baixo peso do paciente e à impossibilidade, até o momento, de alimentação por via oral. O paciente estava se alimentando

equipe de nutrição procurou contemplar os gostos do paciente, na medida do possível. Com isso, sua alta foi programada e a equipe de Serviço Social agendou uma reunião na Secretaria de Saúde da cidade deles, para que a equipe de lá conhecesse o caso e suas necessidades. Conseguiram atendimento domiciliar com fisioterapeuta, mas não havia psicólogo nem fonoaudiólogo na equipe do NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família). A equipe de Serviço Social também esteve à frente de conseguir o oxigênio domiciliar, que ele precisava ter em casa como precaução, ainda que não mais estivesse dependente dele.

R. já sabia há cerca de um mês que quando tivesse condições, receberia alta. Porém, mesmo com a antecedência, foi muito difícil para ele lidar com a situação. A alta implicava a perda das relações com os membros da equipe que o atendiam e também implicaria mudança na quantidade de investimento que receberia de sua mãe. Ela, entretanto, muito ansiosa pelo retorno ao lar, teve muita dificuldade em lidar com a hesitação de R. quanto a voltar para casa. Mesmo que eu tivesse pontuado as perdas em jogo para R. no processo da alta, nesse momento ela não esteve aberta a escutar. Na véspera da alta, ele não havia comido nada o dia todo e, na minha presença e ante o meu desejo, fez um lanche – e foi só o que comeu naquele dia.

Menos de uma semana depois, R. estava de volta ao hospital. Fui avisada do retorno de R. e fui vê-lo. Estava cercado por médicos novos, já que havia entrado outro mês e os residentes tinham mudado de setor. Entrei e ele me olhou e apontou para mim. A mãe notou esse movimento dele e o colocou em palavras. R. estava ainda sem ânimo, calado, sério. Sem querer muita conversa e especialmente sem brincar e implicar com ninguém, o que costumava fazer quando estava bem.

Ele tinha ido de alta numa quarta-feira; no domingo seguinte teve febre, e na segunda-feira já não conseguia sair do “BIPAP”<sup>4</sup> e sua mãe o levou ao hospital da cidade. Ele havia broncoaspirado e estava com pneumonia. Terça-feira já estava novamente no hospital.

A mãe disse que estava percebendo a falta de ânimo de R. e chegou a sonhar com a volta ao hospital, o que a deixou angustiada, já que a volta para casa era tão

---

somente via sonda nasoentérica e a quantidade ingerida por esse meio não era suficiente para o objetivo de ganho de peso.

4 Trata-se de um suporte ventilatório não invasivo administrado através de uma máscara nasal ou facial que auxilia a ventilar um paciente que esteja em desconforto ventilatório ou insuficiência respiratória, bem como aqueles que, por algum motivo, não apresentem ventilação pulmonar adequada (Homefisio, 2017).

esperada por ela. Em casa, ele não queria comer, só aceitava líquidos. Estava sem ânimo, também não queria sair da cama, apesar de sua insistência. Com sua insistência para ele comer, ele chegou a dizer a ela que introduzisse o alimento via GTT, mas ela não sabia se podia, devido à orientação que recebera de alimentá-lo pela GTT somente à noite. R. estava, portanto, sem apetite, sem desejo de comer.

Sua volta ao hospital foi na terça-feira, e só na sexta-feira ele chegou a esboçar um sorriso. Um dia tentei me comunicar com ele e ele apontou para a cadeira de sua mãe. R. muitas vezes mostrou desejar que eu falasse com sua mãe. Minha hipótese é que ele desejava que eu legitimasse seu sofrimento para sua mãe, que eu mostrasse a ela o quanto ele precisava dela. Essa piora de R. gerou raiva em sua mãe, que não conseguiu lidar bem com isso. Ainda que eu tenha oferecido espaço de escuta, sua angústia era grande demais. Pode-se pensar que os sentimentos hostis dela em relação a R. se uniram ao seu desejo de voltar à sua casa e poder investir em outras coisas, formando um furacão de afetos que ela não conseguiu dominar. No fim de semana, R. foi para a UTIP por precaução, já que lá teria médico e fisioterapeuta disponíveis 24h. Uma fisioterapeuta da UTIP me procurou para solicitar atendimento a R., porque ele não estava “cooperativo”. Ela me disse que até os pacientes dependentes do “BIPAP” conseguem passar alguns minutos fora dele. E R., que estava com uma quantidade mínima de suporte ventilatório, se desesperou quando ela retirou o aparelho.

A mãe dele estava superansiosa para ir para casa. E voltar para a enfermaria os deixaria mais próximos da porta de saída do hospital. Para voltar à enfermaria, bastava que ele evoluísse nesse trabalho com a fisioterapia, que era o que ele recusava. Era evidente que essa recusa tinha relação com a ideia de voltar para casa. Falei para R. e sua mãe que me parecia que R. estava se sentindo inseguro, temendo a volta para casa.

Depois eu a ouvi a sós e ela pôde me dizer o quanto queria estar em casa, que não via a hora de R. melhorar para poderem ir. Questionamos sobre a volta para casa, como ela imaginava que iria ser isso, o que achava que poderia ser diferente para que pudessem passar mais tempo em casa. Ela respondeu que poderia passar mais tempo com R., pois, disse ela, “melhor passar tempo com ele em casa do que aqui”. Ela reconheceu que não passou muito tempo com R. em casa, fazia os cuidados necessários, mas deu como exemplo que não parou para ver um filme com ele, como ele havia solicitado. Seu marido chegou a alertá-la de que ela estava sem paciência com ele. Ela queria investir em outras coisas, arrumar a casa, fazer comida, estar com os outros filhos, e ficou incomodada porque R. não estava aceitando se alimentar e se mostrava

desanimado em casa. Apontei para ela que essa mudança do hospital para casa implicou perdas importantes para R. A perda do investimento de toda a equipe – ainda que a alta tivesse sido programada – somada à diminuição do investimento dela, foram profundamente sentidas por ele.

Ela pôde falar de sua divisão em relação a R. – pontuou que seu nascimento deu fim aos abusos que tinha sofrido da parte de seu pai, mas a vida de R. é um perpétuo lembrete do que lhe ocorrera. Ao mesmo tempo em que é bom ter alguém para cuidar, já que se queixa de que seus outros dois filhos não querem mais saber dela, sente-se sufocada pelas suas demandas. “Ele pega minha mão, apoia a cabeça em mim e me olha; tenho vontade de retirar a mão, mas fico com pena e tento me controlar”. “Ele parece estar cobrando os 10 anos que passou longe de mim, tudo de uma vez.” “Ele quer ser cuidado como um bebê”. “Ele parece aquelas crianças de cinco anos, que ficam perguntando o porquê de tudo; mas com ele é ‘ô mãe’, ‘ô mãe’!” Ela disse que gostaria de mudar, de ser mais calma, mas que não sabia se seria capaz. Às vezes fala sem pensar e, quando se dá conta, já falou (sic).

Falando sobre R. e sua relação com ele, pôde, enfim, me trazer uma informação que eu ainda não tinha: R. já sabia sobre seu pai. Foi na primeira internação dele, na enfermaria de adolescentes que, ao sair do quarto para falar sobre o pai com algum profissional, quando voltou, R. lhe disse que sua avó materna havia lhe contado que ele era filho de seu avô. Ela contou-me ter ficado revoltada, pois sua mãe tinha mentido para ela, dizendo que não tinha contado. Essa escuta parece ter produzido efeitos, pois ela conseguiu ficar mais calma e paciente com o tempo de R. a partir de então.

Uma vez que estava clinicamente estável, não sendo considerado “paciente de UTI”, R. foi transferido de volta à enfermaria de adolescentes. Lá, ele foi aos poucos retirando o “BIPAP” por algumas horas, já sem apresentar desespero. A mãe teve que ir até sua casa e passou três dias longe do hospital. Ela me falara que existia essa possibilidade, mas achava que seu marido poderia vir de lá trazendo suas coisas. Acabou que decidiram pela ida dela. Cheguei para atendê-lo no dia em que ela e o marido tinham decidido isso. R. estava no leito deitado de lado, de cara fechada, virado para o lado oposto ao da cadeira do acompanhante. Ela me contou, diante dele, ter conversado muito com ele, explicado que precisava ir, que preferia que seu marido viesse, mas ele não poderia devido ao trabalho. Falou que iria com o coração apertado, pois R. ainda não estava bem. Ela realmente mostrou, com esforço e calma, de forma paciente, preocupação por deixá-lo só. Talvez fruto da escuta que eu lhe oferecia, essa

postura da mãe de R. teve efeitos. Nesse dia, ele permaneceu emburrado, sem querer conversa. Porém, após a saída da mãe do hospital, R. ficou tranquilo. Fui atendê-lo, e ele disse estar bem. Indaguei como ele estava se sentindo, o que passava por sua cabeça, mas só respondia que estava bem. Continuava falando pouco, mas já era possível perceber uma mudança no seu modo de se relacionar. Na volta de sua mãe, ele pediu desculpas a ela pela maneira como reagira à sua saída.

Com base na teoria de Winnicott sobre o desenvolvimento da capacidade de se preocupar (1963/1990), pensamos que o posicionamento dela em “sobreviver” à agressão de R. e sua presença consistente possibilitaram-lhe uma oportunidade para reparação, através desse pedido de desculpas. R. pôde dirigir a raiva a sua mãe porque ela estava presente em sua vida e investindo libidinalmente nele. Ele já não temia a perda permanente de sua mãe, como temera na primeira vez em que ela deixou o hospital.

Já apresentando significativa melhora, com a pneumonia tratada e conseguindo ficar fora do “BIPAP”, a equipe já esperava dar alta a ele. Ele iria para casa, e voltaria ao hospital algumas vezes ainda para consultas com a fonoaudióloga, já que ainda não estava liberado para ingerir alimentos de todos os tipos de consistência pela boca. R. ficou muito irritado ao saber que iria para casa antes de poder voltar a beber água. Sua mãe contou que ele foi mal-educado com a equipe de fonoaudiologia e com ela. Ele disse que preferia ficar no hospital!

Para além do fato de ter sede e não poder beber água, pensamos se essa irritação toda não seria mais uma demanda de amor dirigida à equipe, como se sentisse que queriam mandá-lo para casa precocemente, para livrar-se dele. Havia por parte da equipe uma preocupação com a possibilidade de ele contrair outra infecção. A equipe médica entendia que sua volta ao hospital estava relacionada à hipótese de ele já ter saído do hospital infectado, e temiam que isso ocorresse novamente. Partindo desse pensamento acerca do incômodo de R., apresentei a ele o motivo da decisão da equipe, e reforcei que ele ainda voltaria ao hospital para o acompanhamento ambulatorial com a fonoaudióloga e com a nutricionista. Pedi a R. que me avisasse quando seriam as consultas, para que eu também pudesse atendê-lo. Foi interessante, na verdade, essa conduta por parte da equipe de dar-lhe alta antes de findo o trabalho com a fono, pois, assim, ele necessariamente precisaria retornar algumas vezes ainda ao hospital, a cada duas semanas; o que permitiria que seu desligamento do hospital, e das relações ali engendradas, fosse feito de forma gradual. O fato de sua residência se situar em uma

cidade distante do hospital impossibilitava que houvesse consultas ambulatoriais de longo prazo.

Nessa segunda internação de R., ele contou à mãe que, em casa, estava fraco. Ela então se queixou para mim de que ele não a avisou: “ele é muito fechado”, disse-me. Em casa, ela insistira para que ele comesse. E ele acabou broncoaspirando. Dessa vez foi ele próprio que atribuiu a si uma fraqueza, disse “estar fraco”. Para além da fraqueza muscular que lhe era atribuída, R. mostrou ter notícias de sua fraqueza psíquica, da falta de investimento libidinal, e pôde endereçar isso a sua mãe, ainda que tenha sido depois que já estava internado novamente.

Apostamos que, com as intervenções que foram feitas ao longo da internação, essa ida para casa poderia ser diferente da anterior, tanto para R. como para sua mãe. Em relação a R., quem sabe, podendo vir a se comunicar pela via da palavra antes de ficar muito mal e precisar de nova internação. Em relação a sua mãe, a esperança era de que ela pudesse conseguir lidar de alguma maneira com sua divisão em relação a ele, de forma que fosse possível construir no dia a dia uma boa relação com ele.

Após esta segunda alta, R. conseguiu ficar em casa, sem necessidade de reinternação. A presença de uma escuta psicanalítica no hospital, que pôde ouvir para além de sua doença somática foi fundamental para cessar os adoecimentos recorrentes de R. que, pela via única do tratamento ao sintoma orgânico, não cessavam de retornar. Foi através da relação transferencial e contratransferencial estabelecida entre R., sua mãe e eu, que foi possível romper com a compulsão à repetição a somatizar que poderia, em última instância, tê-lo levado ao óbito, se não tivesse estado disponível esse espaço de escuta e acolhimento do sofrimento de R.

No entanto, não foi sem a contribuição do trabalho dos demais profissionais que isso foi possível. Tratando-se de um quadro de somatização, médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga e assistente social foram essenciais em conjunto ao nosso trabalho na produção do estado de saúde de R.. Este foi um caso emblemático, decerto, atendido no contexto de UTI e enfermaria situados em um hospital geral. Contudo, pensamos que, em sua radicalidade, o caso possa explicitar o alcance possível da escuta psicanalítica em um hospital, mostrando a importância da atenção às implicações psíquicas no adoecimento somático em geral. Portanto, se desejamos prover um cuidado para além da doença somática, precisamos levar em conta a irreduzibilidade das relações entre corpo e psiquismo.

## Considerações finais

Nesta dissertação examinamos inicialmente o modo como o sujeito tende a se relacionar com o processo de adoecimento somático e a perspectiva de morte muitas vezes aí envolvida. Pontuamos que a perspectiva de sua própria morte é negada. Ainda que o desejo de eternidade possa ser abalado pela situação de adoecimento ou pela morte do outro, não é o suficiente para fazê-lo ruir. Isto porque esse desejo seria da ordem da ilusão e a ilusão de eternidade, justamente, é uma dimensão estrutural do psiquismo humano. Universal e enraizada, é constitutiva do eu, sem a qual não poderia existir. Devido à relação de dependência entre a ilusão de eternidade e o eu, é impossível representar a morte, pois, como procuramos mostrar no primeiro capítulo desta pesquisa, o trabalho psíquico de representação é realizado pelo eu e não há como este representar sua própria morte. Porém, apesar da impossibilidade de representação da própria morte, quando ela se apresenta ao sujeito como real possibilidade, provoca-lhe surpresa, como algo assustador, experiência subjetiva do “estranho”, mas que aponta para o mais familiar, para aquilo, como aponta Freud (1919), que deveria permanecer oculto, mas veio à luz. É sob a forma da inquietante estranheza (Freud, 1919), portanto, que a morte se apresenta ao sujeito, indicando algo que lhe é familiar desde sempre, mas que choca o eu na contingência da eventualidade de seu acontecimento (Birman, 1999).

Indicamos também nesse mesmo capítulo a importância da dimensão social na experiência do adoecer e do morrer, isto é, reconhecemos o impacto no sujeito gravemente adoecido, do ponto de vista somático, da maneira como os outros e a sociedade o vêem e lidam com ele diante dessa situação. Apontamos alguns aspectos acerca do modo como se dá esta relação na Modernidade a partir da descrição de três de suas características: a transição da posse do poder decisório sobre a doença e a morte – que passou do moribundo para sua família, até chegar às mãos da equipe médica –, o controle das emoções imposto a médicos e doentes, e o isolamento dos doentes em relação às pessoas saudáveis (Ariès, 1975; Elias, 1982). Estas características são estreitamente relacionadas às transformações no saber médico e sua inserção no ambiente hospitalar.

Mostramos que o hospital geral, conforme o conhecemos, surgiu em meados do século XVIII, tendo sido até então uma instituição que prestava assistência aos pobres e cujo personagem ideal era o indivíduo pobre que estava morrendo e devia receber

assistência material e espiritual, os últimos cuidados e o último sacramento (Foucault, 1979). O hospital tinha também como função a separação e exclusão de pessoas que pudessem representar perigo para a saúde da população. A gestão da instituição era feita por religiosos e as visitas médicas eram irregulares, pois a organização da formação médica era tal que não incluía a experiência hospitalar.

A transformação do hospital em dispositivo de tratamento ocorreu devido à entrada da disciplina no espaço hospitalar e à mudança no saber e na prática do médico. Estes dois fenômenos em conjunto possibilitaram a “disciplinarização” do hospital e a modificação das condições do meio em que os doentes vieram a ser colocados, de forma que a organização do espaço hospitalar passou a ser um instrumento com função terapêutica. Na medicina das espécies, tratava-se de conhecer a doença, seu curso, e classificá-la, a partir de suas características, em um quadro nosográfico. A doença era vista como fenômeno natural, mas resultante de uma ação particular do meio sobre o indivíduo. Então, as intervenções eram realizadas com a mediação de elementos externos: temperatura, alimentação, água, ar, etc. Nenhuma intervenção era feita no corpo doente.

Já na medicina moderna, o espaço da doença se desloca para o corpo (Foucault, 1980). A etiologia das doenças passa a ser buscada em fatores orgânicos, em partes e funções do corpo. A transição da medicina das espécies para a medicina moderna representou uma mudança estrutural no modo de conceber as doenças, mudança que produziu grandes efeitos: avanço no conhecimento e tratamento das doenças, por um lado, e a exclusão da subjetividade, por outro. Assim, o surgimento da medicina moderna aliado ao surgimento da instituição hospitalar implicou redução da proliferação de doenças, advento de melhores tratamentos e aumento da qualidade e da expectativa de vida por um lado e, pelo lado do sujeito doente, isolamento, passividade e dessubjetivação.

Na contramão dessa tendência, tivemos a oportunidade de sustentar que uma estratégia potente para se combater esses efeitos negativos pode ser a entrada de outros profissionais – para além da medicina e da enfermagem – no âmbito do hospital, com a formação de equipes multiprofissionais objetivando a ampliação do olhar sobre o sujeito doente, para além de sua doença. Este olhar ampliado se funda numa concepção global e multicausal de saúde que ultrapassa a ausência de enfermidade, levando em conta o bem-estar somático, psíquico e social. As práticas de saúde orientadas por esse olhar buscam investir na prevenção das doenças e na promoção da recuperação do paciente de

forma “integral”, considerando os múltiplos determinantes envolvidos (Pinheiro, 2009). A aposta na integralidade da assistência em um hospital geral é colocada em prática a partir da construção da relação entre os membros das equipes e entre equipes e situa-se na dimensão da interdisciplinaridade com o foco no sujeito. Assim é possível construir um projeto terapêutico singular, específico àquele sujeito que buscou assistência, de forma a promover a integralidade das práticas em saúde. O oferecimento de um cuidado multiprofissional no hospital baseado no conceito ampliado de saúde, que visa à integralidade do cuidado possibilita que o sujeito usufrua de um cuidado que não se restringe à doença somática, causa da demanda de assistência, mas levando em conta sua singularidade.

Nesse cenário, a psicanálise se insere através dos psicólogos que são psicanalistas, com a especificidade da escuta da subjetividade. Trabalhando em equipe em um hospital geral, eles podem atuar na escuta dos pacientes internados e suas famílias e na escuta dos profissionais da equipe, de modo a propiciar uma abertura para a subjetividade, e na realização de uma articulação entre esses dois primeiros níveis de intervenção, no que Jadoulle (2007) denominou “trabalho de ligação” dentro de um “*setting* a três”. O psicanalista trabalha com aquilo que a medicina tenta, muitas vezes, excluir e não se propõe a tratar, mas que retorna e insiste. Para trabalhar esses pontos, apresentamos alguns elementos do material clínico de um caso atendido por mim, na perspectiva psicoterapêutica a partir do referencial da psicanálise, em um hospital geral público de forma a sustentar nosso argumento sobre a importância de prover aos sujeitos doentes hospitalizados um cuidado ampliado que enxergue para além de seus órgãos adoecidos.

A ida de R. ao hospital em que eu trabalhava objetivava possibilitar investigação diagnóstica de uma doença de base ao quadro clínico que levou à internação. Seus sintomas somáticos eram pneumonia de repetição, disfagia, desnutrição e fraqueza muscular “a investigar”. A hipótese diagnóstica médica era de um quadro de distrofia muscular que, como indicado no segundo capítulo da dissertação, consiste numa doença genética neuromuscular degenerativa. Na internação, R. fez alguns exames genéticos para subtipos específicos de distrofia, porém não houve resultado positivo. A equipe médica concluiu o diagnóstico por meio de observação clínica: distrofia muscular de Becker, um dos subtipos mais comuns. Sua especificidade em relação aos demais subtipos é a fraqueza muscular situar-se nas cinturas pélvica e escapular, seus sintomas serem mais leves do que o subtipo mais comum e com início mais tardio.

Entretanto, ainda que R. tenha sido diagnosticado como tendo “distrofia”, era essa a “doença de base” no quadro de incidência repetitiva que o paciente apresentava? Investiguei, à época do atendimento, se haveria relação entre o quadro apresentado por ele e a fraqueza muscular da distrofia. Porém, recebi como resposta dos médicos que não havia relação, a fraqueza muscular da doença genética não estando relacionada aos músculos envolvidos na deglutição e na respiração. Por que então o uso desta expressão “doença de base” para caracterizar a distrofia? Nossa hipótese é que as equipes médicas do hospital onde o paciente havia sido internado anteriormente e do hospital em que vim a atuar perceberam haver algo além do quadro manifesto. Porém, o saber médico exclui os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento e em sua evolução, tanto de quem o enuncia quanto de quem o escuta e, se há algo que ultrapassa o quadro manifestado, relacionado a ele, isto tende também a ser considerado dentro da suposta lógica de uma outra doença enquadrável cientificamente (*sic*). No caso clínico em questão, notaram a fraqueza do paciente. Porém, do ponto de vista dos médicos, a fraqueza era adjetivo dos músculos de R., não sendo reconhecida como parte de sua subjetividade.

Eu a notei, porque a olhei e a escutei a partir do referencial psicanalítico, e pude colocar em palavras que a fraqueza de R. ultrapassava seus músculos, englobava toda sua subjetividade em uma contundente “fraqueza de ânimo”, que expressava implacavelmente seu estado e vivência de desamparo. Se o discurso médico nos parece, tantas vezes, reduzir o sentido dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico, transformando os significantes de sua fala em signos, em sinais médicos (Clavreul, 1978), será que se pode dizer também que esse discurso acaba por fazer o mesmo com as manifestações extraverbais do sujeito adoecido?

O impressionante estado de “desvitalização” de R. que, talvez possamos dizer, contava, desse modo, sua história, era assim reduzido ao signo “fraqueza muscular”? A confusão de línguas entre médico e sujeito doente apontada por Knobloch (2013) em analogia à famosa noção ferencziana, pode ser evocada aqui, confusão que pensamos que pode ocorrer em relação aos “símbolos mnêmicos corporais”, como Ferenczi chamava as inscrições sensoriais do trauma que marcam o corpo na ausência de inscrição psíquica. Nossa hipótese de que a fraqueza de R. percorria toda sua subjetividade ganha corpo ao fazermos referência à própria fala do paciente para sua mãe após os poucos dias passados em casa em seguida à primeira alta hospitalar: “Em casa eu estava fraco” (*sic*). Eu me pergunto se outro menino desnutrido e extremamente

desvitalizado, como o era R. quando o conheci, teria como apresentar força muscular. O ponto fundamental aqui, porém, é marcar que a partir do atendimento de R. eu pude sublinhar a atualidade da teoria e prática psicanalíticas e os efeitos da consideração da subjetividade nesse cuidado oferecido aos sujeitos internados com doenças somáticas.

Mostrei ainda que a repetição do adoecimento de R. e a agudização do quadro clínico ocorrida mais de uma vez apontavam para um “além da doença somática”. O que significa que haveria algum fator negligenciado que causava o retorno e a insistência do adoecimento. O que estava sendo negligenciado na abordagem médica era justamente o que lhe escapa: a subjetividade. A história do paciente marcava implacavelmente seu corpo. Eu pude ver “além” porque me situava de uma perspectiva psicanalítica, cuja concepção de corpo difere radicalmente do corpo objeto da medicina. O corpo freudiano é um corpo no qual o instinto foi subvertido pela pulsão, processo irreversível.

No além da doença somática, a persistência da doença pode ser, em certos casos, expressão do mecanismo da compulsão à repetição, em que o eu se encontra passivo, sem dar conta da tarefa de enlaçar e atar as pulsões a representações. Portanto, a compulsão à repetição seria a expressão da pulsão de morte que assola o eu, que não consegue dar conta de simbolizá-la (Freud, 1920). É a precária capacidade do eu em responder ao excesso pulsional através do trabalho de representação que pode levar a alterações psicossomáticas. A somatização é uma modalidade de resposta defensiva aquém da representação, defesa utilizada pelo eu quando não consegue acionar mecanismos mais elaborados. Contudo, a somatização é fenômeno complexo que pode ser mais bem compreendido a partir da diferenciação entre os processos de somatização, quando resultam de regressão somática e, quando resultam de desligamento psicossomático (Smadja, 2001; Volich, 2013). O processo de somatização considerado como regressão somática possui, em geral, caráter pontual, acionado, de certo modo, ante situações subjetivas específicas. Esse processo conserva a libido por meio da retração libidinal no eu até a recuperação da saúde, quando o sujeito volta a investir no mundo externo. Já o processo de somatização por desligamento psicossomático tem, muitas vezes, como primeiro sinal a repetição ou o agravamento de doenças que vêm a adquirir evolução desfavorável e crônica. Inicialmente tem desenvolvimento silencioso. Esse processo de desligamento psicossomático é um dos destinos possíveis de um estado de desligamento pulsional estabelecido de forma duradoura, em que a

destrutividade deixada livre continua o movimento de desligamento no nível somático sob a forma de desregulação das funções fisiológicas.

Essa economia pulsional traumática em que o eu não consegue ligar as pulsões a representações e cujo destino pode ser uma somatização mais grave, ocorre no contexto da relação com o outro. Desenvolvemos no capítulo três a ideia de que um sintoma somático grave exige cuidado médico intensivo e desvela, assim, de forma radical, o desamparo psíquico do sujeito e sua dependência do outro. O sujeito adoecer por alguém (Dejours), isto é, há uma intencionalidade sem significação no adoecimento. Se houver um psicanalista a escutar o sujeito doente, através de uma escuta que não se restringe ao que é manifestamente falado, pode ser possível a este representar seu sintoma somático de forma a encontrar o lugar dele em sua história de vida, ou, ainda, o sujeito pode construir um significado para ele, sob transferência.

Com R., foi fundamental eu que percebesse a relação de seu adoecimento somático com seu desamparo na relação com o primeiro outro. Oferecer a ele e a sua mãe uma escuta sensível capaz de ouvir para além daquilo que o discurso médico tinha a dizer sobre o quadro clínico e para além do que era dito por palavras, isto é, percebendo também movimentos e expressões corporais, teve efeitos significativos, produziu a cessação do movimento de incessante repetição do adoecer e, ao mesmo tempo, o aprofundamento do vínculo entre mãe e filho.

## Bibliografia

ASSOCIAÇÃO CARIOCA DE DISTROFIA MUSCULAR (ACADIM). O que é distrofia muscular. Disponível em: <http://www.acadim.com.br/distrofia.html>, Acesso em: 05/03/2017.

ARIÈS, P. A morte interdita. In: (1975a) *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Teorema, 1988.

\_\_\_\_\_. A morte invertida. A mudança de atitudes perante a morte nas sociedades ocidentais, 1967. In: (1975b) *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Teorema, 1988.

\_\_\_\_\_. O doente, a família e o médico, 1975. In: (1975c) *Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média*. Lisboa: Teorema, 1988.

BARROS, L. F. F. & GONDIM, D. S. M. Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses. *Revista Científica da FMC*. Vol. 9, nº 2, 2014. Disponível em: [www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/download/47/39](http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/download/47/39). Acessado em: 04/12/2017.

BATISTELLA, C. “Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica”. In: O território e o processo saúde-doença. Coleção *Educação Profissional e Docência na Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde*, 2007. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=2&capitulo\\_id=13&autor\\_id=&sub\\_capitulo\\_id=20&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=13&autor_id=&sub_capitulo_id=20&arquivo=ver_conteudo_2). Acessado em: 04/12/2017.

BIRMAN, J. *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRETAN, O., HENRY, M. A. C. A. & KERR-CORRÊA, F. “Disfagia e alterações emocionais”. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 63, n. 2, p. 185-190, 1997. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/65011>>. Acessado em: 10/12/2017.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez 2017.

CASTRO, E. & CASTRO, L. (2011) O que é gastrostomia. Disponível em: <http://erica-castro73.blogspot.com.br/2011/06/o-que-e-gastrostomia.html> Acessado em: 12/10/2017.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica. Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1978. Disponível em : <https://pt.scribd.com/doc/159783514/74010331-CLAVREUL-Jean-a-Ordem-Medica-Poder-e-Impotencia-Do-Discurso-Medico> Acesso em: 29/06/2017.

COBLENCE, F. « Vie d'âme. Psyché est corporelle, n'en sait rien ». *Revue française de psychanalyse* 2010/5 (Vol. 74), p. 1285-1356. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2010-5-page-1285.htm> Acesso em 29/06/2017.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).

CUPA, D. (2006) “Une topologie de la sensualité: le Moi-peau”. In. *Revue Française de Psychosomatique*. Paris: Presses Universitaires de France, n. 29, 2006.

DEJOURS, C. « Corps et psychanalyse », *L'information psychiatrique* 2009/3 (Volume 85), p. 227-234. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-227.htm> Acessado em: 20/11/2017.

DUNKER, C. I. L. “Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise”. In: Kamers, M., Marcon, H. H. & Moretto, M. L. T. (Orgs.) *Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde*. São Paulo: Escuta, 2016.

ELIAS, N. (1982) *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Ed., 2001.

FERNANDES, M. H. (2003) *Corpo*. 4ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FERRAZ, F. C. A tortuosa trajetória do corpo em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Volume 41, n. 4, 66-76, 2007.

FIOCRUZ. Assistência farmacêutica em foco no Estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação. Disponível em <http://www.enasp.fiocruz.br/portal-enasp/judicializacao/introducao>. Acessado em 04/12/2017.

FOUCAULT, M. (1979) “O nascimento do hospital”. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1998. Disponível em:

<https://pt.scribd.com/document/251328538/Michel-Foucault-Microfísica-do-Poder-pdf>. Acesso em: 29/06/2017.

\_\_\_\_\_ (1980) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

FREUD, S. (1895[1950]) “Projeto para uma psicologia científica”. In: \_\_\_\_\_ *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB) Vol. I, p. 379-517. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

\_\_\_\_\_ (1905) “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. Vol. VII. In: \_\_\_\_\_ *Um caso de histeria, Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB). Rio de Janeiro: Imago, 1969.

\_\_\_\_\_ (1910) “As perspectivas futuras da terapia psicanalítica”. In: \_\_\_\_\_ *Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*. Obras completas, volume 9. Tradução Paulo César Lima de Souza. — 1ª ed. — São Paulo: Editora Schwartz/Companhia das Letras, 2013.

\_\_\_\_\_ (1912) “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise”. In: \_\_\_\_\_ *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”); artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. Obras completas, volume 10. Tradução e notas Paulo César Lima de Souza. — São Paulo: Editora Schwartz/Companhia das Letras, 2010.

\_\_\_\_\_ (1914) “À guisa de introdução ao narcisismo”. In: \_\_\_\_\_ *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Volume 1. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

- \_\_\_\_\_ (1915a) “Considerações atuais sobre a guerra e a morte”. In: \_\_\_\_\_ *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916). Obras completas, volume 12. Tradução e notas Paulo César Lima de Souza — São Paulo: Editora Schwartz/Companhia das Letras, 2010.
- \_\_\_\_\_ (1915b) “Pulsões e os destinos das pulsões”. In : \_\_\_\_\_ *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Volume 1. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004.
- \_\_\_\_\_ (1919) “O inquietante”. In: \_\_\_\_\_ Obras Completas, volume 12. Tradução de Paulo Cesar Lima de Souza. p. 247-283. São Paulo: Editora Schwarz/Companhia das Letras, 2010.
- \_\_\_\_\_ (1920) “Além do Princípio do Prazer”. In: \_\_\_\_\_ *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Volume 3. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
- \_\_\_\_\_ (1921) “Psicologia das massas e análise do eu”. In: \_\_\_\_\_ : *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. Obras completas, volume 15, p. 9 - 100. Tradução: Paulo César Lima de Souza. São Paulo: Editora Schwarz/Companhia das Letras, 2011.
- \_\_\_\_\_ (1923a) O Eu e o Id. In: \_\_\_\_\_ *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Volume 3. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
- \_\_\_\_\_ (1923b) “Psicanálise” e “teoria da libido”. In: \_\_\_\_\_ *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. Obras completas, volume 15, p. 244-276. Tradução: Paulo César Lima de Souza. São Paulo: Editora Schwarz/Companhia das Letras, 2011.
- \_\_\_\_\_ (1925) Uma nota sobre o “bloco mágico”. In: \_\_\_\_\_ *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Volume 3. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2007.
- \_\_\_\_\_ (1926) “Inibições, sintomas e ansiedade”. In: \_\_\_\_\_ *Um estudo autobiográfico, Inibições sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (ESB), vol. 20, p. 95-201. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- \_\_\_\_\_ (1933[1932]) “Conferência XXXI - A dissecação do aparelho psíquico”. In: \_\_\_\_\_ *O mal-estar na civilização, Novas conferências introdutórias e outros textos*. Obras completas, volume 18, p.139-160. Tradução: Paulo César Lima de Souza. São Paulo: Editora Schwarz/Companhia das Letras, 2010.
- \_\_\_\_\_ (1940[1938]) “Esboço de psicanálise”. In: \_\_\_\_\_ *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*. Rio de Janeiro: Imago.pdf. Disponível em: [www.minhateca.com.br](http://www.minhateca.com.br) . Acessado em 15/12/2017.
- FURTADO, M. O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal-estar e medicalização da vida. Orientadora: Ana Maria Szapiro. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/IP/ Programa EICOS de Pós-graduação em Psicossociologia, 2014.
- GUEDES, C. R., NOGUEIRA, M. I. & CAMARGO, K. R. (2006) “A Subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico”. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000400030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400030). Acessado em: 04/12/2017.

- HOLANDA, Aurelio B., *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1972.
- HOMEFISIO – Fisioterapia e reabilitação terapêutica. Respiradores Mecânicos Não-Invasivo. Disponível em: [http://www.homefisio.com.br/t\\_respiradores\\_mecanicos\\_n\\_invasivo.html](http://www.homefisio.com.br/t_respiradores_mecanicos_n_invasivo.html)  
Acessado em: 09/10/2017.
- JADOULLE, V. L'inconscient à l'hôpital, *Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1 (nº 28), p. 69-80. DOI 10.3917/cpc.028.0069. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-69.htm> Acesso em: 29/06/2017.
- KNOBLOCH, F. No exílio da doença: polifonias subjetivas. A perversão normatizada e o lugar do analista. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*. Volume 29, n.32, 2013.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1967) *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1970.
- LEÃO, S. (2011) Tire suas dúvidas sobre a traqueostomia. Disponível em: <http://sabrinalaefono.blogspot.com.br/2011/04/tire-suas-duvidas-sobre-traqueostomia.html> Acessado em: 16/10/2017.
- LEI 8080 de 19 de Setembro de 1990 – Institui o Sistema Único de Saúde. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acessado em 28/12/2017.
- LEJARRAGA, A. L. *O trauma e seus destinos*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- MACHADO, M. V. O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.
- MARCON, H. H. “O (sem) lugar do sujeito das práticas em saúde”. In: KAMERS, M., MARCON, H. H. & MORETTO, M. L. T. (Orgs.) *Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde*. São Paulo: Escuta, 2016.
- MATTOS, R. A. “A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.
- MCDUGALL, J. (1989) *Teatros do corpo*. Tradução de Pedro Henrique B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- MELLO Filho, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1979.
- MORENO, M. A. & JUNIOR, N. E. C. “Trauma: o avesso da memória”. *Ágora – Revista de Psicanálise – Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica – Instituto de Psicologia – UFRJ* – Rio de Janeiro. Vol.15 nº1, Rio de Janeiro, Jan./Junho, 2012.
- MORETTO, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- MORICONI, L. Trauma e alteridade na psoríase: um “manto” para o mal-estar. Orientadora: Marta Rezende Cardoso. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: UFRJ/IP/Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2008.
- PEREIRA, M. E. C. *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999.
- PINHEIRO, M. T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- PINHEIRO, R. Verbete “integralidade em saúde”. In: Pereira, I. B. & Lima, J. C. F. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acessado em: 04/12/2017.

SILVA, A. C., BATISTA, J. H. S. & SANTOS, W. C. M. Desmonte e Sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. *Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos*. Alagoas, outubro, 2017.

SMADJA, C. « L'évolution de la pratique psychanalytique avec les patients Somatiques ». In: Mijolla, A. *Évolution de la clinique psychanalytique*. Paris : *Perspectives Psychanalytiques*, 2001, p. 167-182.

\_\_\_\_\_, C. « La maladie somatique, une dimension de la santé psychique », *Revue Française de Psychosomatique*, 2009/2 (n° 36), p. 9-26.

\_\_\_\_\_, C. « Le modèle pulsionnel de la psychosomatique ». *Revue Française de Psychosomatique*, 2014/1 (n° 45), p. 11-30.

SOFIO, F. *Psicanálise na UTI. Morte, vida e possíveis da interpretação*. São Paulo: Escuta, 2014.

TIMO, A. L. R. A teoria da técnica psicanalítica: contratransferência em questão. Orientador: Paulo de Carvalho Ribeiro. Dissertação (Mestrado) – Belo Horizonte: UFMG/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

TOLSTÓI, L. (1886) *A morte de Ivan Ilitch*. Tradução: Boris Schnaiderman (2006). São Paulo: Editora 34, 2009.

VOLICH, R. M. (2000) *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

\_\_\_\_\_, R. M. “O campo transferencial como fundamento clínico da ação terapêutica”. In: KAMERS, M., MARCON, H. H. & MORETTO, M. L. T. (Orgs.) *Desafios Atuais das Práticas em Hospitais e nas Instituições de Saúde*. São Paulo: Escuta, 2016.

WINNICOTT, D. W. (1963) “O desenvolvimento da capacidade de se preocupar”. In: \_\_\_\_\_ *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.