



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Daniela Rodrigues Goulart Gomes

O CORPO PSICANALÍTICO NO HOSPITAL

**UBERLÂNDIA
2008**

Daniela Rodrigues Goulart Gomes

O CORPO PSICANALÍTICO NO HOSPITAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno

**UBERLÂNDIA
2008**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- G633c Gomes, Daniela Rodrigues Goulart, 1977-
O corpo psicanalítico no hospital / Daniela Rodrigues Goulart
Gomes. - 2008.
121 f. : il.
Orientador: Caio César Souza Camargo Próchno.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.
1. Psicanálise - Teses. I. Próchno, Caio César Souza Camargo. II.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Daniela Rodrigues Goulart Gomes

O CORPO PSICANALÍTICO NO HOSPITAL

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

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Banca Examinadora:

Uberlândia, 13 de Março de 2008.

Profa. Dra. Maria Lívia Tourinho Moretto

Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno
(Orientador)

Para *Ovídio*, meu avô,
sujeito vivo da minha história,
corpo presente na ausência,
eternamente *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço à minha mãe, que fomentou meus sonhos e tolerou com sabedoria minha avidez pelo conhecimento.

Aos meus irmãos, Michelle, Amanda e Gabriel, por tudo que vivemos juntos e que me mostram sempre a força das experiências compartilhadas.

Aos meus familiares e amigos, pelo incentivo.

Ao Sérgio, meu marido, por acolher com seu jeito carinhoso minhas aflições durante este trabalho.

Aos colegas do Hospital de Clínicas da UFU: psicólogas, assistentes sociais, recepcionistas, enfermeiras, médicos, estagiários e tantos outros, pela experiência valiosa do dia-a-dia.

Aos colegas do Grupo Vórtice de Estudos Psicanalíticos sobre a Teoria dos Campos, pela amizade prazerosa e parceria semanal na busca do saber psicanalítico.

Aos professores do Eixo da Intersubjetividade, nas pessoas do Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini, Profas. Dras. AnaMaria Silva Neves e Sílvia Maria Cintra da Silva e ainda, em especial, à Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera, pela riqueza de discussões nas salas de aula e em outros momentos cruciais deste meu percurso.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno, minha admiração e respeito, por me conduzir sem dirimir o caminho, incitando-me sempre à busca.

À Marineide, secretária da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UFU, por seu sorriso e disponibilidade constantes em todas as vezes nas quais precisei dela.

Enfim, meus agradecimentos especiais às pessoas que atendi, pela delicadeza em me receber na dor e no sofrimento extremos.

“... sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados do mesmo modo que, dele, nascem os desejos, os desfalecimentos e os erros; nele também eles se atam e de repente se exprimem, mas nele também eles se desatam, entram em luta, se apagam uns aos outros e continuam seu insuperável conflito.”

(Foucault 1979, p. 22)

RESUMO

O Corpo psicanalítico no hospital

Considerando que o processo de hospitalização implica uma desestruturação emocional do sujeito doente por fazê-lo deparar-se com sua vulnerabilidade e desamparo diante da morte e do adoecer, o objetivo deste trabalho é ver-fazer emergir o corpo psicanalítico na instituição hospitalar pela análise do sujeito psíquico. Realizamos uma leitura do sujeito-doente na atualidade, refletindo sobre os saberes contemporâneos e as posturas institucionais que se entrecruzam para a construção e a representação sócio-cultural do corpo adoecido e hospitalizado, partindo da premissa de que a necessidade de se controlar o corpo é reafirmada tanto pela cultura, quanto pelas instituições de cuidados com o corpo e assentida pelo homem pós-moderno, na busca de uma condição de perfeição que mortifica, que impõe um molde, que atrofia o sentimento de dúvida, de hesitação, de sofrimento e que, embora constatemos que essa tentativa de resistir ao encontro com a dúvida por meio de paralisação dos processos de subjetivação, o próprio corpo, como enunciação, procura retomar, procura relembrar a existência do corpo de pulsões, denunciando-lhe sua insaciabilidade fundante e revelando o sofrimento que é peculiar ao homem, para então nascer o “ser em condição de análise”, em crise identitária, emergindo o sujeito da falta, o sujeito do desejo. Eis aí o lugar do analista e do analisando: frente ao corpo psicanalítico. A psicanálise tem, neste trabalho, função de paráfrase, de instrumento metodológico que olha para além do enunciado sócio-cultural; posta-se como investigador da lógica de produção de sentidos – emergentes ou os já constituídos, numa instituição que trata das urgências do corpo: o hospital, público, no século XXI. O corpo pulsional é considerado, aqui, como aquele que produz e sob o qual se produzem campos de representações nos quais se inserem os sujeitos e presume-se que sejam estes campos, regidos por lógicas específicas – porque inconscientes – é que determinam suas relações: sejam orgânicas, institucionais e subjetivas, sendo que os sujeitos são dialeticamente também constituídos por elas; visto que o corpo é, ao mesmo tempo, fonte e finalidade das pulsões. Dois casos clínicos foram analisados tendo como operador essencial o método psicanalítico que revelou, a partir da relação transferencial, da postura “interrogante-interpretante” e da escuta analítica, a ascensão do sujeito do inconsciente – o sujeito do desejo, psicanalítico por excelência, revivificando intervenções que se ocupam legitimamente do ofício às quais se destinam: cuidados para com o corpo psicanalítico mediante função terapêutica.

Palavras-Chave: Corpo, Psicanálise, Hospital, Escuta Psicanalítica

ABSTRACT

The psychoanalytical body in the hospital

Considering that hospitalization implies in the emotional breaking of the ill subject because he/she is faced with vulnerability and abandonment before death and illness, the aim of this work is to make emerge the psychoanalytical body in the hospital through analysis of the psychic of the subject. We performed a reading of the ill-subject in current times, reflecting upon the contemporary knowledge and institutional postures that cross between themselves for the construction and social-cultural representation of the sick and hospitalized body. From the premises of the necessity of controlling the body it is reaffirmed by culture as well as by the institutions, caretakers and assented by the post modern man in search of perfection that mortifies, imposes a mold, that atrophies the feeling of doubt, hesitation, suffering and that even though we observe that this tentative to resist the encounter with doubt by paralyzing subjectivity processes, the actual body, as an announcement, seeks to remember the existence of the pulsional body disclosing the founding insatiability, revealing the suffering that is peculiar to humans, so then as to be born “the being is conditions of analysis” ,in identity crisis, emerging the subject of speech, the subject of desire. This is the place of the analyst and the analyzed: face to face with the psychoanalytical body. Psychoanalysis has in this work, the role of paraphrasing, a methodological instrument that looks beyond the social-cultural announcement. Psychoanalysis puts itself as an investigator of the logic of the production of meanings- which emerge or are already made up in an institution that treats the urgencies of the body: the public hospital, in the XXI century. The pulsional body is considered here as that one which produces and on which is produces representational fields in which are inserted subjects and is presumed that these fields are governed by specific logic – because they are unconscious- and that they determine their relations: be them organic, institutional and subjective, being the subjects are dialectally also made up by them; as the body, at the same time, is the source and aim of the impulses. Two clinical cases studies were analyzed having as an essential operator, the psychoanalytical method which revealed from the transferential relationship of the posture “interrogator-interpretant” and analytical listening, the ascension of the subject of the unconscious- the subject of desire, psychoanalytic by excellence, reliving interventions that legitimately occupy the trade to which are destined: care for the psychoanalytical body through therapeutic function.

Key-words: Body, Psychoanalysis, Hospital, Psychoanalytic Listening

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
PARTE I – DO OLHAR	19
1. Da busca, do olhar - uma questão científica de verdade (s)	19
PARTE II – DOS CORPOS	23
1. O corpo-doente	24
1.1 – O Corpo-doente, Freud e a Civilização	28
2. O corpo-instituição	34
2.1 – O Hospital e a Modernidade	37
2.2 – O Corpo, a Medicina e o Biopoder	41
2.3 – A Medicina e os Mitos	44
3. O corpo-pulsional	49
3.1 – Dos desdobramentos do corpo pulsional no corpo-doente e no corpo-instituição	57
3.2 – Da renúncia à satisfação ilimitada ao corpo psicanalítico	62
PARTE III – DOS CASOS-CORPOS-CLÍNICOS	68
1. Casos-clínicos	68
1.1 – Ana: <i>Um corpo-que-fala</i>	70
1.2 – Beatriz: <i>Um corpo-que-nasce</i>	84
PARTE IV – DA ESCUTA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	
ANEXO 1 – Do poema	116
ANEXO 2 – Juramento de Hipócrates	117
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Individual	118
ANEXO 4 – Modelo de Autorização Institucional	119
ANEXO 5 – Aprovação para realização da pesquisa no Comitê de Ética	120

ANEXO 6 - Figuras

Fig. 1 – Hipócrates, o “Pai da Medicina”	121
Fig. 2 – Manuscrito do Juramento Original de Hipócrates	122
Fig. 3 – Asclépio, o “Deus da Medicina” da Grécia Antiga	123
Fig. 4 – Lavatório do Templo	124
Fig. 5 – O Templo de Asclépio em Pérgamo	125
Fig. 6 – Capa da Obra <i>Corpus Hippocratium</i>	126
Fig.7 – Ilustração do Procedimento de Traqueostomia e seus elementos	127

INTRODUÇÃO

A consideração da corporeidade e suas repercussões emocionais têm sido cada vez mais discutidas em Encontros e Seminários internacionais e nacionais, inclusive, resultando em produções literárias – importantes ferramentas teóricas para se pensar a experiência subjetiva contemporânea. A realização do Simpósio Internacional “Corpo, Arte e Clínica”, em Porto Alegre (2003), e, mais recentemente, a Jornada “Corpo e Sofrimento Psíquico” ocorrida em Londrina (2006), e o III Fórum Internacional de Psicanálise e Hospital – co-realização Brasil-França –, efetuado em Belo Horizonte (2007), tornaram pública a importância do aprofundamento das discussões acerca da multiplicidade de sentidos quando se trata dos processos de subjetivação e do corpo.

Duas décadas de estudos e de prática de psicanalistas em instituições hospitalares também fizeram surgir, em Belo Horizonte, no Hospital Mater-Dei, uma produção de saberes que resultou na publicação de 3 volumes sobre a temática Psicanálise e Hospital e abriu espaço para a formalização da experiência analítica perante o sujeito hospitalizado, também invadido pela fragmentação, pela dor psíquica.

Sabemos que o processo de adoecimento está implicado em uma desestruturação emocional do sujeito, abrindo-lhe fendas psíquicas que se revelam nos dizeres e nos fazeres dentro da instituição. Moura (2003) discorre sobre a importância da reflexão sobre o sujeito diante da fragilidade humana exposta pelo adoecimento, visto que:

A realidade que se impõe – uma constituição doente – ao sujeito hospitalizado fá-lo se deparar com um momento de crise, de perdas, onde se esbarra com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana. Então o sujeito humano, que é incompleto, ao adoecer, tem sua fragilidade exposta para si e para o outro também; no hospital, a falta aparece de forma escancarada. (Moura, 2003, p.17-18).

Contudo, ensaiar reflexões acerca do olhar e da escuta psicanalítica sobre o corpo adoecido e suas relações com saber médico e com as configurações de uma instituição hospitalar torna-se um desafio. Desafio porque reúne uma diversidade de fatores (sociais, culturais, institucionais, econômicos e psíquicos) e, em especial, porque se toma como objeto de investigação implicações de um corpo-metáfora, capturado pela corporeidade e pelas forças e saberes que reiteram o *agenciamento*¹ na instituição.

O interesse pelas implicações do corpo como metáfora, corpo-sujeito hospitalizado como representação da dissociação entre corpo e psique reforçada por exigências da contemporaneidade surgiu diretamente da experiência de atendimentos psicológicos no Pronto-Socorro, que me faziam pensar sobre o saber, o sentir e o fazer psicanalíticos.

Os atendimentos emergenciais num hospital são marcados, primeiramente, pelo olhar, que faz aportar uma escuta. Escuta investigativa diante da urgência da produção de sentidos apresentados nos sujeitos em situações orgânicas inesperadas, ameaçadoras da integridade física e/ou psíquica. O olhar, aqui, foi o ponto de partida para o acesso à escuta e aos desdobramentos do corpo hospitalizado, porque a imagem do corpo doente no corredor remeteu-me a sensações desconhecidas, da ordem da estranheza na rotina do trabalho no hospital, onde corre a dor, onde transitam os corpos, onde reverberam e silenciam as palavras, onde apaga-se e volta-se a viver, onde criam-se e transformam-se os sentidos, onde existe a crise e onde podem e devem, então, estar a Psicanálise e o analista.

O corpo doente e fragmentado do sujeito hospitalizado sinalizava, metaforizava a própria condição do-ente, do indivíduo com o corpo são. Ambos – o doente e o ente –, à mercê do imprevisível, das incertezas, do incognoscível em si; atravessados por forças pulsionais impetuosas, devires desconhecidos e por intensidades diversas, apresentando-nos a

¹ Termo utilizado por Gilles Deleuze e Félix Guatarri sobre o corpo como processo de produção de intensidades, de *singularidades pré-individuais ou protosubjetivas*, sendo o *agenciamento* “exatamente aquilo que irá vazar dos contornos dos indivíduos e que acaba levando à sua reconfiguração” (Rolnik, 1996).

fragilidade, o sofrimento e o desamparo constituintes do ser humano.

Entretanto, a organicidade do corpo justaposto à condição de “não-percepção” do conteúdo e dos processos psíquicos em si intrigava-me pela intensidade do sofrimento e do desamparo que, quanto mais o indivíduo tentava evitar, mais se fazia presente via manifestação de funcionamentos mentais, de ordem emocional no âmbito hospitalar. A escuta permitia ver o corpo invadido pelo aparecimento de episódios delirantes e alucinatórios, como também permitia auscultar o silenciamento das vozes em-si, atravessadas pelo discurso pulsional, pelo discurso institucional e pelo discurso de resolutividade objetiva da condição orgânica.

A impossibilidade de controlar o adoecimento, a morte e as suas repercussões emocionais tentava produzir o silenciamento do sujeito do inconsciente à medida que cristalizava a subjetividade dos indivíduos, da equipe e dos familiares na instituição; essa cristalização se fazia dizer, ou melhor, impunha-se como dizer na repetição de um discurso sinalizador, representado pela necessidade de controlar o corpo, enlaçando-os – família, sujeito e equipe – também num movimento sintomático (por isso cristalizado, como repetição), num movimento desesperado de controlar a vida e o corpo orgânico. Fato que não sabemos se poderia se evidenciar de uma outra maneira. Será que o hospital e os saberes que por ele transitam poderiam dar-se a conhecer-se de outro modo senão pela via da condição faltante do sujeito psicanalítico, que clama, que re-clama, que se denuncia?

Atualmente, a necessidade de controlar o corpo e as vicissitudes da vida induzidas pela cultura pós-moderna, com ideais compartilhados que ditam idéias imperativas e incitam a felicidade conseguida pelo corpo perfeito vão delineando o sujeito institucionalizado, polarizando e despotencializando o saber sobre o humano, o saber sobre si mesmo. De um lado, o homem-tecnologia, capaz de tudo ver, tudo medir, tudo experimentar; e, do outro, o homem-paciente, que a tudo se submete, em tudo é experimentado, explorado, demandado e

ainda assim, no mesmo pólo, o impaciente, que quase nada suporta, quase nada posterga, quase nada tolera.

Surge-nos, nessa ocasião, mais questionamento do que proposições. E são os questionamentos que nos conduzem à investigação.

Com que olhos e ouvidos o homem adoecido tem sido olhado? Com que ombros a Psicanálise pode sustentar o sujeito em desamparo? Com que corpo – teórico/metodológico – a Psicanálise pode haver-se com o homem hospitalizado e institucionalizado na contemporaneidade? E indagamos ainda: de onde provém o corpo em Psicanálise? Como se patenteia?

O problema está posto e a proposta é concatenar três instâncias – o corpo adoecido (**corpo-doente**), a instituição (**corpo-instituição**) e o sujeito do desejo (**corpo-pulsional**, freudiano, erógeno) – ante a clínica da escuta psicanalítica num hospital público.

A PARTE I deste trabalho diz respeito ao olhar – olhar que produziu em mim reflexões de uma situação costumeira, deixando marcas de criatividade e impulsionando-me a pesquisar. A reflexão é considerada aqui como um “retorno do pensamento sobre si mesmo, com vistas a examinar mais profundamente uma idéia, uma situação, um problema”².

Na PARTE II deste trabalho, realizo movimentos exploratórios sobre os corpos em questão – **o corpo-doente**, corpo adoecido, dócil, mercadoria fruto de uma cultura homogenizadora, que preconiza a saúde e o bem-estar total, “bio-psico-socio-espiritual”, que opacifica a alteridade, a dúvida, a dor, o sofrimento, o adoecimento. O corpo doente traz à tona o corpo como objeto diante das especificidades da atualidade, lembrando significações

² Definição do termo “reflexão”, segundo o Dicionário de Língua Portuguesa On-line, disponível no site: http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx.

da corporeidade na Era Cristã e no Capitalismo. Reflete-se sobre a instituição como órgão normativo na vida do indivíduo, ocupando, por isso, um espaço de forças que *instituem e são instituídas*³, que regulamentam as atividades da civilização como **corpo-institucional**, cuja contemporaneidade, com seu discurso tecnicista, produzido e produtor de uma cultura globalizante, usa do corpo-doente como mão-de-obra alienada na posição de “ser paciente”, dando vida a este corpo-instituição. Recupero também a importância histórica do corpo-freudiano, localizado entre o somático e o psíquico: o **corpo-pulsional** e as movências dialéticas da constituição e fragmentação do processo de subjetivação do sujeito hospitalizado pelo acesso ao sujeito do desejo, do sujeito do inconsciente, diante de situações-emergência.

A PARTE III traz a experiência viva de casos clínicos atendidos anteriormente à minha inserção na pesquisa. Foram recuperados, trazidos e remetidos à memória, penso que, para *Recordar, Repetir e Elaborar*⁴. Os atendimentos são ensaios da escuta e do olhar na tentativa da investigação psicanalítica colaborar na produção de um saber específico e multifacetado, sempre em constituição do humano e também de viabilizar um espaço de escuta para fazer nascer o sujeito, dar voz à falta essencial do ser humano: ao que lhe é desconhecido e, por isso, fantasmagórico, aterrorizante. O critério para a escolha dos casos não priorizou a patologia orgânica do indivíduo, mas, simplesmente, o fato de o sujeito se ver atravessado pela crise representacional imposta pelo adoecimento, que demandou uma solicitação de atendimento ao Setor de Psicologia da Saúde e Escola Hospitalar do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (SEPEH / HC-UFU).

A PARTE IV diz respeito à escuta psicanalítica no hospital, encadeando o sujeito pulsional, adoecido organicamente, e o trabalho de reconstrução na análise.

³ Consultar Barenblitt (1994b) sobre o Movimento Institucionalista.

⁴ Alusão ao artigo de Freud (1914a).

As CONSIDERAÇÕES FINAIS trazem reflexões resultantes do caminho percorrido do olhar à escuta psicanalítica perante o corpo-sujeito adoecido na atualidade, revivificando a função analítico-terapêutica, a relação transferencial e principalmente a cura pela palavra do corpo psicanalítico e do-ente, do sujeito em Psicanálise, sujeito este constitucionalmente diferente do corpo da Medicina, do sujeito-doente.

A Psicanálise tem, nesse projeto, função de paráfrase, de tradução livre das inquietações metodológicas diante do desafio de trabalhar em uma instituição que trata das urgências do corpo: o hospital, público, no século XXI. Tem função investigativa e, por si só, interrogativa da lógica de produção dessas implicações entre a corporeidade, a instituição, a subjetividade, a contemporaneidade e o psiquismo, principalmente porque é o corpo pulsional que vai fornecer e fomentar as articulações de qualquer sujeito – seja doente, na instituição e diante de si mesmo, na certeza de que:

Se nós, trabalhadores da alma humana, tivermos olhos para enxergar, ouvidos para escutar e uma mente não saturada que nos possibilite uma tolerância, provinda de outras fontes, para um aprendizado daquilo que não nos é familiar, que difere de nossos valores habituais e ofende a nossa ignorância, ficaremos estupefatos diante da riqueza que está a nosso alcance e que ainda não estamos conseguindo usufruir e que, possivelmente, se constitui como o maior desafio que o próximo milênio representa. (Zimmerman, 2000, p. 28).

PARTE I – DO OLHAR

1. Da busca, do olhar – uma questão científica de verdade(s)

“... toda intenção de compreensão é como um olhar dirigido a uma estrela: buscamos por ela, orientamo-nos por ela, mas não podemos efetivamente tocá-la, alcançá-la com as mãos”.

José Nilson Machado (2000, p.11)

A busca pelo conhecimento surge em decorrência de um questionamento, uma inquietação. Diz respeito não só ao conhecimento produzido, mas ao processo implicado na busca movida pela interrogação, pela pendência, pela insatisfação. É o questionamento das certezas e das verdades que resignifica nossas experiências e nos impulsiona sempre rumo à busca de outras verdades, numa insuficiência, numa querência supostamente fundante e infinita. Logo, é o processo da busca das verdades que as redimensionam; é o processo que permite o aparecimento das discrepâncias, das incoerências e faz surgir outras verdades. “A questão da verdade é, portanto, antes de tudo, a questão da sua busca” (Rezende, 1999).

Herrmann (2001) esclarece que existe no humano o desejo de *autobastância*, de *bastar-se*, verdadeira *mentira original* que impomos a nós mesmos, quando notamos que não nos bastamos apenas com as necessidades fisiológicas. É a procura do que nos sempre falta que promove a construção do sentido da experiência, seja na dissertação, no consultório, nas instituições, no cotidiano.

Rezende (1999) ressalta a importância de “*entender psicanaliticamente a ‘questão’ como postura – subjetiva – daquele que está buscando, enquanto os problemas são os que ele tem que enfrentar – objetivamente.*” (p. 33). Foi essa busca, conduzida por uma inquietação,

que me conduziu a recuperar atendimentos realizados no HC⁵ para analisá-los à luz da Psicanálise.

A inserção num mundo médico, que é a configuração de um ambiente hospitalar, conduziu-me a um olhar – olhar o corredor. Olhar o corredor do Pronto-Socorro fez-me olhar de perto o corpo, o sujeito e o hospital –, um olhar diferente daquele dirigido na intenção de achar causas e justificativas orgânicas para o sofrimento do sujeito. Um olhar sem pretensões, desatento, de transeunte despercebido e pronto: fui enlaçada nas malhas do desconhecido.

Todo esse trânsito – de pessoas, de corpos, de imagens e feições, de representações, de significados, de dor – fez-se estranho. Tal estranhamento me impeliu à escrita na tentativa de evocarem novos e elaborar antigos sentidos sobre o desamparo e fez surgir um poema [Anexo 1]. Esse momento foi importante, neste trabalho, não apenas por me impulsionar ao estudo da temática da corporeidade, mas também porque me fez sentir a força do desamparo vivenciado e vivificado pelo corpo, causando-me também sofrimento. A partir desse fato, nascia o interesse em investigar cientificamente tais representações da instituição, do corpo-doente e da clínica psicanalítica no hospital, a fim de buscar (por isto, uma questão da busca de verdades) quais as questões científico-profissionais que me mobilizavam ao estudo do olhar, do corpo e da escuta no hospital, visto que “o mundo, literalmente, encarna-se em nós, transpassa os nervos, a carne, e fornece ao intelecto a matéria de invenção de suas formas palpáveis” (Giacomel, Régis & Fonseca, 2004, p. 90).

Como pesquisa e intervenção, acredito que a pesquisa psicanalítica se entrecruza com o pesquisador, uma vez que este não é apenas preceptor do conhecimento, mas é a busca sempre viva do fenômeno, pois afeta e é afetado por essa busca, fonte permanente de observação e estudo.

⁵ O HC-UFU é um Hospital-escola de caráter público, federal, que prima pela assistência, ensino e pesquisa. Tem, hoje, 503 leitos ativos. O Setor de Psicologia da Saúde e Educação Hospitalar – SEPEH – existe há 21 anos no HC.

Sendo assim,

(...) se a produção de conhecimentos engendra afetos que perspassam o corpo, ela pode mobilizar o desejo nas mais diversas direções. Logo, estamos ética e politicamente envolvidos com o conhecimento que produzimos, porque, mais do que uma operação neutra e unidirecional, produzir conhecimento significa produzir mundos nos quais também habitamos, ou seja, não somos jamais imunes às suas conseqüências. Nossos saberes tecem poderes que nos enredam também em suas malhas. (Giacomel, Régis & Fonseca, 2004, p. 90-91).

A sensação de estranheza sentida durante a passagem ao corredor do PS, vendo corpos obesos, corpos esqueléticos, macerados e envelhecidos, realmente enredou-me numa busca investigativa de caráter psicanalítico rumo a mundos nos quais eu também transitava, como sujeito (do desamparo) e como corpo (saudável e estranho) e fundamentou articulações da pesquisa.

Quanto a esse processo engenhoso de revelação-ocultamento, Freud (1919), no artigo “O estranho”, recuperou e examinou o significado do termo “estranho” em várias situações clínicas nas quais a palavra é citada por pacientes, em narrativas da Literatura, e seus significados em várias línguas estrangeiras, postulando que o estranhamento é o ponto de partida para o exame pormenorizado do que está além da incerteza intelectual; é o início para a descoberta dos sentidos ainda não-dados, mas arraigadamente insinuados. Ainda acrescenta que “o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito, familiar” (Freud 1919, p. 238).

O que poderia haver, então, de estranho e familiar no olhar e na escuta dentro de um hospital? Quais as produções de sentidos e as estagnações de representações diante do corpo

hospitalizado, que se propagavam também por mim? Habitava aqui, então, a razão da busca, da *pró-cura*⁶ do meu desejo.

Foi a manifestação da inquietação diante desse mundo médico de cura objetiva e messiânica que possibilitou minha ação: ação de observação psicanalítica sobre os fatos, sobre os acontecidos, sobre os acontecimentos, sobre a necessidade de uma escuta deslocada do senso-comum. Foi na consideração desse olhar – desamparado e des-esperado (que não espera), que o sentido das experiências vividas nos atendimentos foi sendo gestado e resignificado durante essa pesquisa, na busca da verdade. Da verdade do sujeito do desejo, daquele que está para além do prazer, pois “desejar significa procurar e evitar” (Herrmann, 2001).

Sobretudo, o olhar volta-se às relações psíquicas-institucionais e ao desejo como força de produção dos sentidos dessas relações – condição *sine quae non* para que o ser humano sustente sua condição de incompletude, de insaciabilidade, que o adoecimento e a hospitalização apenas descortinam. Afinal:

O trabalho cotidiano nas instituições de saúde em geral mostra que não podemos ‘escutar’ sem ‘ver’. O escutar-ver é ainda mais necessário quando, muitas vezes, nos deparamos com situações nas quais as palavras pouco ou nada conseguem dizer, além de evocar imagens confusas de um cenário frequentemente violento (Fernandes, 2005, p.28).

6 Termo utilizado por Rezende (1999), no livro *A questão da verdade na investigação psicanalítica*.

PARTE II – DOS CORPOS

1. O corpo-doente

“Quero romper com meu corpo,
quero enfrentá-lo, acusá-lo,
por abolir minha essência,
mas ele sequer me escuta
e vai pelo rumo oposto”.
Carlos Drummond Andrade (2002)

A reflexão histórica sobre o corpo apresenta-se como tema central na consideração da subjetividade do sujeito ante o adoecimento e a hospitalização nos dias atuais.

O entrelaçamento entre corpo, cultura, história e sociedade é relevante uma vez que o corpo é visto concatenando significações, incorporando significados e sendo incorporado pela cultura. Se a premissa anônima dita que “toda cultura produz o corpo de que necessita”, como aceitar que o corpo doente é produzido em pleno século XXI, auge da globalização, da tecnologia, da implementação e desenvolvimento na área da saúde e da estética para os cuidados com o corpo?

Como resistência, o corpo assume um lugar de não-dizer do sujeito, mesmo dizendo de si corporeamente adoecido e fragmentado, porque denuncia uma lógica de produção sobre o homem instituída não a partir do que ele pode ser (como um ser individualizado, criativo, específico, autonomamente em constituição), mas já determinado pelo que tem de ser (por isso, lugar de não-dizer): magro, escultural e sadio – sempre. Lança-se ao homem pós-moderno o desafio de como transcender o inevitável – a morte, o envelhecimento, a doença.

A Igreja produziu o corpo-casto, sacralizado, escondido e ocultado, cuja preocupação central residia na tentativa de negar o prazer (erótico, erógeno, também de ver e ser visto). Em meados do século XVIII e início do XIX, os ideais do Clero recuaram diante dos novos conceitos capitalistas impulsionados pela Revolução Industrial, e o capitalismo produziu o

corpo-troca, de trabalho, corpo da mão-de-obra, corpo explorado de um e explorador de outro. Produziu esse tipo de corpo para que a lógica dos sentidos capitalistas pudesse existir. Hoje, a cultura não precisa mais desse tipo de corpo explorado laboralmente.

No livro *O Nascimento da Clínica*, escrito em 1963, Michel Foucault faz uma análise histórica, metodológica e conceitual do entrelaçamento discursivo do corpo como poder (*biopoder*) e como saber, que a Medicina moderna, perante o capitalismo, articulou como uma prática política e social.

Em meados do século XX, já com o acelerado desenvolvimento tecnológico, a contemporaneidade recusa o corpo-trabalho, de força manual, caminhando rumo à valorização do corpo-saúde, ciberneticamente esculpido e desejado. Temos, agora, um corpo dominado, ideologicamente, pelo padrão de beleza, de saúde e objeto de contemplação. Sobressai a exagerada valorização da boa aparência, da plasticidade da imagem pessoal e da contemplação das imagens virtualizadas, rápidas e perfeitas, computadorizadas, que rompem com a limitação sócio-econômica, pois a globalização oferece acesso e aquisição da perfeição corpórea até às classes sociais mais baixas, em *pequenas prestações*, agenciando e gerenciando a manutenção de um corpo-poder que suplanta a condição social, econômica e que, principalmente, procura negar sua condição de vulnerabilidade e de finitude.

Courtine (1995) ressalta que:

(...) todas as técnicas de gerenciamento do corpo que florescem no decorrer dos anos 80 são sustentadas por uma **obsessão dos invólucros corporais** [grifo do autor]: o desejo de obter uma tensão máxima da pele; o amor pelo liso, pelo polido, pelo fresco, pelo esbelto, pelo jovem; a ansiedade frente a tudo que na aparência pareça relaxado, franzido, machucado, (...) é uma contestação ativa das marcas do envelhecimento no organismo.

Uma negação laboriosa de sua morte próxima. (Courtine, 1995, p. 85)

Dessa maneira, o corpo da atualidade desempenha papel essencial no imaginário sócio-individual, pois pressiona a negação da sua própria limitação na tentativa de que seu reverso (a finitude e a doença) torne-se esquecido.

Os progressos da Medicina, além de fornecerem à sociedade e às populações resoluções bem-vindas no tratamento e nos cuidados paliativos para os corpos-doentes, incidindo, essencialmente, na melhoria da qualidade de vida para enfermidades crônicas e na precisão diagnóstica fornecida pelos instrumentos tecnológicos de invasão científica no corpo humano, também ocultam a dificuldade do homem contemporâneo diante da doença, diante da autonomia do corpo doente. Sobressai a vontade de poder sobre o corpo e sobre a vida. O controle excessivo – excessivo porque nega veementemente a dor e o sofrimento advindo do corpo-doente, que representa a impotência do ser humano diante da morte – acelera a busca da perfeição, da saúde, da beleza, incontroladamente. Esse (des) controle excessivo vem se constituindo histórica e dialeticamente, com repercussões no processo de subjetivação dos indivíduos em função da rapidez como opera a tecnologia. A sensação de pertencimento – a uma época, a uma família, a uma condição imagética sobre si mesmo – vai, assim, sendo prejudicada por sofrer falhas estruturais na sua constituição.

Esper e Neder (2004), no texto “O corpo contemporâneo”, reiteram que:

A intrusão do novo tem o lado positivo de alterar as configurações produzindo novas cartografias pessoais, culturais; no entanto, quando as mudanças acontecem dentro de um ritmo vertiginoso, faz com que o status da verdade seja sempre provisório, produzindo insegurança e desamparo diante da efemeridade das coisas. (Esper e Neder, 2004, p.2).

O corpo, doente, mostra-se desamparado frente à doença. Frente às exigências de ser para além de um corpo-saúde: um corpo-perfeito, escultural e um corpo-beleza, temos um corpo-desamparo. Corpo individual e corpo social.

O corpo-doente, organicamente fragmentado, desestruturado, faltante da saúde tem ainda implicações psico-sociais à medida que a contemporaneidade⁷ se reafirma e mantém a anunciação de uma ditadura das questões do corpo. Exclusão do sujeito em detrimento ao corpo-objeto. Corpo-magro, corpo-saúde, corpo-cópia-do-corpo-de-um-Outro, de um outro qualquer, de um corpo que não o seu – seja ele como for, seja sadio ou doente, corpo-fragmentado.

A fragmentação aqui se refere não àquela que viabiliza a constituição do humano, não é aquela que o indivíduo, frente à frustração, se vê obrigado a substituir objetos de desejo, a adequá-los, a barganhar para postergar a satisfação e, com esse movimento psíquico, vai ampliando sua condição emocional; mas a fragmentação contemporânea refere-se a uma desconstrução da imagem sobre si mesmo e da identidade, fruto do excesso, da divisão dos saberes, da super-especialização, das super-exigências, que remetem o homem a um esvaziamento mascarado, escondido na falácia da beleza e da saúde.

Contentemo-nos com a sempre existente dúvida: será que a civilização poderia evoluir, desenvolver-se de modo diferente?

Resta-nos, enfim, o empenho de oferecer à dúvida outros encaminhamentos, pois: do que sofre o sujeito? Como a Psicanálise pode contribuir frente a esses desdobramentos do homem na contemporaneidade, frente ao excesso de fragmentação?

Sobre a pertinência de engendrar a Psicanálise e a fragmentação, Herrmann (1991) assevera que:

⁷ Considera-se aqui a contemporaneidade como o período cronológico que corresponde à segunda metade do séc. XX em diante, chamado também de Pós-Modernidade.

A Psicanálise pretende curar do descentramento fragmentário, não por restituir ao homem o centro perdido, fantasia religiosa, mas por revelar seu descentramento essencial e a insaciabilidade do desejo. Se nossa cultura espelha material e concretamente essa condição, e, portanto, cobre seu homem com a ilusão de resposta como um véu de esquecimento, a Psicanálise busca levantar esse véu, desvelar o olvidado (aletéia), mostrar o descentramento e a ruptura internos do sujeito, para curá-lo do excesso de fragmentação. Nesse caminho, nosso Método tem se mostrado eficaz. (Herrmann, 1991, p.14)

O vazio subjetivo vivenciado na contemporaneidade é, paradoxalmente, efeito do “excesso, que anestesia e enclausura o sujeito numa individualidade liberal exacerbada que, ao mesmo tempo, esmigalha-o pelo espaço desnaturalizado.” (Giacomel, Régis & Fonseca, 2004, p.98).

1.1 O Corpo-doente, Freud e a Civilização

Na língua alemã, algumas palavras adquirem vários significados. Não se usa vírgula entre as sentenças, na crença de que a multiplicidade de significados da palavra possa já enunciar a sequência seguinte, sem necessidade, portanto, da vírgula. Do MiniDicionário *Michaelis Alemão-Português/Português-Alemão* Keller (2002), temos:

Doente: adj. Kranke, Elend (Keller, 2002, p. 28).

Doente significa não apenas enfermo (*Kranke*), mas, ainda *Elend*, e temos:

Elend: infelicidade (p.65)

Impossível dissociar de Freud, austríaco de língua alemã, que, em 1930, já refletia sobre a busca da felicidade, no seu artigo *O Mal-Estar na Civilização*, e das estratégias de se livrar das limitações da vida. A editora inglesa do artigo, a Sra. Joan Riviere, observa que Freud refletia sobre o *descontentamento do homem na civilização* (nome, inclusive, indicado por ele para o artigo, mas que por inadequações da tradução, não foi adotado). A editora ainda destaca, no prefácio da obra, que o instinto de destruição postava-se como *tema lateral* (embora nenhum tema seja lateral nesse texto) da humanidade. Não era tema lateral, tanto que o instinto de destruição aparece também, explicitamente, nas cartas trocadas posteriormente com o físico Albert Einstein em 1932, no artigo “Por que a guerra”?, em que conversavam sobre os movimentos dos homens rumo à destruição.⁸

No artigo “O Mal-estar na Civilização”, Freud relatava que a insatisfação, o mal-estar que se manifestava nas sociedades modernas (já em 1930), refletia a busca infeliz e infantil da felicidade frente aos progressos conquistados. O mal-estar sinalizava um condição pulsional. Coloca-se diante da pergunta:

O que pedem eles da vida e o que desejam nela realizar? ...
Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e **assim permanecer** [grifo meu]. (Freud, 1930, p. 84).

Mas ele mesmo, sabiamente, de pronto adverte:

Uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo seu próprio castigo. (Freud, 1930, p. 85)

⁸ A temática da destrutividade como sendo um proveniente de forças psíquicas foi estudada por Freud antes de 1932, quando da sua escrita em “Além do princípio do Prazer” (1920) e até mesmo antes disso, em “Os instintos e suas vicissitudes” (1915).

Doença, infelicidade, satisfação irrestrita. Seria esta a articulação representativa do corpo também agora, no século XXI? E como estes articuladores se encadeiam com o corpore pulsional?

O corpo-doente, que padece, também sinaliza. É sinaliza-a-dor da impossibilidade de controlar a vida e a morte, de ser feliz e *assim permanecer* – na vida e diante da morte.

O corpo-doente, diante dos excessos da globalização, suscita um engessamento da condição do ser-pensante, e o sujeito, que constitui e é constituído pelas exigências de controle, de resolutividade, de rapidez e de beleza, denega sua própria história, seu corpo, sua subjetividade, sua especificidade. Doente adquire significação de infelicidade, o que me parece mais sério, porque a busca incessante da felicidade via corpo-saúde produz um opacificamento da gravidade das patologias psíquicas e orgânicas que dizem respeito ao corpo (bulimia, anorexia, tentativas de auto-extermínio, depressões graves e outros) e um distanciamento do sujeito de si mesmo. Seria esse o castigo/conseqüência mencionado por Freud?

Embora esse engessamento da condição de pensar homogenize o desejo na sociedade, o corpo, individualizado, procura retomar, via doença, a especificidade do sujeito. E o inconsciente, como um desencontro produtivo, procura anunciar outros possíveis sentidos frente ao imposto, às autoimposições do desejo. Nem como causa tampouco como conseqüência –, corpo apreendido como enunciação. Essa é a grande importância do corpo como potência de saber, como ensaios de *subjetivação*. Subjetivação deleuziana, ou seja, subjetivação como “um modo intensivo, e não um sujeito pessoal” (Deleuze, 1990, p. 135). A enunciação como um modo próprio e peculiar da subjetivação encontrar brechas para se fazer presença, para nascer, do corpo doente, o corpo psicanalítico.

Como enunciação, o corpo-doente traz consigo a iminência de sentidos. Iminência de sentidos porque, um só corpo, encerra a presença de vários corpos – corpos de saberes, de

experiências, corpos de possibilidades e de impossibilidades. O corpo-doente emerge como um corpo-de-enunciados prestes a anunciar sentido. Sentido particular e específico da produção de saber sobre si mesmo e, ainda sim, de sentidos múltiplos, inclusive corporais.

Ele, o corpo, tem se tornado, paradoxalmente, objeto, instrumento de poder e palco do desejo.

Pode-se enfatizar que o problema orgânico, qualquer que seja sua etiologia, é uma realidade da qual nem o paciente nem o analista podem fugir e, às vezes, nem mesmo esquecer. Deve-se deixar claro que esta realidade orgânica não exclui outras realidades: neuróticas, psicóticas, perversas. Como analistas, nós olhamos, escutamos e, de certa forma, participamos destas realidades (Fernandes, 2005, p. 96-97).

O corpo-doente só pode, portanto, ser obliterado, apagado, esquecido na contemporaneidade para se fazer presença – presença pela ausência; expressão genuína de presentificação psíquica. Não deve ser esquecido para a Psicanálise, que partiu do corpo da histérica como metáfora psíquica, e hoje se depara com o corpo das anoréxicas, com o corpo obeso, com o corpo doente, que demandam e solicitam investigação do saber psicanalítico, inclusive, abrindo novos campos de atuação, como por exemplo, na área hospitalar; porque o corpo está na iminência também de saberes, que se aproximam e se distanciam, num movimento contínuo de produção dialética de conhecimento de si mesmo.

O corpo, qual fênix, sempre ressurgiu para o pensar psicanalítico. A trajetória do próprio Freud é exemplar: de uma posição inicial de valorização das experiências corporais “reais”, nos primeiros estudos sobre a histeria, a neurastenia e as “neuroses atuais” (1893, 1894, 1896), Freud rapidamente evoluiu para o reconhecimento da autonomia da fantasia e

supremacia dos processos propriamente psíquicos. (Ávila, 2003, p. 20).

Essa iminência acarreta uma lógica de produção de sentidos do sujeito consigo mesmo e do sujeito com as relações estabelecidas mediante a situação de adoecimento. Em função da intensidade que é o processo de adoecer, essa iminência, essa ameaça dos sentidos (ameaça inclusive dos cinco sentidos orgânicos – visão, audição, tato, paladar, olfato e dos infindáveis sentidos subjetivos que advêm com a doença) destitui do homem a assenhoração de si, lançando-o num processo vertiginoso de ausência não só dos sentidos orgânicos, mas ausência de representações; vazios de significação que assombram o sujeito quando este não encontra um Outro, simbólico, capaz de potencializar a manifestação de diferentes campos e experiências emocionais.

A desconsideração atual para com o corpo-doente fomenta a dissociação, o esquecimento do-ente, do sujeito psíquico, fechando os espaços criativos para a constituição do processo de subjetivação, remetendo-nos à reflexão sobre a importância de *abrir os corpos*.

Abrir o corpo é, antes de mais nada, construir o espaço paradoxal, não empírico, do em-redor do próprio corpo. Espaço paradoxal que constitui toda a textura da consciência do corpo-consciência: um espaço-à-espera de conectar-se com outros corpos, que se abrem por sua vez formando ou não cadeias sem fim (Gil, 2004, p. 26).

A consideração do corpo paradoxal contraria a objetividade do corpo-orgânico e tece, ata, anexa, fornece consistência ao corpo-do-ente, em contrapartida ao corpo-doente.

A convocação da Psicanálise e da Psicologia, em geral, para atuarem nas instituições, traduz e reafirma as exigências de produção de sujeitos perfeitos, de instituições perfeitas e humanizadas, porque oferecem assistência multiprofissional, cumprindo as políticas de saúde

preconizadas pela OMS (Organização Mundial de Saúde). À guisa de conhecimento, a OMS define saúde como *situação de perfeito bem-estar físico, mental e social*; noção, inclusive, questionada por Sehre e Ferraz (1997), porque visa uma perfeição inatingível, que desconsidera a subjetividade como indicador avaliativo, ou seja, essa premissa da OMS vale-se apenas de indicadores *externos e aparentes*. Uma pessoa que tenha saúde, que não esteja doente organicamente, necessariamente, está em situação de perfeito *bem-estar mental*? Há uma desconsideração da subjetividade e dos processos emocionais pertinentes à situação e, considerando isso, talvez a inserção do profissional *psi* no cenário da saúde seja uma reprodução de funcionamentos psico-sociais reforçadores da promessa de bem-estar total, na qual a escuta é conduzida a priorizar a melhora orgânica, ou a impedir as manifestações emocionais pelo transtorno que causam ao ambiente de “tratamento” (porque existem regras e serem seguidas, procedimentos, horários estabelecidos para medicação, para comer, dormir, visitas, e as queixas não orgânicas apresentam-se também como elementos desafiadores da disciplina e da ordem institucional).

Entretanto, é por essa via, de chamamento ao profissional não-médico ao ambiente hospitalar para lidar com situações que escapam à Medicina, que o analista pode oferecer-se ao desafio, porque o sujeito do inconsciente não se cura a não ser pela palavra, pela inserção do Outro-analista capaz de interpelar o sujeito do sofrimento, o sujeito das insatisfações, das contradições, das ingerências, porque assim ele o é.

Se, por um lado, esse novo campo de atuação do psicanalista distancia-se das condições de trabalho do setting preservado do consultório, onde podemos examinar melhor os sentidos e as possíveis transgressões ou excessivas submissões às regras, aos procedimentos, aos horários e honorários em análise, por outro, a inserção do olhar psicanalítico no hospital aproxima-nos da insaciabilidade do ser humano encenada na instituição e impressa nas marcas do corpo, e a escuta aparece-nos como uma chance de

revelar o sujeito do inconsciente, seja no corredor do Pronto-Socorro, seja de pé, na maca, na recepção de um Hospital. A escuta do desejo, neste sentido, oferece ao sujeito o acesso à realidade psíquica, condição esta que o liberta do aprisionamento repetitivo e imperioso do sintoma, do seu padecimento.

Logo:

O que é que o corpo não aguenta mais? Ele não aguenta mais tudo que o coage, por fora e por dentro. (...) o corpo não aguenta mais *o adestramento e a disciplina* [grifo do autor]. Com isto, ele não aguenta mais o sistema de martírio e narcose que o cristianismo, primeiro, e a medicina em seguida, elaboram para lidar com a dor, um na sequência e no rastro do outro: culpabilização e patologização do sofrimento, insensibilização e negação do corpo (Pelbart, 2004, p. 45).

A ascensão de novos corpos (esquálidos, obesos, plasticizados) sem sujeitos em subjetivação oblitera o sujeito do discurso e aprisiona o sujeito na liberdade excessiva.

No livro: “Os tempos Hipermodernos” (2004), o filósofo francês Gilles Lipovetsky explicita esse aprisionamento do sujeito no excesso, caracterizado pelo hiperconsumo, pela hipermodernidade e pelo hipernarcisismo marcantes da atualidade.

É a individualização extrema de nossas sociedades, o que, tendo enfraquecido as resistências “a partir de dentro”, subjaz à espiral de distúrbios e desequilíbrios subjetivos. Assim, a época ultramoderna vê desenvolver-se o domínio técnico sobre o espaço-tempo, mas declinarem as forças interiores do indivíduo. Quanto menos as normas coletivas nos regem nos detalhes, mais o indivíduo se mostra tendencialmente fraco e desestabilizado. (...) Quanto mais o indivíduo é socialmente cambiante, mais surgem manifestações de esgotamentos e “panes” subjetivas. Quanto mais ele quer viver intensa e livremente, mais se

acumulam os sinais do peso de viver. (Lipovetsky & Charles, 2004, p. 83-84).

É a partir desse dito peso de viver figurado pela subversão do corpo, pelas falhas e abalos corpóreo-psíquicos, que a Psicanálise pode escutar, auscultar o humano, dando ensejo a novos campos de subjetivação e considerando o caráter pulsional fundante do homem. Há um corpo-doente como enunciado e um estatuto de desamparo como enunciação a ser endereçada. Se há um endereçamento, se há uma demanda – que parte do corpo –, ouvi-mo-la, visto que:

O pressuposto para a existência do sujeito do inconsciente é, ao contrário, a oferta da escuta analítica que prepara a inclusão do analista no próprio conceito de inconsciente, enquanto constitui dele o endereçamento. A problemática do tratamento preliminar⁹ no processo do tratamento analítico procede, de um ponto de vista geral, da realização desta inclusão (Recalcati, 2004, p. 3).

2. O corpo-instituição

Podemos aí perceber, ao mesmo tempo, a influência mais surda, porém a mais profunda, de um mundo em crise, inquietante e instável (...) um universo social que se assimila e do qual nossos corpos carregam os traços.

Pociello (1995, p.119)

A instituição tem, neste trabalho, o propósito de repensarmos sobre o sujeito doente e seu lugar de ação; lugar no qual o sujeito é constituído e se constitui; lugar que articula

⁸ Que trata da inclusão do sujeito no processo de análise.

relações e, justamente por isso, aponta para a construção-revelação do sujeito representacional, psíquico. Torna-se indiscutivelmente relevante uma análise das sociedades e instituições, à guisa do Movimento Institucionalista, que nos incita a concatenações frente à complexidade do sujeito, do fenômeno do adoecimento e dos mecanismos de formação e modificação das instituições – em especial – as de saúde.

Valemo-nos, pois, dos conceitos advindos do Movimento Institucionalista de Baremlitt (1994), que define e tece considerações pontuais sobre as Instituições, seus movimentos e o movimento dos sujeitos nestas, que vão constituir uma Sociedade.

Ele define que *o Institucionalismo*, à sua maneira, tem uma concepção própria do que é a Sociedade e do que é a História; a Sociedade *como forma organizada de associação humana e a História como o devir da Sociedade no tempo*. Afirma que a sociedade é uma rede, um tecido de instituições. Pergunta e responde:

E o que são as instituições? As instituições são lógicas, árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser **leis, normas** e quando não estão anunciadas de maneira manifesta, podem ser **pautas** [grifos do autor], regularidade de comportamentos. (...) E o que essas lógicas significam? Significam a regulação de uma atividade humana, caracterizam uma atividade humana e se pronunciam valorativamente com respeito a ela. (Baremlitt, 1994, p.27)

O autor relata ainda que, para cumprirem a função de regulação da vida humana, as instituições precisam materializar-se, ou seja, *constituírem-se como organizações* (grandes ou pequenos conjuntos de formas materiais), necessitando, conseqüentemente, do estabelecimento de estrutura física, instalações materiais, agentes, *preconizando uma prática*,

uma práxis como resultado de mudança, fruto da reflexão teórica do funcionamento e da dinâmica indivíduo-instituição.

A imersão do sujeito na era da *Hipermodernidade*¹⁰, também tem produzido um saber institucional e institucionalizante, que rege leis, normas e comportamentos, fazendo surgir o corpo-instituição. Corpo marcado pelo agenciamento do *adestramento e da disciplina*.

A modificação fundamental em relação à Modernidade (notoriamente caracterizada pela Revolução Industrial e pelo Capitalismo) em que o Estado e as Instituições exerciam o controle do homem por intermédio, inclusive, de seu corpo, exigindo trabalho contínuo nas fábricas a fim de justificar o desenvolvimento e a industrialização é que, na Contemporaneidade – ou *Hipermodernidade* –, as pessoas, pela falta aparente de adestramento e disciplina, premissa vendida e veiculada de liberdade total, acesso total aos meios de comunicação, aos meios mais globalizados de tratamentos médicos (estéticos, curativos ou profiláticos), são submetidas a um desconhecimento do agenciamento de seus corpos, da sua autonomia, tanto no campo macro (social) como micro (psíquico), com correlações concomitantes. Essas forças globalizadas, tecnológicas e imperativas operam transformações nas forças fundantes das instituições, principalmente porque a concepção partilhada e reafirmada de disciplina e ordem é tomada pelos indivíduos e pela instituição como uma urgência, ou melhor, como indispensável ao viver, reafirmando uma práxis social (não apenas do indivíduo), que rechaça o diferente. Exemplos claros são vistos na estruturação física e funcional atual de instituições como as escolas, exército, hospícios, prisões e hospitais, com exigências de ordenação (de cadeiras, de sujeitos, de macas, horários e etc) para a eficácia e o cumprimento da função social que pretendem exercer. Há, pois, uma mudança nas representações/significações do corpo, das instituições e dos corpos-indivíduos. Considera-se, aqui, corpo-instituição o sujeito na instituição e a instituição como um corpo

¹⁰ Termo sugerido por Lipovetsky & Charles (2004).

funcional, de saberes, condutas, normas e valores, mantendo-se, um e outro, constantemente, relação de interdependência.

Hoje, os movimentos de transformação institucional operam no sentido de alienação das forças, da potência criativa do sujeito, assujeitando-o à condição de espera – de passividade, de paciente. No caso das instituições hospitalares, a alienação da potência criativa do sujeito surge em decorrência, ou melhor, em concomitância à transformação do saber médico e de sua atuação no final do séc. XVIII – transformação política e sócio-econômica que promovem readequações estruturais e funcionais –, como também ocorreu nos outros modelos de instituição.

A consolidação do saber médico, que operou transformações institucionais, iniciou-se nos séculos XV e XVI, com a modificação na função dos hospitais e da ascensão de um novo instrumento de força: o *biopoder*.

2.1 – O Hospital e a Modernidade

Na chamada Idade Média ou Era Medieval (séc. V ao XV), a Europa era profundamente influenciada pelo Cristianismo, pelo sistema político do Feudalismo com a divisão dos senhores feudais (donos das terras) e dos servos e do domínio tanto no plano cultural, político e econômico do Clero.

O hospital era, portanto, uma instituição de assistência à plebe (ao povo e às pessoas sem influência social) e já se constituía como instrumento de segregação, no qual o atendimento era considerado um dever cristão e não apenas um direito de qualquer cidadão. O atendimento não era propriamente a qualquer doente, mas ao doente pobre que estava morrendo, que deveria ser assistido material e espiritualmente nos últimos cuidados e no

sacramento da *extrema-unção*¹¹. Aos reis, senhores feudais e monarcas eram dispensados cuidados médicos no próprio castelo.

Nos hospitais, a assistência não era essencialmente médica; ou era leiga (voluntários), ou religiosa – mais caritativa do que curativa –; os cuidados eram mais dispensados à alma do que ao corpo, visto que a maioria das pessoas que procuravam os hospitais já estava acometida por doenças em estados avançados. Este modelo hospitalar de atendimento estendeu-se até a Idade Moderna.¹²

Foucault (1979) relata que a Medicina como disciplina, até em meados do século XVII e XVIII, era profundamente individualista.

Medicina e hospital se entrecruzam no início do século XIX, na medida em que os ideais positivistas (que preconizam a observação, a repetição dos fatos e a comprovação empírica via experimentação, controle e ordem) são absorvidos pela civilização e absorvem os homens da ciência rumo à missão de purificar os efeitos nocivos da desordem social existente até então, em que havia uma convivência sócio-econômica comum entre os excluídos: pobres, doentes, loucos, velhos, prostitutas...

O nascimento do hospital como instrumento terapêutico é considerado por Foucault (1979) “uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII” (p. 99). Relata que a constituição dessa instituição como recurso de amparo e de comando-geral da classe médica iniciou-se com viagens-inquérito realizadas na Europa entre os anos de 1775/1780, que tinham por objetivo a visita e a observação sistemática da dinâmica e do funcionamento dos hospitais existentes para a sua posterior reforma e reconstrução.

¹¹ A extrema-unção é um dos sacramentos do Catolicismo; também chamada de bênção dos enfermos, concedida frente à possibilidade de morte breve e reafirmada pelo apóstolo Tiago: «Quem está doente, chame a si os presbíteros da Igreja e rezem por ele, depois de tê-lo unguido com óleo no nome do Senhor» (Tg 5,14-15). (Wikipédia, Unção dos Enfermos, 2007).

¹² A Idade Moderna é um período específico da História do Ocidente. Ela se destaca das demais por ter sido um período de transição por excelência. Tradicionalmente, aceita-se o início estabelecido pelos historiadores franceses, 1453 quando ocorreu a tomada de Constantinopla pelos Turcos otomanos, e o término com a Revolução Francesa, em 1789. (Wikipédia, Idade Moderna, 2007).

A perspectiva de *viagem-inquérito* descrita por Foucault é a influência indireta, mas claramente fundamentada pelos ideais desenvolvimentista-sanitaristas emergentes. Cabe ressaltar que tanto a coordenação como os cuidadores (funcionários) dos hospitais eram realizados pelos clérigos, freiras e ajudantes voluntários, que abrigavam doentes com as mais diversas e inusitadas doenças e pestes. O interesse da França de enviar observadores principalmente da Academia de Ciências era para que eles conhecessem essas casas-abrigo e estudassem fatores que pudessem atuar sobre as doenças (agravando-as ou atenuando-as).

Foucault (1979) especifica ainda que as observações iam além da descrição e passaram a centralizar-se nos aspectos funcionais, com correlações no número de leitos e número de doentes, área útil do local, arejamento etc.

Tenon, francês, “estuda o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, particularmente as trajetórias seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos, etc. Investiga quem os transporta e onde são transportados, lavados e distribuídos. Essa trajetória, segundo ele, deve explicar vários fatores patológicos próprios do hospital” (Foucault, 1979, p.100).

Traça-se e cria-se, assim, uma logística de procedimentos para controle em detrimento ao cuidado; ou melhor: o cuidado é transformado, codificado em números, percentuais, estatísticas, ordenações – esse movimento também é utilizado na classificação dos sintomas e na descrição das moléstias (nosografia). O caráter classificatório propaga-se aos diversos setores da civilização, e deparamo-nos com surgimento concomitante aos hospitais de outras instituições¹³, como as prisões, as escolas, os sanatórios, os albergues para idosos, os prostíbulo e outros, declarando a tendência da categorização social e excludente sob a premissa da tríade de higiene, limpeza e beleza para a saúde dos indivíduos. Doentes, loucos e

¹³ Para maior conhecimento sobre processos de controle, disciplinarização e classificação em outras instituições, consultar o livro *Vigiar e Punir*, Foucault (1977)

bandidos não podiam mais ficar nas ruas, misturados aos “normais”- e o hospital é um dos precursores desta categorização.

Como consequência, há uma disciplinarização dos indivíduos e das práticas médicas, marcadamente influenciadas pela “inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório” (Foucault 1979, p.106).

Logo, podemos inferir que o deslocamento da intervenção médica, agora realizada no hospital, e a disciplinarização do ambiente hospitalar transferiram o olhar e a escuta do cuidador. Os olhares e atenções voltaram-se para a estrutura – espacial e funcional dos hospitais –, e o objeto de estudo deixou de ser o indivíduo e passou a ser sua doença, havendo uma valorização da arquitetura hospitalar como instrumento de cura e, conseqüentemente, a destituição do poder sacro-religioso (que sacramentou a separação corpo e alma, excluindo a última dos domínios da ciência).

Os médicos, como categoria social, emergem presentificando-se deificados, e o exemplo mais proeminente é o ritual de visitas para exame do paciente (perpetuado até hoje, no século XXI), a cujas visitas aos leitos, seguem-se novatos e iniciantes, que discutem as patologias, diagnósticos, medicações, e o corpo fica restrito a ser objeto de estudo; e o homem, exposto a um vocabulário e a um tipo de discursividade inacessíveis sobre si mesmo.

As queixas e os sintomas são inseridos num campo estritamente técnico, perdendo seu significado e significância, afastando o indivíduo da sua condição de alteridade, de ser diferente, apesar de apresentar sintomas semelhantes a outro indivíduo.

Todos esses aspectos refletem e caracterizam a assunção do hospital como instituição-sede do médico, a partir do início do século XIX e da Medicina como saber que exerce influência na vida dos indivíduos e da coletividade, quando se personifica paradoxalmente mítica (como divindade) e científica.

2.2 – O Corpo, a Medicina e o Biopoder

Mesmo em declínio no início do século XIX, o poder do Estado e da Igreja não se efetivou apenas pelo confisco (dos bens, da alma, do direito de morte e poder sobre a vida), mas no exercício de “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las”, um poder de “garantir, reforçar, multiplicar a vida e pô-la em ordem” (Foucault, 1977, p. 128).

Em vários campos (da política, da saúde, do governo, da justiça, da educação), a inserção da premissa de controlar para garantir a vida, o progresso e a ordem também fez surgir comportamentos paradoxais.

Foucault, analisando o *direito de morte e poder sobre a vida* (Foucault, 1977), ressalta que foi a partir do século XVII, centrado *no adestramento do corpo, ampliação das suas aptidões e sua docilidade* e, posteriormente, em meados do século XVIII, com a premissa de controle do corpo como processo biológico (*natalidade, mortalidade, longevidade e outros indicadores de saúde*), ou seja, um controle “bio-político da população”, é que se desenvolveu esse poder sobre a vida, denominado por ele como *biopoder*. (p.131-132).

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos (Foucault, 1977, p. 132).

O corpo biológico estava, já no século XVIII e início do XIX, submetido a uma significação de ser um corpo-produtor, corpo-mão-de-obra, sadio para o trabalho e para a não-doença, logo, apto à maior produtividade. Lembremos que, antes do capitalismo, as sociedades eram assoladas por epidemias, fome, pestes, e a necessidade de controle dessas

ameaças foi aperfeiçoado por técnicas que engendraram o desenvolvimento do capitalismo por meio de medidas sanitárias, que visavam controlar tais mazelas; controle e visibilidade voltados para os processos biológicos.

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa **no** corpo, **com** o corpo” [grifo meu] (Foucault, 1979, p.80).

A Era Capitalista trouxe consigo a Revolução Industrial e conduziu o desenvolvimento global tecnológico característico do final do século XIX e início do século XX. Nesse período, proliferaram os ideais desenvolvimentistas em todas as esferas da vida cotidiana (no discurso científico, na produção dos saberes, na política, na agricultura, nas artes, etc.). O controle e a ordenação incitaram a necessidade da medição, quantificação, experimentação com provas, representatividade numérica e precisão nos rituais de coleta de dados, e o que era da ordem do anímico, do psíquico, da alma, foi sendo desconsiderado por não possuir valor científico.

No final do séc. XIX e início do séc. XX, deparamo-nos com o declínio na sabedoria do cuidar, principalmente porque o cuidado prescindia ouvir o doente, escutá-lo, analisar, perguntar, apalpar. Com o capitalismo e a era do *biopoder*, ouve-se não o sujeito, mas os sinais, os sintomas, as hipóteses, pois “os médicos passaram a restringir seu interesse ao corporal e de bom grado deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam a tarefa de se ocuparem do anímico” (Freud 1905a, p. 272).

E o corpo, num ritmo vertiginoso, vai obliterando o sujeito – o sujeito que não é só orgânico, biológico, mas social, político, emocional, subversivo, enfim, irredutível, múltiplo de significados e significações. Reside, nesse ponto, uma consideração muito importante, porque é a partir dessa obliteração, desse apagamento que deixa vestígios é que podemos, posteriormente, analisar como esse corpo-enunciação, múltiplo de saberes e de processos em

constituição irá manifestar-se no final do século XX e início do XXI, ante a contemporaneidade, visto que:

O corpo, esse instrumento estranho, não se cura só por aquilo que se faz medicamente com ele. Ele precisa beber sua própria música. (...) precisa da voz, da escuta, do olhar (...). (Alves, 2003, p.10).

Esse olhar descuidado do homem, até o séc XIX, vai atraindo, dentro da própria Medicina (com Charcot e a Escola de Salpêtrière, Breuer e Freud), outros olhares, porque o corpo vai também fazendo rearranjos para o sujeito do inconsciente ser olhado. Multiplicam-se novos comportamentos e manifestações psíquico-corporais, como, por exemplo, no conjunto de sintomatologias orgânicas nas histéricas – paralisias, analgesias, cegueira temporária, etc. Estes olhares atentos ao corpo, mas também ao que o move: as pulsões, fomentaram o início do pensamento psicanalítico¹⁴ pois denunciaram a existência dos processos psíquicos inconscientes.

Mas nem sempre foi assim. Muito anterior ao surgimento da Psicanálise e da própria Medicina como profissão, os cuidados para com a pessoa doente eram realizados por uma dinastia de homens-deuses, que influenciou diretamente a concepção de cuidador e dos cuidados, tendo se estendido até a Idade Moderna, sendo Hipócrates considerado, até os dias de hoje, o “pai da Medicina”.

¹⁴ Sobre os funcionamentos psíquicos do fenômeno histérico e a histeria, consultar ainda Freud (1888) e Freud (1893-1895).

2.3 – A Medicina e os Mitos

A Medicina como instituição mítica advém desde a época clássica, antes da Era Cristã, submetida aos deuses e heróis, sempre presentes no imaginário da coletividade. O decorrer dos séculos foi agregando novas significações para a arte de cuidar em função de novas relações e arranjos políticos, econômicos e sociais, e o cuidado para com ser humano foi acompanhando, modificando e sendo modificado por esses momentos de transformação.

Nascido em 377 a.C, em Tessália (na Grécia), Hipócrates (Anexo 6 - Figura 1) emerge como um dos personagens de maior relevância na história da Medicina, quando fornece dados/descrições clínicas que permitem diagnosticar doenças como a malária, a pneumonia, a tuberculose. É considerado o “pai da Medicina”, porque se diz que “o que resta de suas obras testemunha a rejeição da superstição e das práticas mágicas da ‘saúde’ primitiva, direcionando os conhecimentos em saúde no caminho científico”. (Hipócrates, Wikipédia, 2007).

Entretanto, em análise sobre a genealogia desse grego, encontramos relatos¹⁵ de que ele era um *asclepiáde*, ou seja, pertencia a um clã, uma família de personagens míticos que, durante várias gerações, conservava e transmitia, de geração para geração, a sabedoria e a prática de cuidados para com a saúde e os conhecimentos profiláticos e curativos. A ancestralidade de Hipócrates parecia fornecer um substrato ético e moral das suas habilidades, da sua sabedoria e da ética no compromisso e no dever da arte de cuidar dos doentes.

Um dos seus legados mais famosos – o *Juramento de Hipócrates* (Anexo 2) – é o exemplo mais fiel da influência hierárquica dos deuses, deusas e protetores, nos direitos e deveres e na ética profissional aos quais o juramento faz-se submeter.

¹⁵ Relatos extraídos do site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3crates>

No artigo “Caminhos da Medicina”, Rezende (2003) esclarece-nos que o juramento “que hoje se encontra em vários idiomas resultou de traduções oriundas de antigos e raros manuscritos” (Anexo 6 - Figura 2).

Apesar de ter sofrido inúmeras mudanças no decorrer das traduções, do tempo e do uso nas diferentes civilizações, o juramento, na sua forma não-resumida, inicia-se invocando Apolo, depois Esculápio (Anexo 6 - Figura 3), Higeia e Panacea; sendo, respectivamente, os deuses da Cura, o deus-Patrono dos Médicos, deusa da Higiene e deusa da Cura de todo mal.

A realidade, então, se entrecruza com o mito. Entrecruzam-se exatamente para produzirem significantes sobre a origem dos acontecimentos, sendo ambos impregnados por estórias, histórias e fantasia e, por isso, realidade – acontecimentos impregnados de campos dialéticos, de verdades em constituição, que nos auxiliam no entendimento da Medicina na atualidade, da instituição, das significações do corpo e do cuidar.

Na Mitologia, Apolo é um deus grego da mais alta estirpe – filho de Zeus e Leto. Apolo participa da saga de epopéias (como na Guerra de Tróia, dizimando os aqueus) e é identificado comumente envolvendo-se com inúmeros amores no Olimpo e por ser também exímio arqueiro. É considerado, ainda, deus do sol e o deus da cura e das doenças¹⁶.

Apolo era pai de Esculápio (ou Asclépio, para os romanos). Esculápio, embora uma divindade menor, obteve bastante prestígio no mundo antigo, sendo considerado o deus da Medicina e, posteriormente, o Patrono dos médicos por possuir o poder de curar os enfermos. Era, além de talentoso cirurgião, um clínico prestimoso e receitava “sonos terapêuticos” (Anexo 6 - Figura 4), na crença de que o sono e repouso tinham também o potencial de cura¹⁷. Como não bastasse receitar o “sono terapêutico”, Esculápio foi tomado pela audácia de pretender igualar-se aos deuses maiores, tornando os homens imortais e isso enfureceu os deuses, acarretando castigo e punição.

¹⁶ Para maiores informações sobre a Mitologia e os mitos, consultar o artigo APOLO. In: Wikipédia: a enciclopédia livre (on-line) Disponível no site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Apolo>

¹⁷ Consultar ainda: <http://www.nomismatike.hpg.ig.com.br/Mitologia/Esculapio.html>

Na *Ilíada* de Homero, Esculápio é apresentado como um hábil cirurgião. Píndaro e Hesíodo detalham como Zeus acabou por fulminar Asclépio com um raio. Consta que a atitude do deus foi porque Asclépio pretendia igualar-se aos deuses tornando os seres humanos imortais. O culto a Esculápio foi muito prestigiado no mundo antigo. Os santuários erigidos em sua homenagem se converteram em sanatórios¹⁸ (Anexo 6 - Figura 5).

Higea (radical que no Ocidente significa higiene) e Panacea (considerada deusa da cura, capaz de curar todas as enfermidades, cujo nome alude *pan=todo, akos=remédio*) eram filhas de Esculápio.

Hipócrates, *asclepiade*, que descendia, pois, de Asclépio (que foi pai de Higea e Panacea e filho de Apolo), ao ser considerado o pai da Medicina, foi-lhe subtraído a condição de deus, sem, no entanto, desprender-se da condição mítica, impregnada e culturalmente reforçada, que concede ao médico, até hoje, esta posição da ordem do divino: o homem como salvador do próprio homem diante da morte, da dor e da doença.

Hipócrates produziu um conjunto de obras denominadas *Corpus Hippocraticum* (Anexo 6 - Figura 6) – aproximadamente, 70 escritos –, que constituíam descrições sobre as epidemias, fraturas, articulações e mecanismos de tratá-los, bem como seus prognósticos, a influência de elementos naturais no acometimento de doenças e no processo de melhora, entre tantos outros. Dentre os mais importantes escritos constituintes do *Corpus Hippocraticum*, temos artigos intitulados: *Aforismos, Da Medicina Antiga, Epidemias, Da Cirurgia, Dos Instrumentos de Redução, Das Articulações, Dos Ferimentos na Cabeça, Prognósticos, Do Regime nas Doenças Agudas, Dos ares, Águas e Lugares, Das Úlceras, Das Fístulas, Das*

¹⁸ Fragmento extraído do artigo intitulado ESCULÁPIO. In: Wikipédia: a enciclopédia livre (on-line). Disponível no site: <http://wikipedia.org/wiki/Escul%C3%A1pio>, acessado em 10.09.2006.

*Hemorróidas, Lei e O Juramento*¹⁹. Seus conhecimentos, baseados na clínica da observação, na debruçação sobre o doente e o ambiente (e não sobre a doença), fizeram-no aglomerar experiências que produziram saberes sobre o que acometia as pessoas doentes, podendo discorrer sobre tais quadros clínicos, hoje, comumente conhecidos. Foi justamente essa operacionalização do saber pela observação e pela investigação prática que aproximou Hipócrates mais dos homens e o distanciou das chamadas *práticas mágicas e supersticiosas* para a cura, inaugurando a cientificidade na área da saúde. Pela clínica, Hipócrates fundamenta sua prática considerando, ainda, a influência da personalidade, ou o que chamava de temperamento, que poderia levar a estados de desequilíbrio orgânico ou de restabelecimento. O conhecimento pela observação e a influência da personalidade em estados de desequilíbrio influenciou diretamente Galeno, “que desenvolveu a Teoria dos Humores, e que dominou o conhecimento médico-científico até o século XVII²⁰”.

A Teoria dos Humores foi um legado hipocrático-galênico fundante da Medicina Medieval, que se baseava na interação fluidos corporais – sangue, fleugma ou pituíta, bÍlis amarela e bÍlis negra ou **melancolia** – com elementos da natureza (água, ar, fogo e terra), tanto para diagnosticar, como para tratar os doentes. Piazzo (1997) exemplifica que “... se o doente encontrava-se demasiadamente quente, febril, eram prescritos vários alimentos frios [porque o sangue era quente como o fogo] para esfriá-lo e, em alguns casos, para aquecê-lo ainda mais”, de modo que o objetivo era purgar a doença. Ainda na Idade Média (muito posterior à morte de Hipócrates e Galeno), a prática e a teoria médica eram muito influenciadas por seus conceitos, de modo que, sobre a Peste Negra, doença transmitida por pulga e ratos que assolou a Europa, “o médico medieval tinha a certeza de que o sangue era o humor pecante, pois estava presente nos escarros sanguinolentos que o doente de peste bubônica apresentava” (Piazzo, 1997).

¹⁹ De acordo com o artigo ESCULÁPIO. In: Wikipédia: a enciclopédia livre (on-line). Disponível no site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3crates>, acessado em 14.07.2007.

²⁰ *Idem*

Até então, não se dissocia o homem de seu corpo, seu corpo da sua personalidade e ainda sim é considerado científico o saber advindo desta premissa, porque, pela sua história, a Medicina nasce da sabedoria da Clínica, que, etimologicamente extraída do grego, significa: *Klini = debruçar e Kós = lugar*. Logo, lugar de observar, de debruçar e Hipócrates “foi o líder incontestável da chamada ‘Escola de Cós’”²¹.

Da Antiguidade até os tempos atuais, a Medicina, o saber médico e o hospital passaram por várias transformações conceituais e metodológicas importantes já descritas anteriormente.

Essas transformações repercutiram na vida dos indivíduos e da coletividade, introduzindo novos parâmetros relativos aos cuidados e, sobretudo, referentes ao poder desses cuidados para e na Sociedade, e a observação-escuta foi sendo transformada, onde a alteração principal parece ser, em muitos casos, a elevação do homem que cura à condição de divindade (retorno da condição mítica), arraigadamente inserida na significância do mito-herói, que sempre traz a vida, tampona a falta, a limitação, a doença e, atualmente, faz mais: estica, embeleza, rejuvenesce e vende a saúde e a juventude.

Para a Psicanálise, como o percurso do que é esquecido é o retorno deste modificado, vemo-nos diante do analista no hospital, para ouvir do que padece o sujeito – ouvir também, mas não apenas, do padecimento do seu corpo. Movimento de observação e de escuta, para que os sujeitos sejam curados de si, do esquecimento da sua limitação e da finitude, pois “o sujeito que cura de si, em qualquer momento da análise... está em nova relação com o seu desejo, habita melhor o coração matricial de suas próprias emoções, atribui-se menos às circunstâncias e pode experimentar a multiplicidade de sentidos do mundo real, habitá-lo não mais agora através da celebração do sintoma” (Herrmann, 1991, p. 25)

²¹Artigo ESCULÁPIO. In: Wikipédia: a enciclopédia livre (on-line). Disponível no site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3crates>, acessado em 21.07.2007.

3. O corpo-pulsional

A teoria das pulsões é, por assim dizer, nossa mitologia.
Freud (1933, p. 119)

Corpo-doente, corpo-institucional, corpo-pulsional. As três instâncias parecem encerrar no humano a essência do incontrolável. É nesse sentido (de não haver sentido pré-determinado nem tampouco controlável) que tanto o corpo doente como o corpo-institucional e todas suas implicações estão intrinsecamente associados ao corpo pulsional. É o corpo pulsional, o corpo psicanalítico, que produz e sob o qual o inconsciente produz campos de representação nos quais se inserem o sujeito, campos relacionais que são regidos por lógicas particulares, desordenadas e indisciplináveis (da ordem do inconsciente), que determinam as relações – orgânicas, institucionais e subjetivas –, sendo também o corpo organizado por estas relações, visto que ele é fonte da pulsão e também sua finalidade.

A história, com suas transformações, seus atavismos e as complexas relações advindas do discurso científico, norteiam o pensamento quando nos dispomos a analisar o corpo, a Medicina e as instituições.

Para a análise do corpo pulsional, Freud, de formação médica, partiu também das complexas relações com a ciência na busca da verdade extraída da clínica até se deparar com o discurso das pulsões, que se patenteavam nas manifestações do corpo – das histéricas –, evidenciando o corpo da pulsão. Foi este corpo pulsional que o instigou e o incitou à análise da psique e, a partir dele, a ascensão do sujeito do desejo. Foi sob o negativo do corpo da histérica, que se manifestava via paralisias, afasias, anestésias, desmaios, contorções e outros inusitados modos de revelação que o pulsional se fez presença, tornando propício e necessário o olhar e a escuta do corpo da histérica para o desenvolvimento da história da Psicanálise.

O corpo pulsional faz alusão ao corpo fundamentalmente erogenizado, qualificado pelas pulsões sexuais. Explica Ávila (2003) que, “as pulsões, que Freud considerava entidades míticas, sempre foram por ele situadas nas fronteiras entre o somático e o psíquico” (p.26).

Freud é tomado, desde o início dos seus estudos, pelo corpo da histérica, nos estudos sobre a histeria, diferenciando-a da neurastenia e das chamadas neuroses atuais (Freud, 1893, 1894, 1896 respectivamente). O corpo da histérica postava-se na fronteira indeterminada entre a libido – energia de natureza sexual, *sendo irredutível a outras formas de energia mental não-especificadas*. (Garcia-Roza 2001, p. 109.) – e seu território de ação: o corpo, diferentemente do que ocorria nos casos em que chamava de neuroses atuais.

Nas neuroses atuais, Freud (1896) incluía funcionamentos típicos como a neurastenia, as neuroses de angústia e a hipocondria, cuja forma de processar a excitação (descompensação proveniente do orgânico) era a transformação direta dessa excitação em angústia, com descarga imediata no corpo, sem intermédio dos mecanismos de defesa. Ferraz (1997) explica-nos ainda que, para Freud, essas neuroses (neurastenia, hipocondria e neuroses de angústia) eram chamadas de *atuais* porque a fonte de excitação que perturbava sua descarga residia na vida sexual “atual” do paciente, ou seja, não provinha de conflitos decorrentes das repercussões da sexualidade infantil, da instauração do terceiro na relação, aludindo à situação edipiana. As considerações sobre as chamadas neuroses atuais foram, posteriormente, estudadas e utilizadas como referência para estudos sobre manifestações psicossomáticas em correntes de orientação psicanalítica, em especial, a Escola Psicossomática de Pierre Marty, que recuperou as contribuições freudianas sobre as neuroses atuais e desenvolveu conceitos como *mentalização, pensamento operatório, depressão essencial, desorganização progressiva*²².

²² Sobre os processos psíquicos e as singularidades do funcionamento mental de pacientes psicossomáticos, consultar: Marty, P. (1990) A psicossomática do Adulto e ainda Marty, P. (1998) Mentalização e Psicossomática.

A histeria, por sua vez, foi examinada mais detidamente e tornou-se o centro das atenções para Freud em detrimento às neuroses atuais. Juntamente com as fobias, as neuroses obsessivas e as psicoses, a histeria foi incluída no campo das chamadas psiconeuroses de defesa, cuja forma de processar a excitação era a *mediatização simbólica* (Ferraz, 1997, p. 25), resultando em sintomas *eminentemente psíquicos*. No caso da histeria, conceitos como repressão e recalçamento foram essenciais para o entendimento do mecanismo de conversão, sendo que, nos outros casos citados, havia um deslocamento da libido e que, na psicose, ocorria um rompimento com a realidade, fato discorrido por Freud (1924a) no artigo intitulado “A perda da realidade na neurose e na psicose”.

Freud (1915), no texto “Os instintos e suas vicissitudes”, relata que a pulsão seria “o representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corporal (p.17)”. Freud ainda deixa claro que a pulsão é uma força que imprime sempre um impacto constante e, jamais, uma força momentânea, tendo sua origem e fonte dentro do organismo. Laplanche e Pontalis (2001) ainda tentam resumi-la como:

Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo. Segundo Freud, uma pulsão tem sua fonte numa excitação corporal (estado de tensão); o seu objetivo ou meta é suprimir o estado de tensão que reina na fonte pulsional; é no objetivo ou graças à ele que a pulsão pode atingir sua meta. (Laplanche & Pontalis, 2001, p.394).

O termo clássico do alemão, *Trieb*, pulsão, tem significação distinta para Freud do termo *Instinkt*, instinto, que qualifica um comportamento animal estabelecido por

hereditariedade, sendo este último *característico da espécie, pré-formado no seu desenvolvimento e adaptado ao seu objeto*. (Laplanche & Pontalis, 2001, p. 394.), indicando-nos que, no animal, não há uma exigência de trabalho imposto ao psiquismo, porque a satisfação é imediata. Não há censura, não há conflito, não há, pois, psiquismo. Além do mais, “a diferença está em que nele [referindo-se ao instinto] temos padrões fixos de condutas ligando o objetivo e o objeto, enquanto nas pulsões esses padrões são fixados durante a história do indivíduo” (Garcia-Roza, 2001, p. 97).

A noção de pulsão é concebida por Freud inserida num contexto histórico de movência, destacadamente, de caráter energético e vinculado às excitações do organismo (Freud, 1915), operando transformações. Diz respeito ao que move o ser humano. Pulsões sexuais, do ego ou de autoconservação, engendradas em dualismos e ambigüidades em que são, posteriormente, também inseridas noções conceituais das pulsões destrutivas, ou de morte (termo introduzido explicitamente em “Além do princípio do Prazer” [1920]), que serviram de substrato teórico para os estudos sobre a Sexualidade (Freud, 1905b), para o desenvolvimento de teorizações sobre a Libido (Freud, 1923) e introduções exploratórias sobre o Narcisismo (Freud, 1914b), cuja idéia central residia no aprofundamento do conceito de pulsão e seus desdobramentos psíquicos, sexuais e inclusive sociais²³.

Os construtos teóricos e as conceituações freudianas sobre a pulsão sofreram modificações importantes durante toda a sua obra. Entretanto “esses conceitos não descrevem o real, eles produzem o real; ou, se quisermos, eles permitem uma descrição do real segundo um tipo de articulação que não pode ser retirado desse próprio real como ‘dado’” (Garcia-Roza, 2001, p. 115), sendo, portanto, autênticas ficções científicas, pois, como o próprio Freud (1950 [1892-1899]) relata a Fliess na carta 84, são construtos metapsicológicos de uma psicologia que vai para além da consciência.

²³ Sobre os desdobramentos psíquico-pulsionais nas relações sociais, uma referência importante é Freud (1930), no artigo “Mal-Estar na Civilização”.

Garcia-Roza (2001) esclarece-nos que esse é também o caso da pulsão em Freud. As teorias vão sendo construídas e emergem como construtos teóricos, que partem das observações clínicas e que, embora não procedam de realidades observáveis, se fazem existir e são constantemente atualizadas na vida cotidiana de todos nós. Logo, as pulsões e seus desdobramentos não podem ser desconsiderados pelo fato de não se constituírem entidades observáveis, porque são caracteristicamente voltadas à dupla inscrição: ocultamento-aparecimento. A teoria das pulsões em Freud é nossa mitologia porque nunca temos acesso direto à sua realidade, visto que “a pulsão nunca se dá por si mesma (nem a nível consciente nem a nível inconsciente), ela só é reconhecida pelos seus representantes: a idéia (*Vorstellung*) e o afeto (*Affekt*). Além do mais, ela é meio física, meio psíquica, por isso, seu caráter ‘mitológico’” (Garcia-Roza, 2001 p. 115).

A conceituação do corpo-pulsional considera esse lugar de movência e de constituição do processo de subjetivação e de humanização do homem, marcando a transição do animal, que nada posterga, e da inscrição do sujeito na coletividade, que se vê adiando algumas necessidades fisiológicas e substituindo-as para obtenção de prazer futuro, construindo a civilização e o viver em coletividade e marcando seu ingresso no universo simbólico.

Para Freud (1930), a pedra de toque da inscrição do homem na civilização se faz exclusivamente no processo de renúncia à plenitude, ao gozo, à saciação imediata e total e à onipotência mediante as frustrações impostas pela própria vida, pela civilização e pelo viver.

Castro (2003) observa que:

Só após um árduo trabalho para consigo mesmo – para qual o concurso dos pais, como representantes da lei, é indispensável – é que a criança conseguirá, aos poucos, pôr em cheque a impetuosidade incondicional de suas pulsões, colocando em diques o fluxo inexorável dos desejos que delas emanam, dirigindo-os para objetos e objetivos socialmente integrados. (Castro 2003, p.2)

Diante da afirmação de que a “pulsão nunca se dá por si mesma (nem consciente nem inconscientemente) e do fato de que só a conhecemos por meio de representações (idéia e afeto)” (Garcia-Roza, 2001, p.115), a pulsão se presentifica a partir das suas características essenciais. Consideraremos aqui a pulsão sob seus 4 aspectos fundamentais: sua fonte (*Quelle*), pressão (*Ding*), objetivo (*Ziel*) e objeto (*Objekt*), face à complexidade da noção de pulsão em Psicanálise. Estas considerações tornam-se importantes no trajeto do corpo pulsional ao corpo do desejo para tangenciarmos a coexistência de um e outro, sendo, este último, passível de revelação via interpretação e nosso objeto de estudo em Psicanálise: corpo do desejo, dos desejos inconscientes.

A fonte da pulsão é, pois, corporal, ou seja, o princípio e a origem da pulsão, “é um processo somático, que ocorre num órgão ou parte do corpo e cuja excitação é representada na vida mental pela pulsão”, (Freud, 1915, p.143). A partir da sua origem, como força decorrente de um processo somático, que essa entidade fará uma pressão para a descarga.

A pressão de uma pulsão, segundo Freud, é “seu fator motor, a quantidade de força ou a medida de **exigência de trabalho** [grifo meu] que ela apresenta” (Freud, 1915 p. 142).

Garcia-Roza (2001) enfatiza que é justamente essa exigência de trabalho requerida pela pressão, que irá impelir o organismo a uma *ação específica de descarga com vista à eliminação da tensão*. Considerando que o objetivo da pulsão é sempre a satisfação – em termos econômicos – “a satisfação é obtida pela descarga de energia acumulada, regulada pelo princípio da constância” (Garcia-Roza, 2001, p. 121).

Entretanto, esse é o objetivo último da pulsão, visto que ela possui objetivos específicos, intermediários e parciais²⁴ e precisa de objetos para cumprir seu objetivo, para tentar satisfazer-se – embora nunca o consiga por completo.

²⁴ Sobre pulsões parciais, consultar Freud (1905b) “3 Ensaio sobre a Sexualidade”.

Nos estudos iniciais sobre o objeto da pulsão, Freud acreditava que o objeto, o meio pelo qual a pulsão se satisfaria, seria por intermédio de uma pessoa, ou seja, “algo que, no sentido clássico do termo objeto, apresentava uma ‘objetividade’(por oposição ao que era subjetivo), uma coisa individualizada e completa” (Garcia-Roza, 2001, p. 122).

Posteriormente, Freud (1915) relata que “o objeto é o que há de mais variável numa pulsão” (p.143), apresentando a noção de objeto não apenas referindo-se a pessoas, mas a partes de um corpo de uma pessoa, a objetos catexizados (energizados pela libido), ou seja, tudo ou qualquer coisa que se intenciona servir à finalidade de satisfação da pulsão, podendo ser ainda este objeto real ou fantasmagórico, ilusório; mas verdadeiro à medida que vai sendo considerado como *objetal*. Este sentido do objeto insere-se no “modo de relação da pulsão com seu objeto, mais especificamente do indivíduo com o seu mundo” (Garcia-Roza, 2001, p. 123).

O modo de relação objetal, por sua vez, implica uma disposição de forças inseridas em campos de sentidos inconscientemente interdependentes, uma vez que o real se afirma perante o sujeito não como uma problemática de ser verdadeiro e consciente, mas por estar, fundamentalmente, constituído e constituindo os sentidos de relação do sujeito com a pulsão por intermédio dos objetos de satisfação, da sua relação consigo e com o mundo, dos seus gostos, preferências, atividades, repugnâncias, etc. Freud (1916-1917) na Conferência XXI, sobre o desenvolvimento da libido e as organizações sexuais, já dizia que *uma relação de objeto é, sobretudo, uma relação de amor, de investimento libidinal* (p.215).

Os objetos só se fazem relações objetais quando imersos em campos de significações, quando implicados num universo de sentidos, por isso, representacionais – provenientes da pulsão, da ordem inconsciente. Estamos, então, diante do desejo. “Desejo entendido como força e apetência, que não o confunde com o inconsciente enquanto simples qualidade do que está fora da consciência” (Herrmann, 2001, p. 129).

Fábio Herrmann reitera ainda que o desejo não é sinônimo de vontades inconscientes, mas o define como sendo a “matriz simbólica das emoções, é a fábrica de sentido emocional, e seus produtos carregam sempre o padrão da estamperia que os imprimiu” (Herrmann, 2001, p. 136).

O corpo do desejo dispõe-se do real à medida que o último cria, sustenta e dirige o desejo e, ao mesmo tempo, é capturado por ele. As regras do real vão produzindo os homens e os homens vão deixando suas marcas estampadas nos seus modelos de relações, deixando ver, por meio dos seus subprodutos (na clínica, no social, no cultural, e notadamente nas patologias psíquicas), as características de cada época e as características do discurso inconsciente.

É a partir dessa premissa teórica psicanalítica que caminha a análise investigativa de recortes teóricos do corpo-doente, do corpo-institucional e dos casos-corpos-clínicos e suas significações frente aos sentidos atribuídos, constituídos historicamente e em constituição a partir do corpo, do olhar e da escuta analítica, alicerçados todos esses num único e paradoxal corpo: o psicanalítico.

A Psicanálise e, mais precisamente, Fábio Herrmann dirigem-se ao real, ou como preferia nomear, à *Psique do Real*²⁵ “porque estão decididos a descobrir quais são as regras redundantes, as que determinam simultaneamente a visão e o visto, o pensamento e o seu objeto... Seja, porém, na análise do real ou na do desejo, se nas regras de fabricação que criam ao mesmo tempo o olhar e a coisa vista se fazem presentes, perde-se a ilusão de solidez, o sentido único, sintomático, dissolve-se e se abrem, dolorosamente, novas possibilidades de representação” (Herrmann, 2001, p. 106).

²⁵ Consultar ainda Herrmann, F. (1997). *A Psicanálise do Quotidiano*. Porto Alegre: Artmed

3.1 – Dos desdobramentos do corpo-pulsional no corpo-doente e na instituição hospitalar

O hospital do século XXI não só cura, mas rejuvenesce, implanta, estica, aumenta e diminui o corpo; abre um campo infindável de possibilidades para a transformação e, pelo excesso, restringe a autonomia do desejo. Opera na disciplinarização pelo excesso, personifica a divindade que tudo pode, que tudo cura, que tudo modifica.

O hospital é uma instituição que personifica o mito da cura e do poder sobre a vida, sobre a doença e sobre a morte. Tem sofrido modificações não na sua função objetiva, que permanece sendo a de cuidados para com o corpo orgânico, mas na sua função de regulação na vida dos indivíduos, quando aceita e se dispõe a compartilhar das exigências da atualidade e do homem globalizado em tentar desconsiderar a dor e o sofrimento, que são denegados em função apenas da noção de saúde cultuada, mitificada, idealizada. Noção instituída, petrificada, que fomenta forças latentes.

Recuperando o sujeito e o corpo doente, temos a cristalização do fato social, instituído, que configura o sujeito como paciente. Paciente de uma instituição que se posta como detentora de um saber divino. Entretanto, as instituições são humanas tanto seu objetivo quanto seu objeto prescindem e vão ao encontro do humano, do ser humano e, justamente por isto, encerram as frustrações e as conquistas a eles pertinentes.

Quando a evolução da tecnologia e dos meios de comunicação, das práticas e das técnicas que cuidam do corpo não preenchem a ilusão destinada à instituição de que esta deva extinguir o sofrimento que é viver, aparece uma perturbação, um mal-estar individual e coletivo que a civilização tem procurado tamponar com os novos instrumentos e artifícios fornecidos pela própria Contemporaneidade.

Na Dissertação de Mestrado de Mendes (2005), intitulada “Os significantes da escuta na clínica contemporânea”, a autora retoma a produção de psicanalistas sobre a gravidade dos tempos atuais e o declínio da narrativa. Recupera as expressões: *patologias do imediato e patologias de identidade*, configurando-as para aquém do conflito edípico. A primeira expressão é utilizada por Forbes (2004) para nomear o *acesso imediato ao gozo*, recusando a existência do outro. Herrmann (1994) fala das *patologias de identidade* quanto à *homogenização universal dos sonhos, metas e padrões culturais* (p. 11).

O indivíduo é a sua vontade, é o silicone, é a saúde, ou não é nada. O homem é o objeto e se desumaniza, fundindo-se a ele.

Reporto-me à contribuição de Fagundes (1999), ressaltando a importância da vivência do que denomina “Ilusão de Fusão e Narcisismo” e suas vicissitudes na clínica, para aqueles casos com marcados impedimentos de desenvolvimento psíquico. São casos em que o *indivíduo recorre à união total com o objeto idealizado como forma de manter sua onipotência narcísica, por medo de perder o objeto ideal, experimentar inveja e cair no desespero, abandono e desintegração mental*. Esclarece ainda que... *na onipotência narcísica o sujeito se sente dono do objeto idealizado, e assim se sente poderoso*. Ele lida com os outros por intermédio desse “objeto fantasma”, projetando neles o “objeto fantasma bom ou mau” e, como consequência disso, *“não consegue ter um contato real com o Outro, ou não consegue ter um contato com o Outro real, pois sua relação é com objetos parciais”*.

O corpo, portanto, coloca-se como exemplificador mais coerente de tal situação, porque o hospital, como instituição, está imerso nas questões pulsionais – de vida e de morte, de fragmentação e de re-construção –, fornecendo um espaço, um campo propício ao desnudamento do desamparo e da vulnerabilidade do humano. O sujeito implicado, lançado nos braços da instituição, deposita nela uma expectativa alicerçada num suposto saber, posto como imagem especular na constituição de uma subjetividade coletiva. Há, pois, uma

demanda interna (subjetiva e do sujeito) e uma externa (demanda social), indissociadas e cambiantes, que refletem como a coletividade dos tempos atuais também deposita grande parcela pulsional na instituição e ela incorpora este componente pulsional de satisfação a qualquer preço, de felicidade e de abolição completa da dor e do sofrimento.

Segundo Osório (1997), “quando um grupo se institucionaliza a serviço do poder e do culto ao narcisismo de seus membros e desvia-se de seus objetivos originais... sofre um lento, insidioso e gradativo processo de degradação” (p. 74).

Osório (1997) ainda nos esclarece que esse desvio do objetivo original talvez não aniquile e faça desaparecer a instituição, mas acarreta ressonâncias psíquicas e institucionais.

Ainda assim, percebemos que a resolutividade pulsante, pulsional, que exige soluções rápidas e eficientes, decorre de uma fragmentação, de um desfacelamento e caracteriza a contemporaneidade, porque a instituição e a sociedade narcisicamente acolhem essa demanda, tomando-a como *di facto*, e isto constitui, por si só, como ressaltou Osório (1997), *um processo de degradação*.

Esse encontro entre instituição e indivíduo faz sentido nesse trabalho justamente porque a instituição é o palco e, ao mesmo tempo, a encena-a-ção da fragmentação e da constituição psíquica do sujeito adoecido, e esse enlace, por ser um campo de ação e reação recíproco, tem causado sofrimento a ambos.

O sofrimento institucional apresenta-se fundamentalmente associado a uma perturbação da fundação e da função instituinte, ou seja, a maior parte das perturbações está implicada na função que constitui dialeticamente as ilusões dos sujeitos nas instituições e das funções já estabelecidas, em que os fracassos se manifestam por excesso ou por falta, ou por inadequação, relativas às funções que a elas cabe cumprir.

Kaës (1991) ressalta que:

Uma fonte constante de sofrimento está associada às perturbações da constituição da ilusão: a falha da ilusão institucional priva os sujeitos de uma satisfação importante e debilita o espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que vão sustentar a realização do projeto da instituição, dispor a identificação narcísica e o sentimento de filiação a um conjunto suficientemente idealizado para enfrentar as dificuldades internas e externas (Kaës, 1991, p. 27).

Na interação homem-instituição-sociedade e sofrimento, Pichon-Rivière (1982) argumenta que o homem estabelece, assim, uma *relação dialética com o mundo* e transforma as coisas, de coisas **em si** [grifo do autor]) em coisas **para si**.

Quando os sistemas de comunicação começam a se perturbar, o sujeito chega a situações de isolamento progressivo e de desintegração, sendo possível observar um fenômeno patológico coletivo descrito por Durkeim, que é a anomia, e que, tanto no plano individual como no social, tem as características de uma desintegração, fragmentação e divisão. (Pichon-Rivière 1982, p.14)

Desintegração, fragmentação e divisão. De que corpo estamos dizendo? Emerge o corpo da falta – porque também essencialmente incompleto, dividido e ainda fragmentado pelo atravessamento do corpo institucional. O corpo-doente encontra-se neste ponto: enredado pelos processos de subjetivação próprios do humano e da desintegração funcional da instituição.

As instituições atuais, reviradas e destituídas da sua função, emergem adquirindo nesse cenário nova significação – de monumento –, pois solicita ao sujeito a renúncia de sua demanda pulsional, ou melhor, coloca-se a serviço dela, sem restrições, ilimitadamente.

Pensar a instituição como monumento, cuja função deveria ser a de ocupar o espaço da lei e normatizar a cultura e a sociedade, inserindo o homem na civilização em detrimento à instintividade, incita-nos a pensar nas vertiginosas modificações que o tempo operou nas mais diversas instituições (instituição-família, instituição-escola, instituição-saúde).

Nas instituições de saúde, essas modificações, advindas principalmente com as conquistas e descobertas tecnológicas, passaram a instituir padrões fixos de comportamentos e de processos subjetivos, que ditam ideais de beleza, de saúde e de vida – parafraseando oportunamente Freud, no seu artigo de 1920, ideais para *Além do Princípio do Prazer*.

Freud, em 1930, já advertia:

“As épocas futuras trarão com elas novos e provavelmente inimagináveis grandes avanços nesse campo da civilização e aumentarão ainda mais a semelhança do homem com Deus” (Freud, 1930, p.98).

A globalização acelerada e as transformações do mundo e das “verdades” promovem um abalo também no corpo-desejante. O sujeito globalizado, em desespero, não espera, não aguarda, não posterga, não renuncia. Não se submete a uma lei, a uma autoridade, a uma posição de limitação, que acarreta consigo restrições – e que são exatamente a lei, a limitação e as restrições que o preservam e o inserem no mundo da civilização como sendo agente e produtor de sentidos. O homem fica à mercê do sem-limites em si, na sociedade e no seu corpo e, “no interesse de nossa investigação, contudo, não esqueceremos que atualmente o homem não se sente feliz em seu papel de semelhante a Deus” (Freud, 1903, p. 98).

Quando a instituição como monumento mítico também não oferece força de oposição, quando reafirma esta busca incessante de uma vida perfeita e sem sofrimento, fomenta a paralisação das forças instintivas de vida na sociedade e no sujeito, pois, perante as forças de oposição (sejam sociais ou psíquicas), o sujeito é sempre solicitado a encontrar possibilidades

singulares de sobrevivência, construindo novos e autênticos sentidos para o viver individual e coletivo.

No corpo e perante o sujeito sob cuidados médico-hospitalares do século XXI, a instituição fomenta a paralisação das forças instintivas de vida (pulsão de vida) sob a égide do mito. É o enunciado construído e firmado como monumento de cura, que captura o indivíduo nas malhas míticas da história-estória de Esculápio²⁶ como o ser da onisciência, onipresença e onipotência, ao pretender conceder aos homens a beleza e a saúde infinitas e a imortalidade, igualando-os aos deuses.

A condição de ser-paciente, totalmente submetido à ciência médica e aos anseios da instituição, esconde uma vertente complementar da vida pulsional: a reciprocidade entre o mandado sádico e o masoquismo²⁷ a serviço das demandas de satisfação e destrutividade, ávidas por contenção – e o corpo segue padecendo como sinalizador.

3.2 – Da renúncia à satisfação ilimitada ao corpo psicanalítico

Revelando sabedoria, os mitos servem-nos também para ilustrar como a recusa da renúncia de um mundo só de prazer, de felicidade, divino, acarreta de fato castigo e punição.

Tanto Freud (1930) como Herrmann (1991) refletem sobre essa renúncia como sendo o elemento de ligação e inclusão do homem na civilização. Freud (1930) relata que esse trabalho de renúncia à felicidade demanda do sujeito encontrar uma sucessão de representações capazes de contrabalançar a libido investida nas ilusões de felicidade, sendo que “não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo” e acrescenta ainda que: “qualquer escolha levada a um extremo condena o indivíduo

²⁶ Médico-deus lendário descrito na Parte II, item 2.3 deste trabalho.

²⁷ Sobre a relação sadismo-masoquismo e suas relações complementares, consultar Freud (1924b), no texto “O Problema Econômico do Masoquismo”.

a ser exposto a perigos, que surgem caso uma técnica de viver, escolhida como exclusiva, se mostre inadequada” (Freud, 1930, p. 91)

Herrmann (1991), muitos anos depois de Freud, evolui a idéia da renúncia à vida de plenitude e felicidade considerando que, para tal, o indivíduo teria que elaborar um luto; chama-o de *luto primordial*.

Ressalta que existe no humano o desejo de *autobastância, de bastar-se*, de sustentabilidade física e emocional, independência total e irrestrita – verdadeira *mentira original* que impomos a nós mesmos, quando se rompe *o cerco das coisas*. Ou seja, Herrmann (1991) mostra-nos que, quando notamos que não nos bastamos, não nos satisfazemos apenas com as necessidades fisiológicas – sendo exatamente isto que nos diferencia dos animais: o desejo como falta –, vemo-nos impelidos a camuflá-la; ante a esta falta originária (por isso, o termo *luto primordial*), procuramos nos objetos (representações que guardam as marcas e semelhanças com o que falta, com o objeto perdido) algo que nunca nos contentará por inteiro e completamente, porque o desejo é dinâmico. A sensação de incompletude intrínseca do ser humano é o que o impele a querer bastar-se.

Na impossibilidade da realização de autobastar-se, vive-se o *luto primordial*, que, segundo o autor, é uma espécie de contrariedade, de desgosto, de *ressentimento que habita o interior das relações*. Esse luto seria elaborado nas sucessivas relações do ser com o mundo e com as pessoas – nas relações de objeto – e seria desta maneira que o desejo estaria implicado como processo, como objetivo e como objeto. Entrevê o caráter ambíguo e dual do desejo psicanalítico, pois essa contrariedade de não bastar-se (de ter que se buscar em outra pessoa e/ou situação), embutida em toda relação, o constitui que *buscamos do que fugimos*. De modo que, “o que não se quer, o que se teme, o que se abomina, também faz parte do desejo; desejamos tanto o querido quanto o detestado. Desejar, pois, significa procurar e evitar” (Herrmann, 1991, p.133).

Com esta proposição, Herrmann (1991) retoma a característica fundamental do desejo freudiano: a de desejos inconscientes. Inconscientes não apenas por se fazerem desconhecidos, mas por se produzirem constantemente engendrados em redes de sentidos, inseridos numa lógica de produção inconsciente, passível de acesso apenas via representações e intermédio da operação epistemológica da psicanálise: a interpretação.

Garcia–Roza (2001) complementa, esclarecendo que “o objeto do desejo é um objeto perdido uma falta e que esse objeto perdido continua presente, como falta, procurando realizar-se por meio de uma série de substitutos, que formam uma rede contingente, mantendo a permanência da falta” (pg. 148) – e fazendo-nos sempre desejar; mantendo sempre o desejo como ligação primeira da pulsão, cuja energia não se extingue e que move o ser humano.

Enfim, Herrmann (1991) faz esse percurso conceitual para adentrar também na questão da falha, pois que há sempre de haver uma falha no objeto de desejo para que, nessa falha, se constitua o sujeito, retomando a função da análise: *promover rupturas a partir das reentrâncias das desconformidades*, da insatisfação com o objeto de desejo, criando condições de simbolização.

Desejo e real se unem, uma vez que “o desejo humano deseja o mundo humano...” (Herrmann, 2001, p. 41) e, então, deparamo-nos com o homem globalizado do séc. XXI, com características de funcionamento psíquico e social próprias ao seu tempo.

A busca incessante e as conquistas do homem do século XXI aparecem-nos como uma negação desse estado que chamaremos “não-bastância”, na fusão do indivíduo com o real. Atualmente, o que tem acontecido é que o sujeito é tomado pelo objeto, desumanizando-se. Desumanizando-se porque perde sua especificidade, suas particularidades, amalgamado na ditadura da globalização e dos objetos de satisfação que ela oferece.

Para que a elaboração do *luto primordial* se processe, é importantíssimo o papel do superego como representante da lei, que instaura a ordem, a censura; e o sentimento de culpa

aparece como substrato do medo da autoridade (quando existe uma autoridade externa) ou do medo das sanções do superego (a autoridade interna).

O “mal-estar” na contemporaneidade ocupa o lugar do sentimento de culpa (que é da ordem edípica; culpa por infringir a lei). Ocupa esse espaço fantasmagórico, porque a veiculação de que tudo é possível nos tempos atuais coaduna-se com a qualidade do princípio do prazer de satisfação imediata e irrestrita. Fatores preponderantemente pulsionais operando na lógica cultural e institucional da Contemporaneidade.

Não poderíamos, pois, renegar a importância do corpo pulsional neste trabalho.

Ávila (2003) enfatiza que “o corpo está se apresentando de uma forma anárquica, subversiva, dando, por conta própria, vida a uma parte de si, à qual o Eu quer negar todo reconhecimento.” (p.29).

A supervalorização do Eu-corpo e sua deificação é, pois, seu reverso, sua negação. Negar a finitude do corpo deixa ambos – corpo e psique – totalmente entregue às armadilhas do real: à onipotência narcísica e perversa (Freud, 1914b), no sentido da restrição das possibilidades advindas do próprio corpo. Assevera Freud que, se tais características:

(...) ocorressem isoladamente, poderiam ser atribuídas à megalomania: uma superestima do poder de seus desejos e atos mentais, a ‘onipotência de pensamentos’, uma crença na força taumatúrgica das palavras, e uma técnica para lidar com o mundo externo — ‘mágica’ — que parece ser uma aplicação lógica dessas premissas grandiosas [grifo do autor]. (Freud, 1914b, p 128).

Todavia, as premissas grandiosas e as características onipotentes são mecanismos susceptíveis a um exame pormenorizado, quando tratamos do tormento, do sofrimento advindo do corpo.

O adoecimento do corpo rompe com esse campo das certezas, porque encerra em si mesmo o sofrimento nas três direções apontadas por Freud já em 1930, quando menciona que:

“O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: **de nosso próprio corpo**, condenado à decadência e à dissolução e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; **do mundo externo**, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, **de nossos relacionamentos** com os outros homens.” [grifo meu] (Freud, 1930, p.85).

O sofrimento advindo do próprio corpo parece ser acionado por fatores não-dados, não-naturais, não quantificados objetivamente, mas implicados numa rede de experiências e sentidos que nos faz aportar, olhar e escutá-los sobre o paradoxo mítico da pulsão.

O corpo, em psicanálise, posta-se, nesse sentido, muito adverso ao corpo da Medicina. Embora tratem da mesma pessoa, não do mesmo sujeito. A ausência da saúde instaura a falta, à medida que o adoecimento depõe o sujeito onipotente da certeza e lança-o no incontrolável, expondo a fundo sua vulnerabilidade; daí pode surgir o sujeito da crise representacional e a possibilidade de emergir o *Homem Psicanalítico*, “o ser em condição de análise... nascido de uma crise experimental de identidade” (Herrmann, 1991, p.23).

Se caso a fala, a dor, a paralisia não for verdadeira, a demanda o é. É por meio do registro simbólico das suas experiências é que age a escuta analítica.

Adentrar-se no campo de sentidos estabelecidos com o real para conceber a lógica que rege os campos relacionais, é a função do analista também no hospital. *Campos psicanalíticos*, campos transferenciais, formados não por idéias, *mas por lógicas significativas que existem só pela possibilidade de serem rompidos* (Herrmann, 1991) podem revelar sentidos, dialeticamente em constituição, podem construir ou desconstruir lógicas

paralisantes e podem desmanchar monumentos de representações sobre si e sobre o mundo, porque “uma Psicanálise do cotidiano precisa tomar em conta o regime de pensamento do mundo em que vivemos, pois, do contrário, a consequência seria uma ciência abstrata, desarraigando o sujeito individual, eliminando, assim, o próprio objeto de estudo.” (Herrmann, 1997).

Mesmo que o corpo entre em colapso, ou eclipse (como interposição ou transposição do orgânico com o psíquico), estes são fenômenos para serem vistos e considerados. Se há demanda (e apenas se há – e não há?), deve haver oferta da escuta e “o que há de peculiar para o analista no hospital é que ele vai pessoalmente comunicar ao paciente que existe o lugar dessa oferta, para que o paciente possa ‘vir’ a esse encontro, se assim o desejar” (Moretto, 2005, p.111).

PARTE III – CASOS-CORPOS-CLÍNICOS

1. Casos Clínicos

Sobre os casos, serão apresentados aqui: Ana, *um-corpo-que-fala* e Beatriz, *um-corpo-que-nasce*. A escolha de trazê-los foi pelo fato de as pessoas se virem enlaçadas na trama corpórea desenrolada na situação hospitalar e serem afetadas no encontro analítico mediante uma vivência traumática (da ordem do fantasmagórico e aterrorizante) e pela possibilidade de, a partir do encontro, construirmos novas simbolizações para a experiência psíquica. Cabe ressaltar que esse traumático afeta tanto a equipe como o familiar, também abordados pelos próprios afetos.

Maia (2003) orienta-nos que:

A vivência traumática não comporta sentido em si. Será a partir dos afetos desencadeados pelo transbordamento de excitações que o psiquismo irá buscar soluções possíveis: aquilo que se configura como dor ganhará “significância”, ou não, mediante um desdobramento do psíquico frente ao impacto traumático. (Maia, 2003, p4.)

A vivência da situação traumática implica sensações de morte, de desestruturação, fragmentação e desamparo. Entretanto, a percepção desta demanda de cuidados – da vida psíquica e da vida física (pois o hospital presume cuidados orgânicos) – “diríamos que chama, provoca a narrativa” (Maia, 2003, p.4) e, neste sentido, permite o encontro com o traumático porque também desconstrói representações, emergindo novas possibilidades de subjetividade, com inumeráveis desdobramentos.

O arsenal teórico-metodológico psicanalítico, fundamentado no próprio contato com o sujeito desejante é desenvolvido na relação analítica, mediante a transferência. E foi assim também que os casos-corpos-clínicos foram *tomados em consideração*²⁸: inseridos em campos dialéticos de sentidos e de representações em trânsito, rumo à construção imprevisível – porque única em cada encontro – de intervenções psicanalíticas no âmbito hospitalar, diante de um corpo em processo de subjetivação, de corpos-campos-analíticos.

Também foi na clínica que Freud produziu um saber ético de acesso ao sujeito do desejo realizado pelo desvelamento dos representantes do inconsciente (ou objetos do desejo). Preconizou como *regra fundamental* da Psicanálise²⁹ o conjunto associação livre/atenção flutuante como elementos que favoreciam o encontro entre analista e sujeito do desejo tendo como operador a interpretação por excelência.

“Finalmente, desenvolveu-se a técnica sistemática hoje utilizada, na qual o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento ou problema específicos. Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente, de momento, na superfície da mente do paciente, e emprega a arte da interpretação ...”
(Freud, 1914a, p. 163)

Os casos foram atendidos respectivamente nos anos de 2004 e 2006, no intento de *Recordar, Repetir e Elaborar* os atendimentos que se realizaram anteriormente a esta Dissertação. Na verdade, tais atendimentos também estavam à espera de significação e, hoje, acredito que retomá-los foi o elemento propulsor para eu ter me debruçado essencialmente sobre as temáticas do corpo e da escuta analítica, valendo-me do referencial teórico-

²⁸ Termo utilizado por Fábio Herrmann (1991), para nomear um dos fazeres da prática clínica, sendo estes: *deixar surgir* o material inconsciente e *tomá-lo em consideração*.

²⁹ Sobre a regra fundamental em psicanálise, consultar Freud (1912), no artigo “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise”.

metodológico da Psicanálise, em oposição a práticas psicológicas-educacionais bastante utilizadas no atendimento do profissional psi no contexto hospitalar.

Todos os nomes citados aqui são fictícios e as falas são transcritas. Quando a apresentação for “entre aspas”, significa que foram escritas e/ou pronunciadas da maneira como foram expressas.

1.1 – ANA: Um corpo-que-fala

A SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO

O marido solicitou atendimento psicológico para a paciente à Chefia do Pronto-Socorro³⁰ com a justificativa de que ela estava recusando alimentação, sentia muita dor e estava com dificuldades para dormir. Ela havia sofrido um acidente de moto e aguardava uma cirurgia buco-maxilar por motivo de fratura bilateral na mandíbula. Na busca de Ana pelos corredores do PS, encontro uma auxiliar de enfermagem que se dispôs a indicar o local onde Ana estava, acrescentando que “ela está muito machucada e precisava mesmo de atendimento psicológico”.

O PRIMEIRO CONTATO

Encontro-os no final do corredor do Pronto-Socorro – ela, em uma cadeira-de-rodas empurrada pelo marido, e ele que, após olhar rapidamente meu crachá, se explica: “você veio atendê-la, que bom, ela não consegue falar”.

Vejo que Ana tem o rosto muito machucado, com fraturas em várias partes da face, com hematomas e suturas. Um dos olhos não se abre por causa de um grande inchaço.

³⁰ No PS do HC-UFU as solicitações para atendimento psicológico podem ser realizadas pela equipe - médicos, enfermeiras, auxiliares e assistentes sociais, pelos familiares, pela administração – Chefe de turno, pelos próprios pacientes e ainda atendemos por Busca Ativa, que é a oferta de escuta pelo psicólogo sem que, necessariamente, haja um pedido formal.

Estava traqueostomizada, (procedimento cirúrgico de abertura na traquéia para aspirar secreções no pulmão decorrente de necessidade emergente de ventilação mecânica); não pode ouvir a própria voz porque não estava ouvindo de um lado (pois o ouvido estava todo inchado e sangrando) e nem falando, em função da traqueostomia (Anexo 6 - Figura 7) - e afirmava, nervosa, que ninguém a estava entendendo.

O marido, no corredor, diz que Ana está boa, já desinchou, que “não tem nada, só está nervosa e não quer comer nem dormir”.

Olho para Ana, escuto o marido e penso: está boa? Já desinchou? Não tem “nada”, mas está nervosa? Lembro e reservo a solicitação da Enfermagem de que ela precisava do atendimento psicológico, pois estava muito machucada. Discursos diferentes, que indicavam uma diversidade sobre a demanda, sobre os motivos que os mobilizavam – marido e equipe – para que Ana fosse atendida.

Após essas primeiras impressões e falas sobre a necessidade do atendimento, Ana se apresenta agitada, olha-me e tenta gesticular. Digo que conversaria a sós com Ana, solicitando que o marido nos aguardasse no corredor.

Ela tem os cabelos desarrumados; acabara de chegar do banho e diz labialmente que “a cabeça está cheia de nós”. O marido ainda tenta arrumar, pentear, mas ela se irrita e tira as mãos dele, acenando para que ele saia do quarto.

Como não consegue verbalizar, aguardo para ver quais os sentidos apareceriam, quais os nós da trama de Ana que se apresentavam nos seus cabelos embaraçados, nos olhos da equipe, como alguém que estava muito machucada e se apresentava aos olhos do marido como alguém que “não tinha nada” e, apesar de não dormir e não comer, “só estava nervosa”.

Labialmente, Ana queixa-se de muita dor na face e da saudade dos filhos. Já estava há 20 dias internada. Aflita, dizia, com dificuldade, mas muito enfática que, quando dormia, tinha pesadelos com o acidente, sonhava que tinha morrido e que quando acordava, estava

muito irritada por não conseguir falar. Desde a retirada do quarto do marido, Ana falava (labialmente) de forma ininterrupta e então eu lhe comuniquei que ela estava falando. Pensativa, olha-me e diz: “eu queria ouvir a minha própria voz”.

Nesse momento, fui remetida de imediato às demandas do marido e da enfermeira como vozes da instituição, do *instituído*³¹, que se presentificavam em Ana como um atravessamento de vozes que a calavam.

Querer ouvir a própria voz inaugurou, no nosso contato, uma demanda de saber, de querer saber de si frente ao desconhecimento, frente ao emudecimento, não apenas em função da sua condição orgânica, traqueostomizada, mas frente a todos os atravessamentos que impossibilitavam a interlocução, a fala e a escuta.

A oferta da escuta descortinou, deu voz à falta que já estava presente: ao sujeito do desejo.

Se entendermos “transferência como transferência de saber” (Moretto, 2005, p. 98), eu queria sim ouvi-la e lhe comunico: “eu estou aqui para te ouvir, Ana”.

Ela informa que não consegue dormir e fica com medo da enfermeira; que, pela madrugada, vinha uma enfermeira que queria matá-la e ela tinha que ficar acordada, pois não ia deixar.

A partir desse momento, Ana fica muito assustada, passa a mão pelos cabelos e diz que não vai deixar a enfermeira fazer isso, não vai deixar. Diz que está com muita dor e que não consegue conversar. Pergunto se ela estava dormindo sozinha à noite, sem acompanhante. Irritada, reitera que não, que o marido dormia lá, mas ele “dormia” [realçando a fala] e, segundo Ana, o marido queria que ela fizesse o que todos mandavam; principalmente o que ele mandava. Ana fecha os olhos, faz uma pausa e me olha. Faz-se silêncio e, então, ela sussurra estar muito cansada e que alguém precisava ouvi-la.

³¹ Referência ao termo utilizado por Barembliitt (1994a) para esclarecer sobre as forças que operam para a não-mudança, na relação indivíduo-instituição cristalizando os saberes sobre ambas.

Ana concorda em me receber no dia seguinte, e menciono que também gostaria que um outro médico – psiquiatra – a olhasse e a ouvisse. Ana também concorda e fala que vai me esperar.

Solicitei Avaliação Psiquiátrica em função da sua ênfase assustada em dizer que alguém precisava ouvi-la: ela não dormia, estava apavorada e apresentando um excesso de excitações que transbordavam do aparelho sensitivo: via e ouvia alguém querendo matá-la e, em função desta excitação de ordem traumática, estava muito cansada.

Ana estava apresentando um “estado reacional frente a um evento ameaçador e catastrófico, que incluía as lembranças do acontecido, sonhos e pesadelos freqüentes associados ao evento traumático, estado de alerta e insônia” (típicos de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático)³².

Ana foi medicada com a intenção de ajudá-la a dormir à noite, pois, durante o dia, os registros simbólicos desse terror teriam que ser olhados e ouvidos por mim, no contato analítico.

Nosso primeiro contato foi breve em função das queixas de dor na traquéia, nos olhos e no ouvido esquerdo, que sangrava. Eu voltaria no dia seguinte.

Ao sair do quarto, o marido, inquieto, aborda-me e faz exigências quanto ao horário de sono dela. Diz que Ana não dorme “na hora”, que “inventa” ver enfermeira querendo machucá-la, “pode?” Ele não consegue me ouvir quando suscito: “pode...”.

Reafirma que Ana não come; enfatiza que ela “precisa colaborar” para a sua melhora; queixa-se da vontade de Ana em ficar sozinha, que ele estava faltando do serviço para acompanhá-la e ela “fazendo isso”...

Certamente, Ana queria ouvir a própria voz – mas, que voz seria essa? Que vozes ecoavam em Ana que não a deixavam dormir? Qual a revelação encerrada, contida na visão

³² Cf. Classificação Internacional das Doenças, CID-10.

de uma enfermeira que não cuida, mas ameaça de morte? Ecos que reverberavam seus próprios medos. Os olhos de Ana viam a morte, a ameaça da morte – física e psíquica –, pois queria dizer de si. Não era só ser ouvida. Ana queria falar e ser ouvida. Ana queria saber de si.

Abria-se, então, pela falta, o campo da demanda subjetiva, passível da escuta analítica. Ver e ouvir, do olhar à escuta, uma demanda de saber.

O campo da oferta da escuta criara a demanda de análise, e a transferência criara a suposição que o saber residia na análise. Havia um endereçamento.

SEGUNDO CONTATO

Na cama, acomodada pelo marido, peço para conversar a sós com ela. Ana olha parecendo não me reconhecer. Ao me apresentar (Daniela, psicóloga), ela mostra os nós nos cabelos.

Ana parece querer conversar dos nós. Aponta para a gaveta e acena para que eu abra. Acho alguns papéis. Ela os vira e, sem trocarmos uma palavra, ofereço a caneta. No verso da folha, Ana começa a escrever, a tecer seus versos pela sua própria voz.

Olha-me e escreve: “sinto tanta dor e ninguém entende”. Interessada, suspiro interrogando-a: “hum?...” e ela prossegue escrevendo sem me olhar.

Faz queixas contumazes da relação conjugal:

“Quase todos pensam que o que vêm é minha vida inteira = que o João é o melhor marido do mundo = [faz breve pausa na escrita] um exemplo = a borboleta antes de ser borboleta ela é um mandruvá e nem tudo que *si* brilha é ouro.”

[Esta foi a primeira frase de Ana. Enuncia a sua relação com o marido, que norteia quase toda sua narrativa].

“Eu sinto dor e ele quer que eu coma dum jeito ou doutro = às vezes eu escuto ele falando baixo e para os outros: estou tão cansado, não durmo nem de dia e nem de noite. Então, *si* for pra ficar ouvindo isso prefiro sofrer e me recuperar sozinha porque eu não me canso de mim não. Ele *si* cansa”

Diz do corpo que dói

“Tem um tal de aspirar³³ que dói de mais e eles querem fazer de 1 em 1 hora eu mais nem meu corpo não agüenta.”

“Hoje pensei que iria morrer de tanta dor e esse aparelho... só quem já colocou pra saber como é (esse aparelho queima o pescoço e eu quero pôr pano molhado, mas aí não entra ar)”

“Na hora penso que meus pulmões não vão agüentar”

“Agora que estou conseguindo pôr um primeiro alimento na boca de tanto que dói”

“Tem hora que até uma piscada do meu olho é uma dor insuportável”

Da luta para adequar-se à hospitalização

“Só como essa gelatina e tem hora que fico esperando e pensando: depois que eles me der injeção pra dor vou comer, porque na hora que a dor voltar já tô com a barriga cheia”

“Depois que fez [a aspiração] dormi só 2 horas e 30 minutos e acordei com a boca cheia de secreção de novo”

“Eu tenho que vigiar até os mosquitos que não me deixam em paz”

“Às vezes fico me lembrando dos últimos dias que eu podia mastigar, morder em carne, beber água”

³³ Procedimento de limpeza endotraqueal por via de sondas mecânicas ligadas a aparelhos de sucção realizado em pacientes que não conseguem expelir voluntariamente secreções com a finalidade de manter as vias aéreas permeáveis, prevenir infecções, promover trocas gasosas, incrementar a oxigenação arterial e melhorar a função pulmonar (Costa, 1999).

“Eu não sabia que era tão importante aquele último domingo [Ana acidentou-se no domingo à noite]” e acrescenta: “A minha língua está doida pra sair falando”

De comportamentos que sugeriam a indiferenciação marido-Ana

“Ele não tem tempo pra ele comer nem tomar banho, só cuidar de mim”

“Tem dia que ele quer comer primeiro do que eu = eu falei pra ele porque você não pede arroz, feijão, o normal? eu fiquei curiosa porque ele só come sopa ... aí ele falou: aqui acompanhante tem que comer o que der; mas os outros acompanhantes não comem sopa... aí fiquei magoada com o tom que ele falou”

“Tem dia que eu escrevo, aí ele quer escrever. Eu falo: porque você quer escrever se você pode falar? fala pra mim = acho que ele está cansado de ser babá de mim; eu já estou até tentando me *si* virar (sozinha)”

“Aí ele fica reclamando que não tem tempo pra cuidar dele, só de mim; só ficando sozinha pra ele poder cuidar dele”

[Pergunto se ela gostaria de ficar sozinha, sem acompanhante e Ana escreve:]

“Eu queria minha mãe mais ela é muito doente prefiro ficar (sozinha)”

[Quando Ana escreve sozinha, o faz muitas vezes entre parênteses, da maneira como foi aqui reproduzido – e só é percebido por mim durante a análise do documento, bem *a posteriori* do atendimento].

E de como ela re-age, esquecendo

“Tem hora que me dá vontade de falar: ou, o doente aqui sou eu !”

[Nesse momento, eu pergunto à Ana: mas você quer ser tratada como doente, então?]

Ana escreve: “Esqueci o que eu ia escrever...”

Das exigências do corpo-marido

“Ele quer que eu durma com dor e eu não consigo dormir com dor”

Diz de como o discurso do Outro a atravessa

“Tem horas que estamos numa boa e lá vem alguém com perguntas = os outros ficam falando: coitado, ele sofre noite e dia com ela; aí parece que influi no nosso relacionamento; eu sinto ele mudar”

“Aí eu já sinto culpada nem sei por que”

[Ana não dorme porque escuta enfermeiras “rindo e falando mal”. Sabe que são enfermeiras “porque sabe”].

De como re-conhecer-se, mesmo muito machucada, torna-se um presente, um passeio, uma presença – de vida

“Ontem pra você ver ele me deu o maior presente, ele me levou pra ver meu rosto e pra mim foi o maior passeio que já tive”

... e de como a narrativa engendra laços e ensaios de subjetivação

“Você me acalma, nem tusso quando conversamos. Você parece um remédio doce. Ele não entende que sinto muita dor, que é difícil ficar deitada nessa cama o dia todo”.

[Ana tosse muito e menciona que a tosse pára quando escreve. Tosse quando a secreção acumula. Tosse quando o corpo fala da impotência que o próprio corpo encerra. Traz lembranças de quando podia mastigar.].

“Daniela, então amanhã você volta, tá”

Assim terminou nosso segundo contato.

No outro dia, Ana foi internada no Centro Cirúrgico para realizar as cirurgias buco-maxilares. Não pude vê-la. Posteriormente, foi transferida para a cidade onde morava, no interior de Minas Gerais.

DO OLHAR Á ESCUTA EM ANA

O contato com Ana limitou-se a três encontros, e “o tempo vivido encerra em sua espessura um passado e um futuro. É dessa maneira que somos no espaço e no tempo e que nosso corpo se aplica a eles e os abarca, sendo impregnado por eles.” (Bicudo, 2000, p.52)

Olhá-los de perto – o espaço, o tempo, o corpo e sua fala –, sob a luz do vértice psicanalítico, engendrou afetos e conhecimentos que validam a fertilidade da escuta analítica diante do corpo-sujeito hospitalizado. Esta escuta emergiu mediante a ascensão da autonomia de um corpo-doente e de um psiquismo que ensejava pela subjetivação.

É dessa forma, no espaço do ensejo/desejo, que a escuta produz a fala; e olhar a ambos resulta em conhecimento, re-conhecimento e tratamento. Segundo Bicudo (2000), “é desse modo que existe a retomada do pensamento pela fala, enriquecendo nosso próprio pensamento” (p.36), é desse modo, pela fala e pelo aparecimento do sujeito faltante que o conhecimento científico em psicanálise se torna genuíno e único em cada dupla analista-analisando.

O sentido da palavra, em Ana, foi induzido pela própria palavra e movido pela imperiosidade de ouvir: Ana queria ouvir sua própria voz.

Mas, qual a representação e relevância dessa insistência em falar? É que, em Psicanálise, “as palavras faladas ficam porque têm o preço da existência do sujeito” (Moretto, 2005, p.44).

Ana dizia e ninguém escutava; dizia que ninguém a estava entendendo e continuava insone, agitada, delirante, nervosa e cansada. Recusava a companhia do marido, queixava-se dos procedimentos, da condição hospitalizante. Enfim, com uma cabeça cheia de nós, e “é isto o trauma para a Psicanálise: um nó do desejo que obriga a repetir”, de modo que “a identidade, enquanto representação do desejo, e a realidade enquanto representação do real são, portanto, postas entre parênteses por representações disruptivas que a análise oferece, sob a forma de interpretações” (Herrmann, 1991, p. 23)

Ana precisava firmar-se como sujeito – desejante e vivo – e era nas entrelinhas que o fazia. Presentificava na escrita o Outro em si e deixava entrever a necessidade imperiosa de existir pelo olhar e pela escuta do Outro diante das ameaças constantes à sua subjetividade.

Garcia-Roza, (2001) salienta-nos que:

Cada subjetividade, considerada em si mesma, é uma mônada e portanto incomunicável. O que permite a comunicação entre elas é o inconsciente, concebido como esse Outro, como Ordem simbólica, articulador das subjetividades individuais (p. 228)

Na ausência desse Outro simbólico, capaz de crer na existência do sujeito, Ana não se via. Em muitos momentos, seu marido não conseguia diferenciar-se de Ana e ela, dubiamente, queixava-se e, ao mesmo tempo, temia ver-se quando re-clamava do olhar exigente do marido sobre ela, para que ela comesse, reagisse, melhorasse, dormisse.

“O sintoma, como presença, assinala a ausência da palavra. Será, portanto, pela palavra, que sua cura poderá ocorrer. A interpretação tem por objetivo fornecer uma

significação retroativa a uma experiência que permaneceu opaca para o sujeito, produzindo-se, em decorrência deste preenchimento, a cura” (Garcia-Roza, 2001, p. 227).

As referências de Ana estavam em trânsito, de passagem, lançadas sobre seu corpo, sua imagem, sua subjetividade, pressionando e fazendo produzir sentidos, doendo-lhe e “doloroso é puramente o trânsito entre diferentes auto-representações, quaisquer que sejam, ao trazer um momento angustiante de suspensão no vazio representacional” (Herrmann, 1991, p.23).

As dores, as exigências de cuidados excessivos do marido faziam surgir nela querer ouvir a própria voz, e o sofrimento por não fazê-lo refletia exigência interna, desencadeada por pressões externas.

Para Araújo (2002), “quando as pressões sobre a subjetividade tornam-se ameaças de aniquilamento, de despedaçamento e ultrapassam o limite tolerável, dá-se o caos, a desorganização do mundo de significados humanos” (p.84) e “quando falamos em ameaça à nossa subjetividade, queremos dizer ameaça a qualquer figura de nossa referência” (p.85).

A experiência cronologicamente curta (dois encontros-atendimentos) possibilitou a emersão do sujeito em sofrimento, do desejo – da falta –, que patenteou sua inserção no mundo, na instituição e no lugar psíquico de onde falava. Aqui, “a palavra ultrapassa a experiência vivida, na medida em que possui uma potência de significação passível de ser revivificada na fala” (Bicudo, 2000, p. 36).

A revivificação da fala fez-se via narratividade. Com papel e caneta, ia narrando-me o lugar em que se inseria, as malhas e os abalos psíquicos, discursivos e relacionais ante ao traumático, principalmente por que :

“A narração não tem a pretensão de transmitir um acontecimento, pura e simplesmente (como a informação o faz), integra-o à vida do narrador para passá-lo ao convite como

experiência. Nela ficam impressas marcas do narrador como os artigos das mãos dos obreiros no vaso de argila” (Benjamim, 1980).

Ana fala da sua relação com o marido e dos incômodos com a força do desejo frente às exigências da situação de internação e de seu posicionamento perante elas.

Escreve rápida e quase ininterruptamente. Encadeia palavras e algumas expressões vão revelando sentidos até então, de fato, inaudíveis. Para mim e para ela.

A conjunção *se*, utilizada para introduzir orações subordinadas com caráter de condição, Ana escreve sempre *si*, fazendo alusão ao pronome pessoal: “então, *si* for pra ficar ouvindo isso prefiro sofrer”.

Aparece também quando, num contra-senso aparente, é desnecessária: “nem tudo que *si* brilha é ouro”.

O *si* aparece várias vezes também quando se refere a uma outra pessoa: “ele *si* cansa”.

Remete-me pensar que está dizendo também de si mesmo e o tempo todo. Ela vai aparecendo nas entrelinhas ao passo que a narrativa vai também expondo a inscrição de forças pulsionais no campo das representações e “o movimento das pulsões, como força, passou a ser inaugural no ser” (Borges, 2004, p.6).

Tomar as entrelinhas como sendo a voz de Ana, ou seja, dar voz ao sujeito do desejo, dispor-me a entendê-la, mesmo com complicações orgânicas (traqueostomia; impossibilidade orgânica de emitir sons), fez surgir o ser da crise. Se, para a psicologia, a consciência é o lugar da verdade, “para a psicanálise, é do lugar do outro que a intersubjetividade pode se dar” (Garcia-Roza, 2001, p. 227). Assim, abriu-se espaço psíquico por uma produção de falas/escritas e narrativas fortes e intensas das suas experiências diante da hospitalização, mas não apenas. Fez surgir “o ser em condição de análise, o Homem Psicanalítico”, nascido de uma “crise experimental de identidade” (Herrmann, 1991, p. 23).

Narrando, Ana vai se encontrando com sua subjetividade, sua história atual, seu passado e o temor de ambos e ainda da incerteza do futuro. A experiência narrativa articula dispositivos analíticos que vão possibilitando a ela deparar-se com seus pensamentos, suas incoerências, suas re-clamações na concretude do papel, resgatando processos de singularização e de subjetivação de um sujeito que habita um corpo doente, desfigurado fisicamente e traumatizado, imobilizado pela repetição, pela re-clamação.

A narrativa escrita também fez despertar sentidos ainda não dados e significações tanto em Ana como em mim, após me reencontrar com seus escritos muito depois de tê-la atendido.

Merleau-Ponty (1994), no livro *Fenomenologia da Percepção*, acrescenta que “a palavra instala a significação no leitor assim como no escritor como um novo órgão dos sentidos” (p.224).

É dessa forma que a Psicanálise pode apreender o sujeito singular, pela via da escuta e da sua inscrição num universo simbólico a partir do real que o invade, o transcende e o atravessa, considerando sempre os impactos pulsionais que o acometem. A composição desse sujeito singular não é, portanto, “o que se oferece ao nosso olhar, mas o que estrutura o próprio olhar: o simbólico”. (Garcia-Roza, 2001, p. 229).

É nesse sentido que se diferencia das práticas psicológicas correntes, “é nesta direção que a Psicanálise pode, ao conservar sua especificidade epistemológica, afastar-se dos psicologismos interpretativos do social e contribuir criticamente para o debate sobre as vicissitudes do mal-estar contemporâneo” (Fernandes, 2006, p.282).

O CONTATO PÓS-INTERAÇÃO³⁴

Encontrei-me com Ana três anos depois, para conversar e explicar sobre a pesquisa que resultaria nessa Dissertação.

³⁴ Este subtítulo diz respeito ao contato posterior estabelecido com as pessoas atendidas em função da necessidade de consentimento por escrito delas na participação desta Dissertação.

Não sabia se a reconheceria sem os vários hematomas e os inchaços, nem sequer se havia sobrevivido. Ana me viu, ouviu-me e recebeu-me muito bem. Ela me reconheceu e conversou sobre o período de internação; lembrou, espontânea e despercebidamente, como ficou com medo de que a enfermeira cortasse seu cabelo à noite; fato que, provavelmente, fomentou as significações de que a uma enfermeira queria matá-la; Ana queria, com certeza, defender seus cabelos, seus nós, sua imagem, sua identidade... eram, de fato, sensações de morte enredadas em idéias delirantes que surgiram no contexto da internação, quando ela se via face-a-face com vivências muito traumáticas, de aniquilamento e de morte.

A morte, como nos explica Masud Khan (1985), “é o conceito de um temor que não pode ser apreendido pela consciência humana (...). É sobre esta brecha, entre a morte, este acontecimento inapreensível, e a pessoa viva, que as palavras tentam estabelecer uma ligação”.

Na falta da palavra como experiência de subjetivação, essa ligação pareceu, no caso de Ana, estar envolvida, tecida em alguns momentos (principalmente à noite, impedindo o sono) na trama de idéias delirantes, como uma excitabilidade que ultrapassa o limiar da elaboração psíquica; este excesso de energia cansa, aterroriza e faz, na repetição, o sintoma. O sintoma, por sua vez, é a possibilidade de conclamação da escuta.

Sobre a morte, o excesso de energia dispensado nesse processo de proximidade a ela e a potência que o é aquele que se demora nela, Hegel (1992) reitera que:

A morte – se assim quisermos chamar esta inefetividade é a coisa mais terrível; e sustar o que está morto requer a força máxima. A beleza sem-força detesta o entendimento porque lhe cobra o que não tem condições de cumprir. Porém, a vida do espírito não é a que se atemoriza frente à morte e se conserva intacta da devastação, mas é a vida que suporta a morte e nela se conserva. O espírito só alcança sua verdade à medida que se

encontra a si mesmo no dilaceramento absoluto. Ele não é essa potência como o positivo que se afasta do negativo – como ao dizer que alguma coisa é nula ou falsa, liquidamos com ela e passamos a outro assunto. Ao contrário, o espírito só é essa potência enquanto encarna diretamente o negativo e se demora junto dele. Ele demorar-se é o poder mágico que converte o negativo em ser (Hegel, 1992, p.38).

Sobre o marido, Ana comentou que “ele continua o mesmo”, que continuam brigando porque “ele é muito difícil, só faz o que quer”.

Nesse último contato, Ana assina o Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo 3)³⁵e relata que o atendimento, naquele momento, foi muito bom. Mostra cicatrizes da traqueostomia no pescoço e acha que, às vezes, as pessoas estão olhando para a cicatriz, mas diz que “deixa pra lá”.

Por fim, chama-me e revela que guarda vários cadernos de escritos que fizera após aquele atendimento (na recuperação em casa) e que, de vez em quando os lê, pra ver como sobreviveu. Eu não sabia que a experiência tivera provocado em Ana ressonâncias... ressonâncias de narratividade que ela guardava, “pra ver como sobreviveu”.

1.2 – BEATRIZ: Um corpo-que-nasce

A SOLICITAÇÃO

O atendimento psicológico é solicitado pela Chefe de Enfermagem, via telefone, sem qualquer outro detalhe. São 22:30 hs.

³⁵ Para a realização da pesquisa, foi concedida também Autorização Institucional, conforme Anexo 4.

O CONTATO COM A EQUIPE

Chego e deparo-me com duas pessoas da equipe, que me aguardam e chamam-me em uma sala fechada. Explicam que era pra eu conversar com a mãe de Gustavo e informar que a avó do bebê (sua sogra) iria dormir com a criança no hospital. Enfatizam que “a mãe não tem condições de ficar sozinha com o bebê”.

A enfermeira-chefe explica: “a mãe nunca cuidou, tem problema de cabeça, é fraca, tá assustada, chorando, você vai ver”.

A assistente social me comunica que a sogra já estava lá para dormir com Gustavo, mas era preciso comunicar isto à mãe. Chamar o psicólogo para repassar uma decisão? Pensei não ocupar apenas esta função, podendo fazê-lo, contanto que pudesse ouvir a mãe...

Chamam a avó do bebê na sala e fazem perguntas na minha presença para que a mesma confirme a inadequação da mãe. Perguntas como: “ela estudou até que série? Ela não consegue desenvolver o intelecto, já repetiu [de série]. Ela não fica sozinha em casa sem o marido... não dorme sozinha... ela não consegue nem ficar aqui no hospital com o bebê...”

A enfermeira-chefe afirma: “Não tem como ela ficar sozinha com essa criança, porque se o bebê passar mal e a enfermeira estiver ocupada, ela pode deixar ele cair...”. Fico em silêncio. Parecia que a demanda da equipe não era apenas comunicar uma decisão para esta mãe...

Fico pensativa e a avó intervém reafirmando que ela poderia ficar aquela noite com o bebê.

Referiam-se a um bebê de 5 meses, Gustavo, com diagnóstico de hidrocefalia³⁶ que tivera alta da UTI Neonatal e, agora, ira para o quarto na Enfermaria de Pediatria, necessitando de alguém da família para acompanhá-lo. A equipe já havia decidido que a avó ficaria, mas ninguém queria conversar com a mãe de Gustavo.

³⁶ Hidrocefalia é o acúmulo anormal e excessivo de líquido cefalorraquidiano no interior da cavidade craniana, causando aumento de pressão intracraniana. (Aspesi & Gobatto, 2001).

Eu estava, nesse momento, sendo colocada na posição de comunicadora de uma notícia – notícia que a equipe não se dispôs a dar –, mas, “se o lugar do psicanalista não é o de ajudante a serviço da ordem médica é porque suas referências são outras, é porque ele não trata do homem, e sim do sujeito do inconsciente” (Moretto, 2005, p.74).

Fui ficando coagida e optei por escutar primeiro a mãe, ocupando-me de um outro lugar, sem necessariamente me comprometer a ser a pessoa do “passa-recado”, pois, “o psicanalista, situado numa posição absolutamente antinômica e referenciado na Ética do desejo, não se atreve a aconselhar o que é melhor para o doente, pois sabe que toda palavra sua poderá ser interpretada como uma negação do seu sofrimento, como um descrédito, podendo ocasionar um mal-entendido que, não levando a lugar nenhum, faz com que o sujeito permaneça na mesma posição” (Moretto, 2005, p. 78).

Expliquei que veria a mãe, que eu gostaria de conversar primeiro com a mãe. A enfermeira-chefe, inconformada, disse que poderia ir junto comigo para falar que, no dia seguinte, cedo, ela (a mãe) poderia visitar o bebê, se quisesse. Era como se tentasse apaziguar em si a impossibilidade de a mãe querer ficar – e oferecia a visita como moeda de troca.

Entretanto, “o lugar que o analista ocupa não pode ser de objeto que proporciona gozo e satisfação, pois essa é uma posição impossível de ser sustentada. O seu lugar é de objeto, mas objeto causa de desejo.” (Moretto, 2005, p. 34).

Logo, eu reafirmei que depois conversaria com a equipe sobre as possibilidades viáveis diante do que pudesse aparecer no contato. E que eu preferia ir primeiro, sozinha, porque estávamos lidando com outro tipo de aprendizagem (frente às explicações de que a mãe não teria condições de ficar no hospital, pois “não tinha estudado”, “repetiu de série” e “não havia desenvolvido o intelecto”, conforme alegou a enfermeira-chefe). Explico que eu precisaria saber dela (da mãe) o que estava acontecendo. Pensei: e se a mãe quisesse ficar? Tinha eu o direito de barganhar? Era preciso ouvi-la...

O CONTATO COM BEATRIZ E O MARIDO

Beatriz entra muito amedrontada na sala e puxa pelas mãos o marido. Não me olha. Está nervosa, treme e balança os pés; entra meio de lado, encolhida. Explico que sou psicóloga e que vim conversar com eles, e ela chora. Encolhe-se no sofá da sala do Serviço Social. Está muito assustada. Chora, chora, chora, e eu silencio até perguntar: “o que foi? O que está acontecendo, Beatriz?”

Ela sussurra apenas que não quer ficar sozinha. Penso: sozinha? Com o bebê? Com o que o bebê provoca nela?

Olho para ela e está apavorada. Seu medo provoca em mim uma sensação de “calma, eu não vou fazer nada com você...”; mas não digo, porque vou fazer – queria ouvi-la, ficar defronte a esse medo acolhendo-a analiticamente, sem preencher todos os buracos e vazios existenciais, mas borderar, fazer limites para a construção de uma identidade em Beatriz chamada mãe. Foi então que meu olhar e minha escuta puderam possibilitar a construção, ou melhor, ensaiar, naquele contato, construções sobre os dramas de Beatriz: como esposa, como mãe e como filha.

Pergunto como foi que eles vieram para o HC, tentando reconstruir o caminho com ela até ali, pois o impasse da equipe não era, definitivamente, o fato de dizer à Beatriz que sua sogra ficaria durante a noite, mas cuidar do desamparo e da desestruturação desencadeada nela pelo fato do seu bebê ter melhorado e, agora, demandar cuidados maternos. Pensei: “... e agora, Beatriz?”

O marido conta que chegaram naquele mesmo dia de uma cidade vizinha, onde moravam. Ela e o marido foram chamados pela Enfermagem porque Gustavo havia saído da UTI, ia para o quarto e necessitaria de algum acompanhante.

O marido esclarece que a criança estava melhor, mas havia nascido com muitas complicações. “Nasceu de cinco meses, prematuro. Ele tem hidrocefalia, aquela doença que cresce a cabecinha e está com uma sonda no nariz, mas ele saiu [da UTI] porque está melhor.”

“Mas mesmo assim ele precisa de alguém pra ficar aqui, porque está desnutrido, tem crises, alimenta por sonda e os médicos falaram que ele tem o pulmão imaturo e ela [referindo-se à Beatriz] está com medo de ficar porque ela nunca tinha visto ele doente de perto. Lá na UTI não pode pegar... essas coisas...”.

Então Beatriz me olha e declara: “eu não quero ficar...” e eu repito: “você não quer ficar...”

Ela continua:

“Ele nunca sentiu o calor de mãe”. Pausa e chora copiosamente. Depois, soluçando, diz: “Nasceu morto, depois viveu”. Fez-se silêncio novamente.

O antes e o agora, enlaçados pelo inconsciente atemporal e pela realidade. Assim como nasceu, Gustavo estava morto-vivo para Beatriz.

Morto-vivo, vivo-morto. Qual o lugar que esse bebê ocupava em Beatriz? Era um fantasma que nascia de novo, e isso a assustava muito.

Chorando, lamenta:

“Eu estou com medo de ficar com ele... eu nuca tive ele nos braços.” [Beatriz treme o corpo todo]

Pergunto: “como foi que ele nasceu, Beatriz?”

Ela conta que ao nascer, o bebê foi direto da sala de parto para a UTI-Neonatal, com complicações do quadro de hidrocefalia, demandando internação permanente devido à dependência orgânica de aparelhos médicos (para respirar, para comer, para aquecer-se).

Beatriz não esperava que Gustavo, nascido “morto”, vivesse agora.

“Não sei se ele vai conseguir sobreviver...” e chora.

Beatriz também temia muito alojá-lo em si, no seu mundo representacional e afetivo e poder perdê-lo. Ela sabia que ele apresentava convulsões em decorrência de má oxigenação no cérebro, e ela haveria de lidar também com um bebê que, apesar de apresentar melhoras, ainda precisava de muitos cuidados e corria risco de realmente não sobreviver.

O re-nascimento de Gustavo provocou em Beatriz o trauma do nascimento.

Trauma como “acontecimento da vida do sujeito que se define pela intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada”. Ou ainda, “pelo afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente essas excitações.” (Laplanche & Pontalis, 2001, p.522).

Beatriz estava fragmentada ante a possibilidade de constituir-se emocionalmente na presença de uma situação que a remetia a um lugar não apenas de constituição da função materna, mas que estremecia sua identidade como pessoa. Ela conseguiria cuidar? Era este o impasse captado pela equipe?

Um pouco menos assustada, Beatriz suspira. Está suando. Começa a explicar que, se fosse embora do hospital, sua família iria acusá-la de não cuidar. Começam a surgir novos atores, novas representações, novas apresentações.

“Não dou certo com minha mãe.” O marido interrompe e diz: “a mãe dela nunca cuidou dela”.

O marido relata que Beatriz largou os estudos muito cedo, não sabia ler nem escrever quando casaram e agora que está aprendendo com ele.

“Eu trabalho, mas tento ensinar, ensinei ela a arrumar a casa. Ela é devagar, tem dificuldade de aprender as coisas”, argumenta ele.

Conversamos sobre o que ela achava de dormir com Gustavo hoje. O marido já havia dito que precisava voltar para a cidade vizinha para trabalhar no outro dia e não poderia, nesta ocasião, dormir no hospital.

Beatriz aponta a ambigüidade do querer e do abominar, do apetecer e do temer, próprios da enunciação do desejo psicanalítico: “eu fico com medo porque ele engole pelo pulmãozinho ... tem um suspiro esquisito ... não sei dizer” e, logo em seguida: “minha mãe diz que eu tenho que ficar”.

Beatriz chora. Engasga, suspira.

Reafirma que sua mãe exige que ela fique e cumpra seu papel de mãe. E chora novamente.

Eu sigo escutando... tentando apreender os sentidos e os significantes.

O marido relata que Beatriz é esquecida, que, às vezes, não faz nem a comida, e ela interpela, pela primeira vez olhando para mim: “eu esqueço, mas com ele eu aprendo aos poucos”. Parece que o marido a ajuda nos afazeres domésticos e também na organização emocional, que a permite, pela primeira vez, me olhar.

Suspira e silencia. Depois afirma espontaneamente que acha que não quer ficar no hospital. Delega, sem sugestões, a função à sogra – talvez por ela [a sogra] ter cuidado do marido e ter fornecido a ele um alicerce emocional capaz de suportar, por algum tempo, a angústia e o desamparo dela, Beatriz.

Menciona que vai separar as roupinhas de Gustavo, que ele nunca usou. Diz muito baixo e pausadamente que “desde que ele nasceu só usou as roupinhas de hospital.” Faz outra pausa e continua: “Lá em casa tem gorrinho, sapatinho, mas acho que não serve”. Olha-me novamente, limpa as lágrimas e pergunta cabisbaixa: “Será que serve?”

Respondo que isso ela teria que vir ver.

Beatriz narra: “preparei tudo na gravidez, mas ele nunca veio e o seu leite secou”.

Parece que, nesse instante, Beatriz gestava Gustavo. Gestava a possibilidade de estar com ele talvez não nesta noite, mas gestava a realidade da sua separação e da constituição de novos significados relacionados com o adoecimento de Gustavo e do seu distanciamento desta condição emocional – desta dor –, que aparecia só agora, tomada pelo terror.

A subjetividade gestava uma Beatriz que podia ousar escolher não dormir hoje com o filho, mas voltar na manhã seguinte com as roupinhas. Era o nascimento de uma nova condição de sujeito, que precisaria, claro, desenvolver-se.

Explico, então, que comunicaria o combinado à sogra – que Beatriz viria durante o dia, para aprender os cuidados aos poucos. Chamamos a sogra e a enfermeira-chefe na sala e, juntos (o marido, Beatriz e eu), esclarecemos como ficaria a situação.

Nesse ponto é relevante uma pausa para algumas reflexões sobre o desdobramento do atendimento com Beatriz e algumas observações quanto ao movimento da equipe e da especificidade do analista e da análise: porque Beatriz houvera, por fim, decidido não dormir no Hospital. Decisão que a equipe já houvera entrevisto, como equipe que cuida do corpo-doente e vislumbra o melhor andamento com seus doentes em recuperação. Inclusive, a solicitação ao Setor de Psicologia foi para conduzir esta comunicação. Entretanto, surge (dantes implícito) um verdadeiro impasse, pois, do que cura o psicanalista? Do que trata? Por que ele não pode, nem deve, prestar-se a apenas comunicar uma decisão? Que andamento diferente pode o analista vislumbrar?

A questão é que, mesmo que Beatriz tenha decidido, por ela própria, não dormir no Hospital com seu bebê, trata-se aqui de um outro sujeito: o do desejo. O analista lida com o corpo psicanalítico, sujeito adverso ao sujeito da Medicina; e o corpo psicanalítico não se subjuga, não se conduz e não se sujeita, porque transita por campos e ordens próprias. Diz Herrmann (1991) que, “há um corpo que é o campo irreduzível, último, de toda significação, enquanto matriz simbólica da mente e de seu mundo: este é inconsciente, este é o

inconsciente, porque encarna o campo de todas as relações concebíveis que me concernem” (p.302). E é o analista mesmo e, de fato, quem deve saber disso. É o analista quem deve curar o sujeito do desejo.

Todavia, se o resultado foi o mesmo (Beatriz foi para casa e a sogra ficou cuidando de Gustavo), qual o impasse? O que há de específico nesse ofício da análise?

Fábio é provocativo quando pergunta: mas, “que cuidado é esse, e como nos é inspirado? Como está o homem curado do desejo?” (p.301).

E responde que:

De qualquer modo, curar do desejo está claramente mais próximo do sazonar do que do erradicar ou corrigir. Também a cura do desejo não pode ser confundida com um ato de posse e controle. Eu não tomo o desejo nas mãos, como se fosse uma parte da minha pessoa, para estudá-lo e decidir-lhe o destino. Há uma impessoalidade muito conveniente nessas expressões – curar, sazonar –, que serve de **indicação da postura exata que assume o homem que cura do desejo**, pois reflete a dubiedade do sujeito desta ação: não é o sujeito radical da consciência, mas sua crise – dilacerado que está entre sujeitar o desejo e a ele sujeitar-se – que cura do desejo.[grifo meu] (Herrmann, 1991, p. 301)

Foi dessa maneira, cuidando do desejo, ocupando-me de Beatriz como sujeito psíquico, indobrável, pulsante, vivo, supondo ali existir um sujeito em sofrimento por não saber do que sofria, que pôde ser revelada sua dimensão sintomática como sujeito desejante, sujeito palco de um duelo pessoal, onde transitavam vários personagens, posicionamentos e representações sobre cuidar de um bebê – seu filho – doente.

Contudo, a cura em Psicanálise também não contenta com celebrações, posto que abala verdades. Não apenas abole sintomas, porque suscita novos posicionamentos do sujeito perante sua própria história; a cura em Psicanálise contempla a crise identitária da mesma forma que dela advém novos modos de relacionar-se com o presente. Por isso ela (a cura do desejo) não se presta a correções ou erradicações, como ponderou Fábio Herrmann, porque o sujeito não se cura e pronto. Não é um sujeito acabado, costurado, finalizadamente sem retoques, sem novos cortes e emendas. O corpo psicanalítico é inacabado, conflitivo por constituição, um corpo paradoxal, que a todo instante se veste e se mostra nu dele mesmo. E se tenta apenas se esconder, sua pele pulsional expõe suas “vergonhas” e ele sofre. O corpo em Psicanálise precisa, assim, transitar, pois *ao desejo não compete inteira nudez*³⁷. Vestir-despir-se de representações, mostrar-esconder-se de si mesmo e cuidar desse trânsito é curar do desejo por fazê-lo apresentar-se.

É o trânsito pelos possíveis que provoca mudanças. O trânsito entre novas versões do passado altera seu próprio futuro, situando o sujeito num tempo condicional (futuro do pretérito), que é característico do Homem Psicanalítico. (Herrmann, 1991, p.305)

Embora a mudança de comportamento não seja, de forma alguma, o objetivo da análise, mas considerando que ela possa ocorrer como consequência de um re-posicionamento do sujeito psíquico frente à sua realidade, Beatriz mostra-se mais leve, talvez mais desnuda, e, com pequeno pudor, menciona que queria se despedir de Gustavo. Olhou-me, hesitante, mas convidativa e eu disse que também queria conhecê-lo. Ela se aproximou de Gustavo e, devagar, o beijou no rosto, pele-a-pele. O bebê chorou. O pai chorou porque foi a primeira vez que ouviu o “chorinho”.

³⁷ Expressão utilizada por Fábio Herrmann (1991), no capítulo: “A cura no Campo Psicanalítico”, p.309.

Beatriz voltou no dia seguinte, para passar o dia com o bebê e com a sogra. Os atendimentos-acompanhamentos passaram a ser realizados pela psicóloga da Enfermaria, já que a solicitação da Enfermagem aconteceu à noite, num dos meus dias de plantão ³⁸.

DO OLHAR À ESCUTA EM BEATRIZ

Ao pensar no contato com Beatriz, gostaria de lançar um olhar sobre o contato com a equipe, ou seja, com a aflição e o embate instaurado a partir de uma não-escuta (pois Beatriz não queria mesmo dormir no HC – porque o impasse, então?), o contato e o voltar a viver de Beatriz por meio do voltar a viver de Gustavo e as impressões do segundo e último contato.

Antes da solicitação de parecer psicológico, Beatriz não foi ouvida. Não se aproximaram dela, não ousaram comunicar o que parecia ser a conduta mais acertada: de que sua sogra ficaria durante a noite com o bebê. Apesar da escuta da equipe focalizar, como esperado, o sujeito da consciência (aquele que deveria se apresentar pronto, adequado, e coerente), o sujeito do desejo se insinua tão logo a movimentação na Enfermaria denunciou que algo se processava e estava implícito: a inabilidade de uma mãe. A inadequação de uma mãe que não sabia cuidar nem de si. Esse não-dito da equipe transitava no âmbito do grave, do ocultamento e pareceu fomentar o fantasmagórico em Beatriz. A solicitação foi para que eu pudesse – pela informação – ocultar ainda mais ou deixar o opaco em Beatriz, anulando-a como sujeito participante da história em que estava inserida: a sua. E isto, sim, seria de fato grave. Grave ao analista, caso este não se separe da confluência de impressões que não prescindem do desejo psicanalítico. E o risco seria, quem sabe, o analista fundir-se com seu objeto de busca, subtraindo-se da curiosidade e conseqüentemente da potência de cura que o não-saber lhe confere.

³⁸ O HC-UFU conta, atualmente, com 14 psicólogas que atuam em Enfermarias específicas. Eu atendo no Pronto-Socorro e no Setor de Hemodiálise. Os plantões noturnos 19:00 às 7:00 acontecem durante toda a semana e nos feriados e finais-de-semana período integral. Nos plantões, o psicólogo fica no HC e atende os chamados independentemente da Enfermaria que atua.

Ainda ao telefone, comigo, o contato com a secretária transpareceu – deixou surgir – um mistério, com conotação de silenciamento, às escondidas. Nem foi me relatado o motivo do atendimento, como de praxe, geralmente, se faz.

Tomar em consideração apenas o sujeito da consciência instaura, na equipe, uma falta, onde pode estar o analista para cuidar do corpo psicanalítico; senão, não haveria pedido, solicitação de atendimento. Havia um incômodo, que refletia em Beatriz.

A expropriação, ou melhor, a relegação da escuta de Beatriz pareceu aumentar nela sentimentos até então também opacificados que a aterrorizavam. Entre eles, destaco a exigência apresentada pelo Outro simbólico de que deveria ficar no HC e cuidar da criança em contraste com seu medo e descentramento ao lidar com a condição de Gustavo, agora vivo, explícitos respectivamente nas falas: “Minha mãe diz que eu tenho que ficar” e “ele engole pelo pulmãozinho, tem um suspiro esquisito, não sei dizer.”

A melhora de Gustavo fez com que Beatriz se deparasse com sua condição de mãe e de filha. Cuidar, ser cuidada.

O fantasma cuidar-ser-cuidada em Beatriz teria desencadeado na equipe uma representação de mãe-descuidada?

Surgem-me, então, mais perguntas do que respostas e, longe da intenção de responder a elas, penso: “o que Beatriz, ou a condição desterritorializada de Beatriz provocou na Equipe que, de pronto, quis fornecer mais que um caminho, mas uma conduta determinada, uma ordem ao analista?”.

Aqui, a equipe postou-se também como denunciador. Denuncia de fato a dor. A dor de ocupar o lugar de escuta da desterritorialização, lugar da escuta do desejo.

A equipe tentava evitar a escuta da desestruturação psíquica e, com isso, fornecia solução imediata? Porque os olhos de Beatriz também denunciavam; expunham, paradoxalmente, sua dispersão e imersão nas suas experiências emocionais mórbidas

descortinadas pela hospitalização de Gustavo, que “nasceu morto e depois viveu”, e ela, até então, não sabia disso, não sabia o que fazer com isso.

Beatriz passara cinco meses – desde a vida-morte de Gustavo – imobilizada psiquicamente nesse lugar de registro advindo com a morte, com o não-cuidado. Ver-se frente-a-frente com a instabilidade, que é lidar com os vivos, fê-la revisitar esse registro, como um processo de reanimação do que estava morto em si.

Sobre esses registros, esse não-lugar psíquico, Silva (2003) elucidou-nos que:

“As identificações mórbidas congelam o psiquismo num sempre que caracteriza o inconsciente, qualificado de atemporal. Quando se conhece a história secreta, é possível modificar os efeitos que ela exerce sobre o ego e modificar a clivagem alienante. Esse processo de desidentificação permite a história como pertencente ao passado. A desidentificação, portanto, é a condição da liberação do desejo e da constituição do futuro, de uma vida própria”. (p. 88).

Os olhos assustados de Beatriz (que tem o olhar distante, cabisbaixo, desconfiado, suscitando mesmo algum transtorno/atraso mental) colocam em evidência o seu impasse: temer e querer; qualidade intrínseca do desejo, que expressava nas falas: “eu estou com medo de ficar com ele... eu nunca tive ele nos braços.” E ainda: “lá em casa tem gorrinho, sapatinho, mas acho que não serve”. “Será que serve?”.

O olhar de Beatriz anunciava o terror e delatava (e a equipe capturou esse sinal) falha na capacidade de apreender e avaliar como ela poderia cuidar de fato de Gustavo (cuidados de proteção, de alimentação, segurança; primordiais à vida); cuidados que só poderiam ser ministrados mediante uma capacidade de cuidar de si mesma, de não estar tão sem território emocional. Foi o mesmo olhar que vi em contato com alguns familiares de Beatriz na minha

visita à sua casa (no contato pós-internação), anunciando a indiferença, a confusão, o desinteresse paralisante e não menos mórbido.

Para Bion, “as falhas na apreensão da realidade interna e externa podem estar ligados a falhas do vínculo com a mãe, no sentido de não compreender as comunicações do bebê, ou a fatores da parte do bebê”. (Bion, 1959, p.128-58)

Implicados nessa comunicação de dor, e de falhas entre Beatriz e a equipe, é que foi possível a escuta analítica, ao mesmo tempo em que foi ela, a escuta, sob o vértice analítico, que o desejo pôde rubricar-se pelas vias do sofrimento.

Piera Aulagnier (1990) esclarece que “o sofrimento tem como causa essencial a presença de um desejo que não podemos ou que nos interdita realizar, ao mesmo tempo que nos recusamos renunciar a ele.”(p.296).

Se concebermos, portanto, a subjetividade como um território, habitação, moradia, como o fez Naffah Neto (1995) quando a denomina ETHOS, o ver/escutar analíticos “fabricam uma espécie de envergadura interior, um vazio, capaz de acolher, dar abrigo e moradia às experiências de vida: percepções, pensamentos, fantasmas, sentimentos...”.

Essa presença da dubiedade do desejo (como interdição e reivindicação) e a consideração desta dubiedade pelo e no território transferencial fez nascer Beatriz e re-nascer Gustavo para ela.

Desejo de saber e desejo de curar, é a eles que devemos o nascimento da Psicanálise, e se ela não permaneceu a experiência de um único, é que para certo número de analistas, esses dois desejos puderam continuar preservando uma aliança que assimila acesso à verdade e acesso à cura (no sentido psicanalítico que se pode dar a esse termo); a começar por aqueles que vêm nos pedir um saber que não represente um puro luxo intelectual, mas sim que lhes permita viver. (Aulagnier, 1990, p.117).

O CONTATO PÓS-INTERNAÇÃO

Foi realizado apenas um contato-atendimento com Beatriz. Assim como com Ana, no caso anterior, também fui ao encontro de Beatriz e de seu marido dois anos após atendimento, para que pudessem consentir a pesquisa, a análise do atendimento nesta Dissertação.

Beatriz também morava em uma cidade do interior de Minas Gerais. Embora tivéssemos seu endereço, foi muito mais difícil encontrá-la, pois havia se mudado.

No seu antigo endereço – na mesma rua –, moravam muitos familiares: sua irmã, sua mãe, na casa ao lado, e uma tia que casara com o irmão do pai de Beatriz. Após me apresentar, explicar a minha visita, a família demonstrou certa desorganização em fornecer-me o novo endereço. Não era uma recusa explícita; era um desencontro, uma confusão.

Beatriz parecia muito distante, muito longe para aquela família. Sua mãe obliterou : “ih...é muito longe onde ela tá morando agora... não sei te falar a rua não... tem uns 5 dias que não vejo ela. Domingo ela teve aqui mas eu não sei te falar como chega lá não...Você sabe, Francisco?”, perguntando ao sobrinho. A irmã, com um bebê nos braços, veio e tentou explicar, mas não soube fornecer referências. A cunhada também balança a cabeça dizendo que não sabia explicar... Perguntei se Beatriz não possuía um telefone.

Um tio veio e disse que achava que tinha o telefone deles. Assim que liguei para o marido de Beatriz, ele explicou-me o local e, com poucas referências, chegamos a eles para que assinassem o documento.

Pensei, sem bem saber por quê, em Drummond: “no meio do caminho tinha uma pedra... tinha uma pedra no meio do caminho...” e fomos de carro, caminhando com Drummond, até chegarmos no local.

No caminho e o caminhar... como estaria Beatriz?

Nos fundos, após um extenso corredor, Beatriz estava de costas, ralando milho para fazer pamonha³⁹. Ela, o marido, o sogro e a sogra. De pronto, não os reconheço. Ela lava as mãos, me trata com relativa intimidade e me leva até Gustavo. A sogra o pega no colo.

Ele ainda demanda muitos cuidados, está com sonda e necessita de ajuda via aparelhos para melhorar a oxigenação nos pulmões. Contam muitos casos desde a saída do hospital, da recuperação de Gustavo, das seqüelas. Ele não anda, não come sozinho, não conversa.

Eu apenas escutava e, embora não o dissesse, naquele momento, pensei no hospital, em como Beatriz apresentara-se; seu olhar difuso e evasivo, aterrorizada, trêmula, retraída.

Ela me conta da sua mudança – de casa. Seu marido também conversa, dá sugestões para expandir o atendimento psicológico aos ambulatórios. A avó de Gustavo o balança no colo e escuta, atenta, olhando para a criança.

Beatriz e seu marido assinam a Termo de Consentimento. Ele assina primeiro e ela pergunta: “só ele assina ou eu tenho que assinar também”? Pergunto se ela gostaria de assinar, se havia entendido a proposta, o sigilo de nomes e dados que os identificariam. Ela responde que entendeu e que queria assinar; se eu teria outro papel.

Assim foi nosso último encontro.

³⁹ Pamonha é uma comida típica do estado de Minas Gerais, geralmente feito em fazendas e pela família, ou por muitas pessoas juntas, pois exige ralar o milho, peneirar, embalar na própria folha do milho, amarrar e cozinhar. Enfim, é bastante trabalhoso, mas saborozíssimo.

PARTE IV - DA ESCUTA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL

Segundo Fernandes (2005), “escutar é dar ouvidos a...; dar ouvidos àquilo que se enuncia apenas veladamente, àquilo que somente um ouvido atento e experimentado na *arte da escuta* pode *acolher*”[grifo dela] (p.94).

Cabe ressaltar que a escuta no Hospital é também a escuta da falta, que tende a enunciar-se veladamente mediante uma demanda. Demanda de dor, de saber, demanda de amor, demanda de olhar, que o sujeito sofre por tentar manter-se na ilusão de completude, e o corpo, por sua incompletude fundamental, revela o aparecimento sofrido do sujeito do desejo. É preciso, pois, supor que exista, pela demanda do corpo psicanalítico, um sujeito.

Para a escuta da falta, impõe-se aqui um modo particular de escuta, que considere a atual conjuntura psíquica desejante e o poder institucional, que descortinam essa gama de sensações e explicitam a fragilidade do sujeito – do sujeito fragmentado na instituição e diante do desamparo, diante da possibilidade da morte, da perda, da impotência. A escuta é uma escuta peculiar de um sentido que se anuncia, se insinua, mas não se mostra explicitamente. Escuta da falta, do que no humano é incontrollável, ilocalizável e velado, pois é mediante este espaço faltante no ser que ele pode haver-se com flexões de sua porção inconsciente e inaugurar a revelação do sujeito como ele é: sujeito desejante.

A escuta psicanalítica, pelo seu método, potencializa a revelação do sujeito como ele o é: fragmentado, atravessado por forças, pulsões, pensamentos, sonhos, sintomas, intensidades, enfim, devires insurgentes e inconscientes.

Freud (1923) destitui do homem o poder do assenhoramento de si mesmo com o advento do inconsciente, quando relata que a consciência é apenas a superfície do aparelho mental.

O próprio Freud apontou a Psicanálise como a terceira grande ferida narcísica sofrida pelo saber ocidental ao produzir um descentramento da razão e da consciência (as outras duas foram produzidas por Copérnico e por Darwin). (Garcia-Roza, 2001, p.11)

O adoecer também implica a destituição do sujeito como senhor de si. É destituído do controle do seu corpo. A hospitalização o destitui da sua rotina, do domicílio, dos hábitos, da privacidade. A sensação da finitude o destitui do campo das certezas e lança-o numa condição traumatizante, desterritorializante, que produz cisão e sofrimento.

Sobre essa condição de sofrimento, verificamos, contudo, “que o corpo possa ser sua fonte e causa, ninguém pensa negar, mas esse sofrimento do qual o Eu não pode fugir, pelo qual é afetado, não pode mais ser ‘pensado’ como efeito puro e simples de uma causa natural, nem ser associado sem mais ao conceito de doença” (Aulagnier, 1990, p. 301).

O método psicanalítico, a interpretação e a escuta do desejo no hospital encerram uma postura clínica (tanto diagnóstica quanto interventiva) diferenciada do olhar das ciências biológicas e diferenciada do olhar institucional, porque escuta esse sofrimento do Eu sob o mando do desejo.

Prima-se pela “possibilidade de abrir o corpo ao imponderável, potencializando um maior acesso ao impessoal e aos devires que podem atualizar-se a partir dos encontros” (Fonseca, 2004, p. 302).

A interpretação é o método que opera no movimento intrínseco do psiquismo de revelação e de criação do humano; que revela as já constituídas e constrói novas vias de expressão do desejo.

“Desse ponto de vista, interpretar não quer dizer desvelar o sentidos oculto, mas, sim, trabalhar na construção dos sentidos. Essa diversidade de sentidos se constrói por meio de

palavras. A interpretação deve ser essa palavra em suspenso, que o paciente pode continuar a enunciar em busca de outras” (Fernandes, 2005, p. 98-99).

Freud (1937), em *Construções em análise*, compara a função da interpretação no psiquismo a um processo de escavação arqueológica, no qual o analista vai retirando fragmentos, traços, marcas, conexões do material psíquico que fora soterrado pelo esquecimento. Entretanto, a recuperação desse material é, na análise, diferente do que na arqueologia, pois tais fragmentos, ocultos, operam na superfície do aparelho mental a todo instante e modificam-se; já o objeto arqueológico (referindo-se os escombros de Pompéia, por exemplo) *ocorre em circunstâncias raras e, na maioria das vezes, estão preservados*.

Acrescenta ainda que “a principal diferença entre elas reside no fato de que, para o arqueólogo, a reconstrução é o objetivo e o final de seus esforços, ao passo que, para o analista, a construção constitui apenas um trabalho preliminar” (Freud, 1937, p.278).

A escuta analítica encarna, portanto, essa conjuntura de saberes e esse encontro de acontecimentos que dizem respeito ao desejo, à falta, à transferência, à interpretação e ao surgimento do sujeito do inconsciente, articulando a teoria e a prática, num processo dialético de re-construção constante de ambas pela clínica.

Maria Helena Fernandes, quando aponta, no corpo-sujeito da anorexia e bulimia, a importância da escuta transferencial do registro simbólico do sujeito, ressalta que “é nesse sentido que a Psicanálise, ao conceder à transferência um funcionamento propriamente epistemológico, assinala à clínica psicanalítica um poder transformador imprevisível através da possibilidade de construção e reconstrução da história subjetiva de cada um” (Fernandes, 2006, p. 280).

Cabe ressaltar, portanto, que o estabelecimento da escuta e da interpretação independe do lugar, não está vinculado necessariamente ao consultório e ao divã, porque “há sugestões de repetições dos afetos pertencentes ao material reprimido que podem ser encontradas em

ações desempenhadas pelo paciente, algumas bastante importantes, outras, triviais, tanto dentro quanto fora da situação analítica.” (Freud, 1937, p.276).

Entretanto, é na situação analítica que a primazia da transferência pode dirigir nossa atenção e escuta necessariamente para a metapsicologia dos processos inconscientes; acrescenta-se ainda à escuta uma postura *interrogativa-interpretante*, fundamental no processo de análise.

Conforme Romera (2002, p. 55), “a postura interrogante-interpretante é pedra angular na construção dialética do pensamento, favorece a desalienação, pois liga mais fortemente o sujeito à sua realidade (tanto externa ou interna)”.

No hospital, deparamo-nos com realidades internas e externas urgentes e muito hostis, e a escuta precisa estar junto ao olhar e à postura. Olhar o corpo, o sujeito, a equipe, deixar invadir-se pelas percepções; vê-las para tomá-las à escuta; de forma que, o analista, “... mantendo a escuta decorrente de sua atenção flutuante, cria, na maioria das vezes, a possibilidade de se instaurar um discurso psicanalítico, e não psicológico, em que os pacientes podem, então, constituírem-se como sujeitos de suas doenças” (Fernandes, 2005, p. 97).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do olhar à escuta psicanalítica. Este caminho pretendeu ser um ensaio para a apreensão de significações do corpo-doente e suas interlocuções com a instituição e principalmente suas interlocuções com o que lhes é mais peculiar: a própria condição pulsional do corpo-doente e seus desdobramentos desejantes. Deparei-me, então, com um corpo para além da fala: um corpo-enunciação que, paradoxalmente, fala. Este corpo-enunciação diz respeito a um excesso pulsional em relação ao enunciado. Logo, a doença, o adoecimento e a hospitalização (imersos no corpo institucional que é o hospital), ao apontarem os enunciados finitude e extinção do sujeito, fizeram nascer um corpo-enunciação. Como bom exemplo da clínica, essa ascensão do sujeito-enunciação desejante não se faz com todas as pessoas atendidas. Por isto, foram selecionados *Ana: um corpo-que-fala* e *Beatriz: um corpo-que-nasce*. Nestes casos, o corpo-enunciação surge pela percepção de não-controle do sujeito sobre si mesmo, rompendo sua ilusão onipotente e, por vezes, estruturante. Em decorrência da revelação dessa posição de não-controle é que surge o mal-estar subjetivo e o sofrimento, pelo jugo dos quais o sujeito psíquico clama pela escuta e, esta, pela clínica, instaura uma outra relação entre o sujeito e seus corpos (posto que orgânico, subversivo, contemplativo, discursivo, múltiplo e singular).

O sujeito doente constitui-se a partir do recorte de mundo que faz mediante a sua realidade, delimitada e significada pelas suas experiências e sua história pessoal frente à doença, assim como todo sujeito em relação a si mesmo.

A escuta desses recortes revela o sujeito do desejo, que se constitui quando o sujeito desejante **percebe** o recorte que faz para inserir-se no mundo humano. É esta a nova relação que se instaura no sujeito-doente: sua percepção, sua imersão num território em si inabitado, fantasmagórico, fragmentário e real. O contato com seu corpo psicanalítico.

O sujeito contemporâneo fragmentado é, aqui considerado, como aquele tomado pelo excesso – de vivências traumáticas, de exigências sócio-culturais, de saberes super especializados que cindem o ser humano, desumanizando-o. Este sujeito contemporâneo demanda também pelo seu reverso: pelo próprio corpo. A denegação do corpo é a denegação do homem que padece, que sofre e que, impossibilitado de olhar para si, não se vê. É este espaço paradoxal – do olhar à escuta psicanalítica – que este percurso foi ensaiando em mim desejos e desafios clínicos na instituição. A trajetória do olhar à escuta psicanalítica apresenta-se, então, como paradoxal porque é, ao mesmo tempo, disruptivo e criador de processos de subjetivação. A subjetividade, como produto pulsional, carrega a marca do seu duplo aspecto, que é a representação e o afeto. No corpo biológico doente, tal como o Eco⁴⁰, que clama, repete e assusta, vemos ressurgir um sujeito tal como Narciso (em grego: *Nárkissos*; *nárkes*: “torpor”) em-si-mesmo, *patienti* (paciente, em latim), que recebe a ação de um agente – um mando de forças em si que operam na tentativa mórbida de obliterar o sujeito do desejo, expondo-o à morte e à destruição.

Estas considerações são relevantes à medida que as intervenções analíticas postam-se como importantes articuladores rumo à cura em Psicanálise, no intento de dar-se a aparecer esse sujeito desejante, chamando o corpo-doente a ver-se sofrente, se assim o demandar. O método interpretativo, ao provocar que a lógica das emoções se insinue, ou a delatá-la, promove o encontro fértil entre sujeito em condição de análise e analista, porque, ao romper representações imperiosas, os faz revestir de outros campos de significações, produtores de novas representações. O inerte faz-se rompido e o rompido faz-se novamente preenchido –

⁴⁰ Segundo a mitologia grega, Eco era um ninfa apaixonada por Narciso que, desprezada por ele e, envergonhada, refugiou-se nos bosques e nas cavernas. Seus músculos definharam e seus ossos viraram rochas, só lhe restando sua voz a repetir, repetir, repetir. Diz-se que as outras ninfas, revoltadas, foram procurar Nêmesis, a deusa da Justiça, que imputou a Narciso o castigo de ter um amor impossível e Narciso, por ter nascido muito bonito, apaixonou-se por sua imagem. Para mais informações sobre Mito de Eco e de Narciso, consultar o artigo O Mito de Narciso, disponível no site: <http://www.sca.org.br/artigos/Narciso.pdf>, acessado em 18.12.07)

movimento dialético próprio e inerente dos processos de subjetivação e de sustentação do desejo no mundo humano e do humano no mundo dos desejos.

Além do mais, a intervenção e sua função terapêutica puderam, nesse trabalho, prestar os devidos cuidados ao corpo psicanalítico. O exercício de dar-se a pensar também foi priorizado em oposição às exigências de um corpo-doente e de um corpo-institucional e, talvez por isso, clamou a arte da interpretação e a escuta psicanalítica. Arte por ser única em cada experiência da dupla analista-analisando.

Heidegger (2005) ilustra que “a arte de pensar é dada por um modo extraordinário de sentir e escutar o silêncio do sentido, nos discursos das realizações”(p. 13).

É esse pensar como método de reconhecer nosso objeto de estudo – a psique, nas suas mais diversas apresentações –, que amplia o campo de ação da nossa ciência: a Psicanálise, como esperado de *um analista futuro*⁴¹, fazendo emergir, na cura pela palavra, novas vias de construção-reconstrução da subjetividade também diante da doença, da morte e da hospitalização.

A esperança de nosso saber contribuir para o cuidado do humano reside na especialidade do nosso ofício: “ora, o ofício da função terapêutica da Psicanálise. Nosso método é eficaz e dadivoso. Não se contenta em ser exercido no contexto da psicanálise de consultório, mas cria a atmosfera analítica onde quer que o empregue.” (Herrmann, 2002, p. 290)

O futuro dos tempos é a atualidade, e inserir-se nela, com todas suas complexidades e atavismos é agir sobre a própria existência. A civilização, as representações do corpo, as instituições e o sujeito modificam-se e são modificados o tempo todo, produzindo sempre novas e constantes configurações – nas quais o analista também é inserido, é chamado a ouvir

⁴¹ “Que se espera, d’aqui pra frente, do analista futuro? Antes de mais nada, que reconheça seu objeto, a psique. Que a saiba reconhecer quando surge e que se sinta reconhecido, grato, por este ser psíquico de que participa; e não recalcitrante, ressentido, de mau humor com o real humano, como se vivesse num mau tempo...” Herrmann (2002, p.283)

e a estar –, pois o psíquico é essencialmente da ordem do humano e os campos de representações transferenciais estão impregnados, concomitantemente, pelo real (pela atemporalidade do inconsciente e suas pulsões) e pela realidade do tempo em que se vive.

Enfim, “que de todas as coisas algo houvera caído em minha rede delirante, que eu tivesse podido alterá-la e transformá-la todo”, pois “que silêncio não é minha palavra, que existência não é minha existência?” (Neruda, 2004, p. 185).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, R. (2003). *O médico*. (4ª. Ed). Campinas: Papirus.

Andrade, C. D. (2002). *Corpo*. (16ª Ed). São Paulo: Record.

Araújo, M. G. C. (2002). Subjetividade, Crise e Narratividade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, II (1), 79-91.

Aspesi, N. V., & Gobatto, P. L. (2001). Hidrocefalia Infantil. *Revista ABC da Saúde e Prevenção*. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?237>. Acesso em: 20/04/2007.

Aulagnier, P. (1990). *Um intérprete em busca de sentido*. Trad. Regina Steffen. São Paulo: Escuta.

Ávila, L. A. (2003). Três poemas psicossomáticos. *IDE – Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*, 37, 20-30.

Baremlitt, G. (1994). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.

Benjamin, W. (1980). O narrador: observações sobre a obra de Nikolai Lesboi. *Textos Escolhidos*. São Paulo: Abril Cultura. Coleção Os Pensadores.

Bicudo, M. A. V. (2000). *Fenomenologia: confrontos e avanços*. São Paulo: Cortez Editora.

Bion, W. R. (1959). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Ediciones Horme S. A. E.

Boletim on-line Biografias y vidas. (2004). Barcelona, Espana. Disponível em: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/fotos/hipocrates.jpg>. Acesso em 08/12/07.

Borges, S. (2004). Criança, corpo e linguagem: que(m) fala? *Estilos clínicos*. 9 (16), 122-129.

Castro, M. L. C. (2003). O mal-estar na civilização: atualidade de um texto. *Texto apresentado em seminário realizado no Instituto para o ensino e formação de psicanalistas da SPP (sociedade paraibana de Psicanálise)*. Disponível em: <file:///D:/Documents%20and%20Settings/Freedom/Desktop/psimed/FILES/o%20mal-estar.htm>. Acesso em: 29/04/2003.

CID-10 (1994). Disponível em:

<<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Decretos/Ant2001/1999/decreto3048/default.htm>>, Acesso em: 26/11/2006.

Costa, D. (1999). *Fisioterapia respiratória básica*: São Paulo: Atheneu, 1999.

Courtine, J. (1995). Os stakhanovistas do narcisismo. In: D. B. Sant`Anna. (Org). *Políticas do corpo – elementos para uma história das práticas corporais*. (pp. 81-114). São Paulo: Estação Liberdade.

Deleuze, G. (1990). *Pourparlers*. Paris: Mimit.

Esper, E. M. B, & Neder, M. (2004). O corpo contemporâneo. In: *Convenção Brasil-Latinoamérica, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais* promovido pelo Centro Reichiano de Foz do Iguaçu. Anais, CD-ROM.

Fagundes, O. (1999). Ilusão de fusão e narcisismo. *Palestra proferida em 1999, em função de evento comemorativo do Centro de Estudos e Eventos Psicanalíticos de Uberlândia, MG (CEEPU)*.

Fernandes, M. H. (2005). *Corpo*. São Paulo: Coleção Clínica Psicanalítica Casa do Psicólogo.

Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Coleção Clínica Psicanalítica.

Ferraz, F. C. (1997). Das neuroses atuais à psicossomática. In: F.C. Ferraz, & R. M. Volich (org). *Psicossoma: Psicossomática Psicanalítica*. (pp. 23-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Fonseca, T. M. G. (2004). Abrir o Corpo da Clínica. In: S. Engelman & T. M. G. Fonseca (Orgs). *Corpo, Arte e Clínica*. (pp.299-304). Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Forbes, J. (2004). *Você quer o que deseja?* São Paulo: Best Seller.
- Foucault, M. (1963) O Nascimento da Clínica. (6ª. Ed). Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1977). *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. Trad. Lígia M. Pondé Vassalo. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1979) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud. S. (1888) Histeria, vol. 1 Rio de Janeiro: Imago. Edição Eletrônica Brasileira (EEB). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de James Strachey e coordenação de Eduardo Salomão.
- Freud. S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 3. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1893-1895) Estudos sobre a Histeria. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 2. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1894). As neuropsicoses de defesa. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 2. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1896) A hereditariedade e a etiologia das neuroses. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 3. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1905a) Tratamento psíquico (ou anímico). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 7. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1905b) 3 Ensaio sobre a sexualidade. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 7. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

- Freud. S. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 12. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1914a) Recordar, Repetir e Elaborar. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 12. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1914b) Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 14. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1915) Os instintos e suas vicissitudes. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 14. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1916-1917). Conferência XXI – O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol. 16. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1919) O estranho. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 17. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1920). Além do princípio do prazer. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1923). O Ego e o Id. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1924a). A perda da realidade na neurose e na psicose. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 19. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1924b) O problema econômico do Masoquismo. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud. S. (1930). O Mal-Estar na civilização. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

- Freud, S. (1933). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 22. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- Freud, S. [1933(1932)]. Por que a guerra? *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 22. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud, S. (1937) Construções em análise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 23. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Freud, S. [(1950 (1892-1899))]. Extratos de Documentos dirigidos à Fliess, carta 84. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol 1. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- Garcia-Roza, L. A. (2001). *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: J. Zahar.
- Gil, J. N. (2004) Abrir o Corpo. In: S. Engelman, & T. M. G. Fonseca (Orgs). *Corpo, Arte e Clínica*. (pp. 13-28). Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Giacomel, A. E., Régis, V. M, & Fonseca, T. M. G. (2004). Que tal um banho de mar...para ativar a potência política do corpo! In: S. Engelman, & T. M. G. Fonseca (Orgs). *Corpo, Arte e Clínica*. (pp. 89-103). Porto Alegre: UFRGS Editora.
- Hegel, G. W. F. (1992). *Fenomenologia do Espírito*. Petrópolis: Editora vozes.
- Heidegger, M (2005). *Ser e Tempo*. Parte I. Trad. Márcia Sá Cavalcante Schubak. Petrópolis: Vozes, 15ª. ed.
- Herrmann, F. (1991). *O Método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- Herrmann, F. (1994). Mal-estar na cultura e a psicanálise no fim do século. In: L. C. Filho Junqueira. *Perturbador Mundo Novo*. São Paulo: Escuta.
- Herrmann, F. (1997). *A Psicanálise do Quotidiano*. Porto Alegre: Artmed.
- Herrmann, F. (2001). *Introdução á Teoria dos Campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Herrmann, F. (2002). Como conclusão: Daqui P'ra Frente. In: L. M. Barone (Org). *O Psicanalista: Hoje e Amanhã – O II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por Escrito*. (pp. 281-291). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (1991). Realidade Psíquica e Sofrimento nas Instituições, In: *A Instituição e as Instituições*. (pp.19-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Khan, M. (1985). *Passion solitude et folie*. Paris: Gallimard.
- Keller, A. J. (2002). *Michaelis: Minidicionário Alemão – alemão/português, português/alemão*. São Paulo: Melhoramentos.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2004). *Os tempos hipomodernos*. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla.
- Machado, J. N. (2000). Apresentação. In: M. A. V. Bicudo. *Fenomenologia: confrontos e avanços*. (pp. 7-11). São Paulo: Cortez Editora.
- Maia, M. S. (2003). Extremos da alma – clínica, experiência subjetiva e campo de afetação. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. Trabalho exposto, Rio de Janeiro. Disponível em:
http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3b_Maia_34010903_port.pdf ,
Acesso em: 11/05/2007.
- Marty, P. (1990). *A psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, E. D. (2005). *Os significantes da escuta psicanalítica na clínica contemporânea*. Dissertação de Mestrado, UFU – Uberlândia. Disponível em: <http://www.pgpsi.ufu.br>.
Acesso em: 27/10/2007.

- Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Moretto, M. L. T. (2005). *O que pode um psicanalista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, G. C. M. (2003). Urgência subjetiva e tempo: o que é isto? In: M. D. Moura, (Org). *Psicanálise e Hospital 3 – Tempo e Morte: Da urgência ao Ato Analítico*. (pp. 17-21). Rio de Janeiro: Revinter.
- Naffah Neto, A. (1995). A subjetividade enquanto ethos. *Cadernos de Subjetividade*. 3, 197-209.
- Neruda, P. (2004). *El río invisible: poesia e prosa de juventude*. (6ª. Ed) [recompilação de Matilde Neruda; notas de Jorge Edwards], Trad. Rolando Roque da Silva. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Osório, L. C (1997). Processos obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas instituições. In: D. E. Zimmerman (org) *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pelbart, P, P. (2004). O corpo do informe. In: Engelman, S. & Fonseca, T. M. G (Orgs). *Corpo, Arte e Clínica*. Porto Alegre: UFRGS Editora, pp. 41-48.
- Piazzo, M.A. (1997). O que foi a Peste Negra? Aspectos médicos. *Janus Rev. De História e Ciências Sociais*, I (2), Disponível em:
<http://www.dhi.uem.br/publicacoesdhi/janus/1997/JANUS_02.htm>. Acesso em: 28/11/07.
- Pichon-Rivière, E. (1982). *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pociello, C. (1995). Os desafios da leveza: as práticas corporais em mutação. In: D. B. Sant'Anna, (Org). *Políticas do corpo – elementos para uma história das práticas corporais*. (pp. 115-140). São Paulo: Estação Liberdade.

- Recalcati, M. (2004). A questão preliminar na época do outro que não existe. In: *Latusa – Rev. da Escola Brasileira de Psicanálise*, 1 (7). Disponível em: http://www.latusa.com.br/latmartex7_2.pdf com Acesso em: 27/08/2006.
- Rezende, A. M. (1999). *A questão da verdade na investigação psicanalítica*. São Paulo: Papyrus.
- Rezende, J.M. (2003). Caminhos da Medicina. *Revista Paraense de Medicina*, 17 (1), 38-47.
- Ribeiro Jr., W. A. (2007). *O templo de Asclépio em Pérgamo*. Portal Graecia Antiqua, São Carlos. Disponível em: <<http://greeciantiga.org/img/tpl/i382.asp>>. Acesso em: 06/01/2007.
- Rolnik, S. (1996). Inconsciente Antropofágico, texto apresentado no colóquio *Encontros Internacionais Gilles Deleuze* (RJ e SP, 10-14 junho 1996). 14-27. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Toxicoidentid.pdf>. Acesso em: 03/07/07.
- Romera, M. L. C. (2002). Postura Interrogante-Interpretante: Por quem os sinos dobram? In: L. M. Barone (Org). *O Psicanalista: Hoje e Amanhã – O II Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos por Escrito*. (pp. 47-56.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sehre, M., & Ferraz, F. C. (1997). The health's concept. *Revista de Saúde Pública*. [online], 31(5). 538-542. Disponível no site: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/02/2007.
- Silva, M.C.P. (2003). *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zimerman, D.E. (2000). *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO 1 – Do poema

DO CORPO

Ontem eu queria ter um corpo
 Um corpo que aplacasse o meu
 Onde eu pudesse me escorar.
 Simplesmente me escorar
 E esquecer de todos os outros corpos

Corpos inchados
 Corpos esqueléticos
 Corpos quase-mortos
 Corpos tão vivos, de tão vivos, quase mortos, em emergência.

Ontem
 Só ontem
 A dor era tão grande, a dor da falta,
 Essa enorme dor d'alma,
 Que só um corpo
 Um corpo.

Podia até sem ter alma
 Podia
 Era só um corpo
 Que eu queria

Ontem
 Foi ontem
 E hoje
 Só hoje
 Pude escrever da dor de ontem

Da dor no corpo
 Da cor do corpo
 Da cor
 Do pó
 Do corpo.

(Poema escrito após a passagem rotineira
 no corredor do Pronto-Socorro, em 20.04.2005
 e 06 meses de atividades como psicóloga no
 HC e 09 meses após a morte do meu avô)

ANEXO 2 – Juramento de Hipócrates

“Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado; deixarei essa operação aos práticos que cuidam disso. Em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto!

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça!”

ANEXO 3 – Termo de Consentimento Individual

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou psicóloga do Setor de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, e estou fazendo uma pesquisa com a orientação do Prof. Dr. Caio César Souza Camargo Próchno.

Este trabalho pretende ser o início de uma linha de pesquisa visando um aprofundamento no conhecimento do funcionamento psíquico das pessoas hospitalizadas, desenvolvendo estratégias de atendimento psicológico e instrumentalizando novos pesquisadores e psicólogos que trabalham, pesquisam e estudam a Psicanálise, que é uma linha de estudo da Psicologia.

O(s) pesquisador(es) se comprometem a reservar sua identidade (ninguém saberá o seu nome) e suas informações no anonimato. Os dados obtidos através da análise dos atendimentos, quando divulgados, não poderão ser associados a você. O nome de todas as pessoas que participarem da pesquisa jamais será divulgado, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além dos pesquisadores. (Conf. *Ítem IV.1.g da Res. CNS 196/96*) Você tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização, sem qualquer prejuízo e sem sofrer qualquer dano (*ítem IV.1.f*), podendo também obter esclarecimentos antes ou durante o curso da pesquisa (*ítem IV.1.e*).

Caso você aceite participar da pesquisa será solicitado que assine o certificado de consentimento para documentar sua decisão, cujo documento você terá uma cópia assinada (Conf. *Ítem IV.2.d da Res. CNS 196/96*).

Certificado de Consentimento

Eu, _____, declaro haver recebido os esclarecimentos acima e que pude fazer perguntas e esclarecer minhas dúvidas a respeito do assunto. Aceito participar da pesquisa acima referida, sob a responsabilidade dos pesquisadores Daniela Rodrigues Goulart e orientação do Prof Dr.Caio César Souza Camargo Próchno (034-3218-2420), conforme os critérios apresentados no termo de consentimento, sabendo que minha participação é inteiramente voluntária.

Uberlândia, _____ de _____ de 2006

Nome: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistador: _____

(Daniela Rodrigues Goulart - contato: 34 3218-2420)

ANEXO 4 – Modelo de Autorização Institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA REALIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PESQUISA EM PSICOLOGIA APLICADA

O _____ (Nome da Instituição),
_____ (sigla), inscrito no CNPJ sob o no. _____, sediada
na Rua _____, Bairro _____, na cidade de
Uberlândia, MG, Brasil, neste ato representada por

_____ (nacionalidade), _____ (estado civil),
_____ (profissão e cargo), portador da identidade
_____ e CPF no. _____, **AUTORIZA**

Daniela Rodrigues Goulart, brasileira, solteira, psicóloga do Hospital de Clínicas da UFU, inscrita no CRP 17423-04, com identidade no. MG7.792.128, SSP MG e CPF 036.534.016-23, residente e domiciliada na Av. Rondon Pacheco, 3738, apto 311, Bairro Saraiva, Uberlândia, MG, a realizar a pesquisa em Psicanálise no âmbito hospitalar intitulada: “Corpo-Metá(for)”: Fragmentação, Contemporaneidade e Psicanálise”, nas dependências do HC através de atendimentos psicológicos a indivíduos hospitalizados nesta instituição ou seus responsáveis legais. **AUTORIZA** também a divulgação dos resultados da referida pesquisa através de sua Tese a ser defendida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada (Mestrado) da Faculdade de Psicologia da UFU e publicações científicas (periódicos e livros técnicos), sendo que houve o esclarecimento prévio acerca de não divulgação através da referida pesquisa, da identificação dos sujeitos participantes, em conformidade com o disposto na Resolução no. 196 de 10 de Outubro de 1996 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e demais disposições legais, que visem proteger a dignidade da pessoa, sua privacidade e imagem.

_____ (Nome por extenso da Instituição)

_____ (Assinatura e carimbo do representante legal)

UBERLÂNDIA, _____ DE _____ DE 2006.

Pesquisador Responsável: Daniela Rodrigues Goulart - contato: (34) 3218-2420
Comitê de Ética e pesquisa: (34) 3239-4131

ANEXO 5 – Aprovação para realização da pesquisa no Comitê de Ética



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 263/06

Registro CEP: 152/06

Projeto Pesquisa: "Corpo-metá(for)á: fragmentação, contemporaneidade psicanálise".

Pesquisador Responsável: Caio César Souza Camargo Próchno

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEI manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Aprovado

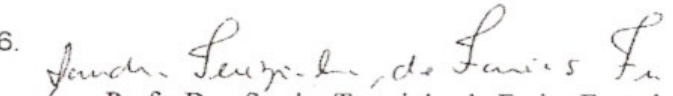
O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

Data para entrega do Relatório parcial: novembro/2006

Data para entrega do Relatório Final: dezembro/2007

Uberlândia, 8 de setembro 2006.


Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante e quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a eventual adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/99 item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

ANEXO 6 - Figuras

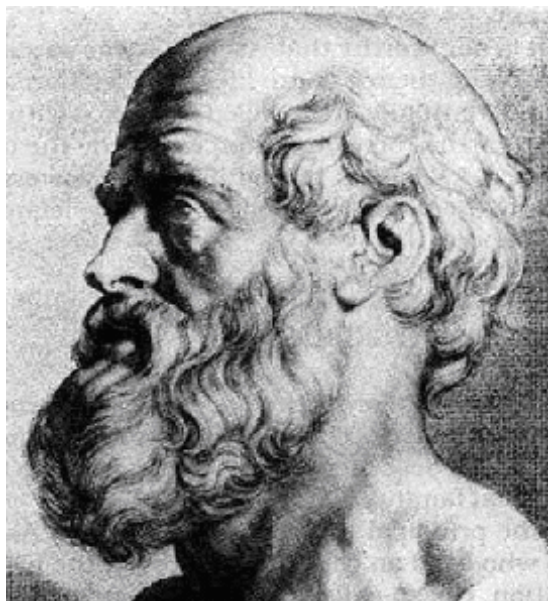


Figura 1: HIPÓCRATES, o “Pai da Medicina”

Médico considerado “Pai da Medicina”, maior representante da chamada “Escola de Cós”

Fonte: Boletim on-line Biografias y vidas (2004).



TEXTO ORIGINAL EM GREGO

Figura 2: Manuscrito do Juramento Original de Hipócrates

Fonte: Rezende (2003)



Figura 3: ASCLÉPIO: o “Deus da Medicina” da Grécia Antiga

“Asclépio ‘jovem’” - Cópia romana provável de um original grego da autoria de Alcamenes. Data do original: *c.* -400. Musei Vaticani, Braccio Nuovo. Foto: L. Flood.

Fonte: Ribeiro Jr. (1997-2007)



Figura 4: Lavatório do templo

Na Fig. 4 vemos parte do lavatório do templo, “onde eram efetuadas as lustrações e banhos rituais que precediam o ‘sono terapêutico’ (*enkoimesis* ou *incubatio*) dos devotos.”

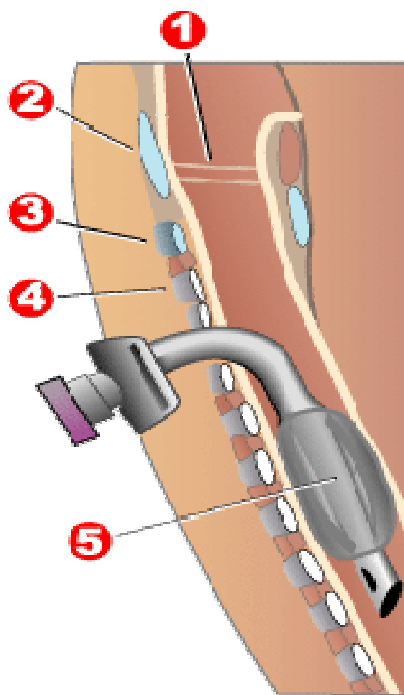
Fonte: Ribeiro Jr. (2007).



Figura 5: O templo de Asclépio em Pérgamo -Vestígios da colunata principal do *asclepieion** de Pérgamo, Turquia. Data: séc. II.

“*Asclepieion* era o nome dado aos templos dedicados a Asclépio, deus da medicina. Na Antigüidade, foram erigidos templos dedicados ao deus em muitos lugares, especialmente no final do Período Helenístico e no Período Greco-Romano. O *asclepieion* de Pérgamo, um dos mais notáveis, deve ter sido visitado em algum momento pelo médico Galeno, que viveu em Pérgamo durante alguns anos.” (Ribeiro Jr, 2007)

Fonte: Ribeiro Jr. (2007).



Traqueostomia completada:

- 1 - Cordas vocais
- 2 - Cartilagem tireóide
- 3 - Cartilagem cricóide
- 4 - Cartilagens traqueais
- 5 - Balão

Figura 7: Ilustração do procedimento de Traqueostomia e seus elementos.

Fonte: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Traqueostomia>>. Acesso em: 23/09/07.