UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIANO HENRIQUE DA SILVA RIBEIRO DO VALLE

**Pacientes acometidos pelo Trauma Raquimedular:
considerações de um psicanalista no contexto hospitalar**

São Paulo

2014

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIANO HENRIQUE DA SILVA RIBEIRO DO VALLE

**Pacientes acometidos pelo Trauma Raquimedular:
considerações de um psicanalista no contexto hospitalar**

(Versão Revisada)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Léia Prizskulnik

São Paulo

2014

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

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Valle, Luciano Henrique da Silva Ribeiro do.

Pacientes acometidos pelo Trauma Raquimedular: considerações
de um psicanalista no contexto hospitalar / Luciano Henrique da Silva
Ribeiro do Valle; orientadora Léia Prizskulnik. -- São Paulo, 2014.

85 f.

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

1. Lesão medular 2. Tetraplégico 3. Psicologia hospitalar 4.
Psicanálise 5. Silêncio em psicanálise I. Título.

RD594.3

Nome: Valle, Luciano Henrique da Silva Ribeiro do

Título: Pacientes acometidos pelo Trauma Raquimedular: considerações de um psicanalista no contexto hospitalar

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

A minha Frô e Todinha,
minha família.

Agradecimentos:

Agradeço, em primeiro lugar, a todos os pacientes que compartilharam suas singularidades e construíram comigo tantos encontros analíticos.

Agradeço aos profissionais das equipes, sem exceção, que não só ensinaram, mas também construíram comigo as especificidades dos atendimentos na Clínica de Lesão Medular.

Agradeço à Profr^a. Dr^a Léia Prizskulnik, minha orientadora, que da escuta para um “quase Nobel”, possibilitou a realização deste trabalho único (e tantos outros...).

Agradeço às meninas do Serviço de Psicologia por tudo de cada dia.

Agradeço à Renata.

Agradeço à Marina.

Agradeço ao Egon.

Agradeço ao meu pai e minha tia Paula.

Agradeço à família e amigos.

Agradeço à Priscilla, imprescindível, desde que chegou e sempre.

“Embora tenha afirmado, no início, que a consciência, a meu ver, é a maior infelicidade para o homem, sei que ele a ama e não a trocará por nenhuma outra satisfação”.

(Memórias do Subsolo,
Fódor Dostoiévski)

Resumo

Valle, L. H. S. R. (2014). *Pacientes acometidos pelo Trauma Raquimedular: considerações de um psicanalista no contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O sujeito acometido pelo Trauma Raquimedular (TRM) seguido de lesão medular (LM) perde a sensibilidade e a motricidade de parte ou de quase todo o corpo, além do funcionamento do organismo ficar desregulado. Podem ser caracterizados em cinco grupos: Tetraplegia ou paraplegia, completas e incompletas, ou normal. Este trabalho foi uma proposta de revisitar, sob a luz das teorias freudo-lacanianas, o conteúdo dos atendimentos psicanalíticos a sujeitos com este acometimento, realizados no Hospital das Clínicas – SP. A partir de relatos elaborados, recuperando evoluções e anotações dos Prontuários do Paciente e Protocolos do Serviço de Psicologia, de atendimentos a dez pacientes, foi possível não só re-investigar psicanaliticamente o material escutado das livres associações, como também construir mais sistematicamente o caminho traçado pelo atendimento psicanalítico nas especificidades da clínica de Lesão Medular. Para tanto, o alicerce de suporte foi o constructo silêncio, explorado teoricamente junto ao seu alcance na prática clínica, que em sua singularidade marcou este encontro analítico entre os pacientes com tetraplegia e o psicanalista em contexto hospitalar.

Palavras-chave: Lesão Medular, tetraplegia, psicologia hospitalar, psicanálise, silêncio em psicanálise.

Abstract:

Valle, L. H. S. R. (2014). *Patients affected by Rachimedullary Trauma : considerations of a psychoanalyst in the hospital context*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The subject affected by Rachimedullary Trauma (RMT) followed by Spinal Cord Injury (SCI) loses the sensibility and the motor of part or of its entire body, and also suffers from the deregulation of its body's functioning. These traumas can be characterized into five groups: Tetraplegia and paraplegia, complete and incomplete, or normal. This work is a proposal to revisit, under the freud-lacanian theories, the content of psychoanalytic care to subjects with this condition, performed at Hospital das Clínicas – São Paulo. elaborate reports from recovered annotations of the Medical Records of Patients and Protocols of the Psychology Department, from the psychoanalytic care of ten subjects, it was not only possible to psychoanalytically re-investigate the heard material from the free associations, but also to build more systematically the route delineated by psychoanalytic care on the specificities of the clinical Spinal Cord Injury. For this purpose, the foundation supporting was the construct of silence, theoretically explored along its range in clinical practice, that in its singularity marked this analytic encounter between patients with tetraplegia and the psychoanalyst in a hospital context.

Keywords: Spinal cord injury, tetraplegia, hospital psychology, psychoanalysis, silence in psychoanalysis.

Sumário

Sumário	1
Introdução.....	2
Capítulo 1: Do trauma raquimedular à singularidade dos sujeitos.....	10
1.1 A assistência especializada e o trauma raquimedular:	10
1.2 Psicologia em contexto hospitalar e escuta psicanalítica	15
1.3 A escuta psicanalítica da singularidade dos sujeitos.....	21
1.4 Escutar o silêncio.....	23
Capítulo 2: Considerações metodológicas	26
Capítulo 3: Silêncio em teoria	33
Capítulo 4: Silêncio na clínica com lesado medular: um testemunho	44
4.1 Escuta do silêncio: busca pela fala efetiva	44
4.2 Escuta do silêncio: o que quer dizer o silêncio.....	54
4.3 Escuta do silêncio: o que quer o silêncio dizer.....	63
4.4 Escuta do silêncio: algumas formulações a mais	68
Capítulo 5: Considerações finais	77
Referências bibliográficas	80
ANEXO A - Pesquisa em Prontuários de Pacientes: resumo das especificidades	85

Introdução

Trauma Raquimedular (TRM) é a expressão que nomeia um dano físico, normalmente agudo, provocado à medula espinhal por um fator mecânico, decorrente, em geral, de queda, acidente no trânsito ou no trabalho, ferimento por arma branca ou de fogo etc. Segundo Greve et al. (2001), o TRM é a principal causa, quase a única, das lesões medulares, impondo ao sujeito mudanças tão diversificadas como complexas, de maneira muito provavelmente abrupta e inesperada.

Como a grande maioria desse trauma é devido a um fator externo, pertencente ao meio em que o acometido estava inserido, acontece sem qualquer previsão ou anúncio. Assim, e os relatos recorrentes de pacientes lesados medulares comprovam isto, “em um pequeno instante”, “em um detalhe”, o sujeito deixa sua condição atual de vida para começar a viver sob a condição de uma plegia, seja uma paraplegia, ausência de sensibilidade e movimentos da cintura para baixo; seja uma tetraplegia, essas mesmas ausências da altura do pescoço para baixo.

Atualmente, para se classificar o diagnóstico do paciente precisamente entre paraplegia ou tetraplegia, realizam-se testes relativamente simples. Por meio de estímulos dolorosos, térmicos, texturizados ou mecânicos, pode-se mensurar o grau de déficit neurológico que o sujeito adquiriu, pautado em uma escala padronizada pela American Spinal Injury Association (ASIA, 2000).

Del Bel, Silva e Mladinic (2009) explicam que a classificação da lesão medular é simples, sendo efetivada clinicamente. Entretanto, sua evolução e seus mecanismos são muito complexos e dinâmicos, não sendo totalmente compreendidos ainda hoje, o que torna o prognóstico bastante incerto. Não é possível explicar, tampouco, por que a medula não consegue se regenerar; ou mesmo por que seus tecidos lesados não se reconectam, o que impõe à lesão medular e a suas sequelas o caráter de irreversíveis.

Há alguns poucos relatos e registros de pacientes que se recuperaram parcial ou totalmente, revertendo o quadro de plegia àquela condição anterior ao trauma raquimedular. No entanto, nem nesses casos há uma explicação clara, ou mesmo

registros técnicos, de como a reversão ocorreu. Sabe-se apenas que, apesar dos numerosos e expressivos avanços da medicina, ainda não há qualquer tratamento ou terapêutica que permita uma progressão positiva da lesão medular, ou mesmo que induza sua reversão parcial ou total. Ainda segundo Del Bel, Silva e Mladinic (2009), atualmente se pode ter expectativas importantes no que diz respeito à evolução do conhecimento científico no sentido da cura. Mas não há como estimar uma data, nem mesmo em décadas.

Além de ter de experienciar, muito provavelmente para toda vida, a ausência de suas funções motoras e sensoriais abaixo do local da lesão na medula espinhal, o sujeito acometido pela lesão medular, segundo essas mesmas autoras, também pode ter suas funções vegetativas desreguladas ou mesmo interrompidas, temporária ou definitivamente. Isso provoca uma involução do funcionamento orgânico vegetativo, com o alcance do prejuízo determinado também pela altura da lesão sofrida. O paraplégico tem menos funções vegetativas prejudicadas, por vezes limitado-se à ausência no controle esfinteriano. Já o tetraplégico pode desenvolver até mesmo a impossibilidade de respiração diafragmática. Pode-se imaginar, então, o que isso significa para o lesado medular, tanto em demanda afetiva quanto em elaboração, diante de seu quadro físico atual. Pondere-se, ainda, o tempo que uma reorganização mínima de seu funcionamento orgânico vegetativo pode lhe custar.

Quando iniciei os atendimentos psicanalíticos a estes pacientes, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT-HCFMUSP), confesso que era muito presente a expectativa de que um trauma físico de tal monta, com todas as suas sequelas, implicaria, necessariamente, um trauma psíquico igualmente importante e devastador.

A literatura sobre um mapeamento sociodemográfico dos lesados medulares no Brasil é bastante escassa. Como não há uma notificação compulsória destes casos e não há sistematização no registro de ocorrências nos órgãos governamentais (Campos, 2006), não é possível delinear com precisão sobre esta população: quantos são; como são acometidos; quantos, como e aonde são tratados.

No entanto, há trabalhos relevantes que se propõem a pesquisas circunscritas a âmbitos menores ou que abrangem esta população de maneira indireta, como por exemplo, nos recenseamentos para os ministérios da Saúde e do Trabalho, mas primordialmente do Transporte (Ministério dos Transportes, 2004; Siscão et. al, 2007;

Alves et. al, 2009; Gonçalves et al, 2007; Campos, 2006; Gaspar, et. al, 2003; Santos, 1989). Assim, apesar de não haver um mapeado específico e completo da população brasileira com lesão medular, ainda pode-se afirmar que, junto com suas consequências, esta afecção é uma preocupação atual no Brasil.

A pesquisa bibliográfica possibilitou o acesso a trabalhos que se desenvolviam na relação existente entre tratamento e a reação/evolução do paciente, buscando uma atenção a estes indivíduos e suas vivências. Em sua maioria, eram trabalhos por médicos ou por equipes de enfermagem, com um destaque especial para avaliação de Qualidade de Vida dos pacientes, concentrados muito no momento de reabilitação.

Já no que diz respeito à Psicologia, bem poucos trabalhos com lesados medulares foram encontrados. Os levantados também se focavam mais no momento da reabilitação do paciente e alguns destacavam o meio (social ou familiar). No âmbito da psicanálise, menos trabalhos ainda, encontrando apenas alguns que diziam da relação imagem e esquema corporal, nem sempre relacionados a lesão medular especificamente, mas sim a outras afecções como deformidades crano-faciais.

Apesar da escassez de estudos nesta interface psicanálise e lesão medular, havia, ainda, a crença de que a psicanálise seria a alternativa ideal para o atendimento, pois a postura ética psicanalítica de atendimento convoca o sujeito sofredor a ir além do sofrimento e, portanto, a transcender o terapêutico. Parecia ter-se, então, um tripé de sustentação bastante coeso para os atendimentos naquele contexto: trauma físico avassalador, trauma psíquico devastador, proposta de atendimento psicanalítico. Entretanto, esse tripé não sustentava totalmente as expectativas diante desses atendimentos nem respondia a importantes inquietações, principalmente as que diziam respeito a um constructo que se impôs: o silêncio.

No início desse percurso de prática clínica com os pacientes lesados medulares, esse silêncio aparecia a cada atendimento e, de certa forma, se impunha, pelo menos na minha escuta psicanalítica singular. Era como se não fosse possível ao paciente dizer acerca de sua plegia e de seu trauma físico, ou talvez até mesmo de seu trauma psíquico. Assim, tudo parecia confirmar, conforme Uchitel (2001), que o “evento traumático impressiona, imprime e inscreve, mas não simboliza”. (p. 75)

Naquela ocasião, eu já estava em formação psicanalítica freudo-lacaniana. Em consequência, acreditava que aquilo que se revelava pertinente para a clínica psicanalítica, destacadamente em contexto hospitalar, não era tão avassalador quanto se afigurava o acometimento físico, mas sim como ele era experienciado naquele corpo singular por aquele sujeito específico. Portanto, como a lesão era vivenciada na singularidade de cada sujeito.

Assim, a interpretação desse silêncio como expressão do indizível não se mostrava suficiente, não encerrava a questão; e eu me indagava se era somente isso – ainda que nada irrelevante – que esse silêncio queria dizer. Com certeza, nos atendimentos, outros constructos também se insinuaram: suas significações e seus significantes apareceram, fazendo-se escutar. Mas o silêncio, recorrente nesta clínica psicanalítica particular, proporcionou-me questionamentos singulares, que foram além dos casos em si e das construções em supervisão clínica.

Dessa maneira, inserido neste contexto de formação psicanalítica, atuando no interior de uma instituição hospitalar de ensino e com uma questão que ultrapassava meus recursos no momento, nada mais plausível do que tentar respondê-la por meio de um estudo acadêmico. Foi nessa perspectiva que apresentei ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP-SP o projeto de mestrado de que esta dissertação é resultado.

Inicialmente, para fomentar a reflexão proposta, me pautei por uma questão mais genérica: “como o trauma raquimedular é vivenciado na singularidade de cada sujeito acometido?”. Comecei então, a vasculhar na literatura (percurso detalhado no capítulo “Considerações metodológicas”) o que havia de produção sobre trauma raquimedular, lesão medular, e a interface com a psicanálise.

Nesses trabalhos, retomando resumidamente, desenvolvem-se estudos na área médica acerca da relação existente entre o tratamento – em sua maioria realizado por médicos ou pela equipe de enfermagem – e a reação/evolução do paciente. O cerne da abordagem era, quase sempre, a avaliação de Qualidade de Vida dos pacientes, muito concentrado no momento do tratamento focado na reabilitação. Já no que diz respeito aos estudos pela psicologia, bem poucos trabalhos com lesados medulares foram encontrados e, também, concentravam-se mais no momento da reabilitação do paciente, com destaque recorrente para o meio em que o paciente estava inserido (social ou

familiar). Na interface com a psicanálise, menos trabalhos ainda: apenas alguns que abordavam a relação imagem-esquema corporal. Entretanto, desenvolvidos mais sobre outras afecções, como deformidades craniofaciais, do que sobre a lesão medular propriamente dita.

Entretanto, mesmo com essa escassa literatura específica, restavam duas grandes produções de conhecimento por meio das quais poderia desenvolver o presente estudo: o conteúdo construído nos atendimentos e a leitura dos clássicos em psicanálise, em especial Freud e Lacan, e a leitura de seus comentadores.

No que concerne ao conteúdo dos atendimentos realizados, este pôde ser acessado e insistentemente revisitado ao longo de todo o trabalho por meio de relatos (re)construídos a partir de anotações desses atendimentos psicanalíticos resgatadas nos Prontuários dos Pacientes e de protocolos preenchidos para documentação de registro interno do Serviço de Psicologia. Optou-se por essa documentação por tratar-se de uma fonte que permite estar o mais próximo possível do momento imediatamente posterior ao trauma, além de envolver tudo o que foi trabalhado no atendimento psicanalítico, que por definição não se limita apenas ao trauma sofrido pelo sujeito, mas sim o sujeito na sua vivência singular diante das consequências complexas do trauma.

Tal escolha coaduna-se, então, com a afirmação de Francisconi e Goldim (1998) de que o conteúdo de um prontuário – e, acredito, também os protocolos do Serviço de Psicologia – se constitui em um histórico da assistência prestada a cada paciente, construído ao longo de atendimentos realizados. Contudo, os autores observam que o prontuário é um documento de propriedade do próprio paciente; as instituições e os profissionais que o atendem são apenas seus fiéis depositários, devendo acessá-lo somente em casos especiais e específicos, como auditoria, ordem judicial, finalidade educativa e pesquisa.

Em relação ao resgate dos estudos psicanalíticos clássicos, revisei as teorizações da influência do trauma psíquico na dinâmica não só emocional mas também motora do sujeito. Além de percorrer, segundo Laplanche e Pontalis (2001), toda a obra freudiana, com diferentes acepções e graus de importância. Afinal, é exatamente pelo estudo das reações de histéricas ao trauma, entre 1890 e 1897, que a teoria psicanalítica tem início. Ao ler Freud, nos deparamos, muitas vezes, com a expressão dessas neuroses traumáticas em paralisias físicas parciais sem justificativas

médicas e, mais próximas ao contexto deste estudo, com o estupor no discurso do indivíduo, ou seja, o silêncio.

Por outro lado, retomando os ensinamentos de Lacan, sedimentei a importância de o sujeito acometido pelo trauma raquimedular buscar um reposicionamento, situando o TRM em seu discurso, pois, segundo o próprio Lacan (1998), o sentido só existe para o sujeito quando inserido numa cadeia de significantes. A oferta da escuta analítica nesse momento parecia se mostrar como potencialmente favorecedora para esse movimento do sujeito, podendo não só facilitar seu tratamento hospitalar mas também sua postura diante da reabilitação e da busca de uma reinserção em seus contextos nucleares significativos (familiar, social, de trabalho).

Desse modo, inicialmente, a proposta desta pesquisa e o levantamento bibliográfico mais problematizavam a questão do silêncio na clínica de atendimento ao paciente com lesão medular do que anunciavam respondê-la. Eu assimilava cada vez mais a importância desse constructo, tanto no que concernia ao termo teórico como em sua implicação prática. Mas também se reafirmava cada vez mais imprescindível a regra fundamental da psicanálise: escutar com atenção flutuante a associação livre. Assim, questionava o que esse silêncio queria dizer e como escutá-lo de acordo com os preceitos psicanalíticos.

Nesse ponto do trajeto, encontrei-me com uma obra que se revelou de grande relevância, não apenas para esse momento mas para a sustentação mais coesa de todo o trabalho desenvolvido em torno desses questionamentos: *O silêncio em psicanálise*, obra coletiva organizada por Nasio (1989). Com os constructos e as teorizações do “silêncio em psicanálise” apresentados por Nasio, foi possível compreender e desenvolver mais as significações da escuta psicanalítica do silêncio e como isso se construiu na minha prática de atendimento aos sujeitos acometidos pelo trauma raquimedular, seguido de lesão medular. Assim isso se constituiu como objeto último de estudo do trabalho aqui apresentado.

Com o objetivo de compartilhar o trabalho realizado, esta dissertação inicia-se com um capítulo intitulado “Do trauma raquimedular à singularidade dos sujeitos”, no qual busco contextualizar, em uma evolução (crono)lógica de acontecimentos, desde aquilo que me inquietou até as respostas e as questões que concluíram, mas não encerraram, meu trabalho clínico. Detalho mais pormenorizadamente o que é o trauma

raquimedular e sua seqüela principal, lesão medular, bem como a assistência especializada a essa afecção. Depois, tento localizar o leitor na minha prática específica no hospital, no qual fui contratado e convocado a atender a partir do lugar de psicólogo, mas onde respondi da posição de psicanalista. Finalizo então com algumas singularidades que esse atendimento psicanalítico a lesados medulares proporcionou e mapeio o caminho até a minha principal questão neste estudo: o construir-se da escuta psicanalítica do silêncio no atendimento aos sujeitos acometidos pelo trauma raquimedular seguido de lesão medular.

No capítulo seguinte, “Considerações metodológicas”, exponho com mais riqueza de detalhes o desenho de todo o percurso mais técnico da construção da pesquisa e da elaboração desta dissertação. Desde como realizei os levantamentos bibliográficos iniciais (e finais) até como se formou a postura de investigação e escrita. Não esquecendo, claro, os momentos mais práticos, como definição de amostra, instrumentos e linha teórica.

O que nos leva ao terceiro capítulo, “Silêncio em teoria”. Nessa parte, dedico meu esforço a reproduzir meu caminho teórico pela elaboração do constructo “silêncio em psicanálise”, que não só norteou mas também sustentou a execução da pesquisa prática e a escrita desenvolvida. Não enfrentei uma ampla revisão bibliográfica do tema, pois não era essa a proposta; mas enveredei por todos os textos que davam sentido à construção, sempre intrínseca à prática clínica presente, desse.

Em seguida, desenvolvo o capítulo “Silêncio na clínica com lesado medular: um testemunho”, que, como o nome anuncia, é o caminho mais específico dessa questão recorrente na minha prática clínica com lesados medulares. Para tanto, exponho inquietações, reflexões e inflexões marcadas pelo termo *silêncio*, tanto no que concerniu a sua presença nos atendimentos como naquilo que era de cunho teórico. Com esse entrelaçar constante entre teoria e prática – que muitas vezes coincidiam quase imperceptivelmente –, convido o leitor a experimentar e vivenciar esta construção que me é cara, do ponto de vista acadêmico e de assistência: a escuta do silêncio.

Por último, nas “Considerações finais” o esforço vai na direção para permitir ao leitor (e também a mim mesmo) uma conclusão para todo o caminho percorrido, sem, contudo, encerrar o trabalho em si mesmo. Nesse capítulo, encontram-se considerações

que mais remetem a um convite a outras inquietações e questões, mesmo em silêncio, do que um fim.

Capítulo 1: Do trauma raquimedular à singularidade dos sujeitos

1.1 A assistência especializada e o trauma raquimedular:

Castro e Bornholdt (2004) afirmam que, embora bastante utilizada no Brasil, a designação “Psicólogo Hospitalar” seria inadequada, por remeter a uma lógica que toma como referência apenas o local da atuação profissional. De acordo com elas, o psicólogo tem, entre suas alternativas de trabalho, a atuação em hospitais. Nesse sentido, suas funções nessa área revelariam mais uma estratégia da Psicologia da Saúde que uma especificidade profissional. Dessa maneira, o psicólogo inserido no hospital seria aquele que reúne e aplica conhecimentos e técnicas da psicologia da saúde, visando a assistência integral do paciente hospitalizado. Em decorrência disso, as autoras preferem utilizar a denominação proposta por Chiattonne (2000)¹: “psicologia em contexto hospitalar”.

Compartilhada pelos psicólogos que atuam no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas (IOT-HCFMUSP), essa proposta alcança mais do que uma troca de nomes, na medida em que convoca uma mudança na concepção do que sejam a inserção e a função do psicólogo em um hospital. Entende-se, com essa renomeação, que o profissional, independentemente de onde esteja atuando, é, acima de tudo, um psicólogo. E sua responsabilidade ética primeira é com o seu atendido (“paciente”, “cliente”, “sujeito”). Isso não quer dizer que se deva desconsiderar o contexto em que sua prática se insere; pelo contrário, nessa perspectiva a contextualização é ainda mais pertinente, pois envolve aquele que deve ser o maior favorecido: a pessoa atendida.

Foi nesse contexto, e para assumir esse lugar, que fui recebido pelo Serviço de Psicologia do IOT em 2010. Esse serviço se organiza compartilhando a divisão de clínicas de assistência do IOT, que, como em todos os outros do complexo HC, também se estrutura em clínicas especializadas e objetivadas em atendimentos específicos para

¹ Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde – um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Psicologia, pp. 73-165.

diferentes perfis de acometimento ortopédico. Portanto, naquele momento, poderia escolher atuar em três dessas clínicas: trauma e amputação, paralisia cerebral ou trauma raquimedular.

No processo de escolha, dois critérios foram decisivos: trabalhar com o trauma físico mecânico, ou seja, com aquilo que incidia de maneira mais aguda e menos crônica no corpo do sujeito (o que descartava a clínica de paralisia cerebral); e dispor um tempo mínimo razoável de atuação junto ao paciente logo após o trauma (o que se revelava incompatível com o atendimento predominantemente ambulatorial da clínica de trauma e amputação). Assim, “escolhi” a Clínica de Trauma Raquimedular (TRM).

Para um maior delineamento desse contexto em que minha inserção estava se dando e no qual este presente estudo se construiu, faz-se necessário explicar inicialmente o que é lesão medular, sequela física do Trauma Raquimedular (TRM), ou seja, a especificidade tratada na Clínica de Trauma Raquimedular: acometimento dos pacientes, sujeitos desta pesquisa, atendidos por mim.

A lesão medular é caracterizada pelo prejuízo acometido à medula espinhal, que pode se manifestar em dois momentos diferentes: a lesão primária, que tem quatro mecanismos possíveis: o impacto associado à compressão persistente; fragmentos ósseos e fraturas com deslocamento; impacto associado à compressão transitória; laceração ou transecção. E a secundária, que são eventos secundários, aparecendo minutos ou semanas após a maioria das lesões primárias, induzida pela contusão da medula espinhal. São mecanismos dinâmicos e complexos, ainda não totalmente compreendidos, dificultando o fechamento do prognóstico (Del Bel, Silva e Mladinic, 2009).

A American Spinal Injury Association (ASIA, 2000) padronizou o instrumento International Standards for Neurological Classifications of Spinal Cord Injury (ISCOS), para facilitar a avaliação e a classificação dos pacientes, norteados as condutas de tratamento. Por meio dele, podemos classificar a lesão medular como tetraplegia (que substituí o termo quadriplegia) completa e incompleta, paraplegia completa e incompleta e normal, ou seja, sem déficits. Para tanto, utiliza-se uma gradação na medida de força muscular e acuidade sensitiva, variando de 0 (zero) até 5 (máximo/normal), incluindo a variável “Não Testável” (NT), quando não se garantem as condições ideais na avaliação. E, assim, obtém-se a gradação do prejuízo que

acomete o sujeito, que possui cinco estágios: A = Completo, B = Sensório incompleto, C = Motor incompleto, D = Motor incompleto e E = Normal.

Isso significa que o sujeito pode perder a sensibilidade e a motricidade de alguma parte ou de quase todo o corpo, além de o funcionamento do seu organismo ficar desregulado. Del Bel, Silva e Mladinic (2009) descreveram de maneira acessível e clara os acometimentos inerentes ao paciente que se torna plégico:

A lesão medular pode produzir perda completa das funções motoras, sensoriais e vegetativas abaixo do local da lesão. Na fase inicial da lesão, conhecida como choque espinhal, as inervações vasomotoras e viscerais permanecem em completo silêncio. Isto resulta não somente em arritmia cardíaca, mas também em episódios de hipotensão e hipertensão (disreflexia autonômica). Além disso, ocorre atonia dos ductos eferentes urinários, estômago e intestino, juntamente com sintomas de paralisia do fêmo, disfunções endócrinas, como hiperglicemia, disfunções do metabolismo eletrolítico e no controle da temperatura corpórea. Durante o declínio do choque espinhal, aproximadamente quatro a seis semanas após o acidente, os reflexos patológicos e a espasticidade geralmente se desenvolvem devido à ausência de controle supra espinhal (p. 443).

Assim, percebe-se que o paciente acometido por uma lesão medular e pelas contingências dessa nova condição, experienciará, em maior ou menor grau, diversificadas mudanças físico-orgânicas. Mudanças que, para Greve et al. (2001), são tão complexas que o tratamento só se revela eficiente em uma abordagem terapêutica multiprofissional.

Soma-se, ainda, o fato de que tudo isso poderá acometer o sujeito de modo abrupto e inesperado. Isso porque, ainda segundo essa autora, a maior causa desse tipo de lesão é a traumática mecânica (acidente automobilístico, quedas, ferimento por arma de fogo, entre outros), nomeada como Trauma Raquimedular (TRM).

Dessa maneira, o contexto de tratamento/internação do paciente acometido pelo TRM no IOT desenha-se nos seguintes termos: dado o acometimento físico mecânico (TRM) de uma pessoa, segue-se o resgate pelas equipes socorristas e a entrada em algum hospital, seguindo-se os protocolos médicos e as orientações das políticas do sistema de saúde. Nesse hospital, dão-se os primeiros atendimentos, a continuação dos primeiros socorros e a elaboração da hipótese diagnóstica.

Depois de definido o diagnóstico de fratura na coluna, mais especialmente quando há suspeita de alguma lesão na medula, em virtude da presença de qualquer déficit motor, há a solicitação de encaminhamento ao IOT-HC, que dispõe de uma

clínica de especialidade e referência para tratar essas afecções. Até que se torne viável essa transferência, não raro o paciente recebe como cuidados apenas a imobilização de seu corpo (colar cervical e coletes). Assim, quando chega ao HC, entre as várias coisas que poderiam ser evitadas com tratamento inicial adequado, as escaras de pressão são as mais custosas ao paciente e à equipe.

No Hospital das Clínicas, a porta de entrada é o pronto-socorro (PS), e o Instituto de Ortopedia tem um PS próprio. Nele, a equipe dá continuidade e complementaridade ao tratamento inicial (pode ocorrer de os socorristas encaminharem o paciente direto ao HC, ainda seguindo a logística do sistema de saúde pública). Confirmada a hipótese diagnóstica de fratura na coluna seguida de lesão medular, duas condutas são possíveis aos ortopedistas responsáveis pelo caso: tratamento conservador ou cirúrgico.

Apesar de haver grande diferença na opção de conduta – cirurgia é um procedimento invasivo e acompanhado de alguns riscos inerentes –, o percurso de internação e o tratamento mais global que qualquer dessas condutas envolve se configuram mais ou menos da mesma maneira.

Quase invariavelmente, depois do PS, o paciente permanece um tempo sob os cuidados da equipe de intensivistas na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), além dos ortopedistas que já conduziam o tratamento. Mesmo que não sofra uma intervenção cirúrgica, o período logo após o trauma físico requer cuidados “intensivos”, principalmente no que diz respeito ao funcionamento vegetativo, que se apresenta alterado e pode prejudicar a recuperação do sujeito, em especial o que concerne ao trato respiratório.

Quando há maior estabilização clínica, principalmente a sua dinâmica respiratória, o paciente que responde aos critérios de alta da UTI vai para outra enfermaria; uma enfermaria especializada em afecções da coluna e, portanto, também da lesão medular.

Ali, a dinâmica de tratamento se configura pelo intuito de progredir a estabilização clínica então obtida na etapa anterior e iniciar o processo de reabilitação do paciente. Com isso, ele permanece um tempo sob os cuidados de uma equipe multidisciplinar especializada nesses casos. Inicialmente, ainda sob assistência médica

ortopédica e, depois, com alta dessa especialidade, passa a ficar sob os cuidados dos médicos fisiatras, que intensificam o investimento na reabilitação.

Se necessário, em razão de alguma complicação clínica mais específica ou da existência de escaras por pressão, há um suporte das equipes médicas clínica e plástica, respectivamente. Além, é claro, do constante apoio da equipe de infectologistas. E, em alguma intercorrência que vá além da competência específica dessa enfermaria, há o trabalho de interconsulta, ou mesmo transferência, para outras especialidades do complexo HC (Psiquiatria, Urologia ou mesmo retorno à UTI).

Cabe destacar que, durante todo o tratamento, independentemente de em qual hospital ou enfermaria o paciente esteja sendo assistido, outros profissionais com suas especialidades também estarão prestando seus serviços. No IOT, mais especificamente, em conjunto com todas as especialidades médicas já citadas, outras integram a equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento do paciente com trauma raquimedular: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e psicólogo. E aqueles sem contato direto com o paciente, mas não menos importantes: responsáveis pela limpeza, oficial administrativo, secretaria e responsáveis pela cozinha.

Além de toda essa equipe, na enfermaria de especialidade em coluna, é permitido e incentivado um acompanhante em tempo integral aos pacientes. E os horários de visita são mais dilatados, o que proporciona maior contato com a família (o que não é possível na UTI, onde o contato com familiares se restringe a visitas de pequenos intervalos).

Diante das diversas possibilidades de instauração de sofrimento, a equipe multidisciplinar procura – e na maioria das vezes consegue – assistir, cuidar e tratar desse paciente. Responde e corresponde a quase todas as necessidades, cuidados e demandas.

Assim, tamponando-se eficientemente tudo o que acomete e pode acometer o paciente, por vezes este fica sem saber como se expressar e cuidar de si. Questões relativas à experiência vivida pelo sujeito nesse momento, a como ele poderia se colocar na sua mais pura singularidade diante de tudo o que se passa, às vezes, independentemente dele, não têm espaço na dinâmica desse tratamento.

Talvez daí, nesse espaço já ocupado por tantas terapêuticas, surja a demanda para o atendimento realizado pelo psicólogo em contexto hospitalar. E talvez seja no esforço por proporcionar ao paciente um espaço para a manifestação de sua singularidade que o Serviço de Psicologia do IOT encontre um lugar próprio na clínica de atendimento ao traumatizado raquimedular.

No IOT, esse serviço está vinculado à divisão de medicina física e responde a uma diretoria com membros médicos. É composta, atualmente, de cinco psicólogos contratados e um aprimorando, dentro de um programa com duração de um ano. Todos atuam em enfermarias e ambulatórios, completando as respectivas equipes multidisciplinares. Os atendimentos psicológicos ofertados por esse serviço iniciam-se pelo encaminhamento do paciente assistido pela equipe. Apesar de o pedido ter um caráter protocolar (há um formulário padronizado para isso), as demandas que o motivam são diversas: podem partir de algum membro da equipe multidisciplinar, do próprio paciente ou mesmo de algum acompanhante/familiar do paciente.

Diante disso, cabe ao profissional do Serviço de Psicologia examinar essa solicitação de atendimento, de modo a transcender o protocolo e escutar as especificidades da demanda, que nunca é uma demanda qualquer. Com isso, pode-se ter uma ideia de se é possível e provável uma intervenção psicológica no caso, em benefício do maior interessado: o paciente em seu tratamento.

1.2 Psicologia em contexto hospitalar e escuta psicanalítica

Partindo da premissa de que o lugar do qual o psicólogo responde dentro de uma equipe de saúde em um hospital é o lugar de profissional da psicologia, pautado em sua ética própria, preceito que está sempre presente na Psicologia do IOT, como entender o lugar de um psicanalista nesse ambiente? Pois, se o profissional é contratado como psicólogo hospitalar, para trabalhar em um Serviço de Psicologia dentro de uma instituição hospitalar, espera-se então que ele responda desse lugar que está assumindo como seu. Ou seja, espera-se que responda do lugar de psicólogo em contexto hospitalar.

Acredito que essa resposta seja singular, isto é, somente aquele psicanalista pode responder de seu lugar em contexto hospitalar. Assim, somente eu posso responder do

meu lugar no contexto hospitalar do IOT. E como seria de esperar, se sou psicanalista, ainda que em formação (*interminável*, na verdade), é desse lugar que respondo. Portanto, respondo do lugar de psicanalista em contexto hospitalar.

Lacan, em 1966, já afirmava que o lugar implicado ao psicanalista em um hospital era marginal. E isso se deveria principalmente ao posicionamento da medicina diante da psicanálise, que pressupunha uma ajuda exterior, um auxílio complementar, uma assistência terapêutica. Já pelo lado dos psicanalistas, Lacan, apesar de expressar sua insatisfação quanto a isso, acreditava que o lugar sustentado por esses profissionais era de extraterritorialidade.

Esses lugares dados aos psicanalistas ainda estão presentes até hoje nas equipes de instituição hospitalar, apesar dos apontamentos de Lacan já serem de longa data. No entanto, não é da ordem do errado e refutável que devemos experienciar esses lugares, menos ainda aquele que, ingenuamente, nos parece mais incômodo: o de marginal.

Para Lacan, o lugar do médico só se sustenta na instituição enquanto responder à demanda do paciente, enquanto se mostra detentor do saber, enquanto assegura àquele que sofre no corpo que conhece que realizará a cura. Nesse sentido, é esperado que quem se proponha a não curar o paciente nem deter o saber sobre o outro seja posto à margem.

Moretto (2005) recupera e atualiza essa problemática, colocando que há – e devemos ter consciência disso – uma “antinomia radical entre Psicanálise e Medicina” (p. 61). Para essa autora, expandindo essa leitura de Lacan e apoiando em Clavreul (1983),² o discurso da medicina, pelos seus pressupostos, exclui a subjetividade, tanto do paciente como dele próprio, o que permite alcançar a objetividade almejada pela ciência.

No entanto, isso fracassa, e é inevitável, porque, de uma maneira ou de outra, a subjetividade se coloca, mesmo que seja naquele “incômodo” ou “chateação” de que tanto se ouve reclamar, nas equipes. Mesmo que o médico espere escutar estritamente o relato acerca de um corpo orgânico e suas afecções exclusivamente físicas, ele escuta

² Clavreul, J. (1983). *A ordem médica* (pp. 40-50). São Paulo: Brasiliense, 40-50.

sobre um corpo simbolizado, representado, mesmo que minimamente, pelo imaginário do sujeito singular falante.

É nessa falha – mesmo com a pretensa investigação médica neutra, quem fala e quem escuta são sujeitos da linguagem, cada qual com sua singularidade – que, segundo Moretto (2005), abre-se espaço para a psicanálise em instituição de saúde, pois, claro, interessa à psicanálise restituir o sujeito ao seu lugar singular, interessa à psicanálise escutar as falas desses sujeitos de linguagem.

Ainda segundo a autora, é nessa pretensa tentativa de silenciar as expressões subjetivas, por meio dessa detenção total do saber/poder, que os médicos acabam possibilitando que o doente fale do drama de sua existência. Isto é, o paciente transfere para essa segurança médica outros aspectos “doentes” de sua vida. E é nesse momento que se convocam os psicanalistas. Ou seja, é nesse dueto intrínseco, excluindo e propiciando a subjetividade, que surge a demanda para a escuta analítica.

Apresenta-se como uma convocação a um lugar marginal e em vários momentos desvalorizado *a priori* por aqueles que convocam? Talvez sim, mas como Moretto (2005) afirma no final de seu livro: “Se o médico tivesse recursos para tratar da subjetividade, muito provavelmente o analista seria dispensado” (p. 207). Essa autora não se preocupa com esse lugar dado ao psicanalista – serei aqui mais abrangente, afirmando que por toda a equipe do hospital, não sendo uma exclusividade dos médicos –, porque o lugar marginal pode ser oferecido, porém não precisa ser acatado como uma exclusão, mas talvez como aquele que se insere à margem, que faz borda, que possibilita um contorno essencial até então não construído na relação paciente-equipe.

Portanto, o lugar a partir do qual um profissional responde a uma equipe é construído na relação que estabelece com ela, desde a convocação marginal até as maneiras como isso é respondido: acatando, pontuando, fazendo borda. Apesar de algumas dificuldades e alguns entraves com a equipe que trabalho, e possivelmente também justamente por eles, atravessamos uma longa e constante construção de um lugar enquanto psicólogo hospitalar. Hoje, isso diz mais respeito a um lugar enquanto psicanalista em contexto hospitalar. Mais especificamente para este estudo, psicanalista com atuação em uma enfermaria e ambulatório que atende pacientes com Trauma Raquimedular (há atendimento também a pacientes com outros tipos de afecção ortopédica desse instituto).

Em qualquer contexto, uma das funções primordiais do psicanalista é escutar o sujeito em atendimento. Em contexto hospitalar não é diferente, pois trata do mesmo sujeito, aqui enquanto paciente com alguma afecção no corpo. E com essa premissa, tenho balizado minha atuação como psicanalista em contexto hospitalar. Não se trata de fazer a mesma coisa ou mesmo de partir do discurso do médico ou de qualquer outro membro da equipe. Trata-se de atender um sujeito que sofre.

Assim, há acordo pleno com Moretto (2005) na ideia de que o lugar assumido pelo psicanalista em um hospital depende de sua postura singular e de como ele responde às demandas, aos chamados e às convocações. Postura singular, por vezes de sustentação bastante árdua, em especial por compartilhar com Lacan (1966) o ideal quando diz de um desconforto com uma postura extraterritorial dos psicanalistas inseridos nas instituições de saúde. Apesar de esse autor destacar que seja necessária para a prática dos psicanalistas nesse contexto, não devemos nos pautar nela como única e suficiente.

Com isso, considera-se que a função do psicanalista em uma equipe multiprofissional de saúde em uma instituição hospitalar vai além do atendimento direto ao paciente e não deve ultrapassar o atendimento exclusivo a ele. Faz-se necessário ter a dimensão do contexto em que o paciente está inserido e a relação entre eles. Em última instância, o lugar do psicanalista é na expressão do inconsciente do sujeito, e apenas dele, com a autorização devida do próprio.

Entretanto, como em um tratamento hospitalar o paciente e sua produção inconsciente estão envolvidos na relação com a equipe, observa-se uma responsabilidade da posição enquanto psicanalista que convoca a escutar de onde a relação equipe-paciente se sustenta e, quando necessário, intervém pontualmente para que os integrantes dessa relação se abram para possibilidade (permitam seus inconscientes abertos à associação) de sentidos e significados.

Isso não diz nem convoca, obviamente, para uma análise das figuras na equipe, tampouco permite uma postura antiética e de psicanálise interpretativa selvagem, muito menos admite, e aqui um cuidado extremamente importante, adotar uma postura que não favoreça se questionar e rever seu lugar enquanto psicanalista na equipe, mantendo-se fechado a uma produção de saber que substitua o saber do outro. Nesse momento, o

profissional não estaria apropriado de seu lugar como psicanalista, nem inserido na equipe, nem na expressão do inconsciente do sujeito.

Desse modo, considero que minha atuação singular enquanto psicanalista de uma equipe para tratamento ao paciente acometido por trauma raquimedular inicia-se anteriormente à prática de atendimento. Inicia-se na postura junto à equipe multidisciplinar responsável, na construção de um lugar para o atendimento psicanalítico ao sujeito que sofre.

Primordialmente, deve haver uma postura que balize meus atendimentos a envolver o cuidado de escuta inicial, o cuidado terapêutico, mas que pretende transcender a isso. Assim, valho-me da aposta de atendimento que convoca o sujeito sofredor a ir além, ultrapassando o essencial terapêutico em busca da sua singular implicação naquilo que lhe acomete, seja a afecção física com suas sequelas, seja o próprio tratamento hospitalar.

O fazer-se a prática desse lugar de psicanalista no contexto hospitalar do IOT inicia com a solicitação de atendimento realizada. O primeiro passo é conhecer melhor esse pedido. Isso envolve não só o contexto do pedido (para quem, por qual motivo, o que foi pensado quando se considerou realizar o encaminhamento), mas também o sujeito que solicitou. Com esse cuidado, sempre anterior ao atendimento ao paciente, quase sempre se esclarece todo esse contexto de solicitação, e é possível iniciar o desenho da demanda desse atendimento psicanalítico.

Na maioria das vezes, a demanda realmente é do próprio paciente. Porém, há aqueles encaminhamentos que dizem mais respeito à demanda de quem os encaminhou. Configura-se, às vezes, como uma questão exclusivamente daquele que encaminha, principalmente se for um acompanhante/cuidador. Ou, com mais frequência, uma questão que tem algo de quem encaminha, que diz alguma coisa não só do paciente, mas também daquele que ouviu um possível sofrimento e procurou apoio especializado.

Após todos esses cuidados inerentes ao encaminhamento, realiza-se o primeiro contato com o paciente. Não se pressupõe inicialmente um atendimento, mas pode efetivar-se como tal. Nesse – ou nesses – primeiro(s) contato(s), há a apresentação como psicólogo da equipe responsável pelo atendimento. Respeita-se, assim, o

lugar que a instituição e o próprio paciente pressupõem ao profissional, mas isso não implica um recuo na postura deste enquanto psicanalista.

Essa mudança da convocação enquanto psicólogo da equipe e resposta enquanto psicanalista a atender aquele paciente vai se construindo ao longo do próprio atendimento, na singularidade inerente à relação entre aquele paciente e o psicanalista, nomeada de encontro psicanalítico. Inicia-se quase sempre com a proposta pontual de apenas conhecer o paciente e o atual contexto que ele está experimentando e vai se configurando com as vicissitudes da escuta psicanalítica em contexto hospitalar, sem que o paciente precise ter noções formais disso, mas de modo que ele consiga se apropriar de seu atendimento.

Depois disso, atenta-se sempre (atenção flutuante) ao que o sujeito quiser falar. Não se orienta pelo que foi demandado no encaminhamento ou pela preocupação de terceiros. Ali, naquela oferta de escuta inicial, são apenas o paciente e o analista, dois sujeitos falantes. A partir do que o paciente produz em seu discurso, com a escuta analítica e pontuações bastante pontuais, abre-se espaço para a construção de uma demanda de atendimento própria dele ou mesmo de uma questão singular para ser tratada.

Não raras vezes, esse início de contato, esse esboço do atendimento, é presenciado pelo acompanhante do paciente. Na prática, percebeu-se que tentar separar muito precipitadamente essa parceria, mesmo em razão de uma melhor qualidade na atuação psicanalítica, não favorece nem o paciente – que às vezes se vale do suporte do outro para principiar seu discurso – nem o cuidador, que se angustia enormemente ao deixar sozinho alguém tão dependente de si. E essa configuração de atendimento exclusivamente individual é trabalhada e construída nesse trio (cuidador-paciente-psicanalista) envolto pelo contexto de atendimento.

Com a apresentação de uma demanda ou uma questão de atendimento, efetiva-se o início deste. E, como já exposto anteriormente, o atendimento pauta-se na postura de psicanalista em contexto hospitalar que trabalhará não de outro lugar, mas daquele que escuta a expressão do inconsciente daquele sujeito que sofre. Assim, obviamente, cada caso é um caso, cada sofrimento e seu tratamento dizem das singularidades do sujeito e de seu atendimento.

1.3 A escuta psicanalítica da singularidade dos sujeitos

Assim, há um acometimento grave ao corpo do sujeito, e de maneira abrupta, o que pode implicar um sofrimento psíquico. Hoje, mais enriquecido pelo percurso de formação e pela construção deste trabalho, não pressuponho o sofrimento psíquico intrínseco ao contexto do lesado medular. Entretanto, não há como ignorar a relevância das contingências em que o paciente está imerso – tetraplegia e tratamento intenso em um hospital de referência. Desse modo, a proposta de atendimento psicanalítico se apresenta, pelo menos para mim, totalmente coerente para aquele paciente em sofrimento psíquico, pois não só envolve o cuidado de escuta inicial, o cuidado terapêutico, mas pretende transcender a isso e se vale da aposta de que a postura ética psicanalítica de atendimento convoca o sujeito sofredor a ir além.

Mas quem irá diferenciar, pelo menos no momento do atendimento, se o trauma físico (TRM) causou ou mesmo é acompanhado por um trauma psíquico? Ora, na verdade, essa resposta está com quem mais entende desse momento, o próprio sujeito em atendimento.

Na escuta analítica, que independe do tempo cronológico, é que se proporciona abertura para o sujeito dizer se há, qual é e quais são as singularidades de um sofrimento psíquico, de um trauma psíquico. Para Freud – e a psicanálise inicia-se a partir desta ideia –, o evento traumático, e aqui trauma psíquico, é aquele que provoca alguma mudança, que marca o sujeito em sua vivência. Segundo Laplanche e Pontalis (2001, p. 523), o início da psicanálise (entre 1890 e 1897) “se caracteriza pela etiologia da neurose referida a experiências traumáticas passadas, sendo a data destas experiências recuada à medida que as investigações analíticas se aprofundam no processo de elaboração psíquica”, para desatar o nó dessa marca traumática.

Importante ressaltar também que o trauma, ou traumatismo psíquico, é “acontecimento na vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 522). Ou seja, um acometimento físico, mesmo com uma mudança física/orgânica da ordem da TRM, pode não implicar necessariamente um trauma psíquico.

Na verdade, é a relação do sujeito com seu trauma físico, como ele possibilita a estruturação do seu enfrentamento, que vai determinar o trauma psíquico ou não. E, ao longo dos atendimentos, foram os próprios pacientes que mostraram e ensinaram – e a psicanálise permitiu uma instrumentalização para isso – que o importante não é quão avassalador é esse acometimento físico, mas sim como ele é experienciado naquele corpo, vivenciado singularmente naquele contexto ímpar.

No entanto, faz-se necessário estar atento aos limites e ao sentido da intervenção analítica naquele determinado sujeito no contexto em que ele se encontra (TRM e assistência hospitalar). Para Vieira (2008), não se pode exigir uma construção narrativa que leve a uma desintegração enquanto sujeito. Há situações de trauma, tanto físico como psíquico, em que a fragmentação é de tamanha ordem que não há como existir um relato no qual se possa trabalhar o traço subjetivo.

Trata-se de um cuidado muito tênue já em teoria, mas, quando colocado em prática, é ainda mais. Pois, por outro lado, Vieira (2008) aponta o cuidado que o psicanalista deve ter ao escutar um sujeito que vivenciou um evento traumático para não se nortear pela violência do ocorrido e deixar que se ofusque a importância do “fator subjetivo” nesses contextos. Na verdade, é preciso “integrar a vivência do trauma no mundo, dar ao trauma subjetivo um lugar” (p. 512).

É nessa fina linha fronteira entre o trauma físico, aqui mais especificamente o trauma raquimedular, e o trauma psíquico que isso pode acarretar ou acompanhar; entre uma escuta que permite ao sujeito nomear seu sofrimento – sem partir do pressuposto que ele exista ou que a situação é determinante para seu estabelecimento – e o cuidado de não instaurar exatamente esse sofrimento ou uma fragmentação enquanto sujeito; entre tratar o paciente, beneficiando seu reposicionamento, e permitir que ele continue vivenciando singularmente sua história e favoreça um questionamento de sua posição subjetiva; é nessa linha tênue que se configura o atendimento psicanalítico aos sujeitos acometidos pelo trauma raquimedular.

Lembrando sempre que “a qualidade e a intensidade do trauma, o momento da estruturação psíquica em que ele ocorre e os recursos com os quais o sujeito conta no momento do trauma determinam a gravidade e as consequências desse evento traumático” (Uchitel, 2001, p. 79), o que pode ou não facilitar a atuação no contexto apresentado.

Portanto, simplificada ao nomear, mas de árdua elaboração e, principalmente, de diversificada e sinuosa aplicação, a questão que vem norteando meu constructo e minha formação teórica, os quais vêm balizando minha atuação como psicanalista em um contexto hospitalar de atendimento ao sujeito acometido pelo trauma raquimedular, é: “Como o trauma raquimedular é vivenciado na singularidade de cada sujeito?”.

Ciente de que “O trauma impede, ou dificulta, a transposição para o psíquico e o ingresso da vivência no registro simbólico” (Uchitel, 2001, p. 75), não é simples a proposta de debruçar o trabalho em cima dessa questão (na teoria ou na prática). Orientei-me, então, por um fato observado na grande maioria dos casos, independentemente da maior ou menor gravidade da plegia: a dificuldade, logo após o trauma, de o paciente falar sobre sua nova condição. Nos primeiros atendimentos, em especial os de sujeitos muito recentemente acometidos, parecia haver dificuldade de falar sobre o trauma físico em seu corpo.

Trata-se, portanto, do que eu chamaria de *silêncio*. Nesse início, é como se não fosse possível dizer acerca de sua plegia e de seu trauma físico, talvez até mesmo psíquico. Parece realmente que “O evento traumático impressiona, imprime e inscreve, mas não simboliza” (Uchitel, 2001, p. 75). Mas será que é somente isso – ainda que nada irrelevante – que quer esse silêncio dizer.

1.4 Escutar o silêncio

Uma espécie de silêncio apresentava-se como uma reincidente coincidência para a expressiva maioria das pessoas atendidas e anunciava traços semelhantes. Em alguns pacientes, o silêncio era direto: o sujeito realmente não sabia o que ou como dizer do que lhe estava ocorrendo. Outros esboçavam uma tentativa de se localizarem naquele contexto, mas esbarravam na dificuldade de nomear o que se passava. E alguns, mais raros, falavam de tudo, menos do que estava ocorrendo, aproximando-se de uma postura de esquiva. Esses diferentes silêncios pareciam substituir algo inominável, tanto para os pacientes que o experienciavam como para mim, enquanto analista.

Foi cogitado que o trauma (físico do TRM ou o contexto que isso envolvia, emocionalmente experimentado) era de um sofrimento psíquico da ordem que os

silenciava. Mas então sempre era necessário pensar nas singularidades de enfrentamento de cada sujeito: alguns silenciavam menos que os outros. Pensou-se também que era do contexto adverso do momento: início de internação (geralmente UTI), quando ainda estão muito desorganizados e desamparados e, muitas vezes, com entubação e dificuldades respiratórias. No entanto, com pequenas emulações, os pacientes esboçavam quebras e/ou brechas nesse silêncio, mesmo em contexto tão desfavorável da fala.

Considerou-se também que, em muitos casos, a situação vivida configurava-se como radicalmente nova e desconhecida, e os pacientes não tinham instrumentos para nomear esse novo contexto. Porém, mesmo após receberem todas as informações cabíveis sobre o acometimento, o silêncio raramente se rompia. Assim, outro questionamento frequente dizia respeito às possíveis limitações da própria atuação como analista e, portanto, da escuta analítica.

Hoje, com a possibilidade de analisar os fatos mais cuidadosamente e com maior “distanciamento” das situações vividas, penso que o silêncio poderia, sim, ser um calar do trauma físico, ou mesmo psíquico, que incidiu naquele determinado sujeito; ou uma dificuldade em superar todo o contexto e o descontexto do tratamento; ou mesmo relacionado ao alcance da escuta do analista; ou, ainda, outros fatores sequer vislumbrados. Entretanto, de modo geral, *a priori*, o silêncio do discurso parecia representar o silêncio das ações perante a irreversibilidade da lesão medular e suas sequelas neurológicas, parecia caricaturar a ausência de recursos para reverter a lesão medular.

Se pudesse resumir, na generalização de uma ideia recorrente, mesmo perdendo a essência singular de todos os discursos, o que os pacientes traziam de seu enfrentamento logo após o diagnóstico de lesão medular, dizendo do próprio silêncio, talvez fosse que “**não havia nada que poderia ser feito**”. Esse nada para um paciente era o choro. Para ele não adiantaria chorar, pois a lesão não se reverteria. Para outro, abrir mão de seu mau humor é que não garantiria a reversão do quadro. Um terceiro percebeu que desejar a morte não permitiria a reversão do trauma físico, talvez se alcançasse seu desejo.

Todos pareciam dizer com seu silêncio que eles nada poderiam fazer agora que são tetraplégicos. E a tentativa de ausência de qualquer ação, já que nada adiantaria,

seria o silêncio. No entanto, o silêncio não é uma ausência total, não é um vazio. Para Lacan, ele toma todo seu valor de silêncio, é um além da palavra (*Escritos*, 1954). E, por isso mesmo, não liberta o paciente de se haver com sua linguagem e, conseqüentemente, com aquilo que lhe ocorreu independentemente do significado que venha a lhe atribuir.

Portanto, apesar de o silêncio parecer caricaturar que não há nada a fazer, ele não esconde ou anula que algo precisa ser feito com isso. A saber, não há o que fazer para reverter a lesão medular, mas há o que fazer com isso na singularidade de cada paciente e é o próprio paciente que deve (des)construir como se haverá com isso, ou seja, como vão se haver singularmente com o significado de sua lesão medular inserida em seu discurso/linguagem.

O silêncio, então, é singular do sujeito, e não da “lesão medular” ou do tratamento hospitalar. Desse modo, quem poderá dizer a respeito dele é seu próprio dono, o paciente. Pois o silêncio está imerso em uma história maior e, como qualquer outra expressão do discurso em psicanálise, está em constante construção e desconstrução. Assim, o que realmente quer esse silêncio dizer e como a construção de sua escuta se deu nesta clínica de atendimento psicanalítico aos pacientes com lesão medular serão desenvolvidos ao longo deste trabalho.

Capítulo 2: Considerações metodológicas

Discutindo a natureza da pesquisa em psicanálise, Nogueira (2004) afirma que “a metodologia científica em psicanálise confunde-se com a própria pesquisa, ou seja, a psicanálise é uma pesquisa” (p. 83). Ainda segundo esse autor, ancorado na ideia de Freud de que a psicanálise se compõe, simultaneamente, de tratamento ou atendimento, pesquisa e teoria, não é possível conceber a pesquisa psicanalítica se não inserida no contexto da relação analítica.

Essa associação intrínseca entre tratamento e pesquisa, constructo de que a psicanálise se sustenta desde os primórdios de sua criação, nos é, a nós próprios, psicanalistas, de complexo entendimento. Na medida em que este estudo partiu de um Serviço de Psicologia em contexto hospitalar, que acolhe outros tratamentos além do psicanalítico, e considerando que o resultado final deve ser pertinente para todos os responsáveis pelo atendimento ao paciente de TRM – equipe multidisciplinar –, intentou-se descomplexar ao máximo para o leitor no sentido de aproximar a linguagem tão familiarizada aos psicanalistas daqueles que não são.

Para refletirmos a respeito do exercício da psicanálise em uma instituição hospitalar de referência, é necessário considerar o contexto particular em que se desenvolve essa prática, em especial no que diz respeito à transmissão do tratamento. Afinal, como em qualquer outra instituição, há demandas e exigências de trabalho específicas, com implicações diretas e indiretas para a reflexão e para a pesquisa acadêmica.

Para esta pesquisa acadêmica, então, adotou-se o método de pesquisa qualitativa, tendo como vértice a psicanálise. Assim, privilegiou-se trabalho qualitativo de seleção de casos significativos, do ponto de vista do contexto hospitalar, no qual a qualidade do conteúdo se apresenta como o mais primordial. Esse método de pesquisa possibilitou também o processo de investigação analítica desses casos e a construção da dissertação ancorados nos constructos psicanalíticos de investigação, presentes desde a realização dos atendimentos. Assumindo essas premissas, este trabalho de mestrado se concretizou

a partir da prática em atendimento psicanalítico, entre meados de 2010 e final de 2012, a pacientes acometidos por tetraplegia secundária a um trauma raquimedular, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HC-FMUSP.

Como fonte de dados capazes de apoiar a seleção dos casos a serem analisados, recorreu-se aos Prontuários dos Pacientes e a transcrições de informações constantes de protocolos do registro interno do Serviço de Psicologia.

A escolha deveu-se, em primeiro lugar, ao fato de essa fonte situar-se o mais próximo possível dos relatos, pois o prontuário é feito tanto logo após o acometimento traumático quanto ao longo de todos os atendimentos. A evolução em prontuário dos pacientes é realizada poucos minutos após cada atendimento e define-se por uma pontuação dos procedimentos realizados e do que se espera ou se pretende como conduta, de modo que, respeitados os limites éticos para esses registros, os profissionais da equipe possam se situar quanto ao atendimento psicanalítico do paciente. Em segundo lugar, a opção por essa fonte justificou-se pela abrangência dos conteúdos, pois a transcrição para registro interno ao Serviço de Psicologia apoia-se na preocupação de um relato satisfatório para um desenho o mais completo possível do caso. Por isso mesmo, tem-se o cuidado de realizar essa documentação logo após se encerrar o atendimento, o que propicia maior fidedignidade à transcrição do que foi trabalhado no atendimento psicanalítico, que, por definição, não se limita ao trauma físico, dirigindo-se ao sujeito como um todo.

Para essa etapa do estudo, obteve-se autorização dos responsáveis pelos setores onde os pacientes foram atendidos, submetendo o trabalho aos trâmites legais e éticos que envolvem a pesquisa em prontuários ou em qualquer outra documentação de pacientes (ANEXO A). Como os sujeitos da pesquisa não mais se encontravam em atendimento – opção que visou preservar a qualidade da pesquisa e dos atendimentos ainda realizados nessa instituição, já que, assim, não haveria possibilidades de a pesquisa interferir diretamente no atendimento ou o inverso –, houve uma necessidade maior de assegurar a ética e o profissionalismo por meio desses trâmites.

Outro cuidado necessário foi em relação à amostra a ser investigada. Mesmo se tratando de um estudo psicanalítico, no qual o interesse está na expressão singular da subjetividade (Nogueira, 2004), foi preciso constituir uma amostra representativa dos casos em que os atendimentos se deram. Constituímos, então, uma amostra de 10 (dez)

casos, capaz de cumprir essa dupla função: relevância perante as expectativas de estudos qualitativos em contexto hospitalar, acostumados com amostras mais numerosas, e pertinência para a abordagem psicanalítica. Esse número não foi fixado de antemão: na perspectiva qualitativa, isso se define ao longo do processo de pesquisa. O número máximo de participantes foi estabelecido, então, quando o cerne das ideias apreendidas do conteúdo de atendimentos dos pacientes começou a tornar-se recorrente, sustentando de maneira esclarecedora e suficiente seu próprio uso no desenvolvimento da dissertação final.

Para que a amostra respondesse a essas diversificadas demandas de pesquisa qualitativa dentro de um contexto hospitalar, uma padronização mínima foi, então, necessária. Desse modo, propiciou-se a emergência de semelhanças mais gerais entre os casos examinados, ao mesmo tempo que se permitiu a expressão da singularidade de cada sujeito. Para Mezan (1998b, p. 181), referindo-se às teorizações freudianas, “esse vai e vem entre singular e geral, entre imediato e mais distante, é o que vai definir exatamente a plausibilidade, e mesmo veracidade, das afirmações” do pesquisador. Será esse movimento de “dobradiça” que, de acordo com o autor, conferirá consistência ao texto.

Para a constituição da amostra, foram considerados, então, apenas os pacientes atendidos pela primeira vez logo após o trauma raquimedular e que tinham um nível de déficit neurológico classificado como tetraplegia, completa ou incompleta. Para maior padronização do grupo investigado, optou-se por duas restrições: sujeitos apenas do sexo masculino e maiores de 18 anos de idade, o que corresponde à grande maioria do universo dos traumatizados raquimedulares, como apontam estudos com essa população circunscrita a âmbitos menores, como um determinado hospital, uma determinada região ou mesmo uma cidade (Cf., a respeito: Siscão et al., 2007; Alves et al., 2009; Gonçalves et al., 2007; Campos, 2006; Gaspar et. al., 2003; Santos, 1989).

Concluído esse desenho de pesquisa, adotadas as devidas precauções e obtidas as autorizações éticas cabíveis, iniciou-se mais propriamente a efetivação da investigação e a construção de sua transmissão. As etapas se mostraram sempre concomitantes, como seria de esperar, considerando-se o entrelaçamento entre o atendimento e a investigação, em psicanálise: “[...] o psicanalista aborda sua prática clínica, refletindo e conceituando sobre ela” (Safra, 2001, 171-175).

O primeiro passo dado foi a escolha de casos. Escolha esta que partiu da grande riqueza de conteúdo com que foi possível entrar em contato durante os atendimentos, com destaque aos que mais chamaram a atenção. Confiante nos recursos da atenção flutuante, também presente na postura de pesquisa em psicanálise, busquei os casos que mais me intrigavam em relação ao que nomeava como silêncio na época.

Essa escolha foi revisitada e colocada em questão diversas vezes, mostrando-se coerente em todas as etapas do atravessamento do percurso deste estudo, mas que hoje, concluindo este trabalho, parece fazer mais sentido. Assim como o objeto de estudo, que se iniciou como um forte e intrigante silêncio inicial, que parecia ser muito específico ao contexto do lesado medular, se estruturou em um constructo complexo e mais abrangente de silêncio no fazer-se psicanalista a este público – a amostra, não tanto pelos pacientes, mas ao que concerne o conteúdo deles analisados –, foi também se construindo e desconstruindo constantemente neste percurso de estudo.

Para que isso se tornasse possível, foi necessária a (re)construção dos relatos dos casos a serem investigados. Na realidade, esses relatos acabaram por se configurar como “re-relatos”, na medida em que foram elaborados a partir de materiais de relatos anteriores – a saber, evolução em Prontuário de Paciente que era muito pontual, apenas exercendo a função de sintetizar para a equipe, situando-a sobre o que estava sendo realizado em atendimento; e transcrição para documentação interna do Serviço de Psicologia, que era mais completa com intento de se ter um desenho mais fidedigno de todo o atendimento. Articulando informações dessas duas fontes, os relatos foram “costurados” de forma a obter-se continuidade narrativa/textual para cada caso individualmente, possibilitando, assim, os recortes mais importantes dos atendimentos psicanalíticos realizados, sempre com objetivo primordial de atingir o que Mezan (1998a) denominou de “transposição”, que consiste em transcender os dados da experiência em direção aos “frutos do pensamento” (p. 109).

Nessa etapa, tomou-se cuidado especial para que os dados utilizados e apresentados em qualquer momento do trabalho não permitissem qualquer identificação do paciente pelo leitor. Cuidados tomados desde a escrita do texto, para evitar especificidades que permitissem relacionar o relato àquele paciente especificamente, até a substituição dos nomes verdadeiros por fictícios.

Em um terceiro momento, foram realizadas inúmeras e diversificadas leituras dos relatos transpostos, para favorecer a percepção de diferenças e semelhanças mais evidentes entre eles. Tudo isso com o objetivo de construir “um enlace associativo, por assim dizer na diagonal”, capaz de fornecer “certas ressonâncias ao que está sendo dito” (Mezan, 1998a, p. 109).

Assim, desenhou-se e construiu-se este processo investigativo apoiado em uma “dobradiça” entre geral e singular, inerentes a um método de pesquisa qualitativa dentro de um contexto hospitalar, decorrente do lugar que atualmente ocupo como profissional: psicanalista inserido no contexto de um Serviço de Psicologia Hospitalar, que, como explicado anteriormente, apesar de convocar atendimentos nos preceitos da psicologia hospitalar, permite a resposta pela teorização psicanalítica (responder a essa convocação do lugar de psicanalista). Esta investigação apresentou-se ainda como um processo não conclusivo e, portanto, se abriu para uma constante, sinuosa e, por vezes, angustiante construção, o que, no entanto, serviu como suporte e garantia de consistência de dois preceitos muito caros para a singularidade desta pesquisa.

O primeiro deles é o preceito do “desejo do analista”, que consiste, segundo Nogueira (2004), na preocupação investigativa, na ação de se questionar o saber que o sujeito produz, seja em tratamento ou em atendimento, seja em pesquisa. Enriquecido, obviamente, pelo rigor e pela fidelidade que não são encontrados por controles de variáveis, mas sim por serem fiéis a um paradigma, fiéis a um vértice epistemológico, rigorosos e fidedignos ao método psicanalítico de investigação.

O segundo é o preceito de pesquisas em Prontuários de Paciente. O conteúdo de um prontuário construído ao longo de atendimentos a um determinado paciente se constitui em informações fornecidas pelo próprio sujeito atendido, resultados de exames, procedimentos realizados com finalidade diagnóstica e/ou terapêutica. Assim, não se pode esquecer de que o prontuário é um documento de propriedade do paciente, e as instituições e os profissionais que o atendem são apenas seus fiéis depositários, sempre com o intuito de preservar o histórico de assistência de cada um (Francisconi e Goldim, 1998).

Para além da assistência, ainda segundo esses autores, os prontuários podem ser acessados em casos especiais e específicos, como auditoria, ordem judicial, finalidade educativa e de pesquisa. No entanto, esse acesso deve ser sempre pautado em um dever

prima facie de garantia da preservação do segredo e do sigilo das informações, como obrigação legal – presente no Código Penal – e responsabilidade ética, presente na maioria dos Códigos de Ética Profissional. Em atividades de pesquisa, o pesquisador somente pode ter acesso e estudar/usufruir o conteúdo do prontuário após um projeto conciso ter sido aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Portanto, o “desejo de analista” é o de tratar e investigar os processos de atendimento, com muito respeito pelas produções do paciente, aqui indiretamente representado pelos documentos analisados. Pois, simples e primordialmente, é o próprio “paciente, por definição, um dos mais importantes destinatários do escrito que o concerne” (Mezan, 1998b, p. 166). Arriscar-me-ia a completar que é o paciente o mais importante destinatário, mesmo que seja um leitor indireto através daqueles profissionais que podem se aprimorar por essas leituras.

Apesar de ser um pressuposto evidente, faz-se necessário assinalar claramente que todo o processo de pesquisa não apenas está sempre acompanhado e pautado em revisões bibliográficas, mas também sua construção somente é possível pelo entrelaçamento constante com teorias e constructos que o cercam. Nesse sentido, há um caminhar juntos da parte teórica com a prática: ora a prática assume a frente e conduz as escolhas teóricas, ora a teoria se prontifica e orienta a disposição prática. Realmente, esse singular fazer-se pesquisa em psicanálise se firmou nos preceitos de Nogueira (2004).

Explicando mais detalhadamente, o levantamento bibliográfico inicial, para situar o trabalho a ser realizado, utilizou-se dos descritores “trauma raquimedular”, “lesão medular”, “Spinal Cord Injury”, cruzando-os com os descritores “psicologia hospitalar”, “psicanálise” por meio das bases de dados Scielo, SIBiUSP, Bireme (BVS) e PsycINFO. Os resultados apontaram duas vertentes claras de produção científica: a primeira é aquela constituída por trabalhos que se propunham a uma análise dos pacientes com lesão medular em um âmbito totalmente médico-orgânico, focados nas técnicas e nas especificidades dos tratamentos médico ou com método mais quantitativo, dentro de uma análise estatística dos dados. Aqui, já se anunciava uma dificuldade: a escassez de mapeamentos de caracterização ou levantamentos demográficos sobre pessoas com lesão medular no Brasil, justificada por Campos (2006) pelo fato de a notificação desse acometimento não ser compulsória nem haver

sistematização no registro de ocorrências nos órgãos governamentais. A segunda é aquela com trabalhos que buscam uma interface entre o tratamento e a reação/evolução do paciente, com foco nos próprios sujeitos e em suas vivências. Nesta, constatou-se uma grande produção de trabalhos neuropsiquiátricos e de enfermagem, com destaque frequente para a avaliação de Qualidade de Vida dos pacientes, concentrados principalmente no momento de reabilitação. Já no que diz respeito à psicologia, poucos trabalhos com essa população foram encontrados. Os poucos estudos levantados também se restringiam mais ao momento da reabilitação, e alguns enfatizavam o meio (social ou familiar). No âmbito da psicanálise, foram identificados menos trabalhos ainda, encontrando apenas alguns que diziam da relação imagem e esquema corporal.

Ao longo da investigação psicanalítica dos dados relatados e da elaboração da dissertação, mesmo mantendo as bases de dados sempre como uma fonte, o cerne da busca bibliográfica para a pesquisa foi se constituindo de livros e teses. Iniciou-se com um ponto que se mostrou muito amplo, trauma e psicanálise, já que esta foi desenvolvida para tratamento daquele. Refinei as buscas aproximando o descritor “psicanálise” do “trauma físico”, mais propriamente também de traumas subjetivos “graves e devastadores”, como os que pareciam se apresentar em minha prática, no intuito de tomar conhecimento de como a psicanálise poderia dizer da vivência de lesão medular. Com o maior delineamento do objeto de pesquisa para o silêncio escutado nos contextos de atendimento aos pacientes com lesão medular, destacou-se nas revisões teóricas a relação psicanálise e silêncio, os quais passaram, então, a ser meu descritor primordial, quase que único, o que, em momento algum, impossibilitou uma diversidade importante e interessante nos achados.

Todas essas buscas tinham a psicanálise como abordagem núcleo, preferencialmente Freud e Lacan, e o intuito de instrumentalizar para as investigações e as problematizações. Nesse sentido, alguns termos e constructos que se apresentavam, e eram diferentes dos já estudados ou convidavam a novas questões, eventualmente também eram pesquisados para esclarecimentos e sustentação mais coesa da escrita.

Capítulo 3: Silêncio em teoria

Muito sábio aquele que primeiro afirmou que, “na prática, a teoria é outra”. Todavia, tenho me deparado com o inverso: “Na teoria, a prática é outra”. Assim, o exercício de compartilhar a prática clínica de atendimento a pacientes com lesão medular tem se apresentado bastante interessante e enriquecedor, num desafio trabalhoso e sinuoso.

Nesse debruçar teórico, visitei e revisei muitos textos e constructos, sendo surpreendido de diversas formas, algumas definitivamente marcantes. O principal desses marcos não só pelas contribuições pontuais, mas principalmente pelo papel organizador e de alicerce teórico de minha pesquisa, foi *O silêncio em psicanálise*, organizado por Juan-David Nasio (1989). Segundo a “Apresentação” de Nasio, o termo silêncio fora, até então, escassamente explorado, tanto em suas significações teóricas quanto em suas implicações práticas, o que não correspondia a sua importância em psicanálise. Diante dessa escassez de material a respeito do tema, ele e alguns colegas se sentiram convocados a promover um debate a respeito dele. No ano de 1985, nos Seminários Psicanalíticos de Paris, organizaram, então, a jornada “O silêncio em psicanálise”, que deu origem à publicação já referida. Temas como o paciente silencioso, o mutismo da criança autista, o silêncio do psicanalista e o processo silencioso do trabalho de luto foram expostos e debatidos por analistas de diversificadas correntes, reunidos em “um sentimento de engajamento numa via ainda pouco explorada” (Nasio, 1989, p. 11). Já nas primeiras palavras de sua apresentação, o organizador do livro assinala a relevância do tema: “O silêncio está sempre presente em uma sessão de análise, e seus efeitos são tão decisivos quanto os de uma palavra efetivamente pronunciada” (Nasio, 1989, p. 7). O autor sustenta, ainda, o papel fundante do silêncio em contexto psicanalítico, para além de seu valor imprescindível na prática clínica, atribuindo-lhe, assim, o caráter de uma entidade teórica fundamental. Para tanto, desenvolve muito sucintamente uma evolução histórica do conceito de silêncio em psicanálise, contextualizando, assim, os “Três textos antigos sobre o silêncio”, incluídos no dossiê de sustentação da organização teórica do livro, em sua primeira seção.

Sempre direto ao ponto, a primeira parte do livro se inicia com o artigo que o próprio Nasio acredita desenvolver o constructo (silêncio) da forma mais próxima possível da complexidade por ele creditada ao termo: “No início é o silêncio”, de Theodor Reik (1926). Em seguida, um texto de Françoise Dolto sobre Sophie Morgenstern e suas principais contribuições à psicanálise e outro da própria Morgenstern, que Nasio assinala como a invenção da técnica de desenho como uma solução psicanalítica ao mutismo de uma criança. Finaliza essa seção o texto de Robert Fliess (1949), “Silêncio e verbalização: um suplemento a teoria da ‘regra analítica’”, no qual o autor desenvolve uma teoria do silêncio enquanto três tipos de defesa do homem, em um paralelo com as três fases pulsionais do desenvolvimento libidinal. Portanto, haveria os silêncios erótico-oral, erótico-anal e erótico-uretral.

Nas seções seguintes, o livro é praticamente a transcrição das mesas de debates a partir de temáticas centrais, as quais com certeza se desenvolveram para além da proposta inicial. As contribuições dos especialistas organizam-se em quatro seções, com títulos que traduzem claramente os conteúdos desenvolvidos em cada uma delas: “A abordagem clínica”; “O silêncio entre o ato e a palavra”; “O silêncio e o real”; “O silêncio do analista”. Nasio fecha esta última com dois artigos: “Crônica psicanalítica de um silêncio”, no qual o próprio autor elabora o seu constructo, desenvolvido na forma de três silêncios e ilustrado por um “fragmento de análise que o mostra em ação” (Nasio, 1989, p. 181); e “O silêncio no olhar”, de Monique Schneider, com comentários ao texto anterior. Um “Dossiê” – no qual figuram, “sem privilégios”, extratos das obras de Freud e Lacan sobre a temática – e uma bibliografia de trabalhos psicanalíticos sobre o silêncio, de 1916 até 1985, fecham o volume organizado por Nasio.

A importância dessa publicação para meu trabalho inicia-se já pelo fato de a leitura desses textos ter-me propiciado encontrar um sentido, simples, mas organizador, para tudo aquilo que flutuava em meus achados e pensamentos: o silêncio faz parte de nossas vidas. Embora essa seja uma crença amplamente partilhada, e mesmo referida em outras publicações especializadas, foi a leitura dessa obra que conferiu alguma densidade teórica à minha reflexão.

Penso ser importante, então, compartilhar essa descoberta – o silêncio como parte da vida do ser humano – antes de adentrar as elucubrações relativas ao meu *fazer-me psicanalista* nesse percurso de atendimento aos pacientes com tetraplegia.

Apesar de nunca ter pretendido estabelecer um paralelo entre psicanálise e religião, ou desenvolver temas existenciais, esbarrei algumas vezes, em minhas leituras, no evangelho de João. Mas foi com Nasio que ela realmente fez sentido; recorri à Bíblia, então, para melhor apreender essa relação intrínseca entre silêncio e homem.

“No princípio era o Verbo, e o Verbo estava com Deus. [...] Todas as coisas foram feitas por ele, e sem ele nada do que foi feito se fez” (João 1, 1: 3). Os versículos de João são claros e diretos: somente com o Verbo, ou, na linguagem lacaniana, com a “Nomeação significante”, o Nosso Mundo passa a existir. João é enfático, sem o Verbo nada existiria: vida, luz, carne.

Não é apenas Nasio que se detém nesses versos de João. Lacan também, acrescentando estar de acordo com o Evangelho; provavelmente, não pelo que aí se diz do mundo concreto, mas do mundo singular de cada um. E acrescenta, ainda, que a psicanálise também se cria no verbo, assim como a atuação dos psicanalistas se inicia toda vez no verbo. Lacan pontua, porém, que se trata, sempre, de um início enigmático; e vai além, questionando, por exemplo, o que havia antes do princípio enunciado por João: “[...] mas antes do começo, onde é que ele [o próprio verbo, eu diria] estava?” (Entrevista: Lacan 1974, p. 18).

Reik (1926) coloca-se de maneira menos enigmática; ou talvez apenas mais direta. Para ele, a resposta tem um enunciado simples, com complexos significados, mas formulação simplificada. De acordo com Reike, “como no evangelho de João, devemos acreditar que o início era o verbo, mas antes havia o grande silêncio” (1926, p. 20). O silêncio seria, então, essencial; e seria a partir dele que a palavra nasceria; ideia esta que o próprio Nasio formula ao qualificar o silêncio como o “lugar originário da palavra” (1989, p. 11).

A partir disso, infere-se que silêncio e palavra (verbo) possuem valor inestimável ao mundo dos homens. Em uma relação intrínseca de existência, um só existe com o outro, a ponto de a busca pelo verdadeiro início, o marco zero, se limitar a respostas enigmáticas. Entretanto, para este presente estudo, talvez não seja necessário dissolver ou mesmo desenvolver esse enigma. A importância, aqui, parece residir na intrínseca relação essencial entre silêncio e palavra.

Procurei, então, explorar um pouco mais essa relação silêncio/palavra, para melhor compreender seu alcance para o homem, esse ser falante. Entre as primeiras leituras que fiz sobre o assunto, deparei-me com o texto de Dantas (2000), no qual o autor aponta a existência de dois momentos na linguagem, que “a linguística classifica e/ou delimita como enunciado e enunciação, que o senso comum separa entre falar e calar”, os quais “as pesquisas da pragmática têm tomado como objetos de estudo: o diálogo e o silêncio” (p. 1).

Segundo este mesmo autor, essas pesquisas têm tomado diferentes objetivos, mas os mais notórios teriam sido desenvolvidos pela análise da conversação e pela análise do discurso. Para a primeira, o silêncio se apresenta primordialmente como um organizador e um estruturador do diálogo entre duas pessoas ou mais, por meio das “pausas vazias ou preenchidas” (2000, p. 2). A esse respeito, Marcuschi (1986),³ recuperado por Dantas, afirma que “as pausas, os silêncios e as hesitações são organizadores locais importantes, podendo configurar lugares relevantes para a transição de um turno a outro” (p. 2), o que concede ao silêncio um lugar extremamente significativo na produção do diálogo, do discurso comunicativo. Já para análise do discurso, o silêncio é da ordem do sentido, aquele que se apresenta como constitutivo do próprio discurso, e não apenas organizador, estabelecendo um lugar que não é, em absoluto, vazio de significação. Ao contrário, aqui o silêncio marca um lugar de possibilidades incontáveis de significações. Assim, apenas em um contexto singular e pessoal “A” significação poderia ser acessada.

Pois bem, a relação entre o silêncio, a palavra e o homem é da ordem da nossa existência. Ou seja, o homem e seu mundo existem, na mais pura singularidade, por obra e graça do verbo e do silêncio. Fica claro também que ambos só existem numa relação de mútua dependência, a existência de uma implicando a do outro. Nessa relação, a análise da conversação e a análise do discurso apontam que o silêncio tem como papéis primordiais organizar e fazer-se lugar de possibilidades de significações em um discurso, ou seja, do verbo como *praxis*.

Após esse parêntese sobre a relevância linguística do silêncio, é preciso voltar a Nasio e manter o foco teórico do silêncio na psicanálise. Durante seu existir, e muitas

³ Marcuschi, L. (1986). *Análise da conversação*. São Paulo: Ática.

vezes neste exercício, o homem ironicamente foge do silêncio, justo aquele que divide a responsabilidade por sua existência como tal. Para Reik (1926), “em sociedade evita-se o silêncio. Se alguém nada tem a dizer, o outro fala” (p.17). Esse homem que fala pode se propor a uma psicanálise, se colocar em atendimento psicanalítico.

É sabido que o contexto de análise não é, ou ao menos não se propõe ser, semelhante ao dia a dia da vida em sociedade. Nasio não apenas defende essa ideia, em maior ou menor grau, como podemos, por intermédio de Reik, aprofundá-la:

Ele [homem analisando, eu diria] fez silêncio sobre algumas de suas experiências, emoções e pensamentos — mesmo que se tenha mostrado muito falante e mesmo o mais volúvel possível. Talvez tenha falado bastante de si mesmo e de suas experiências, mas não falou desse lado de si mesmo que aflora na situação analítica. (1926, p. 18).

Se é de uma ordem diversa da social, como se apresenta o silêncio em contexto de atendimento analítico? Mais especificamente, como se apresenta o Silêncio em Psicanálise?

De acordo com Nasio (1989), na “crônica” que arremata os debates travados na Jornada, o silêncio se desdobraria em três:

Primeiro, há o silêncio da escuta que concentra o puro poder de ouvir, de querer ouvir, de ser obrigado a ouvir. E, no entanto, silêncio não isento de barulho nem feito de vazio mas pleno do desejo do Outro, das imagens e das fantasias sonoras, dos pensamentos teóricos e das construções mentais que o psicanalista levanta e destrói em seguida. (Nasio, 1985, p. 181)

Isto é, o que parece ser o primeiro passo essencial para se ouvir alguém é simplesmente manter-se em silêncio. Para que um fale e sua fala seja efetivamente ouvida, naturalmente, seu interlocutor precisa estar em silêncio. Porém, essa ação natural tem outra significação em um contexto psicanalítico. Neste, para Nasio, permite-se um “poder de ouvir” do silêncio, que precisa ser cuidadosamente executado pelo analista.

Macedo e Falcão (2005) poderiam ser chamados a complementar essa ideia, quando afirmam que o analista deve necessariamente manter, por meio de sua escuta, uma relação de assimetria com o analisando. Assim que este se coloca no campo de

análise, qualquer expressão já é endereçada ao analista e já faz parte da produção analítica, falada ou silenciada. Cabe ao analista reconhecer e cuidar disso.

Nesse sentido, infere-se que o silêncio, par estruturante da fala, em contexto psicanalítico, mesmo que seja para permitir a fala do outro, não é um silêncio qualquer, não é um silêncio vazio de significação. Do lado do analisando, se apresenta como um lugar que possibilita inúmeras significações, todas dentro do contexto singular de quem o expressa. Do lado do analista, é mais que permitir-se ouvir, é um ato analítico, que, dentre suas funções, engloba o convocar o sujeito a falar livremente.

O segundo silêncio postulado por Nasio é “o da pausa que pontua o relato do analisando e toma o valor significante de determinar em ato a posição subjetiva do paciente e, correlativamente, a do psicanalista” (1985, p. 181). Assim, creio que um encontro analítico poderia se limitar a um discurso entre duas pessoas, no qual o analisando busca o analista por supor, nele, algo que poderá levá-lo além do que ele mesmo foi, ainda que isso não se configure, propriamente, como o objeto da análise. Já o analista, em sua ética específica, deve favorecer o fazer-se esse objeto de análise, mesmo que essa não seja a demanda inicial do analisando. Esse segundo silêncio parece representar com excelência a possibilidade do verdadeiro “encontro analítico”.

O terceiro e último silêncio descrito por Nasio é

um silêncio muito particular, alojado no seio da relação transferencial e que, para ser acolhido, requer uma orelha esticada até os limites do sentido. Não é o silêncio da escuta, mas aquele para o qual a escuta deve abrir-se. Chamemo-lo de silêncio da transferência. (1985, p. 181)

Entende-se, então, que esse terceiro silêncio, assim como a própria fala, está em livre associação, sustentado na relação transferencial do encontro analítico. Silêncio, como muito bem pontuado nessa afirmação, não é aquele que permite a escuta, mas aquele que a escuta deve permitir expressar-se, na mais singular significação que a história do sujeito possibilita. Não é, portanto, um silêncio que carrega a fala velada, mas um silêncio que desvela um abrir-se do inconsciente do sujeito falante.

Esses silêncios, devidamente percebidos e nomeados por Nasio, se mostram, de fato, intrínsecos a um contexto de atendimento psicanalítico. Tanto que parecem estar naturalmente presentes em todos os atendimentos analíticos, ainda que Nasio conceda

ao silêncio uma passagem do mais simples ao mais complexo, conforme os atendimentos vão se configurando como tratamento psicanalítico, até a psicanálise considerada padrão.

Entretanto, se considerarmos o fazer-se psicanálise como uma interminável construção, que se recupera sempre na criatividade de cada singular encontro analítico, parece lógico que esses silêncios se manifestem numa mesma sessão, ou num mesmo momento, e juntos apontem para o fato de que “o inconsciente é antes de tudo um ‘discurso sem palavras’” (Nasio, 1989, p. 8).

Não há como falar de silêncio em psicanálise sem citar seu criador. Nasio sabia disso e, apesar dos bem-sucedidos debates travados na Jornada, fez um breve percurso da evolução histórica dessa temática, introduzindo o seu alicerce teórico iniciado exatamente onde se iniciou a teoria psicanalítica, em Freud.

De acordo com Nasio (1989), o primeiro achado acerca do silêncio na obra freudiana diz respeito à distinção entre um silêncio estrutural – *sileo* – e aquele da palavra não dita, do calar-se – *taceo*. Segundo ele, Freud, em meio aos estudos sobre a pulsão de morte, ocupa-se bastante do primeiro deles, sempre tomado pela questão do recalque, este que cala: “[...] o processo específico do recalque se faz em silêncio” (Freud, 1911, p. 315). Essa estruturante defesa silenciosa do analisando, pela qual emergia um não dito do recalcado que lhe era sofridamente caro, podia, segundo o pai da psicanálise, ser atravessada, por meio de repetições em contexto transferencial, para alcançar um “despertar de lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada” (Freud, 1914, p. 201).

É na própria proposta de decodificar o inconsciente, esclarece Nasio (1989), que aparece um problema prático a Freud, o calar-se (*taceo*) dos pacientes. Se se tratava de uma proposta de terapia pela palavra, eles precisavam falar. Mas o próprio Freud (1914) constatava que repetidamente ocorria exatamente o oposto. Assim que o psicanalista expõe o contrato de atendimento e esclarece que a regra básica a ser seguida pelo analisando é a produção de fala sem quaisquer defesas, ou seja, a associação livre, este se silencia, declarando que não há nada a falar.

Parece-me, então, que *sileo* e *taceo*, expressões de silêncio que chamaram a atenção flutuante de Freud, se apresentaram a ele como defesas. Entretanto, segundo

Nasio (1989), foi este último, em seu aspecto mais técnico, que instigou exclusivamente os seguidores do pai da psicanálise. Nasio cita primeiramente Ferenczi,⁴ que, em 1910, concebia o silêncio como um reter a palavra, assim como haveria uma retenção anal. Ou seja, para esse autor, o silêncio era uma maneira prazerosa de guardar as falas mais valiosas, numa contenção de um tesouro do sujeito.

Na sequência, Nasio recupera três autores muito próximos, Abraham (1919),⁵ Reich (1928) e Fenichel (1928),⁶ que aproximavam o silêncio da dinâmica libidinal oral do sujeito. Mais especificamente, o silêncio seria, na realidade, uma defesa contra o erotismo oral, contra um antigo desejo de felação.

Nesse sentido de silêncio enquanto defesa, Nasio busca uma teorização mais completa em relação às pulsões. Robert Fliess (1949),⁷ o contempla com três tipos fundamentais de verbalização, em todas as fases pulsionais do desenvolvimento libidinal postuladas por Freud – oral, anal e uretral. Distingue, então, os silêncios erótico-oral, erótico-anal e erótico-uretral, que têm suas posturas defensivas em uma comunicação comparadas à dinâmica dos orifícios erógenos.

Nesse percurso histórico, Nasio (1989) encontra-se com a obra de Reik (1926), incluída em sua publicação. Sem poupar elogios a esse estudo, Nasio sublinha que Reik criticou vigorosamente a redução do silêncio a uma ferramenta de defesa. Expõe ainda que o autor eleva o silêncio à categoria de respostas possíveis e justas do analisando. E conclui afirmando que aquele autor teria sido o primeiro a sustentar abertamente o silêncio enquanto valor técnico e de ato analítico em um tratamento em psicanálise, com uma função, naturalmente, para além daquela de defesa.

Mais uma vez, considere-se que Nasio estava coberto de razão. A começar pelo próprio título do texto de Reik, “No início é o silêncio”, de seu livro *Escutar com a terceira orelha*. Percebe-se que a proposta dele realmente não era entender o silêncio como uma defesa, mas escutar nele ou dele um princípio. Em seu texto, Reik argumenta

⁴ Ferenczi, S. *Obras completas*. (1990). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1910)

⁵ Abraham, K. (1977) *Contribuições do erotismo oral na formação do caráter* (Obras Completas). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919)

⁶ Reich, W. *L'Analyse caractérielle*, (1933-1934), Paris, Payot, 77-87.

Fenichel, O. “De l’isolation”, theme repris dans *La Théorie psychanalytique des névroses*. Paris, *P.U.F.*, (1928), 350-351.

⁷ Fliess, R. Silence and verbalization: on the theory of the analytic rule (1949). *International Journal of Psycho-Analysis*, London, (30), 21-30.

que “não seria justo atribuir os resultados da psicanálise ao poder único das palavras. Seria mais exato dizer que a psicanálise prova o poder das palavras e do silêncio” (1916, p. 16). E assim como toda fala merece uma resposta (como apontado por Lacan, 1974), para Reik esse seria o caso também para o silêncio; o analista não deveria temê-lo, muito menos seus efeitos emocionais.

Reik ainda esclarece que o silêncio pode ser do analisando ou do analista; em ambos os casos, um silêncio diferente daquele que um e outro já experimentaram no cotidiano social e que pode mudar de significação ao longo do tratamento, apresentando-se como uma defesa para o material recalcado ou como um ato analítico do psicanalista para relançar o pensamento do sujeito a ele próprio. Reik conclui, então, que não se trata de “um simples silêncio. Ele vibra de palavras não articuladas” (1926, p. 19). E cabe ao analista escutá-lo, mas escutá-lo na sua expressão significativa, com a terceira orelha. Para Reik, “parece bem mais importante detectar o que o discurso esconde e o que o silêncio revela” (1926, p. 20).

Para além dos autores aqui resenhados, recorri, no processo de construção dos meus referenciais teóricos, a alguns outros textos, mais contemporâneos, com que eu havia entrado em contato antes mesmo de tomar conhecimento do livro organizado por Nasio e que me pareceram compatíveis e/ou complementares às considerações desse mesmo autor e de Reik (1926).

Oliveira e Campista (2007) nomeiam, já no título de seu artigo – “O silêncio: multiplicidade de sentidos” – tudo aquilo que, a partir da leitura de Nasio, me parecia articular-se significativamente com as experiências vividas em minha prática clínica. Ou seja: o silêncio em psicanálise não se encerra em um sentido único, mas se abre em múltiplas possibilidades de sentido. O que, de acordo com essas autoras, é possível recuperar a partir da teoria lacaniana, em que o silêncio desenvolve todo seu valor de silêncio e representa um mais além da palavra.

Para elas, o silêncio é uma linguagem e, como tal, marca “os sujeitos sociais produtores de sentidos” (2007, p. 110). Não se destaca pelo velamento do recalcado, mas sim pelo desvelamento de sentidos singulares na história particular daquele sujeito. Norteiam-se novamente em Lacan (1953/1998) ao teorizar que o homem é um ser de linguagem, que seu inconsciente se estrutura enquanto linguagem, e que por ela é marcado, é nomeado. E dela, o silêncio é parte integrante. Portanto, para Oliveira e

Campista, o silêncio em psicanálise, assim como para Nasio, é um “espaço no qual o inconsciente se revela e se desvela em sentidos, sintomas, índices que em seu contexto silencioso refletem o sujeito e suas possibilidades múltiplas de sentidos” (2007, p. 117).

Ora, sabemos que Freud (1938/1969), quando propôs a regra da associação livre, estabeleceu, mais do que um método terapêutico, uma *talking cure*, um ramo do conhecimento, que nos permite, até hoje, elevar as construções analíticas além do que o próprio pai da psicanálise elevou. Nasio nos mostra que, mesmo se reservando um lugar importante e intrigante para Freud, o silêncio só veio a ter sua verdadeira função em psicanálise reconhecida a partir das contribuições de outros estudiosos.

Quando solicitado a associar livremente, talvez o analisando se situe com o verbo no princípio; mas desde o início e ao longo de todo o tratamento, há o silêncio que o analista deve também considerar na sua escuta em atenção flutuante. Assim, em um verdadeiro encontro analítico,

ao paciente cabe comunicar tudo que lhe ocorre [inclusive o silêncio, eu diria], sem deixar de revelar algo que lhe pareça insignificante, vergonhoso ou doloroso, enquanto que ao analista cabe escutar o paciente sem privilégio, *a priori*, de qualquer elemento de seu discurso. (Macedo e Falcão, 2005, p. 68)

Se o silêncio vai além da função defensiva do recalcado, a escuta analítica deve acompanhá-lo, e não se limitar mais em fazer lembrar e recuperar uma história, por mais singular ao sujeito que ela seja, mas, como afirmam Macedo e Falcão (2005), para facilitar simbolizações estruturantes, o desvelar de significantes. O que não garante, em momento algum, uma aplicação simplificada na prática analítica.

Nesse sentido, recupero a ideia dos três silêncios de Nasio, não como etapas de uma evolução no tratamento analítico, mas como expressões do mesmo silêncio, singulares a cada encontro analítico e, por vezes, singulares a cada momento em que aparecem em um mesmo encontro analítico, ou mesmo quando surgem concomitantemente. Silêncios que podem ser concorrentes, como aquele que pontua a fala do analisando, devolvendo-a para ele mesmo e que, assim, não é um ouvir de suas palavras, pois as transcende na direção de uma interpretação estruturante. Ou silêncios

que podem se complementar, quando o analista precisa exercer o poder do ouvir para que, na transferência, ele se abra para a escuta fiel do silêncio.

Por esse motivo, prefiro falar de silêncio no singular, retomando o título da obra de Nasio: *O silêncio em psicanálise*. Assim, ao considerar-se o silêncio como uma das produções singulares da associação livre, imprescindíveis em contexto de atendimento psicanalítico – do encontro analítico neste *interminável* construir-se –, sua escuta deve se dar como aquela reservada à fala efetivamente pronunciada. Isto é, escutada pela escuta sem privilégios de Freud, pela “terceira orelha” de Reik, pela escuta do desejo transferencial de Nasio, pelo desvelar na abertura do inconsciente de Lacan. “Assim, recupera-se no tempo de cada analista a criatividade e a vitalidade dos novos tempos inaugurados por Freud: o reconhecimento do inconsciente e dos recursos à compreensão de seus efeitos” (Macedo e Falcão, 2005, p. 74).

Concluindo essas considerações teóricas, eu diria que, para mim, mais importante que afirmar se no princípio era o Verbo ou o silêncio absoluto, foi desvelar, em meu *interminável* fazer-me psicanalista, que, em um encontro psicanalítico, nem o Verbo, nem o Silêncio encerram em si significações dadas *a priori*.

Capítulo 4: Silêncio na clínica com lesado medular: um testemunho

4.1 Escuta do silêncio: busca pela fala efetiva

Pude aprender, com Reik (1926), que o silêncio é evitado em sociedade. Segundo esse autor, estamos acostumados e, por que não, determinados, a sempre dizer algo. Se um não tem nada a comentar, o outro fala. Porém, segundo o autor, “o analista não tem medo do silêncio” (p. 17). Será que essa afirmação pode ser tão direta e simplista assim? Talvez não, pelo menos até o analista se apropriar desse constructo que diz respeito ao termo teórico silêncio e a suas implicações para a prática clínica.

Em sua publicação de 1989, Nasio deixa claro, já de início, a importância do silêncio nesta eterna construção que é o fazer-se psicanalista. Mas situa essa importância principalmente na prática clínica:

O silêncio está sempre presente numa sessão de análise, e seus efeitos são tão decisivos quanto os de uma palavra efetivamente pronunciada. Silêncio do paciente ou do analista, silêncio crônico ou efêmero, silêncio de resistência ou de abertura do inconsciente, ele constituiu um fato analítico de primeira importância no desenrolar de um tratamento e coloca aos praticantes um problema de técnica psicanalítica tão antigo quanto o da regra da livre associação. (7)

E aponta, ainda, o que o silêncio representa enquanto uma “entidade teórica fundamental: dentre todas as manifestações humanas, ele continua sendo a que, de maneira muito pura, melhor exprime a estrutura densa e compacta, sem ruído nem palavra, de nosso inconsciente próprio” (Nasio, 1989, 7).

Meu encontro com o silêncio na prática clínica passou a convocar mais minha reflexão em 2010, quando escolhi aceitar o cargo de psicólogo responsável pelo atendimento na clínica de assistência ao paciente lesado medular no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT-HCFMUSP). Ou seja, quando me dispus a prática clínica em um serviço que possibilitaria a uma numerosa sequência de atendimentos a sujeitos com lesão medular. Preocupava-me, na época, principalmente com o preceito

mais caro da psicanálise: ESCUTAR o que O paciente tinha a me falar. Aspirante psicanalista clássico que era, com direito ao “*furor curandis*”, buscava sempre escutar, não ouvir como outro qualquer, mas escutar analiticamente.

Totalmente imerso no processo do fazer-me psicanalista, tomei todos os cuidados aconselhados, mantendo (como mantenho até hoje) a tripla sustentação de formação imprescindível: estudo, supervisão clínica e análise pessoal. Devidamente amparado, fui, então, conhecer o serviço de assistência ao lesado medular onde atuaria e verificar como transcorria sua dinâmica de funcionamento. Nesse mesmo dia, já havia a solicitação de atendimento para um paciente internado na UTI em tratamento de uma tetraplegia completa. Esse seria meu primeiro paciente nessa instituição, com atendimento iniciado no dia seguinte.

A internação de Fábio,⁸ assim como a solicitação para o atendimento, sempre foram atravessadas pela nomeação de “bonzinho”, compartilhada por quase a totalidade daqueles que o assistiram. Descobri em atendimento que essa sua qualidade se generalizava para a família e iria também prevalecer no contexto de atendimento psicanalítico. Ele realmente era muito “bonzinho”.

Mesmo assim, durante um tempo, minhas expectativas para esse atendimento eram uma produção de fala expressiva e, talvez, não em tom “bonzinho”, especialmente pelo pressuposto devastador e destruturante que esse quadro físico-clínico carregava não só no senso comum mas também nos corredores do próprio IOT. Mas Fábio se mantinha tranquilo e bonzinho, afirmando que não tinha do que reclamar, não tinha por que se queixar, já que estava vivo e agora era melhorar. Mais, não se lembrava do acidente e não desejava nem tentar, pois não queria inventar detalhes sobre o que vivenciara.

Aquilo me causava certo estranhamento: como ele podia manter aquela tranquilidade ao experienciar um trauma físico dessa magnitude (trauma raquimedular causado por atropelamento de auto quando estava na calçada), seguido de lesão medular (tetraplegia com nível neurológico C4, ou seja, não havia movimentos ou sensibilidade

⁸ Todos os nomes utilizados no trabalho são fictícios, de modo que impossibilite a identificação dos pacientes em favor dos princípios éticos em pesquisa.

da altura dos ombros para baixo)? Mas essa era a intrigante postura do paciente: não reclamava, não se queixava, praticamente, de nada.

Mesmo quando indagado diretamente, em uma tentativa de convocá-lo para uma suposta apropriação mais ativa de seu novo contexto, Fábio afirmava estar bem: só tinha a agradecer e não sentia qualquer sentimento de raiva ou rancor pelos ocupantes do veículo que o atropelara. Estava vivo, e seu intuito era melhorar; sem especificar, porém, o que considerava como melhora. Depois, era silêncio. Eu não sabia se um silêncio sereno, de quem parecia superar toda essa condição adversa ou silêncio de quem não queria entrar em contato com as reações afetivas perante toda essa adversidade.

Mesmo falando claramente que não estava incomodado e preferindo se calar em um silêncio supostamente sereno, eu ficava com a impressão de que tinha algo para ser dito. Um silêncio recheado de palavras, na verdade. Para mim, naquele momento, silêncio era sinal de alguma resistência diante da dificuldade de se falar de algum tema caro e/ou doloroso. Ou, quem sabe, a manifestação de um recalque, que o paciente escolhia enterrar no ponto mais fundo de seu inconsciente, numa tentativa de esquecimento daquilo que lhe era traumático.

Eu, entretanto, buscava escutar esse silêncio do paciente de uma maneira que hoje se apresenta como a menos tranquila possível: tentando fazê-lo falar. É claro que, mesmo querendo escutar o que ele preferia silenciar, esperava o tempo de o paciente se aproximar dessas questões e escutava outras falas que não vinham da revelação desse “algo” que parecia recalcado. E assim foi, por um tempo. Eu trabalhava questões que iam desde o cotidiano da internação até temáticas distantes no tempo, mas sempre esperava que ele se apropriasse e falasse do que eu parecia querer nomear de trauma recalcado. Ele parecia sempre fugir, consciente e inconscientemente.

Esse diálogo, ou talvez “duelo analítico”, manteve-se assim até que sua alta hospitalar foi anunciada e organizada pela equipe. Porém, uma intercorrência a adiou por um tempo considerável. Ao contrário do que todos esperavam, Fábio silencia totalmente, passando de bonzinho para calado, no máximo educado. Eu estava ali, pronto para escutar sobre sua mudança, convocando-o a questionar-se sobre a nomeação de “bonzinho” e a apropriar-se de suas escolhas. Numa resposta a essa demanda, Fábio decide falar.

Contou tudo que demonstrava saber do acidente, desde ter preferido ir à balada de transporte público, pois iria beber. Detalhou que em dado momento ouviu o barulho de frenagem e nada mais viu, acordando no hospital. Explicita que seu amigo, que estava junto na calçada e saiu com ferimentos leves, lhe contou que a equipe de resgate demorou a socorrê-lo, por acharem que estava morto. Fábio concluiu que, ao acordar no hospital já sem nenhum movimento, sabia que seu quadro era grave e que não havia mais nada a ser feito. Depois de alguns minutos, a única intervenção que me foi possível foi questionar como estava se sentindo ao falar (hoje eu diria confessar) tudo aquilo.

Como era de se esperar (apesar de naquele momento eu não ter esperado), Fábio manteve-se bonzinho e afirmou estar bem, que não tinha raiva de quem o atropelou, nem se sentia indignado pela situação em que se encontrava. Sabia apenas que tinha acontecido, e que, dali para frente, era tentar melhorar, mesmo sabendo da irreversibilidade da lesão e das sequelas.

Fábio continuou bonzinho, e os temas mais tratados dali até sua alta efetiva foram sobre essa característica. Como chegou até ela e o que ela refletia. Mostrava também uma maior apropriação de seu quadro. Inclusive foi ele próprio que buscou *home care* para continuar a antibiótico-terapia em sua casa, o que reduziu seu tempo de internação. No seu jeito e no seu ritmo, foi construindo cada vez mais claramente sua vivência da tetraplegia.

No seu último atendimento, algum tempo depois de sua alta hospitalar, durante o período de retorno ao atendimento médico ambulatorial, ele comentou que agora falava mais. Endereçou a mim o fato de finalmente ter de aprender a falar, pois não tinha mais alternativas, já que não tinha mais os outros movimentos.

Com esse encerramento, apesar de considerar que o paciente me confessara o que poderia estar lhe causando sofrimento, julguei que não era essa a conduta que eu esperava construir como parte de meu devir psicanalista, ainda que, de maneira geral, Fábio tenha se apropriado mais de seu quadro, assumido uma postura mais ativa e passado a falar para além do lugar de bonzinho.

Hoje, eu certamente procederia de outra forma. Naquele momento, entretanto, precisei manter a postura de buscar a fala efetiva do paciente por mais um tempo,

principalmente com outros dois atendimentos, quase que concomitantes, Vítor e César, que, para minha sorte, não eram bonzinhos.

O primeiro declarava escancaradamente que não desejava falar. Questionava minha competência e dizia que eu não o estava favorecendo, solicitando que eu interrompesse um atendimento que, na verdade, sequer tinha começado. Como eu ainda pressupunha o silêncio como um índice de algo da ordem do insuportável ao paciente e relativamente improdutivo do ponto de vista “analítico”, me mantive acompanhando seu tratamento, para estar aberto à escuta, quando ele falasse. Porém, ele não falava.

Em reuniões com a equipe multidisciplinar, discutia-se a dinâmica do paciente recorrentemente, com muita preocupação de todos, por seu “jeitão sisudo” e muito calado. Pesava a seu favor o fato de ele pouco reclamar e de seguir à risca o que era administrado pelos médicos. Pelo lado negativo, havia uma grande dificuldade em triar o que o paciente desejava ou precisava. Caso muito citado era o da terapêutica de dores, esperadas para o seu quadro (tetraplegia C5, quando movimentos dos ombros e parcialmente dos braços são preservados). Como ele não se queixava de nada, mantinham por precaução a medicação mínima de protocolo, apesar de acreditarem que o paciente passava por um sofrimento maior.

Vítor pontuava, por vezes, que preferia manter-se quieto, controlando suas emoções, de modo que, à sua maneira, se organizaria para enfrentar tudo. Insistia, assim, em seu silêncio, mesmo na iminência de duas intercorrências importantes que provocaram seu retorno à UTI. Na primeira, o foco foi restrito à atividade respiratória, e sua recuperação foi relativamente rápida e sem maiores consequências. No entanto, a segunda reinternação na UTI decorreu de uma complicação muito além dos pulmões, com necessidade de intervenções mais complexas e sedação forte. Nesse momento, os médicos intensivistas chegaram a desacreditar da recuperação do paciente, dadas as limitações das terapêuticas possíveis.

O paciente, entretanto, recuperou-se. E alguns dias depois de suspenderem a sedação, ofereço-lhe novamente atendimento. Ele diz que conseguia observar a importância da psicologia naquele contexto, especialmente agora, mas que ainda preferia não trabalhar com isso; e pergunta se eu poderia apenas conversar com ele. Afirmo que sim, e o paciente diz que pensa ter chegado ao fundo do poço: a bolsa de colostomia estava ali para provar. Naquele momento, afirmava se sentir metade do

homem que já havia sido um dia, mais fraco e vulnerável. Além de tudo, sente dores, muitas dores, que parecem encaminhar para o insuportável.

Sem dar grandes chances à minha pontuação, de que talvez realmente não precisasse, naquele momento, Vítor afirmou, por outro lado, que acreditava em sua recuperação. Quase bradava que iria sair daquele buraco, recuperar sua força e buscar sua alta. Como um esquema de tarefas a serem cumpridas, traça um plano a ser percorrido, dividido em etapas de recuperação de seu quadro clínico.

Com alguns dias a mais ou a menos para cada etapa e uma ou outra revisão junto à equipe, tudo transcorreu como ele previu. Tal fato chamou não só a minha atenção mas também a dele, levando-o a comentar comigo e com a esposa que ele ainda tinha o comando de tudo. No entanto, reconhece que dependeria dos outros, principalmente da esposa. Para sedimentar o que dizia, resgata a história de seu acidente: mergulho em água rasa em uma piscina que ele conhecia. Destaca, então, que, quando percebeu ter perdido os movimentos, manteve-se “calmo e controlado”, mas precisou “soltar bolhas de ar” para que seus amigos percebessem o ocorrido e o socorressem.

Vítor parecia ter encontrado uma nova maneira de se nomear. Aproveitando-se de suas palavras, mostrava-se mais tranquilo ao ser metade do homem que já tinha sido. Apesar de manter forte controle de tudo, conseguia delegar aquilo que lhe era impossível à esposa, que passou a assumir o controle de alguns de seus cuidados pessoais e da casa. Consegui escutar isso e acredito ter facilitado essa conclusão, mas não tinha ideia de como ele chegara até ali. Ficou em um silêncio que me causava um misto de frustração e de alívio, por não tê-lo feito “confessar”.

César, por outro lado, falava bastante da família e só da família. Esquivava-se veementemente dos assuntos relacionados a sua internação. O primeiro questionamento apresentado por César foi o de como iria ser cuidado por sua família naquelas condições. Dúvidas que poderiam se desenvolver em várias direções: o que seriam, para ele, “aquelas condições”? O que implicavam os cuidados que seu quadro demandaria? Ou, ainda: como as relações familiares se reconstruiriam a partir desse novo ponto?

Revelou-se um paciente muito ansioso, desde a solicitação de atendimento psicanalítico até as reconsiderações relativas a sua alta hospitalar. Diante dessa perspectiva, o que lhe parecia mais urgente do que experimentar sua nova dinâmica

familiar de tetraplégico era o fato de não se considerar devidamente preparado para as questões familiares que lhe chegavam. Principalmente porque os filhos estavam diariamente presentes, e, querendo ou não, o paciente permanecia imerso nesse contexto familiar.

César desenhou esse contexto nos seguintes termos: ele mantinha escasso contato com seus dois filhos, que, dizia, nunca aceitaram o fato de ele se relacionar com uma nova companheira tão imediatamente após ter se tornado viúvo. Naquele momento, os filhos, já adultos, seguiam suas vidas, quase que completamente afastados e estranhos para ele. Entretanto, César reconhece que eles se organizavam para assumir os cuidados inerentes ao seu quadro físico (tetraplegia C5 com preservação dos movimentos do ombro e parcialmente dos braços decorrente de um acidente automobilístico a caminho do trabalho) e ao seu acompanhamento no hospital. O que lhe parecia muito positivo, ao mesmo tempo que reatualizava todas as questões e desencontros familiares. Concomitantemente, sua esposa passou a afastar-se, tornando-se ela a visita estranha naquele núcleo familiar, até não mais aparecer.

César escolheu encarar suas diferenças com os filhos e recuperar o que nem ele mais lembrava que havia de positivo nessa relação. A cada atendimento, questionava-se sobre sua postura como pai (também chefe de família) e o que isso refletia nele e nos filhos. No início, acusava apenas a eles pela atual situação familiar. Depois, passou a expressar constantemente sua culpa, que, latente desde o início, vinha se mostrando cada vez menos insuportável. Chegou, então, a dividir a responsabilidade pelo distanciamento, permitindo-se compartilhar a reaproximação e solicitando, inclusive, atendimento conjunto com o filho, numa tentativa de retomada da vida familiar.

Esse foi um percurso muito difícil e sinuoso, com idas e vindas, como esperado num atendimento psicanalítico; e atravessado por um complicador importante, os mal-estares e as ausências seguidas de alucinação, em razão de crises de *delirium* medicamentoso, complicadas pela longa internação.

César nunca desistiu e, apesar de sempre se manter em silêncio em relação a seu quadro de tetraplegia e a seu tratamento, privilegiando quase que unicamente a temática familiar, mesmo quando em *delirium*, jamais trabalhou as suas questões a partir de outro referencial que não o da realidade do seu estado físico. De tal forma que seu silêncio também se estendia ao que concernia a possíveis falas sobre recuperação da plegia.

Parecia ter completa ciência de todo o seu contexto, mas mantinha-se silencioso a respeito.

Entretanto, quando se inicia o processo para sua alta, quando a equipe não só questionava, mas muitas vezes acreditava que a ansiedade do paciente acabava por potencializar seus quadros de *delirium*, e que talvez isso não se resolvesse totalmente antes de ir para casa, César assumiu, em silêncio, sua nova condição. E apostou ter condições suficientes para ir embora para casa, com sua família, os filhos.

Sem quase nada falar da tetraplegia, mas apostando nele e nos filhos que poderiam viver bem com e/ou apesar da tetraplegia, deu-se a sua alta. Quando indagado das dificuldades, apenas olhava para os filhos e utilizava-se do maior movimento preservado: chacoalhava os ombros.

Mais tarde, seu filho retorna ao hospital e informa à equipe que os últimos meses foram muito tranquilos. Eles e o pai teriam conseguido não só manter a paz e um bom relacionamento como aceitar as diferenças e retomar cada um a sua vida, indo além de paciente e cuidador. Eram novamente uma verdadeira família. Emocionado, diz que os últimos dias do pai foram realmente em família, e ele tinha se ausentado pela última vez, dessa vez em paz.

Naquele momento, fiquei a pensar que o silêncio de César diante da tetraplegia permitiu, ou ao menos não impediu, que ele recuperasse aquilo que lhe era mais valioso, a relação com os filhos. Ora, seria natural, então, ele privilegiar a temática família em atendimento. Hoje, é possível perceber que a minha intervenção era realmente escutá-lo, mas não só o que ele falava efetivamente, também aquele silêncio. Pois, talvez, esse não fosse tão absoluto: afinal, como já disse, o paciente manteve o tempo todo a perspectiva de um sujeito tetraplégico.

Perante esse fato, comecei, então, a balizar ainda mais minhas questões. Se ele, paciente, fala, e lhe é importante o que fala, talvez escutar isso – e não fazer produzir algo do que se mantém em silêncio, em busca do “grande trauma verdadeiro” –, fosse extremamente importante e verdadeiramente analítico. Mesmo que isso me pareça claro agora, depois de muito refletir a respeito, devo confessar que fiquei, naqueles atendimentos, sempre a esperar que em algum momento o discurso sobre a tetraplegia propriamente dita aparecesse, carregado de significações afetivas.

No entanto, as considerações teóricas relativas ao silêncio surgem já no início da psicanálise, como Nasio (1989) revela. De acordo com ele, Freud se deparou com a questão quando se aventurava no enigma do recalque, momento em que este parecia fazer-se especificamente como silêncio (Freud, 1911): os pacientes simplesmente não falavam. Ora, quando ingressei no IOT, recém-formado em uma pós-graduação *lato sensu* em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral com supervisão lacaniana, eu já tinha conhecimento dessas formulações. Assim, a teoria freudiana do recalque diante de um grande e potente trauma não só justificava coerentemente meu contexto de atendimentos como parecia me garantir uma base segura para lidar com a dificuldade de os pacientes falarem. A propósito, para Freud (1940/1975), em um processo de análise deve-se ouvir “[...] não apenas o que ele [paciente] sabe e esconde de outras pessoas, ele deve dizer-nos também o que *não* sabe” (p. 201).

Portanto, se eu me propunha a escutar, os pacientes precisavam falar. Afinal, como eu poderia escutar o que não era dito ou que era dito, mas parecia não ter o que ser escutado? Se eles não falavam, era, então, porque estavam recalcando, estavam guardando para si, mesmo não cientes disso, aquele tesouro da fala, que provavelmente possibilitaria o desenvolvimento do atendimento, ainda que não sem sofrimento para eles mesmos.

As elaborações relativas ao silêncio com que pude entrar em contato por meio de Nasio (1989), no entanto, me permitiram não só uma nova compreensão da teoria freudiana mas ainda traçar um percurso cronológico da construção e, por que não, da evolução desse constructo no âmbito psicanalítico.

Nasio explana que Ferenzi, Abraham, Reich e Fenichel mantêm o silêncio como uma expressão de defesa do homem. Cada autor, com suas especificidades, faz um paralelo parcial com uma das fases da teoria freudiana do desenvolvimento libidinal: oral, anal e fálica. Já Fliess, elabora uma teorização sobre três verbalizações a partir de toda a completude dessa teoria. No entanto, ainda se anunciava uma incompletude teórica desse constructo e limites na análise de sua aplicação prática. Defasagem que eu compartilhava naquele momento, apesar da sensação de estar perdendo todo o potencial desse constructo ao considerar o silêncio, por mais singular que fosse, apenas como uma expressão de defesa.

Menos sozinho nessa prática clínica, consegui esperar que os pacientes falassem, e falassem do que quisessem. Havia certa razão na minha impressão inicial de que aquele silêncio transbordava de palavras, em sua maioria envolvida em angústia e outros sentimentos merecedores de intervenções psicanalíticas. Afinal, realmente trauma raquimedular e lesão medular não eram experiências quaisquer. Entretanto, isso não bastava, minhas questões não sossegaram. Não me parecia que fazer os pacientes “confessarem” o que lhes era traumático, por mais singular que fosse, e a partir de então acolhê-los terapêuticamente, era o melhor caminho a ser construído no fazer-me psicanalista nessa clínica. Constatação que precisou de certo percurso para emergir, ainda que eu conhecesse bem a fala convicta de Lacan: explicar ao analisando que está ali para dizer qualquer coisa, e não para se confessar, é o princípio mais básico da psicanálise (Lacan, 1974/2008).

Exatamente por me implicar esse fazer-me psicanalista, eu não podia ignorar a gravidade do quadro físico em foco (lesão medular seguida de tetraplegia, de irrupção abrupta), ou mesmo desconsiderar que os pacientes tinham importantes demandas de acolhimento de angústia, bem como buscavam efeitos terapêuticos imediatos imprescindíveis. Eu não podia, portanto, ignorar que os pacientes com lesão medular apresentariam sintomas decorrentes de estarem imersos nesse novo contexto e que desejariam removê-los, endereçando essa demanda ao psicanalista que os atendia. Mas o psicanalista “ouvirá o paciente sem privilegiar, *a priori*, qualquer parte do relato e procurará transformar a queixa-sintoma em sintoma enigma, ou seja, ele sabe que queixa precisa ser transformada” (Prizskulnik, 2000, p. 25).

Assim, eu insistia que, mesmo o paciente mais limitado fisicamente, mesmo o tetraplégico com déficit neurológico mais alto (mexendo apenas do pescoço para cima, dependente de respiração artificial), com toda uma justificativa para a queixa-sintoma, é um sujeito falante com um inconsciente expressante e provavelmente expressivo. Mais do que nunca, eu sabia, principalmente depois dos atendimentos de Fábio, Vítor e César, que os pacientes com tetraplegia mereciam ser escutados em um atendimento que não se encerraria no terapêutico. Não se encerraria no desvelar do recalcado, no fazer o silêncio se revelar em fala efetiva, pois compartilhava com Prizskulnik que o psicanalista

sabe que o sintoma tem um sentido para quem sofre (sentido subjetivo), que o sentido está inserido na trama de uma história

marcada pelo desejo inconsciente do sujeito e que é portador da verdade do sujeito, portanto não procurará curar, ou eliminar, ou aliviar o sintoma; ele não só não dá resposta ao paciente, como transforma a resposta pedida em questão para o sujeito (2000, p. 25).

Portanto, preceitos psicanalíticos como “analizando”, “analista”, “postura” (de ambos), “implicação”, “responsabilização do sujeito” me eram muito caros naquele momento de meu percurso, mas talvez não estivessem suficientemente claros. Em contrapartida, eu não arriscava a me aprofundar em propostas e abordagens não analíticas, que em sua maioria buscavam um efeito terapêutico. De acordo com Freud (1926/1976, p. 262), “[...] toda ciência é unilateral”; e isso me autorizava a investir unicamente em uma certeza absoluta: a psicanálise é possível, em contexto hospitalar; e era isso que eu oferecia aos pacientes com lesão medular. Assim, se o silêncio pudesse ser considerado como um sintoma, eu iria escutar seu sentido subjetivo, iria escutar o que queria dizer aquele silêncio e não mais interrogar os pacientes até “confessarem” o que eu, na realidade, esperava do recalcado. Mas como isso deveria ser feito foi ficando mais claro com o decorrer do tempo.

4.2 Escuta do silêncio: o que quer dizer o silêncio

Ao mesmo tempo que me enveredava na apropriação da teoria psicanalítica freudiana – por vezes com importantes dificuldades – e percebia cada vez mais o sentido disso para garantir a qualidade da minha prática clínica, vinha também, como se pôde observar, experimentando a teoria lacaniana. Alguns trabalhos de autoria do próprio Lacan, outros por autores que já se aventuravam com mais propriedade em seus ensinamentos.

Para mim, Lacan se apresentava muito como uma possibilidade de um além Freud. Como se nas teorias lacanianas eu pudesse encontrar o caminho da apropriação legítima da obra de Freud, e a prática clínica fosse coerente e de qualidade analítica. Concluiria, naturalmente, num fazer-me psicanálise enquanto lacaniano, mas que seria impossível sem passar pela fase ou traço “freudiano”. Aliás, Lacan sempre insistia veementemente que o psicanalista, ao não retornar a Freud, alicerçava-se em uma fórmula abusiva (Lacan, 1974/2008).

Desse tear teórico, o fio que se confeccionava e tencionava minha prática clínica era o de que a postura analítica do analista em seu atendimento era o que desenharia este como um atendimento psicanalítico, e não outra coisa. Era confiante em que o analista não direcionava o analisando, mas, sim, a análise. Leia-se aqui que não é um direcionamento no sentido de determinar o caminho a ser construído pelo analisando através de seu discurso, mas cabe ao analista a responsabilidade ética, ética da psicanálise, de configurar seu atendimento como um ato analítico. Com a propriedade do ensinamento de Lacan: “O analista não faz pergunta e não tem ideias. Ele só dá as respostas que ele quer realmente dar às questões que sua vontade suscita. Mas, ao final, o analisando vai sempre aonde seu analista o leva” (Lacan, 1974/2008, p. 5).

Pois bem, minha aposta então em um hospital estava se desenhando no construir atendimentos analíticos, e assim ocorria com os pacientes com lesão medular. Entretanto, diante desse público, em especial os tetraplégicos, que possuem poucas possibilidades de terapêuticas médicas, porque o quadro é irreversível, assim como são escassas as expectativas de reabilitação, pois perdem todos os movimentos que lhe garantiriam a autonomia, esperava eu, como já pontuado anteriormente, que a demanda fosse expressiva, mesmo quando estritamente de alívio de um sofrimento qualquer. Ou seja, acolhesse e curasse seus sintomas, que talvez se apresentassem embebidos em uma angústia quase que palpável, de quem provavelmente foi devastado para sempre por um trauma físico (trauma raquimedular seguido de tetraplegia).

Entretanto, a primeira grande surpresa singular com pacientes vivenciando a lesão medular, deslocando-me de meu lugar pré concebido, e talvez até pré conceituado, nesse encontro analítico, foi que os pacientes, principalmente esses três primeiros selecionados, não sem motivos, para este trabalho – a saber, Fábio, Vítor e César –, se implicavam em seu novo contexto de uma maneira não esperada: eles pouco demandavam explicitamente, ao menos o que concernia a seus quadros físicos e ao tratamento.

Nos primeiros encontros, apareciam falas como “nada poderia ser feito”, “nada havia para ser feito”, “nada era possível ser feito”, ou mesmo “não tenho nada do que reclamar”, ou então uma ausência completa de falas. Depois de fazer alguns se “confessarem” ou me concentrar estritamente na fala efetiva, ignorando o silêncio,

percebi que isso não encerrava minhas inquietações sobre aquele silêncio na clínica de lesão medular. Algo permanecia, algo restava.

Hoje, reflito que na realidade, até este momento do meu percurso como psicanalista desses pacientes, foram dois silêncios que me surpreenderam e me deslocaram do lugar que posicionei para minha atuação nessa prática clínica: o de ausência de demanda (e desejo) e o de ausência de palavras. Poderiam até estar também em razão de uma defesa do sujeito diante da magnitude do trauma físico vivenciado, mas não pareciam se encerrar aí.

Assim, comecei a considerar se o silêncio não era uma característica daqueles pacientes inseridos nesse contexto, se não era um sintoma específico daqueles pacientes. Mais do que defesa, o silêncio se anunciava como uma expressão caricata de que, para aqueles sujeitos, nada poderia ser feito, isto é, seus quadros eram realmente irreversíveis. Se nada era possível, o que sealaria, o que se demandaria, o que se desejaria? Questões importantes e árduas, mas que, revisitadas hoje também, aparentemente, subvalorizam aquela produção em silêncio, o alcance desse constructo.

Começo a refletir então, mais e mais, sempre atravessado pelos próprios atendimentos, a questão do que queria dizer esse silêncio, o que queriam dizer esses silêncios. Não era por ali, naquele caminho já traçado a ser confessado que se construiria esse encontro analítico. E, sim, no lado em que nada estava construído ainda, provavelmente no próprio caminho silencioso. Talvez fosse algo mesmo do traumático, que ao ser clareado permitiria o paciente se apropriar mais de seus atendimentos; ou talvez fosse apenas um indizível a ser testemunhado, e o atendimento psicanalítico já transcorria há um tempo, mesmo silenciosamente.

Quem poderia responder a essas novas questões? Os próprios pacientes, pois são eles quem mais sabem de si mesmos. “O neurótico é um doente que se trata com a palavra, e acima de tudo, com a dele” (Lacan, 1974/2008, p. 3). Nesse pano de fundo, apareceu Marcos, paciente internado na UTI também para tratamento de tetraplegia.

Diziam ser bastante agitado fisicamente, apesar do nível de déficit neurológico C6, o que lhe permitia certo movimento descoordenado dos braços, restringido ainda mais pelos inúmeros “fios” de monitoramento e acesso venoso. Comentavam também que, incrivelmente, conseguia falar mesmo entubado. Sem esconder o espanto, a

pergunta da equipe era como ele conseguia falar e se movimentar tanto nessas condições atuais?

Pensando hoje, parecia um caso que surgiu de um livro organizado nessa temática de psicanálise em hospital para sanar todas aquelas inquietações que emergiam nos atendimentos aos lesados medulares. Vinha me deparando com e questionando o silêncio e tenho a oportunidade de atender alguém que deseja falar mesmo com um tubo na garganta? Teria encontrado a fonte de todas as respostas? Mais ou menos.

Marcos, sim, falou desde o começo, realmente mesmo entubado, e eu, assim como a equipe, também não consegui esconder meu espanto. Ciente de seu quadro e seu tratamento, sabia da dificuldade de seu atual contexto e da irreversibilidade dele, bem como dos desafios e das impossibilidades que isso refletiria no seu retorno a sua dinâmica de vida fora do hospital.

Pontuava, entretanto, que se sentia preparado e não fugiria da luta. Reforçava dizendo que estava acostumado a desafios, tanto na sua história pessoal como profissional. Nesta última, colocava que teria espaço para uma reabilitação e, se não tivesse, o construiria, ou faria de tudo para construir junto daqueles que faziam parte do que chama de “corporação”, ou seja, seu ambiente de trabalho.

Cuidou de perto também de seu tratamento propriamente. Sabia de procedimentos e solicitava esclarecimentos sobre tudo o que era feito e o que motivava ou justificava essas condutas. Com isso, investia no que lhe era proposto, sempre focado na melhora no presente e na busca do próximo passo da evolução em seu tratamento. Rapidamente, conseguiu ficar independente do tubo, e disso para sua alta não demorou muito, em um processo de evolução constante e rápido.

Além disso, conseguiu perceber a dificuldade de sua família, principalmente esposa e filhos, na reação a sua nova condição. Solicitou, então, atendimento psicológico separado da esposa e visita dos filhos, que, pelas idades, não era permitida normalmente no hospital.

Nessa dinâmica, Marcos construiu um traçado de plano, junto aos dados de realidade obtidos com a equipe, e foi seguindo como se estivesse em uma missão da “corporação”, concluindo-a com alta. E, no atendimento, também não foi diferente.

Pautava assuntos a serem trabalhados, quase sempre restritos a como se organizar e preparar para enfrentar o que viria com a alta. Tinha uma aposta do alcance desse atendimento durante a internação e a demanda que ocorreria na volta ao mundo. Como uma versão masculina de Sra. Emmy von N, paciente de Freud (*Estudos sobre histeria*, 1985), me pontuando que pessoas com tetraplegia, mesmo tão bruscamente inseridas nesse diagnóstico (no seu caso, acidente de trânsito quando seu carro foi colidido na lateral por outro que cruzou o farol vermelho), elencam por si só o que desejam falar e o que podem falar.

Próximo a sua alta, agradeceu tudo o que conseguiu trabalhar nos atendimentos, destacando que foi muito importante para ajudá-lo a se organizar e a mantê-lo inteiro para se preparar para a volta à sua dinâmica de vida além do hospital. Coloca ainda que no seu trabalho tinha suporte psicológico e que, como sua esposa, iria se tratar lá.

Marcos, como no começo de seu atendimento, parecia certo e determinado e se armou para isso, realmente evolui à sua maneira, pautando o que desejava trabalhar em atendimento. Depois, o encontro nos corredores do hospital, escoltado por seus colegas. Afirmo que a busca pela sua reabilitação junto à “corporação” já havia começado e estava mais difícil do que planejava, mas não mais do que imaginava. Sabia que lá eles o acolheriam, e até escoltariam, mas a reabilitação seria a partir de sua ação, seria a sua nova missão.

Marcos cercou-se de tudo que achava necessário, inclusive ia aos retornos com três viaturas. Mesmo com toda essa produção, inclusive de fala, e comigo finalmente conseguindo escutar livremente, depois de sua alta, uma dúvida retornou: e o que ele tinha a dizer de seu trauma raquimedular, do tratamento e consequentemente da lesão medular/tetraplegia. Marcos falou de tudo, como era anteriormente ao acidente, como se imaginava após a alta e como seria o fim do que era possível aos tratamentos pelo homem. Mas não disse como estava ali vivenciando e os prováveis custos afetivos disso.

Muito parecido, apesar de bastante ansioso e nada organizado, foi Leonardo. Segundo a equipe, precisava de atendimento porque essas suas duas características eram tão evidentes que seu discurso parecia até ilógico e delirante. Ao longo dos atendimentos, constatei que essa dinâmica não parecia ser reacional a seu trauma raquimedular e sua seqüela de lesão medular ou então resultante de sua internação para

tratamento. Talvez estas as tenham potencializado ou possibilitado uma expressão mais forte, mas não eram a fonte.

Exemplo caricato que essa dinâmica era pregressa foi a própria história do acidente que levou a seu diagnóstico. Próximo ao enredo de filmes de ação, realmente permitia duvidar de sua veracidade. Mas o paciente dizia com tanta convicção que não havia como ignorar que pelo menos ele acreditava piamente, o que dava grande sustentação a sua versão.

Relatou que, ao fugir de uma suposta tentativa de assalto – pois nem ele conseguia definir ao certo se era um assalto ou se fugiu em razão do medo causado por uma má interpretação –, correu ao longo de uma ponte próxima ao local de onde estava. No desespero de ser alcançado, segundo suas palavras, mergulhou por cima do muro de contenção e caiu de cabeça no terreno pedregoso e com mato nativo. Ao cair, diz ter enroscado a cabeça entre pedras, e o peso do corpo “chicoteou” sua coluna, quando parou de sentir tudo do pescoço para baixo. Completa, ainda, que ficou por cerca de 10 horas nessa situação, até que o acharam e chamaram o resgate.

Apesar da dramaticidade cinematográfica do relato, o que mais chamava a minha atenção era como ele vivenciava sua plegia e seu tratamento. Assim como seu acidente, ele parecia ignorar o que lhe afligia propriamente, ao mesmo tempo que sabia que era algo estranho, ameaçador, já que não mexia nada além dos ombros para cima, quadro característico da tetraplegia C4. Entretanto, mergulhava com tudo na sua recuperação, em um escuro que a medicina não conseguia clarear por ainda não deter o conhecimento de reverter a plegia, mas com uma certeza de que era aquilo que iria salvá-lo e ele encontraria no fim desse mergulho algo melhor do que o atual momento.

Essa postura que me preocupava, pois estruturava planos e solicitações embasados nos pressupostos de quem ainda andava. Assim como não esboçava qualquer aproximação aos dados de realidade que indicavam exatamente o contrário, ou seja, que aquele quadro era irreversível e por toda a sua vida seu contexto seria pautado pela tetraplegia e suas expressões características. Por exemplo, ele até falava que era muito ruim não conseguir comer sozinho, mas isso mudaria assim que voltasse à academia, na qual já queria fazer matrícula, para fortalecer os braços.

Entretanto, essa preocupação parecia estar comigo e com a equipe, nem ele nem sua mãe demonstravam qualquer sinal que denunciasse que eles também se preocupavam com isso. A impressão que reinava era de que eles ignoravam genuinamente a plegia. Tanto que, apesar de acreditarem no tratamento, não mencionavam nada sobre o desejo de uma possível cura, muito recorrente em paciente com o mesmo diagnóstico. Era como se a tetraplegia não existisse.

Com isso, era óbvio, pelo menos agora ao revisitar esse caso, que a tetraplegia, seu tratamento e todo o contexto que os envolvia ficariam em silêncio. Leonardo tinha outras preocupações e ansiedades, bastante expressivas e importantes. Surgiam e ressurgiam nos atendimentos, com falas apressadas que, muitas vezes, não tinham espaço para intervenção. Por vezes, nem a demandavam.

Leonardo atravessou toda sua internação e o atendimento psicanalítico nesse desenho. Todo dia uma ansiedade nova, mesmo que fosse com uma temática repetida. E era com ela ou nela que trabalhávamos. Eu, do meu lado, buscava compreender sua organização e, a partir dela, instrumentá-lo de alguma forma não só para enfrentar o seu atual quadro que insistia em ignorar mas também para prepará-lo para a sua vida além do hospital. Esta iria se configurar em um contexto com uma projeção totalmente ignorada por mim e, pelo que tudo indicava, por ele também.

Leonardo, com seu jeito peculiar, escancarou para mim algo que foi muito importante, mas um tanto quanto preocupante: a possibilidade que do silêncio, perante o contexto de tetraplegia, nada sairia de fala efetiva. Entretanto, também reafirmou que, se não conseguisse escutar o que esse silêncio significava, poderia haver uma grande produção de fala efetiva para ser analisada. Para Leonardo, com absoluta certeza era o que mais importava e talvez a única coisa que importava.

Esses dois pacientes, Marcos e Leonardo, me mostraram claramente que poderia haver grande produção de fala mesmo no contexto devastador da tetraplegia, e esta era muito importante. Marcos pautava o que desejava falar e o que não desejava falar e nisso buscava se organizar e se sustentar. Mas isso não o impediu de aproveitar os atendimentos psicanalíticos, inclusive para se questionar se a corporação da qual fazia parte estava preparada para construir sua reabilitação ou se ele teria de conquistar esse espaço. Ou seja, hoje penso que ele realmente questionou sua postura de vida e como iria vivenciar o contexto em que foi colocado.

Leonardo, por seu lado, nada tinha de pautas ou organização, e isso parecia anunciar uma dificuldade em se sustentar, talvez principalmente depois de ficar plégico. Mas foi na escuta dessa produção ansiosa, que praticamente ignorava seu contexto de diagnóstico, tratamento e prognóstico, que foi possível dar borda a toda sua inquietação e talvez instrumentalizá-lo para a vivência enquanto tetraplégico, mesmo antes de se apropriar conscientemente dessa nova condição.

Entretanto, apesar da riqueza desses atendimentos e da minha ciência da importância do produzido e analisado pela fala efetiva, alguma coisa ainda mantinha meu desejo de escutar algo que parecia vir fecundo no silêncio, algo que parecia estar sendo escondido, mas borbulhava de vontade de aparecer. Por que Marcos se preparava todo, mas não falava de como estava ali, no presente, em que a plegia fazia presença? Leonardo ignorar seu quadro era algo momentâneo, talvez uma defesa pela negatividade, ou era algo já de seu funcionamento anterior e sempre ignoraria seu diagnóstico? Conseguiria viver nesse silêncio?

Porém, não havia mais como não começar a questionar se era realmente importante escutar o que queria dizer o silêncio ou se era apenas uma inquietação minha que pouco dizia respeito dos pacientes com tetraplegia em si e suas produções em atendimento. Assim, começava a questionar se os pacientes precisavam realmente dizer mais do que já estavam efetivamente dizendo e se o silêncio tinha todo esse valor que me parecia ter – uma infinidade de sentidos não dita.

Nesse ponto, principalmente depois de acompanhar o retorno de Marcos em atendimento médico ambulatorial, que demonstrou estar evoluindo bem, inclusive em suas questões mais singulares, em seu caminho tão pautadamente traçado, comecei a questionar se o silêncio não era para ser testemunhado, e não interrogado. Talvez um pouco dos dois, cada um em seu momento ou mesmo intrinsecamente concomitantes. Muito complexo e um tanto quanto confuso.

Em “No início é o silêncio”, de Reik, Nasio pareceu encontrar a teorização mais fidedigna à complexidade que ele próprio delegava ao silêncio em psicanálise. Para Nasio, Reik consegue contemplar o silêncio em sua relevância para além de uma função de defesa como os autores aqui (e no próprio livro de Nasio) anteriormente citados, inclusive nosso gênio Freud, como também foi o primeiro a sustentar abertamente seus valores técnicos e de ato analítico em um tratamento em psicanálise.

Em seu texto reproduzido na íntegra por Nasio, Reik expõe que, e vale a pena repetir, “não seria justo atribuir os resultados da psicanálise ao poder único das palavras. Seria mais exato dizer que a psicanálise prova o poder das palavras e do silêncio” (1926, 16). Ao contrário, ainda segundo ele, seria reduzir a prática psicanalítica a esse conteúdo manifesto em um monólogo do paciente perante o silêncio absoluto do psiquiatra, como era observado antes de Freud demonstrar o valor metodológico desta escuta profissional.

Essa escuta é muito diferente do que ocorre no cotidiano, envolta pelo contexto social não configurado com um *setting* analítico. Reik explica que o que ocorria em análise era muito diferente do que ocorria no meio social, tanto a fala como o silêncio. Acreditava ele que, com toda certeza, um paciente já havia falado ou se silenciado antes de entrar em análise, talvez inclusive das e diante das mesmas coisas. Entretanto, quando se apresentava em análise, era experiência única, pois o analista estava ali para ouvi-lo de forma também única.

O analista não escuta somente o que está em palavras, ele escuta também o que as palavras não dizem. Escuta com a ‘terceira orelha’, escutando o que dizem o paciente e suas próprias vozes interiores, o que surge das profundezas inconscientes. [...] Parece-nos bem mais importante detectar o que o discurso esconde e o que o silêncio revela. (Reik, 1926, 20).

Com esse esclarecimento, observo que, para além daquelas questões na época, começava a acreditar finalmente estar mais próximo dos constructos mais básicos e estruturantes da psicanálise enquanto teoria e prática clínica, ou seja, livre associação e escuta livre sustentada pela atenção flutuante. Como ainda não conseguia delinear a importância do silêncio, muito menos com a excelência que Reik precisou, mas também não me era possível ignorá-lo totalmente, atentando apenas para a fala efetiva, o que de certa forma não era justo com a própria proposta da psicanálise, percebo, agora, então que comecei a considerar aquele silêncio como algo que circundava a associação livre. Esta deveria aparecer, enquanto fala efetiva, a partir do silêncio, com o silêncio ou apesar do silêncio.

Entretanto, reafirmo que algo ainda se repetia, algo retornava em uma inquietação: a questão do silêncio não se encerrava, mesmo que houvesse uma produção de fala efetiva. O silêncio parecia estar ali sempre presente, recorrente no meu fazer-me psicanalista na clínica de lesão medular, tanto como constructo psicanalítico quanto

como prática do discurso dos pacientes tetraplégicos. Além disso, de alguma maneira, aquele silêncio que eu escutava parecia anunciar, semelhante ao que concluía Reik, que carregava a mesma ou talvez até mais importância que a associação livre. Então, para fazer jus, a questão o que quer o silêncio realmente dizer merece mais considerações.

4.3 Escuta do silêncio: o que quer o silêncio dizer

Como sempre, quem responde com propriedade diferencial a uma questão como essa são os próprios pacientes em atendimento, nessa mútua construção de atendimento dos casos.

Júlio e Nakami, com toda a sabedoria dos anos (ambos já tinham passado do septuagésimo aniversário), me ensinaram que o silêncio tinha, sim, um grande valor. Não era realmente em um interrogatório que eu o descobriria, tentando ouvir as palavras por eles recalcadas. E, sim, escutando analiticamente o que queria o silêncio dizer, na singularidade de cada sujeito que o vivenciava.

O atendimento a Júlio começou exatamente pelo seu silêncio. Foi a própria família que solicitou atendimento psicológico. Afirmavam que ele estava um tanto quanto entristecido e consideravam o seu quadro de plegia (tetraplegia C4, com pouco movimento dos ombros) bastante devastador, e, por isso, provavelmente ele iria deprimir. As primeiras impressões dos atendimentos iniciais não se afastavam muito dessa descrição. O paciente estava sempre muito desanimado, com a cabeça afundada no travesseiro, não fazendo sequer o pouco de movimento que lhe era possível.

Apesar de sempre muito atento e ciente de seu contexto, com um ar bastante gentil e muito educado, respondia, quase sempre, às perguntas mais básicas que lhe eram perguntadas, mas pouco falava de si. Frequentemente era seu filho que o apresentava e o representava. Somente no final do segundo atendimento, início do terceiro, pareceu animar-se um pouco e falar brevemente de si.

Conta, então, que tem um pequeno sítio e que ele e sua família adoram ir para lá passar o fim de semana curtindo a vida. No decorrer dos atendimentos, revela, num determinado momento, que foi lá, por um descuido, que o abacateiro, no qual estava acostumado a subir e a brincar, o derrubou e o deixou daquele jeito. Olhava por todo seu

corpo e fazia sinal de desânimo, querendo dizer “desse jeito assim”, mas não se arriscava a nomear, mesmo quando questionado diretamente.

Ficava muito claro, à medida que os atendimentos iam terminando, que faltava muito ainda, e talvez faltasse sempre, para ele conseguir compreender por que isso lhe ocorreria. Muito frequentemente não queria compreender, ou demonstrava não suportar tentar compreender, quando demandado pela equipe. Então, solicitava que desligassem seu aparelho de audição e se mantinha em silêncio quase que absoluto, não escutando nem falando.

Mas do seu sítio ele falava, quase que exclusivamente. Assim, à sua maneira, mais silencioso do que falante, Júlio definiu o contorno dos nossos atendimentos. Todas as temáticas trabalhadas, ou quase todas, eram começadas ou atravessadas pelo assunto “roça e tropas”. Costumava, como dizia, fugir do abacateiro, ou seja, toda vez que seu quadro físico e o contexto em que estava inserido se aproximavam de nossas conversas, voltava a focar em suas roças e suas tropas. Quando muito angustiado, questionava sobre o sítio e a tropa que insistia em imaginar que me pertenciam.

Foi assim que conheci Júlio: algumas manias e ideais, alegrias e tristezas, a maneira de se relacionar com a família e a falta que todos sentiam durante a internação dele e as mudanças que teriam de realizar em razão da mudança no jeito com que iam se relacionar, agora que ele estava tetraplégico. Apesar do desânimo, afirmava que não desistiria, mas teria muito trabalho para se adaptar e lidar com tudo isso que lhe era novo, imposto por aquela condição (não nomeava).

Costumava dizer que, com um cavalo bem ensinado, muita coisa seria possível, mesmo se o cavaleiro não estivesse muito bom. “Um cavalo ensinado” talvez fosse seu entorno, sempre presente, representado em seu discurso como o sítio com toda a família reunida; e o “cavaleiro em más condições” seria ele, agora tetraplégico. Essa imagem era o mais próximo que Júlio chegara de seu contexto de plegia. Mas não era pouco, muito menos para ele: voltava a pedir que desligassem seu aparelho de audição, se despedia e repousava, sem afundar a cabeça no travesseiro, em um silêncio que se apresentava sereno.

Quando próximo de sua alta hospitalar, o paciente animou-se perceptivelmente. Entretanto, até se efetivar essa conduta, ele apresentou *delirium*, com algumas ausências

e manifestações de alucinação. A mais recorrente era um trem estacionado na sacada de seu quarto que vinha buscá-lo para levá-lo para casa. Com alterações na medicação, o quadro confusional do paciente se estabilizou um pouco, e ele, junto à sua família, efetivaram a alta, que chamavam de importante passo na reabilitação da vida de todos.

Quando houve o reencontro, em um retorno médico ambulatorial, ele questiona se eu lhe venderia a tropa que ainda imaginava ter, afirmando que teria dinheiro para pelo menos um cavalo. Devolvo que poderíamos começar com um cavalo, e ele poderia colocar o preço que quisesse. Responde, então, que não estava em tempo de investir nisso, mesmo porque não desejava ir a nenhum lugar mesmo. Concluí que um cavaleiro assim seria um desrespeito com o cavalo. Para mim, Júlio indicou, com essa fala metafórica, que foi e iria até onde conseguiria e desejava. Ele agradece e sai em silêncio, solicitando que o filho desligasse seu aparelho auditivo.

Nakami, também um senhor idoso, vinha de uma cultura extremamente diferente da nossa. Desde o primeiro atendimento efetivo, se mostrava decidido e alicerçado em sua decisão, para, assim, sustentá-la: não buscaria enfrentar a sua tetraplegia.

Mostrava-se bastante ciente de seu quadro, com percepção coerente e apropriada para sua atual realidade. Complicações respiratórias importantes, decorrentes da combinação tetraplegia de nível neurológico de déficit muito alto (C4, imóvel dos ombros para baixo) e avançada idade, lhe renderam também prolongada internação na UTI.

Apesar de todos esses complicadores, Nakami explica desde o princípio que eu poderia atendê-lo, acreditando que seria importante. Entretanto, por saber que seu quadro era irreversível ou que, se tivesse alguma chance de se reverter, ele não teria saúde ou tempo suficiente para vivenciar essa recuperação, claramente afirmava que essa condição física não cabia em sua vida. A morte era algo mais natural, e ele preferia esperar o curso natural da vida em silêncio.

Inicialmente, desconfiei de todo aquele discurso, apesar de ser tão sereno e confiante no que afirmava. Tudo parecia estar mais em razão de uma defesa diante daquele expressivo trauma físico e suas importantes mudanças impostas. Mas, ao longo dos atendimentos, Nakami se mantinha sempre sereno e decidido. Afirmava com clareza que preferia ficar silencioso e não falar o que estava diretamente relacionado

com a plegia e sua internação. Na realidade, demonstrava e, às vezes explicitava, que não se interessava muito em trabalhar quaisquer questões suas, inclusive o acidente, a queda de uma escada que utilizava para apanhar frutas no quintal de casa, quando fraturou a coluna ao batê-la contra o muro.

Foi assim durante toda a sua internação, bastante prolongada em razão do frágil quadro de saúde, com evolução muito lenta e pouco representativa. Nakami sempre se manteve sereno, na maior parte do tempo em silêncio, dizendo de poucas coisas, mas bastantes assertivas. Quando o assunto anunciava que sairia do mais superficial, o paciente negava-se a falar, dizendo que eu poderia ir embora e voltar em outro momento. Escolhendo sempre o silêncio, nunca parecia perder a calma ou a serenidade.

Isso parecia refletir também na evolução de outros tratamentos, não apenas nos atendimentos, o que acabou chamando a atenção de toda equipe. Nakami quase não evoluía no que dizia respeito a seu quadro físico de saúde, e a perspectiva de alta nunca se efetivava. Por outro lado, também não piorava, o que às vezes era até esperado, pela idade avançada e pela fragilidade da situação de saúde em que se encontrava. Como colocado pelo próprio paciente, parecia que ele realmente estava esperando pelo definir natural de seu percurso de vida, não o acelerava nem o retardava.

Algum tempo depois de sua transferência para um hospital de retaguarda, seu filho volta e informa a equipe de que, seguindo seu plano, acompanhado pela família, Nakami completara sua jornada em silêncio, bastante sereno, o que, com certeza, foi melhor para todos. Sua família, principalmente sua esposa, apesar de todas as tristezas inerentes ao contexto, sempre demonstrou estar mais de acordo com a escolha do paciente do que com o investimento da equipe no tratamento. Assim, mostraram-nos os limites claros de um tratamento, mas principalmente os limites dos profissionais perante a decisão de um paciente. Pois só poderíamos ir até onde ele próprio investia, e a relação paciente-profissional permitia, e precisávamos cuidar de nossas angustias. O resto poderia ser apenas um silêncio sereno.

Depois desses atendimentos, ou refletindo agora, durante esses dois atendimentos, tudo me parecia mais claro: sim, o silêncio tem uma função ímpar e imprescindível, assim como a palavra efetivamente falada; como em outras manifestações do discurso, é o sujeito o seu próprio dono. Ou seja, é o paciente quem saberá o que quer o silêncio dizer e a relevância disso para ele.

Para escutar esse silêncio, não é preciso interrogar o paciente, e sim manter-se em uma escuta de atenção flutuante, como qualquer outra produção em livre associação. Nakami e Júlio escancararam, com grande coragem, que o silêncio em um encontro analítico pode dizer mais respeito a uma abertura do inconsciente (“decido pelo curso natural de minha vida” e “ainda não posso e talvez não vou querer suportar estar ‘deste jeito’”, respectivamente) do que um fechamento no recalque.

Com isso, comecei a levar aos atendimentos de pacientes com lesão medular, e não somente aos dos tetraplégicos, a escuta livre para a abertura do inconsciente do paciente; não apenas pela fala efetiva, mas também, e algumas vezes, especialmente, pelo silêncio. Há nesse específico contexto de trauma físico tão adverso aos sujeitos mudanças e demandas inerentes que parecem rechear seus silêncios de palavras, contingências estas que demandam e convocam uma escuta psicanalítica com a mesma atenção flutuante que qualquer outra associação livre.

Apesar de essas complexidades e esse sofrimento psíquico serem muito recorrentes ao contexto de lesão medular, não eram exclusivos a ele. Na própria experiência de atendimento em hospital, ou mesmo em consultório, outras situações difíceis, em que a desestruturação e o sofrimento pareciam inerentes, a escuta psicanalítica se fez essencial e, algumas vezes, a única intervenção possível.

Para tanto, bastava escutar aquela produção lógica, mesmo que silenciosa, do sujeito em sofrimento psíquico. Lacan pontua que o analista atua pautado na dialética analítica que favorece essa escuta também livre: fazendo-se de morto ou em seu próprio silêncio, permitindo que o outro – analisando – fale; ou anulando a própria resistência, possibilitando que o analisando trabalhe (Lacan, 1966, p. 430). Essa conclusão é apenas aparentemente simples, mas difícil de concernir, tanto na prática quanto na construção teórica. Em especial porque não se pode generalizá-la a todo e qualquer atendimento, já que diz respeito à construção singular de um encontro analítico.

Nessa clínica, em meu fazer-me psicanalista com pacientes com lesão medular, o silêncio parecia realmente dizer alguma coisa. Não era na fala efetiva estrita ou no revelar do não dito que se construía o atendimento psicanalítico, mas nas singularidades dessa fala e do silêncio que mereciam ser escutados como única produção de associação livre.

4.4 Escuta do silêncio: algumas formulações a mais

Como vimos, o silêncio é um conceito, conceito este que diz respeito aos sentidos do constructo correspondente, mas não se encerram nele. Oliveira e Campista (2007) defendem que não só para a psicanálise mas também para a análise do discurso, o silêncio não se encerra em um sentido único, mas se abre em múltiplas possibilidades de sentido. Assim, desenvolverei melhor nessa seção essas posições, com o objetivo de dar maior densidade às ideias até aqui compartilhadas.

As duas autoras já referidas são incisivas ao dizer que o “silêncio é um dizer que faz surgir um sentido” (p. 114). Para tanto, recuperam a teoria lacaniana de que o silêncio desenvolve todo o seu valor de silêncio e representa um mais além da palavra, proporcionando, assim, um lugar para a produção de sentidos singulares do sujeito.

Diante dessa complexa diversidade de possibilidades, afirmam elas que apenas com a contextualização da história do sujeito silenciante (não falante efetivamente) se revelará o sentido singular do silêncio. Em um encontro analítico, “o silêncio anuncia o discurso do inconsciente” (p. 114).

Assim, para Oliveira e Campista (2007), o silêncio faz parte, sim, do discurso que marca os sujeitos dotados de linguagem. Depois de alguns anos, percursos em supervisão, estudos (inclusive ou especialmente para esta pesquisa) e análise pessoal, esta parece ser uma resposta bastante simples: o silêncio faz parte da associação livre. É ele, portanto, também uma associação livre do paciente que não só marca esses sujeitos como permite a produção de diversificados sentidos, talvez mais singularmente nesse contexto de encontro analítico. Detenhamo-nos um pouco nessa “produção de sentidos singular a um encontro analítico”, esse encontro em que a psicanálise se faz presente e atuante.

Macedo e Falcão compartilham, com muita clareza, o que pensam a respeito desse constructo, “encontro analítico” (com certeza, freudiano). Nele, “ao paciente cabe comunicar tudo que lhe ocorre, sem deixar de revelar algo que lhe pareça insignificante, vergonhoso ou doloroso, enquanto que ao analista cabe escutar o paciente sem privilégio, *a priori*, de qualquer elemento de seu discurso” (2005, p. 68).

É nesse “qualquer elemento do discurso” em contexto de atendimento psicanalítico, mais precisamente no encontro analítico, que o silêncio se fará presente com seus sentidos, sejam eles quais forem. Porém, não um sentido qualquer, pois, para a análise ser possível, precisa-se de um interlocutor, para quem o sujeito endereçará sua produção singular, mesmo que silenciosa. Neste ponto, Lacan esclarece que o sujeito que se dispõe a uma análise pode se expressar por uma linguagem única, que, “[...] com efeito, pode não ter nenhum sentido, mas o que ele lhe diz [endereço ao analista, eu diria] contém sentido”. (1936/1998, p. 88).

Nesse *continuum* de sentidos a que o silêncio pode dar lugar, em um encontro analítico, depende do sujeito a marcação singular do ponto específico que lhe diz respeito. E o analista deve direcioná-lo para efetivar essa marca. Direcioná-lo, vale lembrar, na apropriação desse silêncio, e não na indução a esta ou àquela marcação. Assim, cabe ao psicanalista, como afirmam Oliveira e Campista (2007), a (re)significação desse silêncio produzido em associação livre.

Esses sentidos serão analisados e construídos na relação transferencial singular entre analista e sujeito. No fazer-me psicanalista na clínica de assistência ao lesado medular, esse silêncio mostrou-se com vários sentidos singulares. Alguns, como vimos, não escutados. Já outros, como os dos pacientes Júlio e Nakami, escancarados até se fazerem escutar devidamente.

Todos esses diversificados sentidos talvez expressassem algo mais geral; ou, na perspectiva atual, talvez eu os veja como um significante primordial do meu fazer-me psicanalista na assistência aos pacientes com lesão medular: o silêncio não aparece porque não há nada para ser feito; aparece exatamente porque há algo que deve ser feito.

Rogério, por exemplo, foi um paciente que sempre quis falar, mas nunca parecia saber muito como e acabava silenciando. Somavam-se a isso a grande incompreensão com seu próprio quadro e a linguagem comum ao contexto hospitalar. Não compreendia seu diagnóstico (tetraplegia C7, com movimento importante dos braços, mas pouco nas mãos) e como uma queda poderia causar toda aquela imobilidade (caiu do andaime ao tentar descer para encerrar um dia de trabalho). Também não conseguia entender o tratamento, pois, se já o tinham operado e medicado, por que os movimentos não voltavam? Mesmo eu tentando localizá-lo e organizá-lo, o paciente apresentava inúmeras dúvidas e dificuldades, com uma dinâmica “inocente” que o mantinha

ignorando todo seu contexto. Sempre afirmava que a equipe lhe informava constantemente, porém tinha dificuldades de compreender, mas imaginava que um dia iria conseguir apreender tudo.

Chamava-me de seu psicólogo e brincava que não tinha muita ideia de qual era minha função e, assim, de como eu poderia tratá-lo. E, então, silenciava-se, todas as vezes. Com o tempo, se instrumentalizou e permitiu que a expressão das dúvidas e dos seus mais singulares entendimentos se fizessem em fala, e não só no silêncio. Demorou um tempo, que para ele talvez tenha sido mínimo, até que ele se reconhecesse como plégico e, a partir daí, falasse abertamente.

No preparo para a alta hospitalar, meio apreensivo com os cuidados que seriam necessários em casa, mostrou-se mais ativo ao tirar dúvidas com a equipe e ao nomear e trabalhar esses receios no atendimento psicanalítico. Não seria possível afirmar que ele tenha chegado a compreender de maneira mais abrangente o que era sua plegia, principalmente a sua irreversibilidade. Talvez não houvesse o que fazer para que ele atingisse essa compreensão.

Entretanto, Rogério conseguiu se organizar e preparar-se para a alta, surpreendendo não só a equipe, como a ele próprio. Assim, conseguiu se haver com seu novo contexto, respondendo à convocação de que algo deveria ser feito. Significou sua nova condição física no seu discurso e assumiu a alta hospitalar com grande sabedoria, o que permitiu, a ele e a todos à sua volta, apostar que sua reabilitação transcorreria nos parâmetros desejáveis. Naquele momento, cheguei a acreditar que sua alta hospitalar coincidissem com a do atendimento psicanalítico para aquela internação, da qual saía relativamente instrumentalizado para enfrentar seu quadro de plegia num contexto de casa, da sua casa.

Com José, entretanto, deu-se o oposto. Ele sempre quis o silêncio, pontuando várias vezes seu incômodo, até mesmo físico, de falar. Desde o início afirmava, em meio ao mau humor, não querer falar, não precisar falar. No entanto, sempre despendia certo tempo e argumentação para defender essa suposta vontade. Com o passar dos primeiros atendimentos, continuou a insistir que não desejava falar e que o atendimento para ele era tempo perdido. Em suas palavras, um desabafar para quem não tem mais nada de melhor a fazer. Foi assim que ele começou a descobrir o efeito terapêutico de

falar a um psicanalista. Em especial, para aliviar uma culpa em relação a seu acidente: caíra da bicicleta quando voltava de um bar, alcoolizado, para casa.

Nesse caminho, foi misturando suas falas “terapêuticas” com o silêncio até ir estruturando questões de análise (queixa-sintoma para sintoma-enigma) e se (re)posicionando. Lutou muito bravamente para conseguir ficar independente dos respiradores mecânicos e, assim, passar mais tempo com a família, bem como falar com som e ser melhor entendido. Isso que seria a recompensa de tanta luta se mostrou como início das principais questões e dificuldades do paciente, em especial com a esposa. José demonstrou que seu mau humor não era só direcionado à equipe, tampouco exclusivo de seu contexto de tetraplegia (C4, com poucos movimentos dos ombros) ou o momento de internação. Mantinha um mau humor constante em casa, com impaciência expressiva com a filha e a esposa.

Diante dessa constatação, mantive minha proposta de José assumir para si o atendimento, apostando em uma postura que iria além do “desabafo terapêutico”, tanto no que seria exigido como nas possibilidades de evolução; o que produziu uma mudança algo cômica: quando a equipe e a família decidem sua transferência para um hospital de retaguarda, ele abandona o silêncio para reclamar para si o direito de saber e de participar das decisões de seu tratamento.

Na construção do encontro analítico, chegamos a um evento que ele nomeava como traumático, talvez mais que sua tetraplegia. Em suas associações, desvela que, desse evento para cá, sua dinâmica individual, sua dinâmica familiar, sua vida, enfim, teria mudado. Entretanto, ele e sua família, principalmente ele, escolheram o silêncio, o que, segundo ele próprio, parece ter prejudicado mais do que o evento em si.

Após esse atendimento, José passa por um período de sonolência inexplicada, o que impossibilitou a realização dos dois próximos atendimentos, mas, com certeza, não evitou que ele trabalhasse nessas questões. Quando retornou, conseguiu voltar ao assunto, com mais cuidado e apreensão, mas sem recuar. Com o tempo, conseguiu falar com a esposa, diretamente envolvida, e ambos mexeram em paralisações mais caras à família do que a própria plegia de José.

Depois de longo tempo internado, finalmente sua alta hospitalar efetiva-se. Com tranquilidade e maior proximidade da família, José prepara-se para tal. Agradece os

atendimentos e pede para eu torcer por sua melhora. Respondo que torço desde o início. Brinca que não sabia que psicólogo podia torcer, mas concluí que não são apenas os pacientes que guardam falas. Eu concordei: não são só os pacientes que silenciam.

Com esses pacientes, parece mais tranquilo afirmar que tanto o que produziram de fala efetiva como em silêncio, em processos de associação livre, pode ser escutado em atenção flutuante. Mas, como venho explicitando ao longo de todo este trabalho, foi sobre o silêncio que me debrucei. Para tentar deixar um pouco mais claro o que, neste momento, tenho chamado de escuta do silêncio, em contraposição ao início – tanto da prática clínica como do exposto neste texto –, em que afirmava buscar a fala efetiva que o silêncio recalcava, recorrerei novamente Nasio.

Nasio (1989) divide o silêncio em três manifestações distintas. Ou, como a signifiquei, com o objetivo de esclarecer minha prática, três etapas de um silêncio com aumento progressivo em sua complexidade e seu alcance. Para Nasio (1989, p. 181), o primeiro é o “silêncio da escuta que concentra o puro poder de ouvir”; em seguida, vem o “silêncio da pausa que pontua o relato do analisando e toma o valor signifiante de determinar em ato a posição subjetiva do paciente e, correlativamente, a do analista”; em terceiro, concluindo o constructo do autor, o “silêncio da transferência, para o qual a escuta deve abrir-se”.

No entanto, revisitando novamente minha prática clínica a partir dessa teorização, deparei-me com as três etapas de Nasio em um único encontro analítico. Não pareciam sempre evoluir em sua complexidade e alcance, mas cada um tinha sua importância essencial naquele momento em que apareciam e apareciam em ordens diferentes da exposta por este autor, ou mesmo concomitantemente.

Para possibilitar a expressão do que queria, o silêncio desses últimos dois pacientes, seja pela dificuldade de Rogério falar, para assim fugir do seu próprio silêncio, seja a dificuldade de José silenciar, para fugir da fala efetiva, foi preciso facilitar para que eles se escutassem, em silêncio ou falando. Nesse ato de permitir que os dois se escutassem, acredito identificar o “poder de ouvir” do silêncio, o primeiro silêncio de Nasio. Rogério e José precisavam se encontrar com aquilo que lhes incomodavam, o silêncio e a fala efetiva, respectivamente, para eles próprios escolherem o que fazer com aquele incômodo. A mim, restava escutar e permitir que utilizassem esse “poder de ouvir”, os seus poderes de ouvir.

No decorrer dos atendimentos, Rogério percebe que seu silêncio era singular à sua postura de enfrentamento de vida diante daquilo que considerava saber menos. Na sua internação, esse menor saber era diante do próprio diagnóstico de tetraplegia, que fugia de seu conhecimento e, também perante o discurso da equipe com uma linguagem muito distante da sua. Com base em Nasio, é possível dizer que esse paciente estava na expressão do seu segundo silêncio, aquele que concerne a uma posição subjetiva. Na construção do atendimento, o paciente buscou mudar sua postura, apropriando-se mais de seu atual contexto à medida que escutava e preenchia seu silêncio, sustentado naquilo que já conhecia, mesmo que fosse preciso uma “tradução” do que a equipe lhe dizia.

Se interpretarmos os três silêncios de Nasio como etapas de uma evolução, José parece ter atingido o terceiro nível. Ele não apenas transcende o efeito terapêutico de falar, o que inicialmente lhe foi muito caro, como transcende o teor a ser tratado. Seu silêncio, em transferência, desvelou-se não só no que concernia à paralização de todo o seu corpo, mas a paralização de toda uma vida, em decorrência de um trauma que nada tinha de físico.

Para fechar, mas não encerrar, há o atendimento de Evandro, o último paciente seleciona para esta reflexão. Cronologicamente, foi o paciente que atendi por último. Um paciente que, desde seu primeiro dia, desejava falar, sabia o que desejava falar e como falar. E falou.

Ao falar, percebeu que não se tratava apenas de um desabafo ou de uma demanda terapêutica, algo mais o convocava a se haver com seu discurso. Ciente de sua tetraplegia e da irreversibilidade de seu quadro (C5, com movimento parcial dos braços, sequela de colisão de moto com caminhão), bem como do tanto que isso afetaria sua família, pois era o único provedor financeiro, percebe que nada podia fazer. Porém, isso não o eximia da responsabilidade, ou fatalidade, de se haver com isso.

Bastante angustiado, resolve silenciar, pois para ele nada estava adiantando. Chegou a se negar a tomar alguns medicamentos que, acreditava, nada melhoravam. Negou também o atendimento psicanalítico, apesar de afirmar reconhecer a importância deste para si naquele contexto. Para mim, parecia que Evandro também sabia dos alcances de seu atendimento, mas, como solicitado, apenas acompanhei sua evolução na internação junto à equipe. Diferentemente do que se deu com Vítor, minha postura, no

caso de Evandro, foi evitar que a equipe silenciasse perante a própria exigência de silêncio do paciente.

Sobre o atendimento, considero que escutei Evandro inclusive na sua escolha de silenciar. Assim, nunca soube o que queria o silêncio dele dizer. Nunca mais o vi nem nunca mais o escutei, mas torci para que outra pessoa pudesse fazê-lo, algum dia: escutá-lo em sua fala ou em seu silêncio.

Testemunhei, entretanto, que seu silêncio lhe era caro – e apenas seu. Assim, só ele e somente ele, mesmo que não tivesse ciência disso, saberia explicitar o que queria seu silêncio dizer naquele momento. Não me é possível, ainda, delimitar se houve um erro na escuta ou no trabalho com esse silêncio enquanto produção em associação livre, mesmo tentando analisá-lo nos termos da proposta de Nasio (1989).

Na verdade, Evandro escancarou aquilo que me parece ainda mais pertinente acerca do constructo silêncio. Essa tripla divisão existe e faz muito sentido, mas não como etapas de uma evolução a ser alcançada. Como já disse, acredito que podem ser consideradas como três expressões, eventualmente concomitantes ou mesmo concorrentemente. Para Evandro, foi possível encontrar-se com o “poder de ouvir” do primeiro silêncio de Nasio. O que parece ter garantido rapidamente acesso ao segundo, quando o paciente percebe que seu discurso o convoca mais para um trabalho analítico que terapêutico, instigando uma mudança na sua posição subjetiva.

Entretanto, Evandro desejava manter uma autonomia que acabou por concorrer com os cuidados, da equipe e da família, inerentes a seu quadro e seu tratamento. Para tanto, em sua singularidade, decretou seu silêncio, e esse foi sustentado no processo transferencial, mesmo parecendo que voltaria ao início, ao primeiro silêncio. Entretanto, os três silêncios propostos por Nasio se misturavam em um mesmo lugar. E espero que esse paciente tenha conseguido manter um lugar para todas essas expressões de um mesmo silêncio, o seu “silêncio em atendimento psicanalítico”. O que poderia mantê-lo instrumentalizado para seu enfrentamento, como ele próprio costumava dizer, “a sua, e somente sua, maneira, como sempre foi”.

Portanto, os pacientes silenciaram porque, apesar de não se poder fazer nada para reverter a tetraplegia, algo deveria ser feito para que fosse possível viver nessa nova condição. Além do trauma físico devastador e de suas implicações, eles ainda

enfrentariam seu verdadeiro trauma (Lacan 1953/1998), serem sujeitos de linguagem que teriam de se haver, de qualquer maneira, mas não de maneira qualquer, com sua nova condição.

Do meu lado, o analista, na dialética inquietação desses diversos silêncios, percebe que também deverá “construir esse escutar” que o sujeito tetraplégico, e somente ele, lhe tem a dizer ou silenciar; além de se haver com o fato de que a psicanálise é possível em qualquer contexto, grave ou simples, desde que tenha expressão do inconsciente, mesmo que seja o silêncio. Não por acaso, Lacan afirma que “[...] é muito difícil ser psicanalista, porque é preciso colocar-se numa posição que é totalmente insustentável, Freud já tinha disto isto” (Lacan, 1974/2008, p. 10).

Parece claro, então, que, perante uma produção complexa como o silêncio em análise, a escuta do analista deve ser de proporcional e genuína entrega, mantendo sua sustentação no preceito freudiano de atenção flutuante. Portanto, muito além de decifrar, isto é, de explorar, entender e expor aquilo que parece recalcado no psiquismo do sujeito por detrás do silêncio, “[...] o analista depara-se com um psiquismo aberto, que produz, reproduz continuamente efeitos de uma história” (Macedo e Falcão, 2005, p. 70).

Para tanto, faz-se necessário ter ciência de que não só o silenciar do sujeito está envolto em uma historização; o escutar verdadeiro e privilegiado do analista também. Macedo e Falcão vão além. A implicação e a apropriação de um fazer-se psicanalista deve estar intrinsecamente vinculado a uma historização, pois o alcance da escuta se constrói no percurso dessa construção, que sabemos ser um processo complexo, contínuo e interminável. Afinal, é o próprio sujeito, com fala efetiva ou em silêncio, que mais sabe de si. E é de responsabilidade ética, da ética da psicanálise, que o processo analítico o conduza a se apropriar dessa singular condição de seu, e somente seu, atendimento psicanalítico. “A teoria psicanalítica não pode ocupar o lugar da história de vida do paciente” (2005, p. 72).

Nesse mesmo sentido, se o analista permitir o silêncio do sujeito e sua produção de sentido, sem ele o substituir por um *setting* de confessionalário, o “silêncio favorecerá uma escuta clínica, onde o sujeito, ao ocultar palavras, revela o inconsciente e, conseqüentemente, sua singularidade” (Oliveira e Campista, 2007, p. 117).

Dessa maneira simples e complexamente imprescindível, escutando o silêncio singular de seu paciente, o analista recupera, em seu tempo, “[...] a criatividade e a vitalidade dos novos tempos inaugurados por Freud: o reconhecimento do inconsciente e dos recursos de acesso à compreensão de seus efeitos” (Macedo e Falcão, 2005, p. 74).

Capítulo 5: Considerações finais

Todo encontro analítico entre o sujeito e o analista, com a assimetria inerente, alicerça-se em dois preceitos essenciais: associação livre e escuta analítica. Há importantes complexidades teórica e prática dessa relação que muito recorrentemente se desvelam no construir *interminável* do atendimento. Ao longo de todo este presente trabalho, pude revisitar e refletir como esses preceitos foram singularmente experienciados nos atendimentos psicanalíticos aos pacientes acometidos pelo trauma raquimedular, seguido da lesão medular tetraplegia. Compreendeu-se que, ao se propor atender psicanaliticamente esses pacientes e convocá-los a um atendimento que transcende o terapêutico, não se pode ignorar, em especial, o contexto inerente a plegia.

Entretanto, ficou claro também que não se pode pressupor um trauma subjetivo ou mesmo um sofrimento psíquico causado por qualquer acometimento físico, não importando quão devastador fosse; assim como ficou sedimentado que é apenas o próprio sujeito quem saberá, mesmo sem consciência disso, se ele está em sofrimento psíquico decorrente do contexto de trauma físico que está experienciando.

Nas singularidades da minha prática clínica de atendimento aos pacientes com tetraplegia no Instituto de Ortopedia e Traumatologia – IOT, pude construir uma escuta, que tento transmitir neste trabalho, com esta proposta de não pressupor o trauma subjetivo, mas também não ignorar a especificidade do trauma físico.

Nesse sentido, dentre várias significações, significados e significantes produzidos livremente, um foi escutado com especial atenção e norteou não só a construção desta escuta como a prática de um verdadeiro atendimento psicanalítico: o silêncio.

Como compartilhado, no início do percurso dessa clínica, esse silêncio mais implicava uma “curiosidade” investigativa do que sustentava um atendimento psicanalítico. Mesmo assimilando a teorização apenas neste trabalho, compartilhava naquele momento tanto da importância desse silêncio para sustentação existencial do discurso, como do próprio homem, enquanto ser de linguagem. Entretanto, isso não apenas não era suficiente como não fazia jus aos preceitos psicanalíticos que embasam e pautam formação do psicanalista.

Assim, nesta construção teórica-prática desse fazer-me psicanalista a paciente com lesão medular, foi-se apercebendo que aquele silêncio dos pacientes tetraplégicos não encerravam em si um sentido *a priori*. Mas abriam para a possibilidade de infinitos sentidos que seriam revelados pelo próprio sujeito, pois diziam mais da abertura para o discurso do inconsciente do que um não dito recalcado perante o contexto.

Desse modo, concluiu-se que o silêncio, como uma produção em associação livre que revela e desvela o inconsciente, merece uma escuta singular. E, em situações em que o contexto se apresenta tão devastador, no qual as contingências são tão desestruturantes que, *a priori*, não parecem ser possíveis ao sujeito vivenciá-las sem sofrimento psíquico, a escuta não deve ignorar as especificidades do trauma, mas encadeá-las na singular construção do atendimento psicanalítico. Assim, o silêncio pode ser a única, e talvez a mais cara, produção em associação livre desse sujeito em determinados momentos.

Hoje, ainda não é possível fazer alguma intervenção para reverter o trauma raquimedular e sua seqüela de lesão medular. Mas qualquer sujeito que por eles forem acometido, assim como os pacientes que continuo a atender no hospital, precisa se haver com essa nova condição física e suas contingências. Pois, como afirma Lacan (1953/1998) enquanto sujeitos de linguagem, enfrentarão seu verdadeiro trauma de qualquer maneira, mas não de maneira qualquer, mesmo em silêncio: a singular nomeação significante.

Portanto, a escuta psicanalítica do silêncio desses sujeitos acometidos pelo trauma raquimedular, aqui representados pelos que adquiriram a tetraplegia, sustentou a construção de um atendimento psicanalítico daqueles com sofrimento psíquico ao nomear sua nova condição física no contexto geral de suas vidas, o silêncio apresentou-se, então, como uma verdadeira abertura para infinitas significações do inconsciente desses sujeitos e não só facilitou como também favoreceu a construção de uma escuta singular em casos em que a fala efetiva não se associou tão livremente, mas apresentou-se como um “silêncio em psicanálise”, um constructo com singularidades teóricas e práticas.

Para além desse singular atendimento psicanalítico construído nessa clínica a lesados medulares, outra especificidade desse trauma físico tem causado grande inquietação: sua irreversibilidade em termos físicos. Sabemos que os atendimentos

psicanalíticos realizados afetam a constituição subjetiva, propiciando mudanças, e os sujeitos os carregam para além dos limites do contexto de tratamento hospitalar. Entretanto, o que ocorre depois da alta hospitalar? A irreversibilidade física interminável convoca o sujeito para mudanças na sua constituição subjetiva, independente da sua vontade consciente, ao longo da vida. Sabemos que essas mudanças são intermináveis e podem facilitar a “reabilitação” das suas vidas.

Nesse momento, o da reabilitação propriamente dita— quando o sujeito volta para o mundo além do hospital, para o “seu mundo” –, apresenta-se outro silêncio em minha prática clínica. Pela atual organização da prestação de serviços nesse hospital, meus atendimentos se encerram, na sua grande maioria, junto à alta hospitalar. Mesmo com alguns atendimentos, seguidos ambulatorialmente, extremamente ricos, que esboçam singulares respostas a esse silêncio, essa inquietação me desassossega: como esses sujeitos de linguagem vivenciam a “reabilitação” de suas vidas ou, mais especificamente, como desejam, e se desejam esta “reabilitação”. Estas questões indicam para futuras pesquisas, já que como seres de linguagem temos infinitas possibilidades de “arranjos” para nossas vidas.

Referências bibliográficas

- Alves, A. L., Salim, F. M., Martinez, E. Z., Passos, A. D. C., De Carlo, M. M. R. P., & Scarpelini, S. (2009). Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. *Revista Saúde Pública* [online], 43(1), 154-160.
- American Spinal Injury Association (2000). International Standards for Neurological Classifications of Spinal Cord Injury. revised ed. Chicago, III: *American Spinal Injury Association*, 1-23.
- Bíblia Sagrada, o Evangelho de João, Salmo I, versículos de 1 a 3. *Bíblia online*. Recuperado em 10 de março de 2014, de <http://www.bibliaonline.com.br/acf/jo/1>.
- Campos, M. F. (2006). *Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral na região sul de São Paulo*. Dissertação. Curso de pós-graduação do Hospital Heliópolis, São Paulo. Recuperado em 18 de janeiro de 2012, de <http://www.drmarceloferraz.com.br/tese.htm>
- Castro, E. K. de., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia ciência e profissão*, 24(3), 48-57.
- Dantas, A. D. M. (2000). Discurso, diálogo e silêncio. *Revista do GELNE*, 2(2), 1-4.
- Del Bel, E. A., Silva, C. A da., & Mladinic, M. (2009). O trauma raquimedular. *Coluna/Columna* [online], 8(4), 441-449.

- Francisconi, C. F., & Goldim, J. R. (1998). Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: S. I. F. Costa, V. Garrafa & G. Oselka (Orgs). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: CFM, 269-284.
- Freud, S. (1969). Estudos sobre a histeria. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)
- Freud, S. (1969). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*dementia paranoides*). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 15-110. (Trabalho original publicado em 1911)
- Freud, S. (1969) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1969). Esboço de psicanálise. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940 [1938]).
- Gaspar, A. P., Ingham, S. J. M., Vianna, P. C. P., Santos, F. P. E., Chamlian, T. R., & Puertas, E. B. (2003). Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. *Acta Fisiátrica*, 10(2), 73-77.
- Gonçalves, A. M. T., Rosa, L. N., D'Angelo, C. T., Savordelli, C. L., Bonin, G. L., & Squarcino, I. M. et al. (2007). Aspectos epidemiológicos da lesão medular

traumática na área de referência do Hospital Estadual Mário Covas. *Arq Méd ABC*, 32(2), 64-66.

Greve, J. M. D'A. (2001). *Diagnóstico e tratamento da lesão da medula espinal*. São Paulo: Roca.

Lacan, J. (2001, dez.). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*, 32, 8-14. (Trabalho original publicado em 1966)

Lacan, J. (1998). *Escritos* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).

Lacan, J. (2008). Entrevista inédita de Jacques Lacan à revista italiana *Panorama* (1974) (M. Gatto, trad.). Publicada por *Magazine Littéraire*, Paris, 428, fev./2004 e traduzida em março de 2008. Recuperado em 21 de janeiro de 2014, de <http://pontolacaniano.wordpress.com/2008/03/31/entrevista-inedita-de-jacques-lacan-a-revista-italiana-panorama-1974/>.

Laplanche, J. (2001). *Vocabulário de psicanálise* (4a ed., P. Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Macedo, M. M. K., & Falcão, C. N. B. (2005). A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. *Psychê*, 9(15), 65-76. Recuperado em 19 de fevereiro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382005000100006&lng=pt&tlng=pt.

- Mezan, R. (1998a). Entre as dobras do texto: aspectos da escrita psicanalítica. In: *Tempo de muda*; ensaios de psicanálise. São Paulo: Cia. das Letras, 101-111.
- Mezan, R. (1998b). Aula 7 – Do relato à teorização; Aula 14 – Um atendimento no hospital; Aula 16 – Casos clínicos no contexto da tese. In: *Tempo de muda*; ensaios de psicanálise. São Paulo: Cia. das Letras, 163-182; 381-406; 435-464.
- Moretto, M. L. T. (2005). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nasio, J. (1989) Apresentação. In: J.-D. Nasio (Org.). *O silêncio em psicanálise*. São Paulo: Papirus, 07-12.
- Nogueira, L. C. (2004, Jan./June). A pesquisa em psicanálise. *Revista Psicologia USP*, 15(1-2).
- Oliveira, V. M. R.; Campista, V. R. (2007). O silêncio: multiplicidade de sentidos. In: *SINAIS – Revista Eletrônica – Ciências Sociais*. Vitória: CCHN, UFES, 02(1), outubro, 107-120.
- Prizskulnik, L. (2000). Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicologia USP*, 11(1), 11-28. Recuperado em 19 de fevereiro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642000000100002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-65642000000100002.
- Reik, T. (1989). No início é o silêncio (cap.I, parte 1). In: J.-D. Nasio (Org.). *O silêncio em psicanálise*. São Paulo: Papirus, 15-20. (Texto original publicado em 1926)

Safra, G. (2001). Investigação em psicanálise na universidade. *Revista Psicologia USP*, 12(2).

Santos, L. C. R. dos. (1989). *Lesão traumática da medula espinhal estudo retrospectivo de pacientes internados no instituto de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1982 e 1987*. Dissertação. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Siscão, M. P., Pereira, C., Arnal, R. L. C., Foss, M. H. D.A., & Marino, L. H. C. (2007). Trauma raquimedular: caracterização em um Hospital Público. *Arq Ciênc Saúde*, 14(3), 145-7.

Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vieira, M. A. (2008). O trauma subjetivo. *Psico*, 39(4), 509-513.

ANEXO A - Pesquisa em Prontuários de Pacientes: resumo das especificidades

Objetivo da Pesquisa: Investigar à luz das teorias psicanalíticas freudo-lacanianas as reações e processos elaborativos que foram possíveis a pacientes tetraplégicos, ao longo de atendimentos realizados pelo Serviço de Psicologia durante a internação dos mesmos no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas (IOT-HC).

Pesquisa em prontuários de pacientes: As análises são do conteúdo dos atendimentos registrados em prontuários de pacientes e em protocolos preenchidos para documentação de registro interno do Serviço de Psicologia.

Dois dos passos a serem seguidos:

Solicitação de Autorização para Realização da coleta de dados nos prontuários (pelo veículo Plataforma Brasil - CAAE:06274413.5.0000.5561).

Autorização da Divisão de Medicina Física do IOT/HC-FMUSP - Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Como a especificidade desta pesquisa é com Prontuários de Pacientes, há uma preocupação e um cuidado singulares na execução. Na realidade, o prontuário é um documento de propriedade do paciente, e as instituições e os profissionais que o atendem são apenas seus fiéis depositários, sempre com o intuito de preservar o histórico de assistência de cada paciente.

Para além da assistência, os prontuários podem ser acessados em casos especiais e específicos como auditoria, ordem judicial, finalidade educativa e pesquisa. No entanto, este acesso deve ser sempre pautado em um dever *prima facie* de garantia da preservação do segredo e sigilo das informações, enquanto obrigação legal – presente no Código Penal – e responsabilidade ética, presente na maioria dos Códigos de Ética Profissional. Em atividades de pesquisa, o pesquisador somente pode ter acesso e estudar/usufruir do conteúdo do prontuário após elaboração de um projeto conciso, obter as autorizações pertinentes (documentos obrigatórios) e o projeto ter sido aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos.

Assim, os critérios desta pesquisa, a proposta e o método foram avaliados pelo Comitê de Ética para Pesquisa com seres humanos, seguindo os tramites e resoluções estipulados pelo novo veículo desta etapa de produção científica, a Plataforma Brasil. Após isto, este trabalho foi submetido ao endossamento do Comitê Científico do Hospital (IOT- HC) para o início efetivo da pesquisa. O pesquisador, também, se comprometeu a utilizar o conteúdo do material colhido somente em função dos objetivos pré-estabelecidos, não havendo qualquer possibilidade de uso para outros fins e sempre garantindo o sigilo da identidade do sujeito.