

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIANA MORENO RODRIGUES

Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes  
com amputação em reabilitação com prótese

São Paulo

2011

LUCIANA MORENO RODRIGUES

Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes  
com amputação em reabilitação com prótese

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

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Léia Prizskulnik

SÃO PAULO

2011

Nome: Rodrigues, Luciana Moreno

Título: Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes com amputação em reabilitação com prótese

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: \_\_\_\_\_

Para Alexandre e nossa Cecília.

## AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Léia Prizskulnik, minha orientadora, que tanto colaborou para este trabalho, compreendendo minhas dificuldades em relação à distância, e se colocando sempre à disposição para me ouvir e pensar ao meu lado as dificuldades e possibilidades deste trabalho.

À equipe multidisciplinar na qual atuei, pois com eles descobri as alegrias e dificuldades do trabalho em conjunto, semente para este texto.

Às colegas de hospital Monica Giacomini Guedes da Silva e Gabriela Bruno Galván por tanto me ensinarem em meu percurso de trabalho no hospital.

Aos pacientes, pois sem eles esta reflexão não seria possível.

Ao meu marido Alexandre, por sua disponibilidade sincera em me ouvir e pensar comigo alguns desses temas, e, principalmente, por possibilitar que o cotidiano continuasse a caminhar enquanto eu me ausentava para produzir este trabalho.

À minha filha, por ser como é, e me transformar o tempo todo.

Aos meus pais, que sempre estimularam o estudo e a formação continuada.

Aos meus amigos, por suportarem as angústias por mim vividas no decorrer deste trabalho, e por me fazerem rir.

À Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SEMADS) da Prefeitura de Jundiaí, especialmente ao diretor Laércio Barros dos Santos e à coordenadora Maria Sueli Hespanhol, por me permitirem utilizar parte de meu horário de trabalho na produção deste texto.

A história começa pelo fim. Fale ou morra. E enquanto continuar a falar, não vai morrer. A história começa pela morte.

**Paul Auster**

## RESUMO

Rodrigues, L. M. (2011). Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes com amputação em reabilitação com prótese. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este trabalho tem como objetivo discutir as possibilidades e dificuldades de um psicanalista quando passa a compor uma equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes amputados em reabilitação com prótese. A equipe de saúde tem papel fundamental no atendimento ao paciente amputado que realiza reabilitação. Pensa-se que há diferença para este trabalho o fato de haver na equipe um psicanalista, que atua de um lugar diferente dos outros membros, representantes do discurso médico. Para se compreender o que ocorre quando há um psicanalista na equipe de saúde são abordadas as diferenças entre os campos da psicologia hospitalar e da psicanálise dentro de uma equipe; as diferenças entre os discursos médico e psicanalítico, o estatuto do corpo para a psicanálise, e as bases de sustentação para que um analista se constitua enquanto tal. Além disso, são tratados o estatuto do corpo na contemporaneidade e a questão da deficiência, pontos cruciais no atendimento ao paciente com amputação. Por último, busca-se uma compreensão, do ponto de vista psíquico, para a amputação e reabilitação do paciente, levando-se em conta que o atendimento prestado a ele é permeado pelas questões enfrentadas pela equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicologia Hospitalar. Hospitais Gerais. Amputação.

## ABSTRACT

Rodrigues, L. M. (2011). A psychoanalyst in a multidisciplinary team: caring for patients with amputation in rehabilitation with prosthesis. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This paper aims to discuss the possibilities and difficulties of a psychoanalyst when she begins to compose a multidisciplinary team to care of patients with amputation in rehabilitation with a prosthesis. The health team has a key role in patient care that is in rehabilitation. It is thought that there is a difference to the treatment if there is a psychoanalyst in this team, who works in a different way from the other members, representatives of medical discourse. To understand what happens when there is a psychoanalyst in the health care team, this paper points the differences between the fields of health psychology and psychoanalysis within a team, the differences between the medical and psychoanalytical discourses, the status of the body for psychoanalysis and bases of support for an analyst to be constituted as such. Moreover, this paper treats about the status of the body in contemporary and deficiency issues, what is crucial for the patient with amputation. Finally, it seeks an understanding of the psychological point of view of amputation and rehabilitation of the patient, taking into account that the service provided to him is permeated for issues facing the multidisciplinary team.

Keywords: Psychoanalysis. Health Psychology. General Hospital. Amputation.



## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>2. O trabalho em equipe.....</b>	<b>14</b>
2.1. A equipe multidisciplinar e a Psicologia Hospitalar.....	15
2.2. A equipe multidisciplinar e o psicanalista.....	18
2.3. O Grupo de Prótese.....	22
<b>3. A Medicina e a Psicanálise.....</b>	<b>30</b>
3.1. A Medicina .....	31
3.2. A Psicanálise.....	35
3.3. O corpo em Psicanálise.....	37
3.3.1. O corpo para Freud.....	37
3.3.2. O corpo para Lacan.....	42
<b>4. O trabalho no Hospital Geral.....</b>	<b>47</b>
4.1. Os diferentes campos de trabalho em um hospital.....	47
4.2. . Bases de sustentação da posição de analista em uma equipe.....	55
<b>5. O corpo na contemporaneidade.....</b>	<b>59</b>
5.1. O culto ao corpo na contemporaneidade.....	59
5.2. O corpo híbrido da contemporaneidade.....	63
<b>6. Deficiência.....</b>	<b>66</b>
6.1. O modelo social da deficiência.....	66
6.2. A deficiência sob a ótica da Psicanálise.....	69
<b>7. Considerações sobre amputação e reabilitação.....</b>	<b>73</b>

7.1. Os pacientes com amputação e em reabilitação com prótese.....	73
7.2. A clínica com o paciente com amputação.....	80
7.3. O trabalho em equipe no atendimento aos pacientes.....	88
<b>8. Considerações finais.....</b>	<b>93</b>
<b>Referências.....</b>	<b>98</b>

## 1. Introdução

Este trabalho tem como objetivo discutir as possibilidades e dificuldades de um psicanalista quando passa a compor uma equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes amputados em reabilitação com prótese.

Antes de qualquer colocação, é importante deixar claro que o analista entra no hospital ocupando uma vaga destinada a um psicólogo, e que, portanto, não foi chamado a compor esta equipe do lugar de analista. Entretanto, ao sê-lo, surgem diversas implicações, já que ele representa o discurso analítico, enquanto o restante da equipe, de maneira geral, representa o discurso da medicina. Mas, ainda que não tenha sido chamado deste lugar, o analista pode trazer diversas contribuições ao trabalho com o paciente, de forma a construir seu espaço dentro de uma equipe de saúde. Para isso, é preciso que tenha claro qual é este lugar, para que não responda diretamente às demandas colocadas pela equipe, assim como saiba a partir de que discurso os membros da equipe falam, e porque realizam determinadas solicitações. Ao manter-se firme na posição de analista, ele poderá fundar esse lugar diante de seus colegas na equipe, buscando o tratamento do paciente. Assim, este trabalho busca trazer contribuições a respeito do lugar do analista em uma equipe de saúde.

Além das diferenças em relação às posições discursivas, há questões fundamentais que precisam ser consideradas no trabalho em um hospital, tais como a forma com que cada um desses profissionais concebe a questão do corpo, as formas de tomá-lo e de operar sobre ele, pois isso tem implicações no tratamento do paciente e nas rotinas da equipe que o atende.

Se a Medicina, representada pelos diferentes profissionais em um hospital, mas especialmente pela figura do médico, toma o corpo como organismo, o tratamento proposto para a amputação passa a ser a protetização, pois ela devolveria as funções perdidas. Entretanto, se há na equipe um analista, ela tomará o corpo como marcado pela linguagem, e se perguntará o que é este corpo, o que é este coto, o que é esta prótese para este sujeito?, e isto terá implicações em seu tratamento. Desta forma, o trabalho em equipe transforma-se, pois o tratamento já não é um, mas é para cada um. E se, em

alguns momentos, o trabalho funciona bem, em outros pode haver um choque entre os membros da equipe, o que, por razões de pertencerem a diferentes formações que levam a diferentes discursos e posicionamentos, pode dificultar o trabalho. Pensa-se que a dificuldade não deve ser paralisadora, ao contrário, pode e deve ser produtiva, pois, como nos coloca Moretto (2001) é porque a subjetividade precisa ser excluída para que se opere sobre o corpo tomado como organismo pela ciência, que o analista entra no hospital, pois é dessa subjetividade que ele vai se ocupar.

Já de início, é importante diferenciar a causalidade psíquica inconsciente da causalidade científica. Neste trabalho, a referência à Ciência trata da Ciência Positiva, conforme preconizada na atualidade, fruto das mais sofisticadas pesquisas que buscam generalizações, de forma que o que é válido para um, seja válido para todos, o que possibilita, por exemplo, o desenvolvimento de tratamentos médicos bem sucedidos.

A causalidade inconsciente, por sua vez, é constitutiva da experiência humana e existe qualquer que seja o sintoma psíquico, comportamental ou de uma doença. Portanto, ao manter-se neste campo, a psicanálise afirma sua especificidade no campo dos saberes, quaisquer que sejam os avanços dos conhecimentos biológicos sobre as doenças (Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond, 2008).

Por uma tradição cartesiana, corpo e psiquismo são tratados em oposição, reduzidos ao registro anatômico e biológico, de que trata o saber médico científico. A psicanálise, por sua vez, posiciona o corpo como atrelado ao inconsciente, o corpo erógeno. Desta forma, a clínica com amputados necessita de reflexões sobre a realidade do corpo pulsional, assim como do corpo unificado pelo narcisismo. (Marques, 2006).

Ainda dentro dos conceitos psicanalíticos a respeito do corpo, é importante destacar a forma com que Jacques Lacan toma essa questão a partir dos três registros, Simbólico, Imaginário e Real (o que será explicitado mais adiante), com destaque para a teorização a respeito do Estádio do Espelho como formador do eu através da identificação primordial do sujeito com a imagem.

Portanto, a questão do estatuto do corpo para a Medicina e para a Psicanálise, considerando especialmente as contribuições de Freud e alguns conceitos de Lacan, também será abordada.

Neste momento, é importante dizer que este trabalho surge de uma experiência de cinco anos de atuação em um hospital geral da cidade de São Paulo, setor de ortopedia, junto a uma equipe multidisciplinar que atende a pacientes que sofreram amputação de um ou mais membros, e que estão em reabilitação com uso de prótese. Durante este período, pude acompanhar o sofrimento dos pacientes que haviam perdido um pedaço de si, de seu corpo, seja de forma repentina, seja como resultado de uma longa batalha contra uma doença. A amputação faz o indivíduo ficar temporariamente impossibilitado de se locomover e de realizar suas atividades diárias. A vida parecia girar ao redor deste coto, deste pedaço de perna que traz e faz uma história. Diante desta situação, surgia a questão: De que forma o psiquismo consegue absorver o impacto das mudanças em consequência da amputação?

Esses pacientes chegavam ao hospital buscando conforto, tratamento, mas acima de tudo, uma solução para seu problema. Chegavam, na maioria das vezes, buscando a reposição do membro perdido.

A equipe de saúde, por sua vez, escutando esse pedido, buscava prontamente respondê-lo com as armas que a ciência dispõe: próteses mecânicas, fabricadas com alta tecnologia, produzidas de forma personalizada, que devolveriam ao indivíduo as capacidades perdidas, permitindo uma vida a que se costuma chamar “normal”. Outra pergunta aparece neste momento: Quais as condições em que o uso de uma prótese poderia efetivamente beneficiar o amputado?

Na medida em que a opção teórica aqui adotada se circunscreve no campo da psicanálise, surge um questionamento anterior: o que é esse corpo para o paciente? qual sentido ele atribui a seu corpo amputado? Qual o sentido que dá à prótese?, pois isso se reflete na forma como um membro da equipe, o psicanalista, tomará este corpo, em oposição a uma outra forma, atrelada ao discurso médico.

Ainda em relação à questão do corpo, torna-se importante compreendê-lo na contemporaneidade, e de que forma é tomado pela cultura. Isto produz um saber sobre o corpo, além de uma subjetividade própria a esta época em que vivemos.

Outro ponto central a que passa a estar referido o paciente amputado é a Deficiência, que pode ser tomada em diferentes vertentes, cada uma tendo consequências para o paciente. No hospital, o modelo que prevalece certamente é o biomédico, em que

a lesão é a protagonista, sendo causa para toda dificuldade e devendo, portanto, ser tratada e superada. Mas este não é o único modo de se conceber a deficiência, o que será abordado mais adiante.

Além disso, são abordadas neste trabalho questões ligadas à amputação e protetização do paciente, suas implicações psíquicas, e de que forma a equipe toma estes acontecimentos, pensando que isso traz implicações tanto para seu funcionamento enquanto equipe, quanto para o paciente.

É preciso esclarecer que na realização de qualquer trabalho, sempre há um recorte, delimitado pelo interesse do pesquisador. Sendo assim, esta é uma pesquisa de uma psicanalista que encontra os fundamentos de sua prática nos ensinamentos de Freud e Lacan, e que trabalhou em um hospital ao lado de médicos e outros profissionais da área da saúde, prestando assistência a um determinado grupo de pacientes, de forma que este é o viés deste trabalho.

Assim, para se compreender o que ocorre quando um analista passa a compor uma equipe multidisciplinar de atendimento ao paciente amputado, as possibilidades de trabalho e dificuldades que enfrenta, serão abordadas as diferenças entre os campos da psicologia hospitalar e da psicanálise dentro de uma equipe, o que será feito no capítulo 2. No capítulo 3, serão traçadas as diferenças entre os discursos da Medicina e da Psicanálise, com especial destaque para a questão do corpo, tratada a partir das referências de Freud e Lacan. No capítulo 4, serão discutidas as diferenças entre os campos de trabalho em um hospital geral, suas possibilidades e entraves, além daquilo que oferece sustentação para o analista constituir-se enquanto tal. No capítulo 5, será tratada a questão do corpo na contemporaneidade e suas vicissitudes, pensando o corpo do paciente com amputação como representante daquilo que é dissonante, e possuindo características de hibridez. No capítulo 6, a questão da deficiência, muito presente no atendimento multidisciplinar ao paciente com amputação, será abordada, pois ela traz consequências tanto para o paciente, quanto para aquele que presta atendimento a ele. Por último, no capítulo 7, buscar-se-á compreender a amputação e a reabilitação do paciente e suas implicações psíquicas, além de se pensar a clínica com estes pacientes, buscando a equipe de saúde como interlocutora, o que, em alguns momentos, se faz com tranquilidade, e, em outros, através de um embate, que, espera-se, seja produtivo.

## **2. O trabalho em equipe**

As equipes multidisciplinares são aquelas formadas por vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. Há instituições em que se apresentam como equipes interdisciplinares, quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. Também podem ser transdisciplinares quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Entretanto, na prática, poucos são os trabalhos que contemplam essa diferenciação. Independente do termo empregado, com essas equipes o que se busca é que os profissionais da saúde possam ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única especialização, buscando tomar o paciente em seu conjunto biopsicossocial (Fossi & Guareschi, 2004).

A equipe multidisciplinar é formada pelos profissionais que assistem diretamente os indivíduos: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta. Ela tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa, portanto, não é pré-organizada. A demanda do enfermo é que fará com que os profissionais da saúde se integrem, com o propósito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando seu bem-estar. (Fossi & Guareschi, 2004).

No entanto, o que se observa é que são os médicos os protagonistas do manejo hospitalar, pois são eles que decidem sobre técnicas, medicações, cura, internações e altas. Os demais profissionais adequam-se, primeiramente, à demanda orgânica do indivíduo e às definições do médico, para posteriormente, integrar sua prática ao atendimento hospitalar. (Fossi & Guareschi, 2004).

## **2.1. A equipe multidisciplinar e a Psicologia Hospitalar**

A inserção da Psicologia em equipes de saúde é hoje uma realidade. No âmbito hospitalar, a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos (Tonetto & Gomes, 2007).

A condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes a sua especificidade. Espera-se que ele seja capaz de se mostrar competente o suficiente para que sua prática seja vista como necessária. Para isso, sua linguagem junto à equipe deve ser clara e objetiva, e ele deve ser capaz de mostrar os resultados obtidos (Tonetto & Gomes, 2007).

Buscando circunscrever-se como prática clínica, a psicologia hospitalar se ocupa de oferecer um olhar clínico ao paciente à beira do leito. Assim, segundo Romano (1999), o psicólogo hospitalar existe quando aplica seus conhecimentos para beneficiar o doente em tratamento no hospital, utilizando para isso a abordagem teórica que mais o agrada e na qual tiver formação adequada. Para a autora, a percepção pela comunidade médica do processo de ajustamento e da morbidade psicológica, além do reconhecimento de que os aspectos emocionais podem alterar as reações do paciente, diminuindo a aderência ao tratamento e influenciando na tomada de decisões relativas à sua saúde, tornaram imprescindível a presença do psicólogo no hospital.

Romano (1999) pontua, também, a questão da humanização dentro dos hospitais, o que significa “particularizar, atender às circunstâncias e necessidades individuais” (p.26), e refere-se tanto às condições de trabalho dos funcionários do hospital, quanto aos cuidados dispensados ao doente.

A Psicologia Hospitalar não pertence unicamente à área clínica, pois ela também abrange áreas como a organizacional, social e educacional, utilizando-se de recursos técnicos, metodológicos e teóricos de diversos saberes psicológicos. Ela está comprometida com questões ligadas à qualidade de vida dos usuários bem como dos profissionais da saúde, portanto, não se restringe ao atendimento clínico, ainda que este seja central em suas atribuições (Fossi & Guareschi, 2004).



De acordo com isso, Romano (1999) coloca que o psicólogo hospitalar deve delimitar sua tarefa em função de seus conhecimentos e da finalidade para a qual foi contratado, segundo os objetivos do contratante, a entidade hospitalar. Pode ser que tenha sido contratado para trabalhar situações de tensão surgidas na equipe, ou as dificuldades do profissional em lidar com a morte, a dor e a doença, tão características do ambiente hospitalar.

Outra possibilidade de atuação e a mais executada é o atendimento ao paciente, o que pode ocorrer de forma direta ou indireta. Por forma indireta entende-se o trabalho de facilitar o atendimento do paciente pela equipe, atuando junto a esta para instrumentalizá-la no contato com o paciente ou para o melhor entendimento do caso. O atendimento direto refere-se à assistência ao paciente e/ou sua família, buscando primordialmente que eles co-participem do processo de adoecimento e tratamento, melhorando a qualidade de vida (Romano, 1999).

Segundo Gorayeb e Guerrelhas (2003), a Psicologia Hospitalar busca um modelo próprio, que oriente sua prática e que responda às necessidades do ambiente hospitalar. Espera-se que a atitude do psicólogo no hospital seja científica, marcada por ações claras, objetivas e precisas.

A psicologia quando tratada como ciência natural torna-se compatível com o modelo biológico aplicado no ambiente hospitalar. O próprio método de trabalho de um psicólogo hospitalar deve envolver passos análogos aos seguidos pela pesquisa científica aplicada: (a) definir um problema para o qual se busca a solução; (b) propor uma maneira de avaliar o problema; (c) desenvolver e descrever as formas que serão utilizadas para solucionar o problema; (d) intervir na direção da solução do problema e (e) avaliar os resultados da intervenção. Deve ocorrer uma sistematização do trabalho, o que envolve observação direta e registro de comportamentos e de sua relação com o ambiente. Para isso, o trabalho do psicólogo inclui entrevistas com o paciente, sua família e a equipe profissional, para obtenção de informações como história e hábitos de vida e mudanças ocorridas após o adoecimento, aplicação de escalas para avaliação do comportamento e observação direta do comportamento. Com base em dados obtidos com tais procedimentos, são planejadas as intervenções e construídas as medidas que irão avaliar os resultados da intervenção (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

O paciente com o qual será realizado o trabalho encontra-se numa situação em que sua saúde está ameaçada ou prejudicada. Esta condição é fonte de desconforto e sensações desagradáveis como medo, ansiedade, dor. Além disso, existem as questões de adesão ao tratamento, prevenção e controle de recaídas. Assim, o trabalho do psicólogo no hospital consiste em descrever em que condições as doenças foram adquiridas e o que o sujeito faz a partir delas (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

A hospitalização representa um desafio à capacidade de adaptação do indivíduo, provocando diferentes reações; tanto positivas, de enfrentamento, quanto negativas, interferindo no restabelecimento. As respostas do indivíduo à doença e/ou à internação são moduladas por fatores biopsicossociais. Estas respostas acarretam mudanças no autoconceito e na auto-imagem, em seu estilo de vida, na dinâmica dos relacionamentos familiar e social. Diante desta realidade, a presença de um psicólogo faz-se necessária, pois sua intervenção poderá facilitar a adaptação do indivíduo a essa nova condição, minimizando o sofrimento e o impacto em sua realidade (Carvalho & Lustosa, 2008).

Desta forma, pode-se dizer que a psicologia hospitalar situa-se no nível consciente e social, no nível da perda e da percepção a respeito do adoecer e suas conseqüências para a autonomia em relação à vida social e cotidiana. Pode-se dizer que trata da perda de um objeto na realidade, como ocorre com a amputação. A psicologia hospitalar busca, desta forma, o reeducar, reintegrar, reabilitar, minimizando as perdas tanto quanto possível. Este trabalho é bastante válido e pode ser muito benéfico ao paciente, que passa a ter maiores recursos para o enfrentamento do difícil momento do adoecimento e tratamento necessário.

Para tal, o papel da psicologia no ambiente hospitalar é bastante amplo e vai englobar três principais níveis de atividade: assistência psicológica a pacientes, famílias e equipe de saúde; realização de pesquisas científicas; e promoção de conhecimentos teórico-técnicos. O psicólogo deve envolver-se em atividades psicoterapêuticas, preventivas e pedagógicas (Carvalho & Lustosa, 2008).

Segundo Fossi e Guareschi (2004), a inserção dos serviços de psicologia é privilegiada em instituições onde há espaço para reuniões entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar, pois nestas ocasiões, o psicólogo evidenciará a importância da valorização do conjunto dos aspectos emocionais do indivíduo. Romano (1999)

coloca que, preferencialmente, o psicólogo deve colaborar com a mesma equipe, possibilitando o surgimento de uma linguagem comum e de conhecimentos recíprocos que permitam uma abordagem uníssona do paciente e sua família.

Desta maneira, o psicólogo deve conhecer as atividades desenvolvidas pelos demais profissionais, bem como os limites de cada um, possibilitando uma atuação integrada, com manejo único. Caso contrário há o risco de fragmentação entre os setores, e conseqüentemente, a “fragmentação” do paciente. O relacionamento precário entre a pessoa e a equipe de saúde pode acarretar mais sofrimento do que o esperado para determinados quadros. Entretanto, é a trajetória hospitalar do indivíduo que definirá o enfoque de seu atendimento psicológico, que poderá ser pré ou pós-operatório, ambulatorial, ou de enfermagem. É através desta consideração que o trabalho do psicólogo será delineado e implementado, considerando as necessidades individuais da pessoa (Fossi & Guareschi, 2004).

## **2.2. A equipe multidisciplinar e o psicanalista**

Sabe-se que a presença do psicanalista na instituição hospitalar não era vista com bons olhos dentro e fora dos hospitais, também pelos analistas, que não consideravam este tipo de prática como psicanálise. No início, portanto, a psicanálise entra no hospital como um desafio. Hoje, podemos dizer que aquela presença dos primeiros anos na instituição hospitalar não era mesmo psicanálise, pois não havia formalização teórica sobre a sua prática. E se não era formalizada, pode-se dizer que, de fato, não existia. Hoje, com vários analistas atuando em hospital e a partir dos efeitos que este trabalho tem gerado, a psicanálise no hospital é vista como uma prática possível no campo analítico, e que tem uma função importante no contexto hospitalar (Moura, 2003).

O analista constitui-se como tal a partir de uma ética própria, a ética do desejo, do bem-dizer. Busca que o sujeito fale e implique-se nesta fala, muitas vezes surpreendendo-se com ela. Não se ocupa de fazê-lo aceitar esta ou aquela condição, de fazê-lo se comportar mais adequadamente, e até mesmo de diminuir seu sofrimento,

ainda que aposte que, ao falar, possa “se reposicionar subjetivamente diante de seu sofrimento e retomar sua vida” (Silveira, 2007, p.20). Portanto, para o analista a diminuição do sofrimento é consequência de um trabalho de escuta, não seu objetivo primeiro.

Assim, diante das demandas que surgem no hospital, o analista deve escutá-las e não atendê-las, pois isso possibilita que possa ir além do nível descritivo, da dimensão do fato e entrar na dimensão do dito, e, a partir dele, localizar o dizer do sujeito. O psicanalista não pode ser ingênuo na instituição e integrar-se a ela sem questionamentos, pois isto dificulta sustentar a posição que possibilita a escuta do sujeito (Moura, 2003).

No hospital, o analista realiza uma tentativa de fazer uma borda na angústia vivenciada pelo paciente. Primeiro com sua própria presença e, aos poucos, com a inserção da palavra, propiciando um deslocamento do corpo para a cadeia de significantes, aliviando-o da carga extra de tensão que despende para dar conta do mal que o invade. Além disso, o analista oferece o desejo, aquilo que é capaz de transformar o sofrimento em trabalho, em criação, em vida (Rodrigues, 2000).

O trabalho em equipe multidisciplinar pode ser bastante interessante quando se pensa em “uma transferência de trabalho que viabilize um laço produtivo entre os membros” (Silveira, 2007, p.22). Moretto (2006), da mesma forma, coloca que em uma equipe pode haver diferentes discursos atuando, e isso é o que garante o encontro produtivo entre os profissionais.

Entretanto em um hospital, o discurso predominante é o discurso médico, que marca diversas categorias profissionais, não apenas o profissional médico, e que se caracteriza pela exclusão da subjetividade tanto do paciente, quanto do médico. Isto é o que permite a ele atuar, a partir da relação instituição médica-doença, tomando o corpo do paciente como um organismo no qual realiza seus procedimentos. Este discurso possui uma ética própria, a Ética do Bem, em que é a Medicina que sabe o que é melhor para o homem, porque esse saber é fruto de pesquisas científicas. Vale ressaltar que é importante que seja assim. Os profissionais da área médica devem ter respostas para as questões dos pacientes, devem conhecer os procedimentos de tratamento das doenças e buscar curá-las quando possível, trazendo qualidade de vida e bem-estar ao paciente. E isto não significa não ouvir o paciente e não lhe dispor atenção suficiente. Quando se diz

que o médico exclui a subjetividade para poder atuar no corpo-organismo, trata-se de dizer de uma operação que ele precisa realizar para poder intervir na carne, no organismo, no órgão, pois se esta carne carrega história de vida, aparece o horror de se estar intervindo na vida humana. Isto não significa que nas consultas médicas o profissional não deva ser atencioso às necessidades do paciente, encaminhando-o, inclusive, para o profissional que pode realizar a escuta de que ele possa necessitar.

Já o analista, representante do discurso analítico, toma o outro não como objeto de seu saber, mas como sujeito, que “a partir de sua própria produção coloca o seu saber no lugar da verdade” (Moretto, 2006, pág. 85). Aí, o que interessa é justamente a subjetividade do paciente, mas interessa a este que vai escutá-lo, não necessariamente à equipe que o trata, que muitas vezes não sabe como se ocupar deste saber produzido pelo paciente. É isto que leva o analista ao hospital primeiramente, pois há uma demanda de escuta reconhecida pela equipe, que, portanto solicita um profissional que possa abarcá-la, o analista.

Desta maneira, existem muitos desafios colocados pela presença do dispositivo analítico no hospital geral, um cenário que se caracteriza pelo atrito entre o apelo do sujeito que se confronta com a possibilidade de finitude que o adoecer impõe, e os rigorosos protocolos da ordem médica. No hospital, o psicanalista recolhe e maneja a irrupção da subjetividade inconsciente, o que lhe confere distinção em relação aos outros profissionais que desempenham tarefas diversas, mas reunidos sob as condições do discurso da medicina. Os efeitos de gozo que o adoecimento e o trauma geram são justamente aquilo que interroga a racionalidade do dispositivo médico. Diante deste impasse, o psicanalista é convocado a mediar essa não-relação médico/sujeito-paciente (Rocha, 2010).

Entretanto, o analista pode ser chamado a atuar a partir da demanda da instituição, a partir de uma suposição de saber e de poder deste profissional sobre os pacientes. É a demanda da presença técnica. Todas as equipes de reabilitação devem ter um profissional psicólogo responsável pela sustentação dos pacientes diante do tratamento, ou seja, um profissional que contenha e resolva aquilo que for da ordem da angústia e da dor e que, ao se expressar, saíria daquilo que é possível dar conta dentro de um hospital onde prevalece a busca da cura, da ordem, do objetivo, do padrão (Galván,

2007). A esta demanda, o analista não deve responder, pois, se responde, sai da posição de analista e passa a ocupar uma posição de saber, que tampona a fala do sujeito. Ao contrário, o analista, na equipe, vai buscar dar voz ao sujeito, fazê-lo falar de si, e ao falar, construir sua própria história, suas relações com o mundo e com o momento em que vive.

Moretto (2006) refere que, para o paciente, a equipe pode funcionar como outro, em sua condição de semelhante, e como Outro, em sua função de linguagem, já que é assim que se constitui a subjetividade no campo do humano. O eu, em sua insuficiência, ancora-se na alienação imaginária ao outro que lhe dá consistência para saber como ele está, e é dessa maneira que o paciente chega à equipe, esperando que ela lhe diga sobre ele. Assim, pode-se pensar que a forma como a equipe toma o paciente faz diferença na maneira como ele próprio se vê, ao menos imaginariamente, o que dá à equipe outro estatuto que vai além do tratar fisicamente do paciente. A equipe passa a ter importância para a subjetividade do paciente, e desta forma, sua maneira de se colocar diante do paciente também passa a interessar ao analista, que não pode se calar diante das condutas estabelecidas por ela.

Além disso, é importante ressaltar que a relação entre paciente e analista é permeada pela transferência do paciente com a Instituição, de forma que não é uma relação autônoma em relação aos outros profissionais que acompanham o paciente. Portanto, “além e por conta da irrupção do Real do corpo e da doença, a pregnância inevitável da referência à medicina marca profundamente a relação transferencial” (Winograd et al., 2008, p. 154).

Não se trata de combater a influência das outras relações estabelecidas no ambiente hospitalar, mas considerar sua existência, relativizando-a e circunscrevendo-a de forma a permitir que o sujeito possa problematizá-la para assumir a direção de seu tratamento (Winograd et al., 2008).

Silveira (2007) coloca que

É a partir do caso concreto e da troca de idéias entre os profissionais que o atendem que pode se dar a intersecção das diferentes clínicas. É a singularidade de cada caso que vai determinar, nessa intersecção, como agir com cada sujeito, que ações a equipe vai priorizar e de que forma... ao tomarem como norteadores os significantes específicos de cada caso, os limites epistemológicos e éticos entre as clínicas tendem a convergir para um mesmo sentido. Formando uma

espécie de linguagem comum, que leve em conta as especificidades de cada área e supere a fragmentação e insuficiência dos saberes (p.22).

Desta forma, deve haver uma abertura dos profissionais envolvidos para a formação de uma linguagem comum que permita, dentro de cada especificidade, um diálogo e uma parceria. É importante que, a cada caso, os parceiros de uma equipe possam provocar-se, produzindo algo novo, uma nova compreensão do caso.

Conforme colocam Winograd et al. (2008),

...a multidisciplinaridade só interessa se cada disciplina definir seu campo de ação e de reflexão, bem como seus limites epistemológicos. Além disso, é imprescindível que se estabeleça uma relação de respeito mútuo entre os profissionais de cada campo a partir do entendimento de que não pode haver uma hierarquização dos modelos em jogo (p.145).

Assim, cada discurso tem um papel fundamental para o funcionamento da Instituição Hospitalar, e não são excludentes, mas complementares, pela sua própria forma de se estruturar. A presença do analista no hospital se dá pela necessidade de dar conta daquilo que o discurso da medicina, da ciência positiva, exclui para poder funcionar enquanto tal, a subjetividade, a singularidade, as manifestações psíquicas. Da mesma forma, o discurso analítico é subversivo em uma instituição marcada pela resposta, pelo conhecimento científico do corpo humano, aquilo que, em um primeiro momento, é o que se busca quando se chega a um hospital.

### **2.3. O Grupo de Prótese**

O Grupo de Próteses, como é denominada a equipe multidisciplinar que atende a pacientes amputados em reabilitação, é composto por ortopedista, fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo. Quando compus esta equipe, apesar de minha formação acadêmica em psicologia, minha atuação foi como psicanalista.

Para este grupo, eram encaminhados pacientes que sofreram amputação de membro inferior, oriundos de diversos serviços de saúde de todo o país. Muitos deles haviam sofrido a amputação na própria instituição, carregando a transferência com a

equipe que os havia atendido inicialmente para o Grupo de Próteses, mais um item a ser considerado no trabalho com esses pacientes.

Quando a amputação era realizada por cirurgia eletiva, com agendamento prévio, a equipe da enfermagem em que o paciente estava internado solicitava a toda a equipe do Grupo de Próteses que acompanhasse o paciente, que inevitavelmente seria encaminhado ao grupo após a amputação. Isto facilitava o vínculo com o paciente e permitia a escuta de suas expectativas, fantasias, e de todo o sofrimento que caracteriza a perda de um membro. Entretanto, muitas vezes a amputação ocorria de forma abrupta, como resultado de um acidente, por exemplo, de forma que o paciente tinha seu primeiro contato com os profissionais do Grupo ou mesmo com a possibilidade de protetização depois de já ter sido amputado.

As causas da amputação são variadas, como, por exemplo, problemas vasculares, diabetes, traumas por acidentes, tumores e diversas outras condições. As faixas etárias dos pacientes amputados atendidos neste hospital também são muito variadas.

Para além de características de grupo, tais como faixa etária e causa da amputação, a vivência deste período é pautada por aspectos da subjetividade de cada paciente, tais como sua história de vida, a forma de lidar com perdas, a história de sua doença, sua relação com o Outro, enfim, parece não haver um *a priori* na forma de lidar com este acontecimento, o que se verifica no atendimento a estes casos.

De maneira geral, o período da amputação é marcado por uma desorganização em termos de funcionalidade e valores individuais e sociais, pois a questão da deficiência passa a estar presente, gerando um estranhamento do corpo, que antes era visto e sentido como inteiro, e agora aparece como incompleto, imperfeito, mutilado.

É desta forma que os pacientes chegam ao Grupo de Próteses, uma equipe cujo foco é a reabilitação do paciente amputado.

Parece-me importante dizer que o relacionamento pessoal destes profissionais sempre me pareceu muito bom, caracterizado por cordialidade e respeito profissional. Da mesma forma, considero necessário marcar que aqui está se pensando na equipe como um todo, para além de questões individuais, pois me parece claro que alguns indivíduos terão condições mais adequadas de lidar com o paciente e sua condição, de tomá-lo de maneira mais integrada, da mesma forma que outros indivíduos poderão ter maior



dificuldade para estar frente a alguém em que falta uma parte do corpo. Desta forma, aqui se pensa na equipe de uma forma generalizada, o que foi possível com minha saída da mesma.

No início do processo de reabilitação, após encaminhamento médico, os pacientes eram avaliados pelo fisioterapeuta, pela analista (contratada como psicóloga por sua formação acadêmica) e pelo assistente social. Eram acompanhados em fisioterapia uma ou duas vezes por semana, de acordo com a necessidade de exercícios físicos e a possibilidade de comparecimento ao hospital. Após algum tempo, de acordo com as condições de cada paciente, era prescrito o tipo de prótese que seria utilizada e realizado encaminhamento à oficina ortopédica para sua confecção. Durante o período de elaboração do material (média de três meses), o paciente aguardava em casa, sendo, depois, chamado para o treinamento de marcha, já com a prótese, pelo tempo necessário.

O Grupo realizava reuniões semanais de discussão de caso. Buscava-se discutir a reabilitação dos pacientes do ponto de vista dos diferentes profissionais que o atendiam, especialmente os casos em que havia algum entrave ao sucesso da protetização. Neste caso, todos os membros da equipe deveriam colocar suas avaliações, daquilo que percebiam sobre a condição do paciente. No entanto, parecia haver uma dificuldade para falar do paciente e de seu tratamento, ficando quase todo o foco das reuniões voltado para a prótese. Eram discutidos novos modelos, novos encaixes, mas a repercussão para o paciente era, muitas vezes, deixada de lado. Era também comum que se usasse o espaço da reunião para se falar de assuntos gerais que nada tinham a ver com a rotina do hospital. Tentei por diversas vezes que se falasse do paciente pensando em uma atuação em conjunto da equipe, que atendesse às necessidades individuais daquele sujeito que ali buscava tratamento. Entretanto, parecia haver uma dificuldade em se falar disso em reunião, ficando essa discussão restrita aos corredores, e com determinados profissionais que se mostravam mais disponíveis ao diálogo.

Além disso, ocorria que muitos profissionais evitavam um contato mais individualizado com o paciente, orientando quanto às condutas a serem seguidas, sem querer, necessariamente, um retorno sobre essa possibilidade ou o desejo do paciente. Era comum que, por exemplo, encaminhassem para atendimento psicológico o paciente que não seguia orientações médicas ou fisioterápicas, ou ainda referisse dor (que para os

profissionais seria sem causa) sem perguntar qualquer coisa a ele, que inclusive estranhava este encaminhamento.

Desta forma, havia diversas contradições entre os objetivos explícitos da equipe e sua prática. O que se dizia é que o objetivo do tratamento era a reabilitação, algo amplo que está para além do uso de prótese, e incluiria uma abordagem integrada da pessoa, abarcando todos os aspectos que compõem a sua vida. Porém, o que ocorria era um direcionamento, mais ou menos consciente, rumo a um tratamento focado no uso da prótese. Isso parece dizer algo da forma que a equipe tomava o paciente e seu tratamento.

Além dessas questões, havia outros impasses no trabalho em equipe. Os pacientes eram orientados a estar no hospital de acordo com a indicação de fisioterapia; dessa forma, quando eram dispensados desta atividade ou da consulta médica, dificilmente compareciam para as entrevistas com a analista, ainda que estas estivessem agendadas. Para além das dificuldades sociais e de locomoção que essas pessoas enfrentavam, tanto que compareciam para os atendimentos de outros profissionais, parecia haver uma tentativa de “suspensão da subjetividade” em busca de uma solução que mascarasse a falta do membro e tudo o que isso poderia trazer como consequência psíquica. Em um primeiro momento, paciente e equipe médica pareciam acreditar que esta solução seria a prótese (Galván, 2007).

Do lado da equipe, parecia não haver a identificação da importância das questões psíquicas. Era ela quem dispensava o paciente, ainda que soubesse que este se encontrava em atendimento com a analista. Os membros da equipe pareciam considerar que este atendimento também poderia ser suspenso na medida em que a prótese, centro do tratamento, estava em processo de confecção. Se o paciente, para eles, vinha ao hospital para passar a utilizar a prótese, se ela não estava pronta, e a preparação para sua utilização se encerrou, não haveria porque mantê-lo no hospital. Pode-se dizer que aí havia uma operação de exclusão da subjetividade do paciente pela equipe, sem que a equipe percebesse claramente.

Assim, se, por um lado, a dimensão psíquica do sujeito que adoece é indiscutivelmente considerada quando se pensa e se estrutura uma equipe de saúde, na prática, a forma como se trabalha acaba acentuando uma visão biológica do ser humano.

O próprio modelo de assistência multidisciplinar, amplamente utilizado nas instituições de saúde, caracterizado por uma subdivisão de especialidades que rompe com a indivisibilidade do ser humano, carrega esta contradição entre teoria e prática. Conhecer com exatidão cada parte do organismo que está sendo tratado possibilita uma especialização que traz conseqüências benéficas ao tratamento; mas também é preciso reconhecer que a soma das partes é diferente do todo e que o organismo é um indivíduo com características complexas, justamente por ser indivisível, e abarca várias dimensões - social, relacional, cultural, psíquica e corporal – com o entrelaçamento que lhe é próprio (Galván, 2007).

Essas entrevistas com a analista aparecem como a possibilidade do paciente ser escutado em relação ao momento que vive. A equipe parecia imaginar que aquele fosse um momento de dificuldade emocional para qualquer pessoa, e que, portanto, oferecer “suporte emocional” ao paciente era importante. Assim, eles seriam avaliados, na visão do grupo, para se saber se deveriam ter atendimento, porque, caso contrário, poderiam transformar-se em paciente-problema. Entretanto, é importante ficar claro que não era para isso que o paciente era atendido, mas muitas vezes este era o resultado do trabalho. O que ocorria de fato, ou o que a analista esperava que acontecesse, era, conforme nos coloca Moretto (2006), a escuta diferenciada do paciente, ou seja, a promoção da fala do sujeito e a escuta de outra posição, para que ele próprio se escutasse, o que poderia promover a subjetivação.

As entrevistas não serviam para dizer se o paciente devia ou não ser protetizado, pois a equipe sempre partiu da idéia de que ele só não seria protetizado se não tivesse, de fato, condições físicas para isso, ou ainda se corresse riscos de desenvolver uma condição médica mais grave por conta do esforço exercido. Portanto, quem decidia quanto ao uso da prótese era a equipe médica. Diante de queixas como dor sem causa específica, não adesão ao tratamento ou recusa explícita da prótese, era solicitado à analista uma solução: que ele convencesse o paciente da importância do uso da prótese. A este pedido da equipe, a analista não respondia, entendendo que este não era seu papel. A analista propunha-se a ouvir o paciente, buscando que aparecessem suas questões subjetivas, mas sem qualquer intenção de convencê-lo de qualquer coisa.

Parece haver aí uma dificuldade da equipe em lidar com a falta no outro, que remeteria à falta no Outro, e sua própria castração. Diante disto, surgiam condutas tais como a promessa ao paciente, frente à amputação, de que ganharia uma "perna nova" (a prótese) e que, portanto não precisaria se preocupar com nada. Ainda que se tenha, por diversas vezes, conversado com a equipe para que essa promessa não fosse feita, pois não havia forma de cumpri-la já que a prótese não era uma perna, mas uma forma de permitir a realização de alguns dos movimentos anteriormente realizados, que ela trazia muitos ganhos para o paciente, mas que a perna não poderia ser recuperada e que ele teria de lidar com isso, não houve sucesso, e enquanto fui parte da equipe, continuei a presenciar esta promessa sendo feita, e as conseqüências disto no atendimento ao paciente. Muitas vezes, surgia nele um sentimento de revolta, de traição, pois quando um médico ou um representante da instituição hospitalar fala, isto tem um peso para o paciente, cujo sofrimento e desejo de solução para seu problema são bastante grandes.

Do lado dos profissionais, parecia haver a esperança de que ao “protetizar” um paciente, estariam devolvendo-lhe a perna perdida, o pedaço perdido, numa tentativa de tamponar a falta que é do outro, mas que remete a sua própria falta, a sua limitação. Esta falta pode ser entendida tanto em sua vertente subjetiva e constitutiva, quanto profissional e imaginária, na medida em que a amputação não deixa de ser uma falha para a medicina, que ainda não encontrou formas de evitá-la, passando, então, a se ocupar de resolvê-la. Se esta operação fosse bem sucedida, o que de fato pouco ocorre, não haveria mais motivos para sofrimento. Como a dificuldade está para além de questões imaginárias, e também comporta o insuportável da irrupção do Real, “uma realidade imanente à representação, impossível de simbolizar e inacessível a qualquer pensamento subjetivo” (Winograd et al., 2008, p.153), e, mais, aquilo que pode ser falado e que é da ordem do Simbólico, surge a necessidade de um profissional que trate deste paciente.

Entretanto, na visão da equipe, isto que deve ser tratado, deve desaparecer, tornando o paciente um “bom paciente”, aquele que acata todas as orientações que são passadas, não se queixa, não sente dor, não falta ao tratamento, valoriza a prótese como solução para suas dificuldades.

Assim, parecia haver, do ponto de vista da equipe, um pedido ao Setor de Psicologia para que convencesse o paciente de que, de fato, aquela era uma nova perna,

era a solução que traria de volta a antiga vida do paciente, e que, portanto, não haveria razão para tamanho sofrimento. Parecia uma operação simples: falta o membro, portanto faz-se a reposição por um membro artificial que cumpre a função do membro anterior. Assim, para a amputação, a prótese, da mesma forma que para uma dor de cabeça, aspirina. A esse pedido feito ao Setor de Psicologia, a analista, que era quem ali estava, não respondia. Ao contrário, devolvia a pergunta: mas o que é que foi perdido? O que é esse membro? E o que é ou pode vir a ser esta prótese? São questões que buscavam retirar as certezas simples, já que não há simplicidade possível quando há uma parte do corpo perdida.

Ao não responder àquilo que a equipe solicitava, parecia haver um mal estar. Afinal, era para lidar com estas questões, para suprimir a dúvida e o sofrimento do paciente, que aquele profissional, o psicólogo, havia sido contratado.

Outra dificuldade que se apresentava neste contexto era a recusa do paciente em relação à prótese. Esta situação era particularmente comum em relação às amputações de membros superiores, mas também ocorria em relação às próteses de membros inferiores. Quando isto ocorria, a equipe mostrava-se angustiada, ou até inconformada: como poderia o paciente recusar o “presente” que lhe era oferecido? Como poderia ele não aceitar que aquilo que faltava lhe fosse “restituído”? Diante desta situação, ao Setor de Psicologia era solicitado trabalhar esta “não adesão” ao tratamento, para que o paciente aceitasse utilizar a prótese, pois ela era, conforme colocavam, “o melhor para ele”. Novamente, a este pedido a analista, que ali se encontrava, não respondia, mas se colocava a disposição para ouvir o paciente. E o que ouvia era bastante variado, como é próprio da subjetividade. Havia pacientes que precisavam elaborar o luto pela perna perdida antes de realizar o processo de reabilitação, havia os que não se interessavam pela prótese e encontravam outras formas de se adaptar à nova situação, como em uma cadeira de rodas, por exemplo. Nos casos de amputações de braço, o mais comum era que o paciente preferisse não utilizar a prótese, ainda que os médicos solicitassem que usasse por questões de equilíbrio do corpo e enervação, e aprendesse a realizar diversas tarefas com o coto. Muitos deles relatavam que a prótese era muito pesada, com que os profissionais da área não concordavam, esclarecendo que o peso da prótese era parecido com o de um braço. Muitas vezes, foi discutido com a equipe que talvez esse peso a que

se referiam os pacientes não era o peso concreto, mas dizia de uma dificuldade de conviver com aquele “falso braço de plástico” (como eles próprios diziam), rapidamente percebido pelo olhar do outro nas mais variadas situações cotidianas. O peso, aí, carregava um aspecto simbólico, que não podia ser negligenciado, além de um aspecto imaginário, ligado à exposição da deficiência diante do olhar dos outros. Diante disso, o que muitas vezes ouvi foi para que eu atendesse aquela pessoa para que ela superasse a “vergonha” e usasse a prótese, pois isso seria o melhor. Seria mesmo? Melhor para quem?

Assim, ainda que o analista buscasse manter claro qual era seu lugar dentro da equipe e a qual discurso deveria se referir, muitas vezes era difícil manter essa posição. Esperava-se um psicólogo hospitalar, que lidasse com as questões emocionais pensando naquilo que era o melhor para o paciente, segundo o que a equipe desejava para ele e aquilo que a psicologia ligada ao discurso científico pressupõe. Entretanto, chega a essa equipe uma analista, que às demandas da equipe não responde, e que se propõe a ouvir o paciente e dar voz a ele junto à equipe, para que ele sustente seu próprio desejo, ainda que este seja divergente daquilo que o discurso médico concebe como o melhor. Acredita-se que para a equipe e sua atuação, esta presença traz implicações.

Torna-se, desta forma, importante esclarecer o que se espera de um psicólogo hospitalar quando este é chamado para atuar em uma equipe multidisciplinar, pois este foi o pedido inicial. É preciso entender o que se buscava inicialmente, uma psicóloga, e o que se obteve, uma analista, o que será esclarecido nos próximos capítulos.

### 3. A Medicina e a Psicanálise

Neste momento, torna-se importante delinear alguns aspectos da Medicina e da Psicanálise, buscando entender de que forma se constituíram e suas possibilidades de interação. Será feito um breve histórico e indicado de que forma podem estar presentes no contexto hospitalar.

Tanto a Medicina quanto a Psicanálise podem ser consideradas ciência. Ao invés do absoluto da Ciência ou da Verdade, pode-se propor tratar de ciências, e em consequência, das “diferenças de modelos em torno dos quais o conhecimento científico se organiza sucessivamente na história. Temos, assim, diversos campos científicos, cada um embasado em um todo sistemático, definindo uma teoria científica que funciona como um modelo de conhecimento, ou paradigma” (Silvestre, 2008, p.16).

Entretanto, atualmente pensa-se a ciência, de forma geral, como “um conjunto de produções que tem por finalidade a explicação racional e objetiva da realidade” (Silvestre, 2008, p.17). Neste trabalho, quando se fala em ciência, é à ciência positiva ou dura que se está fazendo referência.

Vale lembrar que a psicanálise nasceu da própria clínica médica, portanto, nasceu no campo científico, e, conforme aponta o próprio Freud, era fundamental que assim pudesse ser reconhecida, pois, do contrário, não seria aceita como um campo respeitável de pesquisa.

Freud, médico, deparou-se com situações que esbarravam na impossibilidade de respostas dentro daquilo que estabelecia o campo da medicina:

o paradigma segundo o qual uma paralisia em um membro deveria ter como causa uma lesão... não solucionava o problema diante do qual ele estava – a histeria. Era preciso, portanto, propor algo novo, mas sem que isso representasse uma ruptura absoluta dentro do campo da ciência, terreno onde o reconhecimento de seus trabalhos era fundamental (Silvestre, 2008, p.21).

Em ciência, quando um paradigma não dá conta de explicar um fenômeno novo, é preciso que se produza um novo paradigma, até então inexistente, pois sua necessidade não era sentida pelo cientista (Chauí, 1997). Desta forma, fica evidente que a ciência

“não caminha numa via linear contínua e progressiva, mas por saltos ou revoluções” (Chauí, 1997, p.258).

Freud oscilou entre o status de ciência, no sentido de ciência dura - seu desejo era o de que a psicanálise fosse uma “neurologia da alma” – e outro status, a que ele não chamava filosofia – mas que estava do lado da literatura e da filosofia. Já muito cedo, renunciou ao status da ciência dura, porque se deu conta de que, em psicanálise, não se trata de uma ciência no sentido que se conhece. É uma ciência, no sentido da racionalidade, mas não no mesmo sentido da biologia ou da neurologia, pois não possui metodologia, resultados ou a positividade das ciências duras. É preciso inscrevê-la no registro das Ciências Humanas (Roudinesco, 2009).

### **3.1. A Medicina**

O ser humano sofre e sente dores, e quando isto ocorre apela para que alguém lhe proporcione alívio. Aí surge o espaço para pessoas cuja tarefa é ajudar os outros. Aparece, por exemplo, a figura do médico. (Priszkulnik, 2000).

Mas a prática clínica não foi sempre a mesma, principalmente como a conhecemos na atualidade. Há séculos, havia o médico primitivo, que se utilizava da experiência, de crenças populares, conhecia o uso das ervas e da alquimia para cuidar do doente. Outras práticas também surgiram, estabeleceram-se e foram superadas, tais como medicina religiosa, medicina hipocrática e a medicina empírica.

A medicina como ciência, conforme é concebida nos dias atuais, começa a ser produzida apenas no século XIX (Priszkulnik, 2000). É dentro da racionalidade moderna que a medicina científica pode ser concebida, pois essa racionalidade dicotomiza homem e natureza, permitindo a objetivação para fins de estudo, da natureza, da sociedade e do próprio homem (Pimenta e Ferreira, 2003).

Segundo Priszkulnik (2000), referindo-se às formulações de Foucault, no momento em que se passa a associar lesões de órgãos definidas a grupos de sintomas estáveis, constitui-se a prática anátomo-clínica, ou seja, um novo sistema referencial que



permite uma reordenação das doenças a partir do corpo do doente, especialmente através do corpo morto, já que é o cadáver que ensina ao médico as causas das doenças. Assim, o corpo passa a ser o local privilegiado em que a doença se inscreve, e ela, por sua vez, passa a ser o objeto para o olhar positivo do médico.

No fim do século XIX e, sobretudo no XX, a maneira de compreender a doença e de produzir conhecimento ultrapassou a prática anátomo-clínica, surgindo o paradigma biológico. Nele busca-se explicar os mecanismos intermediários da doença, alterações funcionais e bioquímicas, impulsionando o desenvolvimento de novas terapêuticas e tecnologias, e trazendo para a medicina lugar de destaque (Pimenta & Ferreira, 2003).

A medicina atual é marcada pelo paradigma positivista, e muito influenciada por avanços tecnológicos contínuos. Entretanto, o indivíduo que procura um médico trazendo suas queixas, o faz no sentido explícito de receber cuidado, e não apenas para fazer desaparecer a doença orgânica. Assim, o médico deve ser o primeiro a acolher, sem preconceitos e simplificações, o sofrimento do paciente (Pimenta & Ferreria, 2003).

A dimensão do cuidado, desta forma, deve ser primordial na relação entre médico e paciente, mas para que isso ocorra, é necessário que o médico possa ir além do desejo de curar, que nada mais é que tentar afastar a morte, prolongando a vida, o que, sabemos, tem seus limites. Se o médico puder ter claro este limite intransponível, e puder aceitá-lo, o que necessita que aceite sua própria castração, poderá desempenhar esta dimensão do cuidado. É o que ocorre, hoje, nas clínicas preocupadas com cuidados paliativos. Ali não se luta contra a morte, mas ela é aceita como parte da vida, e o que se busca é possibilitar uma boa morte, o mais humanizada e digna possível, para aquele que está em sofrimento.

O médico deve estar apto a diagnosticar e tratar a doença, mas também deveria estar atento às demandas daquilo que está para além dela, que é a “experiência do ser humano com a enfermidade, ou seja, um conjunto de... reações pessoais, interpessoais e culturais à doença” (Pimenta & Ferreria, 2003, p.225).

Entretanto, conforme coloca Moretto (2001), “o médico pouco quer saber do que sofre um paciente no sentido psíquico; o que ele quer é que qualquer distúrbio não venha a perturbar os procedimentos” (p.149). Este é o imperativo da ordem médica: zelar pela saúde do corpo. As perturbações psíquicas servem, não para serem tratadas ou

compreendidas, mas para serem eliminadas, pois se constituem em um fator ameaçador àquela ordem.

O discurso médico, então, prossegue segundo suas próprias leis, que impõem sua coerção tanto ao médico quanto ao doente. A ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada; ela está aí para ser cumprida e executada pelos seus funcionários, os médicos. É uma ordem que se impõe por si mesma, e, em nome da vida, é preciso obedecê-la (Moretto, 2001, p.63)

O discurso médico se sustenta por sua objetividade e cientificidade, que é seu imperativo metodológico. É o discurso sob o qual atua o profissional médico, mas também outros profissionais que estão ali para cumprir esta ordem, estando instrumentalizados para tal. São exemplos o enfermeiro, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, e tantos outros, capacitados dentro da lógica da ciência positiva.

Deve-se obedecer ao médico (ou outro profissional do campo da medicina) porque ele sabe o que é melhor para nossas vidas. Diante disso, o discurso médico não apenas exclui a subjetividade do médico, que é orientado, por esta ordem, a calar seus sentimentos, mas também despossui o doente de sua doença e de seu sofrimento. O indivíduo doente se apaga diante de sua doença; o médico, enquanto pessoa, também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação que se obtém disso é a instituição médica-doença, ao invés da relação médico-paciente, que de fato não existe, pois ambos, enquanto posições subjetivas, devem estar apagados nesta operação (Moretto, 2001). Na relação instituição médica-doença, o médico é um anônimo representante desse discurso, que pode se deixar substituir por qualquer outro médico que esteja tão autorizado quanto ele a fazer valer esse saber. No hospital isso é facilmente verificável quando o doente não escolhe o médico que o acompanhará em seu tratamento, quando um médico sucede o outro nos plantões e passa a atender pacientes por apenas algumas horas, passando o caso para o próximo turno, ou quando os pacientes são atendidos por médicos em Residência, não sabendo quem encontrarão na próxima consulta.

Todavia, há correntes preocupadas com a humanização da profissão médica, considerando que a predominância do caráter técnico e instrumental torna superficial a relação entre médico e paciente (Pimenta & Ferreria, 2003).

A medicina tecnológica apresenta contradições, gera custos muito altos, e nem sempre alcança seus objetivos. Por outro lado, há estudos bem fundamentados mostrando

que o método clínico bem utilizado apresenta alta eficácia para a maioria das demandas médicas. Entretanto, tanto no setor público quanto no privado, encontrar as condições para a utilização do método clínico torna-se cada vez mais difícil, pois se estimula a utilização de recursos instrumentais e/ou tecnológicos, em detrimento dos meios clínicos (Pimenta & Ferreria, 2003).

A semiologia médica é a disciplina que fundamenta o método clínico, pois a partir dela, afirma-se ou se descarta uma doença, de forma a construir um diagnóstico. Na medicina, compete ao médico dar sentido ao sintoma, distúrbios subjetivos relatados pelo paciente, verificando se ele funciona como sinal, ou seja, uma manifestação objetiva da doença. Portanto, a tarefa do médico é discriminar se o sintoma tem como significado uma doença, e caso isso se verifique, tratá-la da forma correta. Entretanto, é importante lembrar que a ausência de doença orgânica não significa ausência de sofrimento (Pimenta & Ferreira, 2003).

No processo diagnóstico, o médico deve seguir um roteiro rigoroso. Marcondes, Sustovich e Ramos (1976, citados por Prizskulnik, 2000), descrevem os passos a serem seguidos para um diagnóstico correto: 1) observação clínica e registro pormenorizado dos dados pessoais, sintomas e sinais apresentados pelo doente, o que se obtém a partir de uma entrevista. 2) exame físico minucioso e sistemático do doente. 3) exames subsidiários, quando necessários. Desta forma, espera-se elaborar um diagnóstico objetivo que permita indicar o tratamento adequado.

Assim, como colocam Pimenta e Ferreira (2003),

A medicina científica atual só pode ser concebida dentro da chamada racionalidade moderna, na qual são dadas as condições de sua cientificidade. Pois esta racionalidade dicotomiza homem e natureza, permitindo a objetivação para fins de estudo, da natureza, da sociedade e do próprio homem. No caso da medicina, o corpo humano torna-se objeto da investigação e do conhecimento científico (p.223).

Há correntes preocupadas com a humanização da profissão médica, considerando que a predominância do caráter técnico e instrumental torna superficial a relação entre médico e paciente (Pimenta & Ferreira, 2003). Diante disso, vale lembrar que a medicina não foi sempre a mesma, o que demonstra que não é uma prática estanque. Há aproximadamente 2500 anos, na Antiguidade Grega, o que se tinha era uma clínica preocupada em avaliar as relações do indivíduo com seu corpo e com todo o seu

ambiente, incluindo seu psiquismo, visando sempre à particularidade do doente, sem preocupações excessivas com classificações e catalogação de sintomas (Silvestre, 2008). Há 2500 anos já se fazia uma clínica como a que se busca alcançar nos dias de hoje: cuidar do paciente de forma mais integrada, menos instrumental e mais humana.

### **3.2. A Psicanálise**

A Psicanálise, com suas proposições, traz um modelo de clínica próprio, em que diagnóstico e tratamento são abordados dentro de referenciais psicanalíticos.

No início de seus trabalhos no final do século XIX, Freud, médico neurologista, está mergulhado em um pensamento positivista, conhece a prática e a pesquisa científica, realiza diagnósticos precisos, buscando no corpo as lesões responsáveis por doenças. Começa, então, por questões financeiras, a estudar as doenças nervosas, ganha uma bolsa de estudos e torna-se aluno de Charcot, impressionando-se com suas investigações sobre a histeria que buscam demonstrar que ela possui leis próprias, que não se trata de simulação, mas de uma doença autônoma sem características lesionais (Prizskulnik, 2000).

Essa experiência traz conseqüências para Freud, pois ele tem a oportunidade de acompanhar a forma com que Charcot cria e elimina sintomas pela palavra, através da hipnose, demonstrando que os fenômenos histéricos obedeciam a leis, e permitiam que se extraíssem conjecturas neurológicas que embasassem as observações clínicas (Prizskulnik, 2000).

Ao iniciar sua prática privada no tratamento das doenças nervosas, Freud contava com a hipnose e a eletroterapia, sendo esta última rapidamente abandonada por falta de resultados satisfatórios. Passa a se valer, então, de outras formas de trabalho que não apenas a sugestão, mas também de perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas, um método ainda aleatório e não sistemático. Entretanto, seu interesse em aprender algo sobre a origem das manifestações que buscava tratar o leva a se interessar novamente pela pesquisa científica, a qual conhecia muito bem. (Prizskulnik, 2000).

Com o crescimento de sua experiência clínica, Freud depara-se com uma série de questões para as quais, diante de seu vasto conhecimento médico, não encontra resposta. Prizskulnik (2000) coloca que “em vez de tentar ‘encaixar’ os pacientes nos moldes dos conhecimentos médicos, rompe com o saber médico (científico) vigente e constrói um sistema conceitual que tece os fundamentos que sustentam a constituição do saber psicanalítico e da clínica psicanalítica” (p.4).

Assim, a ambivalência é marcante na obra freudiana, pois, como homem iluminista, buscava criar uma ciência. Por outro lado, a escuta dos fatos clínicos o levava a dificuldades de inserção neste campo (Pimenta & Ferreira, 2003). Assim, cada vez mais, à medida que Freud caminhava em sua pesquisa do inconsciente, a psicanálise distanciava-se da medicina e de seu modelo de ciência.

Ele avança ainda mais em suas concepções e, como coloca Prizskulnik (2000), “com a descoberta da sexualidade infantil, Freud descobre o corpo erógeno: é o corpo representado investido sexualmente” (p.4).

A descoberta da sexualidade infantil, sem indícios de degenerescência ou de depravação prematura ou como curiosa aberração da natureza, como colocado por Freud, retira a criança do lugar de inocência e coloca que a função sexual se inicia no começo da vida (Prizskulnik, 2004). Como assinala Freud (1925[1924]/1976),

a infância era encarada como “inocente” e isenta dos intensos desejos do sexo, e não se pensava que a luta contra o demônio da “sensualidade” começasse antes da agitada idade da puberdade; tais atividades sexuais ocasionais, conforme tinha sido impossível desprezar nas crianças, eram postas de lado como indícios de degenerescência ou de depravação prematura, ou como curiosa aberração da natureza; poucos dos achados da Psicanálise tiveram tanta contestação universal ou despertaram tamanha explosão de indignação como a afirmativa de que a função sexual se inicia no começo da vida e revela sua presença por importantes indícios mesmo na infância (p.46-47).

Para Freud, a sexualidade infantil é perverso-polimorfa, pois ainda “está submetida ao funcionamento das pulsões parciais, estreitamente ligada à diversidade de zonas erógenas, na medida em que se desenvolve antes do estabelecimento das funções genitais” (Laplanche & Pontalis, 1997, p. 342).

É importante compreender que, para a Psicanálise, a sexualidade é uma função corpórea que visa o prazer, e não se relaciona diretamente aos órgãos sexuais, ao sexo

genital e à reprodução. Ela passa pelo campo da representação. Portanto, “o corpo para a Psicanálise é um corpo tecido e marcado pela sexualidade e pela linguagem” (Prizskulnik, 2000, p.5).

Desta forma, o conceito freudiano de sexualidade difere da noção de instinto sexual, o que se confirma com a descoberta da sexualidade infantil. O instinto seria um esquema de comportamento herdado, que pouco varia dentro de uma espécie, e tem um objetivo definido. A sexualidade conforme propõe Freud relaciona-se “a noção de pulsão (trieb) sexual, em que o objeto não é fixo, nem os fins são ‘naturais’ e é característica da sexualidade humana” (Prizskulnik, 2004, p.3).

Assim, Freud constitui o campo da Psicanálise a partir da percepção de que o corpo é marcado pela sexualidade e pela linguagem, ultrapassando em muito a noção de corpo biológico. Essa sexualidade está presente desde a infância, e inaugura o corpo erógeno, justamente aquele que interessa à Psicanálise.

Pode-se dizer, então, que a Psicanálise definiu-se por três vertentes:

(1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica” (Freud, 1923[1922]/1996, p.253).

Essas três formas de tomar a Psicanálise devem ser consideradas pelo analista quando em atuação.

### **3.3. O corpo em Psicanálise**

#### **3.3.1. O corpo para Freud**

A questão do corpo está presente desde o início na prática e na teoria psicanalíticas. A psicanálise tem seu desenvolvimento a partir da investigação e tratamento que Freud propunha às histéricas no intuito de curar seus sintomas inscritos

no corpo. Freud vai se afastando do corpo anatomopatológico e se aproximando de um corpo definido sob conceitos como inconsciente, sexualidade e pulsão. É um corpo que pode ser afetado pela fala.

Como já dito, não foi fácil para Freud separar-se do discurso médico. Antes de delimitar o campo do inconsciente, Freud, formado em medicina e com estudos nas áreas da anatomia e neurologia, procurou entender as origens orgânicas dos males psíquicos. Foi assim em vários de seus textos iniciais, como em *Projeto para uma psicologia científica* (1895) em que busca fundamentar a psicologia em neurônios e suas quantidades, e o aparelho psíquico em processos neurológicos e fisiológicos. Neste texto, a anatomia cerebral passa a ser base de uma ideologia psicológica. Em *A interpretação dos sonhos* (1900), essas idéias são retomadas, e se transformam em modelo para a “máquina” do aparelho psíquico. Desaparece a importância da neurologia, mas fica o modelo de aparelho psíquico que ela propõe, e que agora é tomado como fictício, um artefato para explicar o funcionamento da psique (Cukiert, 2000).

Com o estudo da manifestação histérica, Freud percebe que o órgão ou parte do corpo paralisado que a caracteriza está envolvido em uma associação inconsciente carregada de afeto, e assim que este afeto é eliminado, os movimentos são liberados. Isso o leva a notar que a histeria articula-se no campo da representação e não no campo biológico. O corpo a ser levado em conta é, portanto, o corpo representado e não sua matéria, sua estrutura anatômica. Trata-se de um corpo marcado pela história e pelo relato do sujeito, um corpo carregado de sentido a ser esclarecido para se chegar ao desejo de quem fala (Cukiert, 2000).

Ao trabalhar com as histéricas, Freud percebe que, quando falam, seu corpo é afetado. Pela via do sintoma, a histérica mostra algo de si, em seu corpo. É o sintoma que faz o “diálogo”, e desse discurso surge a idéia da presença de um conflito inconsciente que remete a um desejo de ordem sexual. O corpo da histérica, evidenciado pelo fenômeno da conversão, tende a expressar o psíquico, obedecendo à lei do desejo inconsciente, coerente com a história do sujeito. Surge, assim, o corpo psicanalítico – marcado pelo desejo inconsciente, sexual, e atravessado pela linguagem – que se contrapõe ao corpo biológico – constituído pelos órgãos e sistemas funcionais, o organismo físico. O corpo da psicanálise, que evidencia a sexualidade, traz à tona,

posteriormente, uma lógica dada pelo erotismo e regulada pelo desejo (Lazzarini & Viana, 2006).

Desta maneira, o sintoma passa a ter um sentido e o método para detectá-lo é a linguagem. Quando fala, o paciente faz surgir o desejo oculto no sintoma, o que pode curá-lo. Esse desejo escondido sob a linguagem surge através das associações livres realizadas e expressadas pelo paciente. Essa é a regra fundamental da psicanálise: falar livremente, tudo o que vier à cabeça, sem qualquer censura. A interpretação passa a ser o principal instrumento técnico da psicanálise, possibilitando ao paciente perceber, naquilo que ele mesmo diz, sua verdade (Cukiert, 2000).

Ao tratar da sexualidade infantil e conferir uma etiologia sexual à histeria, Freud dá o passo final no rompimento com o corpo da medicina. A sexualidade passa a ter primazia dentro da teoria e prática psicanalíticas, de forma que a neurose não pode mais ser entendida dentro do saber médico e dos quadros neurológicos. Acrescenta-se a isso a renúncia à teoria da sedução – em que se acreditava que os sintomas eram resultado de traumas reais sofridos na infância - que concretiza a importância da fantasia e da realidade psíquica, com sua lógica própria, desvinculada da lógica da realidade objetiva, na formação do sintoma.

Com a publicação de *A interpretação dos sonhos (1900)*, Freud definitivamente rompe com o fisicalismo, articulando uma teoria do inconsciente psíquico, as leis que o regulam e os efeitos deste novo campo no plano consciente (sonhos, sintomas). Decodificar esses efeitos e seu sentido escondido passa a ser o trabalho da psicanálise, para qual o sujeito encontra-se descentrado, anunciando através de si uma significação que desconhece, mas que diz respeito a ele, pois é produto de seu inconsciente (Cukiert, 2000).

A descoberta freudiana não é a existência do Inconsciente, mas sua formalização como fator determinante do psiquismo de um sujeito. O analista seria aquele que “promoveria a revelação do Inconsciente com o objetivo terapêutico de livrar o sujeito da angústia causada por aquilo que é seu, mas do qual ele nada sabe... o sujeito não é, de todo, senhor do que diz; há um outro que fala nele” (Moretto, 2001, p.24).

Há, em psicanálise, um conceito fundamental que está no limite entre o biológico e o psíquico, permitindo articulação entre eles. É o conceito de pulsão, o representante



psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui de forma continuada, buscando descarga. A pulsão surge como fenômeno orgânico e atinge a mente como fenômeno psíquico. É pela via da pulsão que Freud jamais submete o corpo apenas ao campo da representação: permanece o registro do corpo vivo, orgânico, ainda que não seja este o campo de atuação da psicanálise (Cukiert, 2000).

Além disso, ao considerar a existência de uma sexualidade infantil e de zonas erógenas, Freud reconhece que estão presentes atividades que buscam o prazer e que independem de qualquer função ou necessidade biológica. Ele aponta para uma sexualidade não limitada à genitalidade, que se distribui nas diversas áreas do corpo, e se estabelece sobre funções orgânicas como alimentação e excreção, mas as supera, de forma que aquilo que era físico puramente passa a estar carregado de representação. É uma sexualidade que dará origem às relações dos homens com a beleza, com os princípios morais e diversas outras dimensões da existência humana (Cukiert, 2000).

Outro conceito fundamental na teoria freudiana é o narcisismo, através do qual o corpo começa a ser elevado à condição de si pela sua própria erotização. Segundo Lazzarini e Viana (2006):

inicialmente, as zonas erógenas estão num registro dispersivo no corpo que posteriormente será unificado, constituindo um corpo totalizado. Se o corpo pulsional remete a uma dispersão da pulsão, o corpo narcísico refere-se a uma unidade do corpo realizada pela presença significativa do outro. Esse corpo que tende à unificação, corpo do narcisismo, seria o correlato da constituição do eu. Para Freud, a pulsão é uma força constante e o corpo pulsional é a matéria-prima para a construção do corpo narcísico. (p. 6)

Assim, fica claro que o corpo em psicanálise não pode ser definido somente pelo conceito de organismo, puro somático. Para além da concepção de que o sujeito tem um corpo, poder-se-ia dizer que o sujeito é um corpo, compreensão que vai além, pois, a partir dela, constata-se algo que é uno na subjetividade e na corporeidade, uma articulação singular (Lazzarini & Viana, 2006).

Em Freud (1923/1996), o corpo está unido ao conceito de ego. Para ele, “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 39).

O ego é uma instância psíquica no contexto da segunda tópica, que também abrange como instâncias o id e o superego. O ego pode ser tanto consciente quanto

inconsciente. É um aparelho adaptativo, diferenciado a partir do id, em contato com a realidade externa. Atua de forma voluntária, em contato com o mundo exterior, mas também de forma inconsciente, realizando, por exemplo, operações de defesa contra afetos desagradáveis (Cukiert, 2000).

Freud define o eu como instância corporal e, ainda, a projeção de uma superfície. Para ele, o eu passa a estar relacionado com o espaço, com a imagem e com o corpo. A consequência imediata que a segunda tópica trouxe à concepção psicanalítica de corpo é a emergência de uma outra economia da sexualidade nessa tópica corporal, centrada na unidade (Cukiert, 2000).

Se o ego constitui-se a partir do id, que é pura pulsão e completamente inconsciente, não existe desde o início da vida psíquica e precisa ser constituído. Na ausência de organização do conjunto pulsional, anterior ao ego e às relações de objeto, está o auto-erotismo, o estado original do psiquismo. É o comportamento sexual em que o indivíduo obtém satisfação recorrendo a seu próprio corpo, sem qualquer objeto exterior; neste momento ainda não há uma imagem de corpo unificada. Fala-se, então, em pulsão parcial, que se satisfaz ali mesmo, sem necessitar de objeto externo e sem ter como referência uma imagem de corpo unificada (Cukiert, 2000).

É diferente do que se dá no narcisismo. Nele, é o ego o objeto de sua libido, um ego como imagem unificada do corpo. O narcisismo surge quando uma nova ação psíquica é adicionada às pulsões autoeróticas presentes desde o início da vida. Essa nova ação psíquica pode ser o investimento libidinal dos pais no corpo da criança, que se torna um corpo narcísico, unificado. No narcisismo a criança toma a si própria como objeto de amor, em uma etapa precedente à capacidade de se voltar para objetos externos (Cukiert, 2000).

Desta maneira, segundo Lazzarini e Viana (2006), para Freud o ego é corporal, é a projeção no psiquismo de uma superfície concreta, e deriva de sensações corporais. Ele pode ser considerado uma projeção da superfície do corpo na mente, ou do organismo no psiquismo. A partir disto, pode-se dizer que o ego, enquanto unidade psíquica, constitui-se ao mesmo tempo em que a imagem corporal, a imagem mental que o indivíduo adquire de si mesmo. O narcisismo é o investimento amoroso nesta imagem de si próprio.

Outro elemento importante para se entender o conceito de ego é a identificação. Ela é o processo pelo qual um indivíduo assimila um aspecto de outro indivíduo e se transforma segundo o modelo deste último. Em Freud, é a operação pela qual o indivíduo humano se constitui. Portanto, o ego se forma a partir das identificações ao outro, seu modelo (Cukiert, 2000).

Desta forma, Freud se vale de sua experiência na clínica para escutar e aprender com seus pacientes. Constrói uma teoria e um método de trabalho que mostram como se pode intervir no corpo, modificando-o, através da palavra.

### **3.3.2. O corpo para Lacan**

Jaques Lacan, pós freudiano e estudioso deste autor, procura avançar em sua teoria, demonstrando a importância da imagem do corpo na construção da subjetividade.

A referência ao corpo em sua obra é bastante ampla, pois, ainda que não haja uma sistematização a respeito desta questão, ele nunca deixou de mencioná-la em suas formulações. (Cukiert, 2000).

Ao longo de sua obra, Lacan desenvolve o Imaginário, Simbólico e Real, conceitos que, durante sua teorização, adquirem novas perspectivas e precisões, mas que sempre são pensados como inseparáveis e formando uma estrutura. A questão do corpo também pode ser pensada nos termos destes três registros (Cukiert, 2000).

Do ponto de vista do Imaginário, pensa-se no corpo como imagem e “na forma como a imagem do corpo próprio a partir do outro marca a constituição subjetiva e a imagem assumida pelo sujeito” (p.110). Do ponto de vista do Simbólico, o corpo é marcado pelo significante, surgindo a relação fala-linguagem-corpo. Do ponto de vista do Real, o corpo seria sinônimo de gozo, distinto da noção de prazer e definindo as relações com a satisfação no uso de um objeto desejado (Cukiert, 2000).

Para formular o surgimento do eu (ou ego), Lacan retoma conceitos da obra de Freud, tais como ego, identificação e narcisismo. A elaboração do registro do Imaginário

e do Estádio do Espelho permitem estabelecer uma relação entre o eu e o corpo na constituição do sujeito.

Em sua comunicação de 1936, ele desenvolve o conceito de Estádio do Espelho, reformulado no texto *O Estádio do Espelho como formador do eu*, de 1949. Aí é colocada “idéia de que o eu se constrói primeiramente a partir do outro, em especial a partir da imagem que lhe é devolvida pelo semelhante,... marca o desconhecimento e a alienação como constitutivos do eu” (Cukiert, 2000, p. 104).

Lacan (1949/1998) define o Estádio do Espelho como o momento em que o

bebê que, diante do espelho, ainda sem ter o controle da marcha ou sequer da postura ereta, mas totalmente estreitado por algum suporte humano ou artificial, supera, numa azáfama jubilatória, os entraves desse apoio, para sustentar sua postura numa posição mais ou menos inclinada e resgatar, para fixá-lo, um aspecto instantâneo da imagem (p.97).

Isto significa que o bebê, ainda extremamente dependente de sua mãe e sem condições neurológicas para coordenar seus movimentos e, portanto, dominar seu esquema corporal, pode reconhecer-se no espelho. Este momento pode ocorrer a partir da idade de seis meses, quando, diante do espelho e demonstrando júbilo, a criança mostra ao outro que reconhece sua imagem.

E continua Lacan (1949/1998),

Basta compreender o estádio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem... a assunção jubilatória de sua imagem especular... parecer-nos-á pois manifestar a matriz simbólica em que o eu se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (p.97).

Assim, como colocam Roudinesco e Plon (1998) “A criança antecipa o domínio sobre sua unidade corporal através de uma identificação com a imagem do semelhante e da percepção de sua própria imagem num espelho” (p. 194).

Lacan coloca que a apreensão imaginária da unidade corporal, ou seja, a tomada de consciência do corpo como totalidade, antecede a maturação fisiológica e motora do sujeito. Desta forma, há um domínio do corpo pela sua imagem, prematuro em relação

ao domínio real, o que viria a demonstrar que existe um corpo que não pode ser reduzido ao orgânico. (Cukiert, 2000).

Além disso, o Estádio do Espelho especifica o momento original no qual, a partir da imagem corporal, a criança estabelece uma diferença entre seu corpo e o mundo exterior. Assim, a imagem corporal tem um efeito formador, pois permite um primeiro reconhecimento da criança de sua totalidade no espelho, por meio de uma identificação primordial com a imagem, o que permite constituir um corpo unificado e uma subjetividade (Cukiert, 2000).

Coloca Lacan (1949/1998),

Pois a forma total do corpo pelo qual o sujeito antecipa numa miragem a maturação de sua potência só lhe é dada como Gestalt, isto é, numa exterioridade em que decerto essa forma é mais constituinte do que constituída (p.98)

No momento do estágio do espelho a criança ainda está alienada no outro, especialmente a mãe, que nomeia e interpreta tudo o que ocorre com ela. É por isso que ao reconhecer-se no espelho a criança olha para o outro, esperando que este confirme que aquilo que ela vê é realmente ela. Ela necessita do olhar do outro, e, portanto, está alienada em seu olhar. Nesta busca de um outro que confirme sua imagem, funda-se o eu ideal. Há uma identificação com esta imagem e com o outro, que a confirma. Ao identificar-se com o outro, pode também identificar-se com as situações sociais e culturais na qual se insere. Portanto, o Estádio do Espelho permite à criança inaugurar a dialética de sua relação com a cultura (Cukiert, 2000).

A imagem vista no espelho funciona como uma forma ortopédica da totalidade corporal, ainda inexistente. Este corpo fragmentado aparece posteriormente em produções inconscientes, como sonhos, em que membros aparecem desconectados do restante do corpo.

Afirma Lacan (1949/1998)

A função do estágio do espelho revela-se para nós... como um caso particular da função da imago que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade... esse desenvolvimento é vivido como uma dialética temporal que projeta decisivamente na história a formação do indivíduo: o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica (p.100).

O Estádio do Espelho marca, portanto, o desconhecimento e a alienação como constitutivos do eu. O espelho passa a ser acima de tudo o olhar do outro, e o Estádio do Espelho constitui-se como fundamental para a constituição do eu.

Desta maneira, o Estádio do Espelho demonstra a formação de um primeiro esboço da imagem corporal unificada, ainda que imaginária (alienada no outro). Este momento é essencial para a constituição do eu, formado, portanto, através de identificações com um outro que o nomeia. É o começo da constituição de uma subjetividade. A imagem corporal surge na relação especular com o outro, já que desde sempre a imagem do corpo é emprestada de outro, que antecipa ao ser aquilo que ele virá a ser, um ser humano, com postura e características humanas, mergulhado na cultura dos humanos que o cercam.

Assim, “nos reconhecemos como corpo na medida em que os outros, indispensáveis para reconhecer o nosso desejo, têm também um corpo, ou, mais exatamente, que o temos como eles” (Lacan, 1986/1954, p. 173).

A formação da imagem corporal só é possível com o investimento do outro através de seu olhar. Se este olhar desaparece, resta uma imagem de corpo despedaçada. É por isso que a imagem corporal e a alienação no outro, são estruturantes, ou seja, permitem que se estruture, futuramente, um sujeito. A perda dessa posição idealizada sustentada pelo olhar dos pais traz grande angústia para o sujeito. Entretanto esse processo acaba por implicar o rompimento com a alienação narcísica e a possibilidade de sua inscrição na alteridade, passando a estar apto a reconhecer a existência de outros ideais além daqueles regidos pelo seu narcisismo (Lazzarini & Viana, 2006).

Assim, a saída para essa alienação é a entrada no registro Simbólico, com o advento do sujeito do desejo, onde antes havia apenas o desejo da mãe. Isso não significa que antes o simbólico estava ausente, pois apesar da criança ainda não ter acesso à fala, já nasce em um lugar marcado simbolicamente, é falada pelos outros, pois o simbólico está presente nas expectativas dos pais e do social (Cukiert, 2000).

Como colocam Cukiert e Prizskulnik (2002) “as articulações lacanianas possibilitam situar que o corpo, em sua vertente simbólica, é o corpo marcado pelo

significante, no qual o inconsciente também se escreve e pode ser decifrado” (p.5). É o corpo falante, marcado pelo Simbólico, pela linguagem, corpo que é sexual e todo gozo.

Do âmbito do gozo trata o registro do Real, colocado por Roudinesco e Plon (1998) como uma “realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar” (p. 645).

O Real trata do desejo inconsciente, das fantasias a ele ligadas, e de um resto inacessível a qualquer pensamento subjetivo. Fink (1998, citado por Cukiert & Prizskulnik, 2002) coloca que o Real é mais bem compreendido como aquilo que ainda não foi simbolizado ou até resiste a isso, o impossível à simbolização.

O conceito de gozo, por sua vez, é definido por Nasio (1993, citado por Cukiert & Prizskulnik, 2002) como “o impulso de energia do inconsciente, quando ela é gerada pelos orifícios erógenos do corpo, quando ela se exprime, seja diretamente pela ação, seja indiretamente pela fala e pela fantasia” (p.6). Desta forma, o gozo e a questão do corpo estão intimamente ligados.

Assim, com Freud, Lacan demonstra que o olhar psicanalítico sobre o corpo é absolutamente distinto do olhar da Medicina. A Psicanálise aborda a questão do corpo através da fala e da linguagem. Quando o analista intervém sobre o inconsciente e sobre a história do sujeito, obtém efeitos no corpo, que, portanto, é afetado pela fala (Cukiert & Prizskulnik, 2002).

Da mesma forma, Lazzarini e Viana (2006) colocam que

o corpo para a psicanálise não é uma experiência primária do sujeito. Na verdade, ele só tem acesso a este corpo mediante uma série de ações que são mediatizadas sempre pelo simbólico. Supomos então, que na ausência desta operação imaginária que é regida pela ordem simbólica o corpo torna-se, para o sujeito, uma exterioridade estranha, desconhecida, sendo sua apreensão, como corpo próprio, impossível de se realizar (2006, p.8).

Portanto, a Psicanálise, quando convocada, mostra que o corpo não se restringe ao biológico, reafirmando o campo do inconsciente e do desejo, e trazendo, inclusive, contribuições ao campo da Medicina, no momento em que ela se depara com seus limites na abordagem do ser humano (Cukiert & Prizskulnik, 2002).

## **4. O trabalho no Hospital Geral**

Em um hospital existem diferentes campos de trabalho, cada um sustentado por uma ética, visando a um objetivo próprio. A Medicina, com seus diversos representantes que estão para além da figura do médico, e a Psicanálise, representada pelo analista, atuam de formas diversas, e são justamente essas diferenças que permitem a atuação desses dois campos.

### **4.1. Os diferentes campos de trabalho em um hospital**

A Instituição é um local privilegiado para se entrar em contato com a subjetividade de uma época, pois ali aparecem os sujeitos e suas demandas que reproduzem o mal estar de uma civilização (Esqué, 2003).

Dentro de um hospital, um grande exemplo de Instituição, tem-se um predomínio da medicina científica, em que um sintoma precisa estar associado a um substrato orgânico e ter uma etiologia definida. (Prizskulnik, 2000).

Quando chega ao hospital, é o médico, representante do discurso científico, que o paciente vem buscar, e isso não poderia ser diferente, afinal ele procura uma resposta, algo que solucione seu problema, e é esse o lugar que o discurso da medicina ocupa. O médico precisa apagar a subjetividade do paciente para poder atuar, pois seu enfoque é o organismo. Ele possui um saber sobre o funcionamento do corpo, em seus vários aspectos, e sobre a doença, conhecimento obtido ao longo de sua formação médica, que se baseia em toda uma gama de pesquisas científicas (Prizskulnik, 2000). Assim, atualmente, há para o paciente um discurso absolutamente referido ao saber médico, que é o de que, se há uma doença, ela deve ser curada. O problema está no fato de que esse discurso oferece respostas prontas às quais os sujeitos aderem, restando pouco espaço à possibilidade de se estabelecer outras significações, próprias à subjetividade. Pela via do discurso médico, único considerado válido pelo saber que lhe é atribuído, desconsidera-se o discurso do



doente sobre sua doença, já que este poderia estar contaminado pela angústia, o que poderia impedir que raciocinasse corretamente.

O saber médico precisa se valer cada vez mais de conhecimentos exteriores ao campo clínico, tais como as pesquisas de laboratório e o aparato tecnológico atual, constituído de exames variados que buscam objetificar e quantificar os processos clínicos de diagnóstico e tratamento (Prizskulnik, 2000).

A medicina toma o corpo como objeto da ciência a ser estudado e compreendido em termos de suas funções mais ou menos complexas. A psicanálise, por sua vez, toma o corpo como tecido e marcado pela sexualidade e pela linguagem. (Prizskulnik, 2000).

Pode-se afirmar que seria quase impossível para o médico lidar com tudo aquilo que o paciente tem a dizer sobre si e ainda tratar daquele organismo. Para poder atuar, muitas vezes, ele precisa esquecer que ali há um corpo atravessado pela linguagem, que possui uma história de vida própria, concentrando-se apenas no substrato orgânico. Portanto, para a medicina atuar, nos moldes do discurso científico, a subjetividade precisa estar excluída.

Entretanto, é justamente isto que deve estar “de fora” que interessa à psicanálise. Como coloca Moretto (2001), “a consequência desta dessubjetivação nos interessa, na medida em que a Psicanálise se propõe a restituir ao sujeito o seu lugar, aquele que a Ciência escamoteia” (p.64).

A psicanálise trabalha com a palavra, com o corpo atravessado pela linguagem, que o toma e o transforma, e faz dele algo muito além de um organismo, algo marcado pela fala, pela cultura, pelo inconsciente.

O analista entre em cena para resgatar o paciente enquanto sujeito desejante, pois ele não deixa de sê-lo, ainda que necessite de cuidados de outros. “Seu corpo não é hospedeiro de uma doença, ele é um sujeito doente, e isso tem consequências para seu psiquismo” (Moretto, 2001, p.107).

Desta forma, a psicanálise serve à ordem médica na medida em que promove, por seus próprios caminhos, resultados que, para os médicos, são interessantes. Ao possibilitar que o paciente fale, surge a possibilidade de, pela fala, diminuir seu grau de angústia. A equipe não está interessada em saber que recursos tem o psicanalista para trabalhar: o que

ela espera é o resultado do trabalho, e que estes resultados venham, de preferência, com rapidez (Moretto, 2001).

O que é um problema para o analista é que esse resultado positivo para o médico, ainda que necessário para garantir o seu lugar na instituição, não pode ser seu objetivo principal, mas sim uma consequência de sua intervenção. A ética do analista lhe permite um único desejo: o de que a análise ocorra, ou seja, que o paciente fale, e fale o que lhe vier à cabeça. Portanto, não pode desejar a cura ou os resultados, já que o preço disso seria o fracasso do atendimento (Moretto, 2001).

É preciso que se tenha claro que a política da psicanálise é a do sintoma, que busca desconstruir as identificações e os ideais de normalidade, tratando do real do gozo, ou seja, da ordem do inconsciente, daquilo que não pode ser dito completamente, mas teima em aparecer, causando sofrimento. E é com esta política que ela entra na Instituição, e pode transformá-la (Moretto, 2006).

Desta maneira, a psicanálise oferece um lugar central para a subjetividade, portanto para aquilo que é único:

Neste campo, o sujeito é desejante, inscrito na ordem da linguagem e na ordem simbólica. Lugar de conflitos psíquicos, ele apresenta um equilíbrio instável e jamais adquirido, pois está estruturalmente dividido... os sintomas são soluções de compromisso e podem ser pensados como modos de adaptação do sujeito ao seu meio, ou seja, tentativas de encontrar um equilíbrio possível... Neste caso, a noção de adaptação pode ser pensada como a busca de algum equilíbrio, sempre singular, porque é relativo à interação entre um sujeito em particular e um meio sempre contextual, e não por referência a uma noção totalizante de normalidade suposta e independente das singularidades (Winograd et al., 2008, p. 147-148).

Entretanto, nas Instituições de saúde, muitas vezes, o que se vê é o tratamento do gozo pela via do discurso do mestre (Esqué, 2003). O discurso do Mestre ou do Senhor é aquele que pretende “usar a linguagem para exercer um domínio através do poder do conhecimento e das leis positivas..., o discurso comandado por um significante mestre apresentado ao outro como O Saber que satisfaria o desejo” (Nogueira, 1999, p.1).

No campo das questões emocionais, pela via da ciência positiva e deste discurso, pode-se dizer que há um crescente chamado pelo vasto campo das psicoterapias, que buscam oferecer um meio de adaptação ou normatização, segundo as condições de determinados ideais sociais (Esqué, 2003). Assim, o psicoterapeuta saberia o que é

melhor para o sujeito, e buscaria formas de que ele alcançasse este “melhor” dado *a priori*.

Pode-se dizer que nos hospitais as psicoterapias são mais facilmente recebidas, pois desenvolvem um trabalho mais próximo ao que propõe o discurso da ciência positiva, buscando, muitas vezes, uma adaptação e aceitação àquela condição em que se encontra o paciente: espera-se que o paciente aceite que possui uma doença em seu corpo e que deve tratá-la segundo propõe a equipe de saúde, pois isso seria o melhor para ele, que poderia se recuperar com mais êxito, tendo maior qualidade de vida.

Como coloca Mezan (1996), o termo terapia significa cuidado e “consiste num benefício prestado por um especialista, que resulta em benefício ou melhoria para quem o recebe... Este benefício é portanto uma mudança, e uma mudança para melhor” (p.2).

Vale dizer que aqui se concebe as psicoterapias englobando algumas chamadas de psicodinâmicas, de inspiração psicanalítica, as cognitivas, as comportamentais, e muitas outras. É um entendimento possível, que aborda o sujeito de uma maneira diferente daquela que faz a psicanálise, pois o escuta de lugares diferentes.

Mezan (1996) aponta que no início do século XX, a psicoterapia era “um método de trabalho pertencente à medicina, que procurava curar as doenças ditas nervosas por meios psíquicos e não por meios físicos” (p.1). Para as doenças nervosas, chamadas de neuroses, ou seja, aquelas que não tinham causas físicas, que não advinham de distúrbios orgânicos, Freud “recomendava o tratamento psíquico, isto é, por meio de uma conversa terapêutica – a psicoterapia” (p.2). Entretanto, com o passar do tempo, a psicanálise foi se diferenciando enquanto método. Nela, não se recomenda, por exemplo, a sugestão, pois ela não resolve as questões psíquicas e não permite o acesso a conteúdos inconscientes. Além disso, a psicanálise tem uma forma própria de ver a questão da cura, uma vez que “o objetivo desta não é eliminar os sintomas, mas modificar em profundidade toda a estrutura psíquica cujo funcionamento origina e mantém aqueles sintomas” (p.3).

Assim, ao longo do tempo, as psicoterapias foram se diferenciando da psicanálise. Isto teve início, por um lado, com as dissidências dentro do movimento analítico, que levaram à criação de novas referências teóricas e metodológicas, que se diferenciavam em pontos cruciais do método analítico. Por outro lado, havia o trabalho

daqueles que não tiveram contato com a psicanálise, um grupo bastante heterogêneo, com sua história específica e fundação teórica própria, mas que convergem na recusa de ao menos um dos pressupostos psicanalíticos (Mezan, 1996).

Desta forma, concordando com Mezan (1996), consideram-se psicoterapias aqueles procedimentos que não empregam todos os quatro elementos fundamentais da Psicanálise: o inconsciente, a interpretação, a resistência e a transferência.

Este trabalho não busca tratar das psicoterapias ou criticá-las, pois muitas vezes possibilitam excelentes trabalhos nas instituições hospitalares, trazendo alívio para o sofrimento dos pacientes e oferecendo cuidado e apoio emocional para que possam suportar o tratamento e levá-lo até o fim. Estas abordagens, muitas vezes, ocupam-se de aspectos mais ligados às demandas manifestas, ou buscam fortalecer o paciente para enfrentar mais adequadamente o momento do adoecimento. Como coloca Mezan (1996), “cada método terapêutico repousa sobre uma concepção articulada e complexa do que é a alma humana, concepção que necessariamente privilegia certos aspectos dela e exclui outros”. É importante que o profissional tenha claro seu referencial e possa atender o paciente dentro daquilo que este referencial propõe, sustentando sua própria ética, e garantindo atendimento adequado dentro do método que se dispôs a aplicar.

De todo modo, é importante perceber que, muitas vezes, as Instituições fazem-se valer da regulamentação, da generalização e da normatização, que aparecem nos programas, protocolos e testes que avaliam e oferecem a conduta dita adequada a ser seguida. Aí a clínica aparece estandarizada, levando os profissionais a seguirem roteiros de atendimento que desconsideram a subjetividade (Esqué, 2003).

A psicanálise, por sua vez, aparece na contrapartida, interessando-se pelo que há de singular em cada um. Ela não propõe soluções *a priori* para as questões subjetivas, mas caminhos inéditos que o próprio sujeito terá de trilhar na tentativa de dizer aquilo que é impossível de ser dito.

E se há ali um sujeito, haverá uma subjetividade teimando em aparecer. Ela surge, por exemplo, na forma de questionamentos sobre as condutas médicas, de sintomas que a medicina não compreende, de revoltas do corpo e da mente, e dizem de um sujeito que precisa falar e não encontra escuta. E é aí que o analista encontra material de trabalho, e mais, é isto que permite que ele faça parte de uma equipe de saúde: se há

algo ali que a medicina não compreende porque é da ordem do subjetivo, é necessário que se chame alguém que dê conta disto, que lhe é estranho. E, afinal, é este estranho que interessa à psicanálise. Portanto, é justamente porque a medicina exclui a subjetividade que o psicanalista entra no hospital, pois, se aquela estivesse incluída, não haveria trabalho a ser realizado.

Entretanto, é importante lembrar que não é o analista que é chamado ao hospital, mas o psicólogo, entendido aqui como representante das ciências da mente, o profissional graduado em Psicologia. Assim, o que muitas vezes ocorre é que o discurso da medicina vai buscar na Psicologia a compreensão para aquilo que é estranho a ele. Solicita uma explicação para o que está acontecendo com o paciente, uma avaliação e conclusão a respeito dele. Desta forma, haveria o desejo de construir um conhecimento do funcionamento mental de indivíduos que se encontram nesta ou naquela condição, além da melhor conduta a ser seguida, para que o paciente se adapte a tal condição, o que permitiria prever os comportamentos e estimulá-los ou evitá-los. Haveria, então, uma tranquilização do discurso médico que imaginaria ter podido mensurar, compreender e tratar da subjetividade humana.

A clínica psicanalítica pressupõe uma suposição de saber do paciente em relação ao analista. Em uma Instituição esta operação aparece diferenciada, já que seus próprios significantes circulam, modificando a transferência inicial. No caso da saúde mental e também do hospital geral, depositam-se os significantes ligados a ideais de saúde e padrões sociais vigentes. Cabe ao analista, desta maneira, subverter, sair do lugar que a Instituição lhe oferece, não respondendo a essas demandas. (Esqué, 2003).

Se o analista não responde a tais demandas, surge o discurso analítico, em que o sujeito se depara com o real de seus desejos e pode falar. O analista encarna o vazio do objeto deixando-o afastado do paciente que, por perder o objeto, pode falar, e falar qualquer coisa, não mais aquilo que se espera que ele diga. Assim, é aquele que fala que produz conhecimento sobre si mesmo, através da direção dada à entrevista pelo analista. Portanto, não há conhecimento preestabelecido, mas é o próprio paciente que poderá construí-lo. Aqui está exatamente o avesso do discurso do mestre, representado, muitas vezes, pela Medicina.

O analista deve situar-se mais além da demanda social para que o sujeito possa encontrar o que há de único em seu próprio inconsciente. E o que sustenta este lugar é o desejo do analista, que contraria a identificação e rege-se pela ética do bem-dizer, ou seja, o analista deve desejar apenas que o sujeito fale, que associe livremente, e deve abandonar qualquer julgamento a respeito daquilo que é bom ou ruim para aquele a quem escuta, pois cada sujeito deve construir sua própria história e responsabilizar-se por suas escolhas.

O psicanalista na Instituição deve estar disponível aos encontros breves, mas significativos. Busca, apesar da escassez de tempo, mudanças na relação com o Outro e novos usos para o sintoma. Trata-se, aí, não do tempo objetivo, estandarizado, mas de tomá-lo como medida subjetiva que não pode ser estabelecida de antemão. (Esqué, 2003).

Ao pensar nesta temporalidade subjetiva, pode-se trazer a questão do tempo lógico, o tempo do inconsciente, aquele que diz respeito à emergência significativa advinda do inconsciente (Winograd et al., 2008).

Segundo Castro (2008), a modulação do tempo lógico inclui o sujeito em três momentos: o instante de olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir. No instante de olhar trata da percepção como possibilidade de escotomizar a realidade, ou seja, o eu vê apenas aquilo que lhe convém. O tempo de compreender caracteriza-se pelo encontro com o exterior, com o Outro. O momento de concluir trata da decisão de um julgamento que faz surgir uma nova ordem para o sujeito. Este tempo é marcado por um corte ou ato que cria um antes e um depois, engajando o sujeito (Castro, 2008).

Com relação ao trabalho em hospital, existem outras temporalidades em jogo além da temporalidade inconsciente, tais como a temporalidade da doença, do tratamento e dos encontros com os profissionais. O manejo do analista busca preservar a temporalidade do inconsciente relativamente às outras temporalidades, para que o trabalho analítico possa ocorrer (Winograd et al., 2008).

Assim, é essencial que o analista sustente-se em sua posição, mantenha sua ética e se utilize de seus conhecimentos teóricos e do manejo que a técnica analítica permite. Entretanto, vale lembrar que no hospital, na maioria das vezes, o que se tem é a demanda do paciente, que pode diferir da demanda de um analisando.

O paciente busca conforto, fazer desaparecer aquilo que o incomoda, mas, ao falar disso, pode não realizar uma retificação subjetiva, uma mudança de posicionamento frente a seu sintoma. Entretanto, sabe-se que diante do adoecimento, e em especial da perda de uma parte do corpo, coloca-se em questão a identidade subjetiva, seus aspectos narcísicos, as modificações das relações do paciente consigo mesmo e com o mundo, o que pode gerar um intenso sofrimento psíquico, de forma que uma escuta neste momento, ainda que não permita uma retificação subjetiva, torna-se extremamente necessária.

Como coloca Rodrigues (2000), o discurso psicanalítico inserido no hospital mostra seus efeitos, que são especialmente funcionais. Ele coloca para funcionar aquilo que se torna fixado, paralisado, tensionado pela predominância ou monopólio de outros discursos, aumentando ainda mais o sofrimento que a própria vida já porta. O discurso da psicanálise se insere em sua forma discreta, quase imperceptível, pois se trata do discurso da falta, que não ocupa espaço, mas abre espaço para a circulação dos demais discursos, relativizando-os de forma dialética.

Assim, a psicanálise entra nas Instituições, e mais especificamente no hospital geral, para promover o retorno da subjetividade e possibilitar ao sujeito que fale daquilo que o aflige, fala esta que é singular e só pode aparecer dentro do contexto de vida daquele que fala. Como coloca Moretto, “se há uma incompatibilidade nos discursos médico e analítico, nos métodos e nas referências, há uma compatibilidade nos efeitos, e isso garante ao analista um lugar na instituição de saúde” (p.106).

A psicanálise deve se opor ao pedido de normatização que a Instituição muitas vezes propõe, buscando aquilo que é único, e muitas vezes, estranho, mas que teima em aparecer.

Ao mesmo tempo em que devem manter sua especificidade, não é possível ao psicanalista ignorar a existência do campo médico e a influência do discurso médico na cultura humana. Ignorar a importância da medicina é o mesmo que ignorar todo o contexto cultural em que estão inseridos os sujeitos que estes analistas escutam em sua prática, o que não seria adequado (Silvestre, 2008).

## **4.2. Bases de sustentação da posição de analista em uma equipe**

Neste tempo em que a psicanálise entrou nos hospitais, a questão da formação do analista tornou-se crucial.

Houve um tempo em que ser psicanalista confundia-se com a imagem silenciosa, impessoal e formal de alguém que se colocava acima dos outros que o rodeavam. Por não se saber exatamente o que era ser um psicanalista, de que lugar ele opera, que natureza de desejo o mobiliza em seus atos, os psicanalistas sustentavam-se na imagem que incluía o próprio setting, com seus divãs e gestos estereotipados. Entretanto, a transmissão da psicanálise, como lhe é própria, se revela em um momento posterior. Um dos efeitos dessa transmissão foi a mudança da imagem do psicanalista cedendo lugar à falta, que se insinua através da busca permanente de formalização em torno da questão: o que é ser um psicanalista? (Rodrigues, 2000).

A exigência de formalização teórica da prática psicanalítica e de compartilhá-la instituiu-se como uma questão ética, de forma que ser psicanalista tornou-se um desejo, uma função, uma posição, um discurso. Desta forma, a pessoa do analista liberta-se dos efeitos estereotipados decorrentes da confusão anterior entre o ser do analista e o lugar de analista. Não dependendo mais do setting original para se autorizar analista, ele se livra também das formas que restringiam os efeitos da psicanálise a um campo limitado da clínica particular (Rodrigues, 2000).

Quando passa a compor uma equipe multidisciplinar, o analista precisa ter clareza sobre sua atuação, sobre o que ela pode oferecer, seus limites e possibilidades. É preciso que ele sustente sua ética diante desta equipe e dos usuários deste serviço o que só é possível a partir de sua formação enquanto tal.

Os analistas atuais enfrentam uma série de dificuldades frente à multiplicidade dos discursos que os confrontam e mobilizam reflexão. Essas dificuldades podem levar sua prática clínica a se diluir. Elas dizem respeito, por exemplo, à questão dos fundamentos que sustentam sua prática, para que o analista possa sustentar-se diante de discursos reinantes, tais como as neurociências, a psiquiatria ou as terapias cognitivas. Outra questão que necessita reflexão trata dos sistemas de saúde atuais que questionam a



eficácia terapêutica que a psicanálise teria a oferecer. Há também o questionamento sobre a subjetividade contemporânea e em que medida a psicanálise estaria apta a atender às demandas das novas patologias e até que ponto pode-se considerá-las como tais. Estas indagações devem estar presentes na formação do analista de hoje, pois permeiam sua prática nos dias atuais (Tanis, 2006).

Em contraposição a uma postura defensiva ou de confronto diante das questões acima, faz-se necessário a interlocução com os diferentes campos do saber a partir da clareza da especificidade do trabalho do analista, de forma a resgatar a importância de sua contribuição. É preciso um reconhecimento dos limites e potenciais da psicanálise diante do quadro contemporâneo. A formação do analista pode se constituir como espaço de instrumentalização diante dos novos desafios que terá de enfrentar (Tanis, 2006).

Desde a criação dos Institutos de formação em Psicanálise no início do século passado até os dias atuais, impera o modelo do tripé: análise pessoal, supervisão e formação teórica.

Santoro (2007) afirma que, para Lacan, existe uma estrutura interna da formação do analista, cuja base é a análise pessoal relacionada ao ensino teórico e à supervisão.

Prizskulnik (2009) coloca que é possível o trabalho do analista em equipes multidisciplinares das instituições de saúde públicas e privadas, mas aí aparece a importância da formação do psicanalista, que enquanto tal pode manter a especificidade e ética da psicanálise, que estão desarticulados dos ideais e do bem-estar.

A autora coloca que:

Lacan não rompeu com o tripé clássico da formação do psicanalista: análise pessoal, o estudo teórico, a supervisão. A novidade lacaniana foi introduzir questionamentos, até bastante radicais, nos diferentes aspectos desse tripé clássico. Mas, sabemos que a análise pessoal é decisiva para que o profissional-analista consiga trabalhar e fazer trabalhar o paciente que procura ajuda, sem ter o desejo de curar, o desejo de normalizar, o desejo de educar ou de reeducar. Uma análise, nesses casos, levada até o final não pode deixar lugar a ilusões imaginárias (Prizskulnik, 2009, p.4).

Steffen (2005), citada por Prizskulnik (2009), coloca que ao final da análise, o desejo torna-se puro desejo, ou seja, pura falta. O sujeito atravessou as montagens que o protegiam da visão do real, do nada. “Agora ele deseja o desejo, o nada que move a vida. Esse tipo de desejo é o chamado desejo do analista. Assim aparelhado, o sujeito passa a

estabelecer relações com o outro marcadas por essa nova posição” (p.4). Nessa nova posição, o outro não é seu objeto, de forma que seu desejo faz o outro desejar e, desta forma, também descobrir que não existe objeto para o desejo. Portanto, “todo ato analítico é um ato desta natureza e conduz o sujeito para esta verdade. Este ato só pode ser praticado por um analista, ou seja, por alguém habitado por essa estrutura desejante que o identifica ao nada” (p.4).

Pode-se dizer, então, que a formação do psicanalista demanda uma especificidade, de forma que a própria análise torna-se condição necessária, pois permite a ressignificação da própria subjetividade e reconhecimento da eficácia do inconsciente (Tanis, 2006).

Apenas uma análise produz um analista. Se ele fez sua própria análise, sabe que não é do lugar de pessoa que se dirige o tratamento do paciente. Suas inclinações pessoais, seus preconceitos, pouco devem importar na direção da cura do paciente, pois apenas este último é o sujeito da análise (Moretto, 2001).

Prizskulnik (2009) coloca que não existe “o psicanalista”, pois isto se trata de um lugar ocupado em uma escuta, com uma ética própria, e deste lugar é possível resvalar. Daí a conclusão de que a formação do analista não termina nunca, é contínua. Para a autora, o psicanalista que levou sua análise até o final terá mais condições de trabalhar em instituições, pois não trará consigo verdades absolutas, o que permite que possa dialogar com profissionais de outras áreas. Ao mesmo tempo, esse analista poderá manter a singularidade de sua atuação, marcando seu lugar na instituição.

Entretanto, para Tanis (2006), se a análise é condição primordial, é também insuficiente para a formação. A supervisão ocupa um lugar de extrema importância na formação do analista, pois se refere a sua escuta clínica. Ela surge como o terceiro em relação à análise que o analista em formação conduz. O autor diz que “não se trata de aprender na supervisão uma técnica, mas de desenvolver a condição de escuta do analista” (p.4).

A supervisão está sempre apontando para um dos outros dois aspectos, análise ou ensino, para aquele aspecto que está falhando, servindo de ponte entre a teoria e a análise (Santoro, 2007).

O estudo das teorias é o terceiro elemento do tripé. É importante que o analista conheça os principais modelos teóricos e esteja instrumentalizado por eles, de forma a dialogar com mais clareza com seus pares. Entretanto, para além do conhecimento dos textos psicanalíticos, espera-se que o analista possa experimentar a “emergência da função teorizante do analista, permitindo, deste modo, uma reflexão sobre o estatuto peculiar da teoria em psicanálise” (Tanis, 2006, p.4) Assim, o analista em formação iria para além do reconhecimento do já conhecido, questionando o singular encontro com o inconsciente que a experiência analítica proporciona. Surgiriam, então, analistas capazes de criar suas próprias teorias a partir daquilo que estudam, sem negligenciar as fundamentais contribuições dos grandes modelos (Tanis, 2006).

Desta forma, a formação do analista é algo a ser refeito continuamente, portanto é pontual e inacabada. “O analista, no que ele ensina, faz uma outra travessia da teoria... Para Lacan, a clínica tem a ver com o real que escapole o tempo todo e a teoria é a tentativa de simbolização desse real.” (Santoro, 2007, p.1)

Sabe-se que cada vez mais os analistas estão presentes nas instituições de saúde pública, ambulatorios, hospitais, e cada vez menos exercendo apenas o modelo-padrão nos consultórios. Diante disto, é importante reconhecer a psicanálise como

um método de conhecimento e transformação a partir da análise da transferência, incluir na formação do analista o estudo e a pesquisa sobre outras modalidades psicanalíticas de intervenção na saúde pública pode sem dúvida ampliar o espectro da clínica e o papel da psicanálise na comunidade (Tanis, 2006, p.5).

Assim, espera-se que, a partir de sua formação, o analista esteja apto a manter-se enquanto tal em uma equipe multidisciplinar em uma instituição de saúde. O analista deve buscar suas bases de sustentação em sua formação continuada, para que possa atuar a partir da ética da psicanálise, dialogando com seus parceiros dentro da equipe, e trazendo as contribuições que a clínica psicanalítica tem a oferecer.

## **5. O corpo na contemporaneidade**

Os pacientes que sofrem amputação e a equipe que o atende estão mergulhados em uma cultura em que o corpo é tomado de uma maneira muito peculiar, o que não pode ser desconsiderado. Neste capítulo, são tecidas algumas considerações sobre o corpo na contemporaneidade, pensando que o corpo do amputado vai na contramão desta visão, aparecendo como dissonante, o que é gerador de sofrimento.

Para além disso, o corpo do amputado aparece como exemplo do corpo com características híbridas, pois pode se tornar um misto funcional de homem e máquina, de sujeito e objeto.

### **5.1. O culto ao corpo na contemporaneidade**

O corpo na contemporaneidade adquire contornos muito próprios, marcado pela cultura vigente e pelos ideais estéticos que esta carrega.

Passa a ter outro valor na sociedade democrática e tecnológica em que vivemos. Surge a recusa a submissão ao destino, fazendo com que o indivíduo tome posse de seu corpo, lutando ou pagando para se tornar belo (Marques, 2006).

Este corpo, que Fontes (2006) chamou de corpo canônico, é aquele fruto de um conjunto de práticas e artifícios que buscam alterar as configurações anatômicas e estéticas das formas físicas. É o corpo apresentado pelos meios de comunicação como o desejado, com a musculatura definida por intensos exercícios físicos, dietas restritivas e submetido a procedimentos invasivos, como a cirurgia plástica. Assim, conforme coloca Fontes (2006), a corporeidade canônica caracteriza-se pela adoção voluntária de uma série de procedimentos que buscam reconfigurar o corpo biológico, transformando seus aspectos estéticos, até atingir as formas socialmente desejáveis: de forma simples e geral, homens musculosos e mulheres de seios volumosos e curvas definidas.

Atualmente, vive-se a falência dos meios tradicionais de produção de identidade, o que faz com que o corpo seja apropriado como meio de expressão do eu. Em uma

sociedade de consumo, o próprio corpo torna-se objeto de consumo e bases para todo um estilo de vida (Goldenberg & Ramos, 2002, citados por Marques, 2006).

Segundo Fontes (2006), ao longo do século XX, o corpo passa por três estatutos culturais básicos: o corpo representado, descrito pelo olhar do outro, da igreja, do estado, pouco passível de se transformar em agente de sua história. O corpo representante, surgido com as manifestações políticas e culturais da contracultura, marcado pela revolução sexual e luta pela pacificação mundial, caracteriza-se por um corpo ativo, autônomo em suas práticas e possuidor de poder revolucionário, sendo porta-voz do discurso de uma geração. Seu auge ocorreu na década de 60. E, por último, o corpo apresentador de si, que se mostra como efêmero, marcado pela forma e não pelo conteúdo, reconstruído a base de substâncias químicas e intervenções cirúrgicas que buscam apagar as marcas do tempo; é um corpo espetáculo. Seu surgimento é fruto das transformações culturais da década de 80, quando o desencanto político dos anos 70 somados à prevalência da Guerra Fria produziram uma geração apática, desesperançosa de um mundo livre e pacífico. Como alternativa, os indivíduos voltam-se pra si mesmos, fortalecendo o individualismo, o culto da própria imagem, do próprio corpo, que passa a ser visto como reduto de apego, fidelidade e adoração. Surge o imperativo da realização pessoal, em que a própria saúde, agora sinônimo de boa forma física, impõe-se como o único projeto mundial. Se os mitos e promessas esgotaram-se, o homem volta-se ao essencial, a si próprio, e passa a buscar a eterna juventude, a cura e a beleza. Assim, vão se consolidando as características do mundo atual, marcado pela velocidade das informações, pelas descobertas científicas sobre o corpo e seu funcionamento, com o desenvolvimento de novas técnicas de intervenção cirúrgicas, que permitem que o tempo para a transformação dos corpos seja cada vez menor. As mesas cirúrgicas adquirem o estatuto de cenários mágicos em que se entra com um corpo e se sai com outro inteiramente esculpido e moldado aos padrões de beleza vigentes. É o corpo canônico da contemporaneidade.

Este corpo é, essencialmente, “uma tentativa ininterrupta de negação dos efeitos do tempo e da depreciação causada por ele” (Fontes, 2006, p.126). Tem suas origens no corpo medicalizado, higienizado, agente de sua própria saúde e beleza, que busca no espetáculo midiático sua identidade. Embora haja uma diferença entre os discursos da

mídia, que visa ao belo, e o da medicina, que busca o saudável, ambos possuem o mesmo propósito: “convencer o indivíduo a retirar o corpo do domínio da natureza e submetê-lo a artifícios técnicos visando a melhorá-lo, potencializá-lo a canonizá-lo como tal” (Fontes, 2006, p.128).

É de se esperar, portanto, que todo corpo que não se ajusta a estas condições seja classificado como corpo dissonante, não válido quando comparado à lógica da boa forma física. Ele tende a despertar reações de estranhamento e, até mesmo, repulsa, pois na cultura contemporânea, o que não é desejável quase sempre é assustador. Isto que é estranho e assustador, e que aparece de diversas formas, como a obesidade, a velhice e a deficiência física, tende a aparecer na mídia na forma de espetáculo, por aquilo que carrega de grotesco.

No mundo real, esse corpo dissonante, mutilado, por exemplo, gera um mal-estar, e é visto com rejeição pelo outro, pois representa “a negação ameaçadora do desejo de sedução e aceitação” (Fontes, 2006, p.130). A autora ainda ressalta:

...para os indivíduos cujos corpos são tidos como normais já é complexo identificar-se com a corporeidade canônica, para as pessoas cujos corpos são potencialmente dissonantes dos padrões físicos e estéticos vigentes a cultura produzida pelos meios de comunicação de massa acabaria por funcionar como um elemento acentuador de angústia. Uma angústia identitária causada, em tese, pelo sentimento de não pertencimento e assemelhamento físico às referências corporais tidas como socialmente desejáveis (p. 119).

Para escapar de qualquer associação com o corpo dissonante, recorre-se cada vez mais aos sofisticados processos de reconstrução do corpo, de forma que aqueles que não se ajustam ao padrão esperado são conduzidos à posição de rejeitados. Tem-se, assim, de um lado, os corpos idealizados, e de outro, os indesejáveis, ambos sob o olhar atento da medicina e da mídia. Em uma sociedade de consumo como a atual, os corpos dissonantes adquirem o lugar de uma monstruosidade estética, da qual o indivíduo, consumidor, buscará fugir, pagando para tal (Fontes, 2006).

Vale ressaltar que o discurso da mídia, ainda que tenha compromissos com a realidade, trata em maior escala da fantasia. Ela apela para a sedução e conquista do outro, através da beleza. Já a medicina, no imaginário ocidental, é tratada como sinônimo de verdade absoluta, fruto de pesquisas científicas irrefutáveis. Entretanto, é importante considerá-la também como um mito, fruto das condições sociais, políticas e culturais

desta geração. A medicina busca um possibilitar o surgimento e manutenção de um corpo saudável, a partir da negação da morte e da doença (Fontes, 2006).

Os dois discursos, que muitas vezes se complementam, conduzem o corpo imperfeito ao lugar da exclusão, ocupando o estatuto de monstros corporais (Fontes, 2006). Esse é o lugar do corpo do amputado: um corpo monstro, gerador de angústia no sujeito, excluído perante o outro, que, por sua vez, ao mesmo tempo que o repudia, também se fascina com o grotesco que esse corpo carrega.

À luz da psicanálise, ainda a partir do exposto, pode-se pensar no corpo, ao contrário da concepção de propriedade privada de cada um, como objeto social, o corpo próprio como corpo do Outro, pertencente ao universo simbólico que habitamos, formatado pela linguagem, e que depende do lugar social que lhe é atribuído para se constituir. Não se trata do corpo orgânico, mas daquele que só produz sentido ou valor quando incluído na comunidade dos homens (Kehl, 2003). Assinala a autora:

O dualismo corpo/alma que se estabeleceu no ocidente cristão não impede que o sujeito identifique a imagem do corpo com o contorno narcísico do Eu. O reconhecimento da imagem do espelho é a matriz de nossa identidade imaginária, para a qual, como o nome próprio, fornece o traço simbólico mais estável. Ao mesmo tempo, a ciência moderna nos ensina a pensar o corpo como coisa, propriedade e encargo do Eu, a quem cabe o zelo e os cuidados capazes de garantir o melhor rendimento, a máxima durabilidade e o maior desfrute possível dos recursos desta máquina que a um só tempo é a sede da mente e da vida (p.243).

Este corpo não existe fora da linguagem, e é ela quem determina sua aparência e expressividade. Assim, pode-se dizer que os corpos modificam-se por efeito do que se diz sobre eles, produzindo, inclusive um novo lugar social (Kehl, 2003).

O sujeito moderno, cercado do saber científico e das técnicas que este cria para proporcionar saúde e bem-estar corporal, adiando indefinidamente a morte, está, ao mesmo tempo, cada vez mais distante de escutar as demandas de seu corpo pulsional. Acostumado a adiar o prazer e a satisfação, encontra dificuldades para desfrutar de sua sexualidade, do repouso e das sensações despertadas pelo encontro com a natureza. Assim, ao viver negando a morte e buscando apagar as marcas do tempo, criam-se corpos sem história, e esse sujeito corre o risco de morrer como se nunca tivesse vivido (Kehl, 2003).

## 5.2 O corpo híbrido da contemporaneidade

A era industrial marca o pensamento moderno e cria mistos de objetos e sujeitos. Desta forma, tem-se um paradoxo, pois, se por um lado busca o tempo todo separar a natureza da cultura, acaba por negar essa separação, criando estes mistos, que podemos chamar de híbridos (Marques, 2006, citando Latour, 2005).

Marques (2006), citando o autor Bruno Latour (2005), refere que o corpo da atualidade é híbrido, concebido com a artificialidade que as ciências possibilitam. Assim, torna-se possível pensar em um corpo que é, ao mesmo tempo, natureza, técnicas, ciência, economias pulsionais e inconscientes. Portanto,

Um corpo que se remaneja incansavelmente a partir tanto do acosso pulsional, quanto dos efeitos inerentes à vida. A vida que inclui os encontros, as perdas, a castração, a criação. O remanejamento erótico pode ser pensado de forma ampliada, reconhecendo todos os embates que redesenham a existência no mundo, a partir de novas formas de experimentar o corpo (Marques, 2006, p.93).

A autora continua dizendo que é possível dar ao uso das máquinas um estatuto positivo e criativo. Desta forma, a hibridez na relação do deficiente visual com sua bengala, que passa a ser uma extensão de seu esquema corporal, utilizando-a para conhecer o espaço a sua volta e se relacionar com ele, locomovendo-se, por exemplo. Em última análise, poder-se-ia dizer que o cego enxerga com a ponta de sua bengala (Marques, 2006).

Marques (2006) busca fazer uma aproximação entre a idéia dos híbridos e o que se tem diante de um homem que se utiliza de uma prótese de forma adaptada, considerando que o advento desta tecnologia produz “subjetividades e possibilidades de produção desejante” (Marques, 2006, p.82).

O corpo híbrido pode estar presente imaginariamente, quando já inclui este misto homem /máquina, ainda que na realidade ele ainda não apareça. É o caso das idéias de membros mecânicos que substituam de fato um membro perdido, tendo a mesma função, os mesmos movimentos e, inclusive, as mesmas sensações. Com o avanço da tecnologia não é difícil encontrar quem acredite que seja possível repor, através de um protótipo,



uma parte do corpo amputada; isto já pertence ao imaginário, e pode ser visto em filmes futuristas, por exemplo.

O corpo carrega as marcas da expressão pulsional, das representações, e se remaneja constantemente a partir delas. As perdas, que fazem parte da vida de qualquer ser humano, exigem modificações constantes no circuito pulsional e no esquema narcísico. Quando pensado como híbrido, o corpo pulsional ganha um sentido ampliado, incluindo as expressões culturais, tecnológicas, políticas e estéticas (Marques, 2006).

O próprio Lacan (1953/2004) destaca o surgimento de uma espécie de homem cuja característica é sua estreita ligação com as máquinas, efeito da era industrial: o *Homo Psychologicus*. Afirma ele:

Ficamos com a impressão de que sua relação com esta máquina é tão íntima, que é quase como se os dois fossem realmente unidos – seus defeitos e enguiços mecânicos frequentemente fazem paralelo com seus sintomas neuróticos (Lacan, 1953, p.317).

Ao mesmo tempo, Lacan, conforme apontado por Marques (2006), resiste a uma mudança tão radical, apontando “o uso da máquina pelo homem como uma tentativa de restituição fálica e de ‘protetização’ egóica” (p.36).

Sobre isso, Lacan (1953/2004) coloca: “A significação emocional para ele [o homem] vem do fato de que ela [a máquina] exterioriza a capa protetora do seu Eu, assim como o fracasso de sua virilidade” (p.317).

Para o autor, essa relação entre o homem e a máquina será regulada tanto por meios psicológicos quanto psicotécnicos, e esta interação tornar-se-á cada vez mais necessária em nossa sociedade (Lacan, 1953/2004).

No caso de um indivíduo que se utilize de uma prótese, por um lado tem-se que não parece possível que seu uso tenha sucesso quando se apóia em uma fantasia de restauração do membro perdido. Mas, por outro lado, não se pode negar que a visão de um ser humano usando de forma adaptada uma prótese traz a impressão de uma continuidade (Marques, 2006).

O corpo deste pacientes, quando adquire a característica de hibridez, torna-se, de fato, um misto. Assim é que um paciente ao sentir coçar os dedos do pé que havia sido amputado, e que, portanto, não mais estava lá, coçava a ponta do pé da prótese, na altura

do que seriam os dedos. Desta maneira, sentia aliviar a coceira. Ele estava, de fato, coçando seu pé, em uma manifestação deste corpo híbrido.

Assim, o corpo deve se remanejar para lidar com o impacto das pulsões, e por isso pode ser concebido como em movimento, em rede, híbrido. Isso o corpo do amputado mostra muito claramente.

## **6. A deficiência**

Deficiência é um conceito bastante amplo que trata das restrições sociais impostas às pessoas que possuem variedades nas habilidades corporais (CIF, 2003, citado por Santos, 2008). Segundo o Censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui 24 milhões de pessoas com alguma deficiência, ou seja, 14,5% da população (BRASIL, 2000, citado por Santos, 2008).

A deficiência é uma questão complexa abordada por diversos campos teóricos. Neste capítulo, ela será tratada em suas abordagens social e biomédica, e como pode ser compreendida através da psicanálise.

### **6.1. O modelo social da deficiência**

Os estudos na área da deficiência tem se desenvolvido a partir de uma posição de compromisso e ativismo político que buscam promover maior integração e valorização no tratamento dos direitos humanos, civis e sociais para esta parcela específica da população (Santos, 2008).

Segundo Diniz (2007) e Figueira (2008) citados em Santos (2008), em 1981, foi reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) a responsabilidade dos governos por garantir direitos iguais às pessoas com deficiência, o que trouxe esse tema para a esfera dos direitos humanos.

No Brasil, a proteção social das pessoas com deficiência passou a integrar a Constituição Federal de 1988. Foram criados dispositivos legais nas áreas da Educação, Trabalho, Assistência Social e Acessibilidade Física, de forma a garantir a inclusão social das pessoas com deficiência. Em um momento anterior, as políticas de proteção e cuidado a essas pessoas situavam-se na esfera do assistencialismo e cuidados familiares, na melhor das hipóteses, pois muitos ficavam relegados à situação de abandono e enclausuramento (Santos, 2008).

Os estudos na área da deficiência compreendem dois pontos de vista. O primeiro deles considera a “deficiência como uma manifestação da diversidade humana que demanda adequação social para ampliar a sensibilidade dos ambientes às diversidades corporais” (Santos, 2008, p.503). Trata-se, portanto, de uma desvantagem social e um processo de opressão pelo corpo, áreas de estudo das ciências sociais, que buscam, entre outras ações, adequação nos ambientes sociais, que devem tornar-se inclusivos (Santos, 2008).

A segunda perspectiva toma a deficiência como uma restrição corporal que pode ser tratada visando à melhoria do bem-estar das pessoas, através dos avanços nas áreas da medicina, reabilitação e genética. Esta visão refere-se a uma desvantagem natural, que necessita de intervenção médica (Santos, 2008). É o modelo biomédico, aquele que se verifica como reinante no contexto hospitalar.

As diferenças corporais, tratadas ou não como deficiência, são expressões da diversidade humana. Os corpos marcados por diferenças fazem parte das narrativas através das quais as pessoas com corpos sem diferenças marcantes fazem sentido de si mesmas, classificando-se como normais (Santos, 2008). Assim, o reconhecimento de si como normal surgiria por oposição, a partir da percepção de um outro marcado pela diferença.

Essa diferença observada no corpo foi, ao longo do tempo, entendida de formas variadas. Durante um longo período, o corpo diferente e marcado foi compreendido na esfera do místico, do extraordinário e do religioso. Dizia respeito à ira divina, e poderia ser curado pelo milagre (Santos, 2008).

Com a entrada do discurso biomédico, o corpo diferente passou a ser representado por condições clínicas como a patologia e as enfermidades, de forma que o corpo passou a ser diagnosticado e classificado em normal ou deficiente. Trata-se do modelo médico da deficiência, que tem na intervenção cirúrgica e na reabilitação suas formas de docilizar o corpo diferente. Desta forma, a deficiência passou a ser uma experiência privada e individual, compreendida no âmbito da lesão corporal e das restrições que dela resultam (Santos, 2008). Assim, este modelo reconhece no corpo e na lesão a causa primeira da desigualdade experimentada pelas pessoas deficientes.

A partir da segunda metade do século XX, ativistas e estudiosos da área da deficiência passaram a questionar a soberania do discurso biomédico frente à deficiência, propondo como alternativa narrativa para essa questão as ciências sociais. Surgia o modelo social da deficiência, que colocava que a desigualdade criada pela deficiência não se referia à lesão corporal e suas conseqüentes restrições, mas dizia respeito às barreiras físicas, econômicas, políticas e sociais para a vida do deficiente (Barnes ET AL., 2002 em Santos, 2008). Assim, não haveria uma relação de causalidade entre lesão e deficiência, pois a lesão passa a ser vista como uma característica corporal, tanto quanto a cor da pele, e a deficiência seria o resultado da discriminação sofrida pela pessoa diante de uma sociedade pouco preparada para lidar com a diversidade. Desta forma, seria possível uma pessoa ter lesão sem experimentar deficiência, dependendo da forma que a sociedade trata a diferença entre os indivíduos (Diniz, 2005, citado por Santos, 2008).

Esse modelo desloca para a organização da sociedade a necessidade de enfrentar a deficiência como uma questão pública, não restrita à esfera individual e de cuidados familiares (Santos, 2008). Ampliando essa perspectiva, pode-se pensar que a deficiência também não deve estar restrita aos cuidados médicos, devendo também ser abordada por profissionais de diversas áreas como a Psicologia, Psicanálise, Assistência Social, Educação, Política, Jurídica, etc.

Desta forma, o modelo social defende que a opressão às pessoas deficientes ocorre pela “incompatibilidade entre o corpo com lesão e as exigências do capitalismo, quando nos seus mais diferentes ambientes sociais não existe adaptação às diversidades corporais” (Santos, 2008, p.8).

Isso não significa que não se deve reconhecer a importância dos avanços biomédicos para o tratamento ou bem-estar corporal dos deficientes, mas desloca a questão para além, considerando toda a questão social em que ele está inserido. Mais um ponto a ser considerado neste contexto é a forte crítica ao amplo processo de medicalização a que o deficiente, muitas vezes, é submetido (Diniz, 2005, citado por Santos, 2008).

## 6.2. A deficiência sob a ótica da Psicanálise

Segundo Fedida (1984), o encontro com a deficiência, especialmente aquela que atinge a aparência física, movimenta as bases de nossa existência. O autor coloca que a imagem do deficiente funciona como um espelho perturbador, que nos devolve a experiência pessoal primitiva de corpo fragmentado. Ele coloca:

E a percepção da deficiência do outro supõe de nossa parte a experiência interior de nossos limites, o conhecimento operatório do que eu chamaria de nossa própria deficiência, ainda mais se somos à imagem de nossa própria integridade. O conhecimento interno de nossa própria experiência fragmentária é certamente a condição de nossa percepção exata da deficiência do outro (Fedida, 1984, p.143).

O corpo é da ordem do Real, do gozo, conceitos apresentados no capítulo 3.3.2. A linguagem se instala a partir desta condição, emergindo o Simbólico. Portanto, é do Real que emerge o Simbólico. O Real diz respeito ao impensável, ao que não pode ser representado, ao impossível, e constitui-se a partir das primeiras inscrições para as quais não existem palavras: são as marcas no corpo não simbolizadas. Essas marcas originam-se na língua materna e inauguram o sujeito do inconsciente. Constituem-se por sons, pela voz, um odor, um olhar, uma sensação, significantes que o bebê, imerso em um mundo de linguagem, não sabe o significado. Assim, as experiências de corpo fragmentado, impotência motora e dependência frente ao desamparo ficam nos humanos como marcas não simbolizadas (Andrade e Soléra, 2006).

Sabe-se que o encontro com o Real produz angústia de castração, e nesse sentido podemos concluir que a imagem da deficiência perturba. No encontro com o deficiente emerge isso que é da ordem do Real, essas marcas de nossa impotência que ficaram excluídas da imagem pela qual o sujeito se reconhece, aquilo que negamos em nós mesmos e que é inconsciente, mas que nos é lembrado pelo corpo debilitado do deficiente (Andrade e Soléra, 2006).

Ao postular o narcisismo primário da criança como derivado de um campo intersubjetivo, Freud, em 1914, reconhece na atitude dos pais para com seus filhos a revivência de seu próprio narcisismo. Desta forma, os pais atribuem ao filho todas as perfeições e ocultam as deficiências, fazendo o possível para que a criança não

experimente desprazer ou frustração, e tratando-a como o centro de tudo. Essa ilusão narcisista, que ela representa para seus pais, fundará seu narcisismo primário (Andrade e Soléra, 2006).

A criança vive um processo de constituição do eu, numa relação fusional com a mãe. Há um esboço de eu, indícios de um início de distinção entre eu e não- eu, entre sujeito e objeto. Entretanto, nesta relação dual mãe- bebê, este último ocupa uma posição muito particular. Procura, através do que capta do olhar materno, identificar-se com o que supõe ser o objeto de seu desejo. O bebê fica alienado nessa relação. Alienado no desejo da mãe. E essa alienação corre o risco de ser total se nada vier interromper isso que é, inicialmente, sensação de completude entre a criança e a mãe. É preciso introduzir o que possibilita a saída do campo estritamente imaginário, no qual a imagem do bebê encontra-se refletida no outro. É com a entrada do terceiro, da função paterna, que advém a possibilidade da ruptura da célula narcísica mãe-bebê. Assim, com a entrada do pai, representante da lei, o que era um esboço de dois, pode, finalmente, vir a ser dois, pois se produz uma interdição a esta relação. É posta em evidência uma descontinuidade, um corte: o amor da mãe não é contínuo, não o tempo todo, nem é exclusivo. A castração se faz presente, rompendo a ilusão da criança de se achar uma potência (Andrade e Soléra, 2006).

Mas é a mãe (ou representante da função materna) que faz do pai (ou representante da função paterna) aquele que sanciona a existência de uma lei, algo que enuncia uma proibição, tanto em relação à criança, que não será o objeto de completude da mãe, quanto em relação à mãe, que não poderá tomar esta criança como continuidade dela, reintegrando-a como produto seu. O pai aparece mediado no discurso da mãe, pois é para ele que ela volta seu olhar, fazendo a criança entender que há algo para além dela, e este algo é que seria, na interpretação da criança, o possuidor do falo, aquilo que completaria a mãe. Desta forma, o pai ocupa uma posição em que a mãe faz dele aquele que sanciona, por sua presença, a existência como tal do lugar da lei.

Muitas mães, junto ao filho deficiente, mantêm uma relação dual, sem a intervenção da imagem paterna que faz o corte a essa relação. Essas mães não voltam seu olhar para um terceiro, mantendo seus filhos aderidos a seu olhar, ocupando uma posição de objeto. O mesmo pode acontecer com qualquer pessoa que se relaciona com o

deficiente, inclusive com a equipe de saúde que o atende. Quem ocupa esse lugar, retira do deficiente a possibilidade de se colocar frente ao outro como um sujeito desejante, deixando-o aderido a uma posição de objeto do desejo (Andrade e Soléra, 2006). Isto pode impedi-lo de fazer suas próprias escolhas, de enfrentar suas dificuldades, de colocar-se como ser ativo e transformador de sua própria existência.

As autoras acima citadas fazem referência à questão da inclusão social do deficiente nas escolas, dizendo que muitas vezes, frente ao deficiente, o profissional se angustia, não sabe o que fazer, surgindo um mal estar que representa um obstáculo à inclusão, em uma relação fracassada de antemão. Para elas, o educador deve estar preparado para responder de um outro lugar, o da falta, o que só é possível se puder trilhar um longo caminho de desenvolvimento pessoal, saindo do lugar de onipotência frente ao outro.

Podemos pensar da mesma forma com relação aos profissionais que prestam atendimento a pessoas com deficiência. Esses profissionais devem estar preparados para responder de um lugar de falta, de não completude, um lugar que não ofereça um saber ou uma resposta prontos *a priori* a respeito do outro, mas que abra a possibilidade da construção, por este outro, de um saber sobre a deficiência e suas vicissitudes. Se for impossível a estes profissionais ocupar este lugar, pois não possuem formação profissional ou percurso pessoal, ou ainda necessitam ocupar um lugar de saber para poderem atuar, que haja ao menos um profissional na equipe de atendimento que possa fazê-lo. E isto terá implicações para a pessoa com deficiência e para a equipe que a atende.

É nesse sentido que Andrade (1994) citado por Andrade e Soléra (2006), refere que no tratamento dos distúrbios psicomotores, muitas vezes presentes nas deficiências, o profissional deve ter cuidado em suas intervenções, pois nelas não cabe uma postura parcial ou reeducativa. A deficiência, além de seu aspecto estrutural do sujeito, deve ser tomada com o valor de um sintoma, no sentido que ele tem para a psicanálise. Assim, é importante que na equipe haja ao menos um (geralmente o analista) que escute o paciente tomando essa questão como algo a ser construída pelo paciente, ou seja, não deve haver um saber *a priori* a respeito da deficiência, mas deixar que o sujeito construa esse saber a partir de sua subjetividade.



Além disso, é importante ressaltar o que coloca Fédida (1984), que resalta que todas as formas de assistencialismo, compaixão ou piedade que surgem no cuidado com o deficiente, podem tratar-se de defesas contra o que sentimos como pulsões destruidoras despertadas pela imagem da deficiência.

Assim, para Andrade e Soléra (2006), a imagem do deficiente justamente nos revela algo que não corresponderá à imagem do eu ideal, da perfeição narcísica com a qual nos identificamos ao nos constituir como sujeitos. Dizem:

Reconhecer o que há de estranho em nós mesmos, o que nos faz ser diferentes dos outros, a nossa singularidade, expressa em nosso desejo e gozo, constitui um primeiro passo para podermos nos relacionar melhor com as diferenças em nosso semelhante e, por conseguinte, com o deficiente (p.7).

## **7. Considerações sobre amputação e reabilitação**

Neste momento, torna-se importante discutir as questões práticas da clínica com os pacientes amputados em reabilitação com prótese.

A partir dos conceitos apresentados, pensa-se ter demarcado os lugares discursivos dentro da equipe de saúde e as diferentes formas de apreensão do corpo, considerando a Medicina e a Psicanálise. Neste momento, serão expostas algumas considerações sobre amputação e reabilitação, esta última pensada a partir das possibilidades que uma prótese mecânica pode oferecer, já que se trata de uma equipe de atendimento a pacientes com amputação em tratamento e reabilitação, e que, portanto, tem de lidar com estas questões com base no lugar que ocupam na Instituição e concepções sobre o corpo.

Também serão discutidas as possibilidades e dificuldades do trabalho em equipe no atendimento a esses pacientes.

### **7.1. Os pacientes com amputação e em reabilitação com prótese**

A amputação é uma cirurgia realizada como último procedimento no tratamento de uma condição médica, pois, quando realizada, é condição permanente. Por isso mesmo, muitas vezes carrega o estigma de derrota, tanto para o médico que a realiza, quanto para o paciente que a sofre.

Como já dito, a causa da amputação é variada, mas está principalmente ligada a doenças vasculares e diabetes, tumores, ou acidentes, especialmente de trânsito e de trabalho. Os pacientes encontram-se em faixas etárias muito variadas, que vão desde a infância até a velhice.

Dentro do hospital a que se está referindo, havia a possibilidade de escuta do paciente em processo de amputação. Como colocado, se a cirurgia era eletiva, era possível já iniciar, ainda na internação pré-amputação, uma escuta ao paciente, o que se

seguia até a alta e encaminhamento para a reabilitação. Entretanto, estes pacientes eram minoria, sendo a maior parte oriunda de emergências e de outros serviços de saúde. Nestes casos, se não houve escuta, pode haver um não-dito a respeito da amputação, algo que não pode ser verbalizado e que, por isto, gera mais angústia. Os pacientes, às vezes inconscientes, acordam da cirurgia com uma mutilação, tendo de lidar com a notícia e todo o impacto que ela carrega. É um momento bastante traumático, carregado de sentimentos que muitas vezes não encontram palavras para se exprimir, surgindo um excesso que aparece como uma forte angústia, ou até mesmo como uma ausência de sensações, barradas por fortes mecanismos de defesa.

Mas as coisas não são óbvias. Não se pode dizer que os pacientes que “se preparam” para a amputação sair-se-ão melhor diante dela. Não há preparação possível para o horror da perda de um membro. Mas há uma aposta de que, ao falar, o paciente terá mais chances de lidar com este acontecimento de forma menos dolorosa, daí a importância de oferecer-lhe escuta. Desta forma, pode-se dizer que o atendimento precoce ao paciente tende a promover uma elaboração psíquica dos efeitos da amputação e suas conseqüências para o sujeito, pois permite a expressão da experiência subjetiva deste momento, que passa a fazer parte de toda a vida fantasmática do sujeito.

Ainda diante disto, vale lembrar que é a equipe que solicita o atendimento que maneje as questões psíquicas do paciente que vai realizar a amputação. E o que ela espera? Espera, na maior parte das vezes, que o paciente aceite este procedimento da melhor forma, colaborando com o pós-operatório e demonstrando o menor sofrimento possível. Assim, não é em torno da possibilidade de falar do sofrimento e ser escutado que o pedido da equipe chega, mas em torno de uma ação para que o paciente aceite a amputação. A este pedido, a analista não responde, entendendo que o tempo do paciente de compreender o que se passa com ele é outro, e que nos atendimentos, trata-se de deixá-lo falar de si e de possibilitar que esta fala possa provocar mudanças.

O surgimento repentino de uma doença grave caracteriza-se como uma ruptura no psiquismo daquele que a sofre, convocando o sujeito e seu aparato psíquico a se posicionar (Moretto, 2006). Diante da ameaça de morte, o sujeito precisa optar pela perda de um ou mais membros, ou seja, pela perda de parte de si. Se o ego é, antes de

tudo, corporal, como nos diz Freud em *O Ego e o Id* (1923/1996), é de se esperar que este momento traga diversas implicações à vida psíquica do paciente.

Coutinho e Moura (2004) referem que a amputação, como toda experiência de perda, promove no sujeito profundas transformações, tanto físicas quanto psíquicas. Assim, é um momento de crise, em que os limites de sua existência e suas possibilidades de ação são confrontados, e em que algum grau de mudança passa a ser inevitável. Esta situação pode despertar uma séria de sentimentos e reações, muitas vezes contraditórios. Cabe, então, ao sujeito buscar formas de lidar com as dificuldades e o sofrimento que experimenta.

A vivência deste período será pautada por aspectos de sua subjetividade, tais como sua história, a forma de lidar com perdas, a história de sua doença, e sua relação com o Outro (a cultura, a linguagem), que pode encontrar representantes, dentro do hospital, no outro (tomado como semelhante), neste caso, a equipe.

Assim, de maneira geral, a amputação é vivida como um momento de desorganização, tanto em relação à concretude, à marcha, à funcionalidade perdida, quanto aos valores individuais e sociais. Há um forte estranhamento do corpo, que passa a ser percebido como incompleto, mutilado.

Esta percepção está tanto do lado daquele que sofreu a amputação, quanto do outro que o observa. Para este paciente, o olhar do outro é muito pesado, invasivo. Mais de uma vez, deparei-me com pacientes que temiam a alta hospitalar, referindo sentir-se entre iguais no hospital, enquanto lá fora era o diferente, o estranho. Muitos deles faziam referência a olhares incessantes nas ruas, nos ônibus, curiosidades dos vizinhos quanto ao pedaço que faltava e a tal “perna mecânica”. De fato, como já colocado, este corpo dissonante gera curiosidade e horror, e é com este olhar que a pessoa amputada tem de lidar.

A vivência da amputação também será pautada pela história do sujeito e de sua doença. É comum que pacientes que sofreram amputação por tumor ósseo sintam-se menos angustiados com a amputação, pois ela é a possibilidade de cura, de vida, de fim da dor. Já pacientes que amputaram em consequência de um acidente brusco sentem sua vida interrompida repentinamente, o que pode gerar intensa desorganização psíquica. Ao mesmo tempo, pacientes que buscam em sua história de vida um sentido para a

amputação e se implicam no tratamento parecem menos angustiados do que aqueles que se mostram passivos e alienados.

Pode-se pensar que o sujeito que sofre uma amputação passa por uma vivência de luto que abrange diversas áreas de sua vida. Precisa lidar com a perda do corpo saudável, de parte deste corpo, da funcionalidade anterior, de sua rotina, de determinados papéis sociais, etc. Diante disso, como nos propõe Freud (1917/1996), pode identificar-se com o objeto perdido, sentindo que está tão morto quanto ele, surgindo a melancolia, ou buscar formas de desligar-se dele recuperando seu estatuto de sujeito e a possibilidade de construção de sua vida e de novas definições de si.

Diante disto, Marques (2006) coloca:

Os destinos desse evento que desarticula o circuito pulsional dependerão da capacidade de redesenhar uma existência no mundo, refazendo o circuito erógeno bem como as imagens relacionadas com os ideais, além de produzir rupturas criativas no modo de experimentar o corpo. Isto através do reconhecimento da realidade da perda e do trabalho de luto necessário para que se possa reinvestir no mundo (p.87).

Diante da questão da morte, para a qual não há palavra que dê conta, surgem os rituais humanos, que buscam dar continência a este momento. Cada cultura possui sua forma de se despedir de seu morto e dar um destino ao corpo sem vida. Na cultura ocidental, o mais comum é o velório e o enterro do morto. Por algumas vezes surgiu esta questão para o paciente: que destino era dado ao membro amputado? Ele poderia enterrá-lo em local de sua escolha? Parecia haver uma necessidade de se despedir daquela parte morta, conferindo certa dignidade a ela, o que era uma forma de tentar lidar com esta questão da morte, tão presente. Disse um paciente: “gostaria de enterrar minha perna, e poder ‘visitá-la’ quando quiser, para me lembrar dela. Acho que ele não pode ser jogada fora, não se joga um morto fora, ela precisa descansar em paz”. A resposta da Instituição a esses pedidos era de que isto não era possível ou não era autorizado, pois a “peça” passava a ser responsabilidade do hospital. Se o pedaço fosse pequeno (havia referências definidas em termos de peso e tamanho), seria descartado como lixo hospitalar, se fosse maior, seria incinerado. Pude acompanhar o desespero de um paciente ao ouvir que sua perna poderia ser tratada como lixo hospitalar. Sentiu-se agredido por aquelas palavras, pois como poderia algo tão importante para ele virar lixo? É preciso que se tome cuidado

com determinadas palavras, pois existe uma ambiguidade própria à linguagem, de forma que o sentido que uma palavra pode ter para um, por exemplo, para um membro da equipe, pode não corresponder ao sentido que um outro pode dar a ela, como ocorreu com este paciente.

Para poder lidar com estas questões, torna-se importante um reposicionamento subjetivo diante desta nova condição, que é irrevogável e imutável, para que, a partir de seu desejo, o sujeito possa dar continuidade à sua história.

Um caminho para a reabilitação física é o uso de uma prótese. Não é o único: o paciente pode estar reabilitado, inclusive do ponto de vista dos diferentes profissionais, utilizando-se de uma cadeira de rodas, por exemplo. Mas a prótese é o caminho mais desejado pelos membros da equipe de reabilitação por oferecer ao paciente a possibilidade de andar novamente e realizar diversas funções, ou seja, traz ganhos funcionais importantes.

Desta maneira, a protetização é parte importante da reabilitação, mas não corresponde a ela, que engloba muitos outros aspectos. Entretanto, em um hospital, o paciente vem buscar um tratamento para seu mal, e, se o mal é a amputação, a cura é a protetização, ou ao menos é o que tanto ele quanto a equipe esperam.

Marques (2006) coloca que quando a demanda de protetização traz de forma inconsciente a demanda de restauração da perna perdida, ela está fadada ao fracasso.

Sabe-se, a partir de observações clínicas, que cada paciente vivencia este momento a partir de sua própria singularidade, mas isso não torna menos importante a percepção de algo que é constante em suas falas, levando a pensar que algo se repete nesta relação.

Assim é que, inicialmente, a prótese aparece como a recuperação do objeto perdido (o membro, a rotina anterior, etc.), a partir de um desejo inconsciente de substituição daquele membro, e, portanto, a possibilidade de utilizá-la está carregada de fantasias e expectativas, que independem de orientação dos profissionais quanto ao que de fato ela proporciona.

Ao longo do tratamento, que inclui geralmente duas sessões de fisioterapia semanais, a convivência com outros pacientes, muitos deles já utilizando a prótese, e a percepção daquilo que ela pode de fato oferecer, pode fazer com que a prótese passe a

ser a concretização da deficiência, pois, se há prótese, há falta de um membro. Ela passa a sinalizar para aquele que a usa, a falta que denota.

A prótese passa a ser a morte da esperança de recuperar o objeto perdido, e isso pode ser difícil de ser suportado. O uso da prótese torna-se, então, uma questão psíquica, já que em termos físicos ela é perfeitamente capaz de cumprir sua função.

Muitas vezes, o paciente não se dá conta do lugar que a prótese ocupa em seu psiquismo, não entendendo por que se angustia justamente no momento em que deveria estar recuperando a possibilidade de andar, em tudo o que isso significa para ele simbolicamente (andar de fato, andar para frente em sua vida, andar com a cabeça erguida, e toda cadeia de significantes que ele possa construir a partir daí).

Pude acompanhar certa vez uma paciente no momento em que deveria experimentar sua prótese pela primeira vez. Já havia visto inúmeras próteses, pois no mesmo local em que ela fazia fisioterapia para fortalecimento do coto, outros pacientes realizavam o treino de marcha com prótese. Ao olhar sua prótese, pergunta-se em voz baixa, como se falasse para si mesma: “é isto?, mas ela é de ferro!” Ao ser interpelada sobre suas palavras, refere que estava assustada, que não era bem o que esperava, que aquele ferro brilhava muito, todos veriam que não era uma perna. Ela esperava uma perna, preparou-se por meses para receber uma perna, e diante da prótese, choca-se. Neste dia, não experimentou a prótese, colocou-se a chorar e pediu para ir embora. Retornou alguns dias depois ao Setor de Psicologia. Disse que se sentia mal, confusa, que sabia que sua perna não voltaria, que queria tentar usar a prótese, mas que antes precisava “desabafar”. Era uma demanda, e levou a um processo analítico.

Estes pacientes, como tantos outros que passaram pela reabilitação, precisavam desconstruir o imaginário em torno da prótese, para que pudessem atribuir um sentido a ela, algo que fosse próprio, produto de sua subjetividade. E isto demanda um tempo, que não é cronológico, mas lógico, conforme apontado em capítulo anterior.

Um paciente, certa vez, estava novamente hospitalizado, após outras várias internações nos últimos dez anos, para tratar de uma osteomielite crônica (uma grave infecção crônica em um osso). Não havia mais o que fazer por ele, não respondia às medicações, sentia muitas dores, mancava muito, tinha seu pé já deformado pelas várias cirurgias a que havia se submetido na tentativa de tratar do problema. Foi avisado pelo

médico de que teria de amputar a perna na altura média da tíbia (canela). Foi chamado o fisioterapeuta para explicar o processo de reabilitação e apresentar a prótese para o paciente. Este, por sua vez, não aceita a amputação e solicita alta a pedido. É, então, chamada a analista. Esperava-se que ela convencesse o paciente de que era melhor para ele amputar. Ele refere que não poderia perder a perna, que era trabalhador autônomo, consertava fogões indo de casa em casa, carregando suas ferramentas. Trabalhava mesmo com dor, mas não poderia trabalhar sem a perna. Dele dependia toda a sua família. Sustenta que desejava ir embora, demonstrando conhecer os riscos que corria. É colocado que toda escolha tem um preço, e que ele terá de pagar o seu. É convidado para sessões com a analista em ambulatório. É dada a alta, não sem protestos da equipe de reabilitação, que se sente responsável por ele, colocando-o em risco. Importante dizer que, neste caso, diferente de outros, não havia risco a sua vida, pois, caso houvesse, a amputação teria sido realizada. Ele comparece a algumas sessões, em que fala de suas dificuldades, de suas responsabilidades, de quem ele era: aquele de quem os outros dependiam e que, portanto, não podia falhar. Isto foi trabalhado e começou a se questionar sobre quem era, quem poderia ser, a que custo vivia para os outros. Depois desapareceu e não mais veio às sessões. Alguns meses depois, novamente internado, a analista recebe uma solicitação, feita pelo próprio paciente à enfermagem, para que vá vê-lo. Refere que havia decidido amputar a perna, que conversou com os médicos, com sua família, organizou sua vida profissional, contratando um ajudante, pensou, sofreu, e havia tomado uma decisão. Decidiu que amputar, naquele momento, era cuidar dele, que não suportava mais tantas dores e internações. Pediu para ver novamente a prótese, referindo-se a ela como mais um de seus materiais de trabalho a partir daquele momento, aquilo que o manteria de pé, como um pé de fogão. Ele disse algo como: “isto é como um pé de fogão, ele ajuda a ficar de pé, mas não é o fogão, o fogão é todo o resto de onde sai o fogo. Comigo também vai ser assim, eu não sou um pé, o pé me ajuda a ficar de pé, mas eu sou todo o resto, minha cabeça é a mesma”. Conversou com médicos e fisioterapeutas. Amputou. Seis meses depois, saía do hospital já andando com sua prótese. Durante todo este tempo, foi atendido pela analista.

Este caso ilustra a importância do tempo para o paciente, que pode compreender algo sobre si, diante deste acontecimento que é a amputação, e concluir algo sobre ela.



Foi essencial a postura da equipe de não realizar a amputação forçosamente e deixá-lo fazer parte desta decisão. Ele pode construir um sentido para a prótese, incorporando-a em sua vida, como o instrumento que lhe permitiria estar de pé para ser quem era. Este tipo de construção é essencial na apropriação da prótese.

Além disso, o caso demonstra como a escuta do paciente é fundamental. Ao falar, o paciente pode perceber aquilo que se passa com ele, suas expectativas, suas dores, qual posição ocupa diante de si e do mundo. Ao falar da prótese e do que é para ele utilizá-la, dos ganhos e perdas que ela oferece, pode entrar em contato com aquilo que ela é de fato, algo que pode auxiliá-lo funcionalmente, mas que não substitui algo muito próprio de sua existência, uma parte de si, perdida para sempre. A prótese precisa ser revestida simbolicamente, em um trabalho de construção próprio ao paciente.

## **7.2. A clínica com o paciente com amputação**

Para iniciar, parece importante dizer que o atendimento em psicanálise, sendo uma entrevista ou várias sessões, é o mesmo para qualquer grupo de pacientes, no sentido de que a psicanálise trabalha com a subjetividade, que é única para cada um, e não procura criar uma clínica própria a este ou aquele grupo de pacientes, buscando supostas características que todos nestas condições físicas compartilhariam.

É o que pontuam Winograd et al. (2008), que referem que as conseqüências de uma doença, aqui no caso a amputação, embora específicas deste momento, “não caracterizam a formação de estrutura psíquica particular, ou seja, cada paciente utiliza a sua estrutura psíquica na experiência da doença, fazendo uso de sua história e de sua dinâmica específicas” (p.144).

Assim, para o psicanalista não se trata de classificar, buscar as causas, ou descrever uma determinada personalidade pré ou pós amputação, nem de criar uma clínica específica ligada a essa questão, pois isso apagaria a história de cada um. O que se busca é compreender a experiência psíquica que os pacientes amputados atravessam, levando em conta uma relação transferencial que se estabelece no contexto hospitalar, e permitir que o

sujeito, ao falar, reposicione-se em sua vida, diante de suas escolhas conscientes e inconscientes.

O analista deve ocupar muitos lugares no trabalho em hospital: de um lado, realiza um trabalho ao nível consciente, ligado a experiência subjetiva do paciente no ambiente em que vive. De outro lado e ao mesmo tempo, a possibilidade do trabalho com os conflitos inconscientes deve estar aberta a todo o momento, buscando-se a interpretação e a elaboração subseqüentes (Winograd et al., 2008).

Vale ressaltar que isto só é possível quando o analista pode se apoiar firmemente em suas referências teóricas, em sua prática clínica e em sua análise pessoal, conforme discutido no capítulo 4.2.

Desta forma, o atendimento psicanalítico no hospital pode ter diversas funções. Uma delas é permitir que o sujeito saia da experiência subjetiva da doença, ou seja, perceba que ela não é um episódio insuperável. Isto é possível com o estabelecimento de certa liberdade psíquica, circunscrita pela linguagem (Winograd et al., 2008).

Outra função que o atendimento analítico pode desempenhar refere-se à reconstrução do mundo interno do sujeito, através da possibilidade de dar novos sentidos à relação com objetos exteriores. E mais, pode atuar no confronto com as questões pessoais que a doença desvelou.

O surgimento de uma doença grave é um momento de crise que desestabiliza as relações do sujeito consigo próprio, com os outros, com sua história. Neste momento, o paciente é confrontado com algo que arrisca fechar toda busca de sentido, caso o sujeito não se reconheça aí. Desta maneira, o trabalho do psicanalista deve ser na direção da implicação do sujeito relativamente ao que lhe aconteceu, permitindo a elaboração dos processos psíquicos inconscientes atuados direta ou indiretamente no adoecimento (Winograd et al., 2008).

Além disso, no atendimento psicanalítico busca-se a inscrição da amputação e protetização na história do sujeito, ou seja, abordar essa questão como um acontecimento psíquico na história singular, real e fantasmática do sujeito, além de permitir o acesso à experiência subjetiva que ele traz, incluindo o impacto das perdas na economia psíquica do sujeito (Winograd et al. 2008).

Desta forma, o atendimento psicanalítico ao paciente amputado situa-se no nível do sujeito desejante, e tem como um de seus principais objetivos acompanhar o sujeito na passagem da percepção da perda de uma parte do corpo à confrontação com a falta. Na teoria psicanalítica, a falta “é inerente à condição do sujeito humano, é simbólica e se refere à castração em torno da qual o psiquismo humano se organiza e re-organiza permanentemente” (Winograd et al. 2008, p.150).

No caso dos pacientes amputados a perda gerada pela amputação confronta o sujeito com a falta de maneira muitas vezes avassaladora. As perdas motoras e da autonomia afetam as referências maiores do sujeito, sua relação existencial com o mundo, com os objetos de seu desejo e seus ideais conscientes e inconscientes, trazendo a castração à tona. Além disso, a amputação muitas vezes presentifica a morte, confrontando o sujeito com o impensável e o irrepresentável que ela carrega.

A interpretação dos casos dos pacientes em adoecimento deve levar em consideração tanto a dimensão do Real quanto a da realidade da doença, de forma a permitir que o discurso do paciente deslize de um para outro. Real e realidade são conceitos diversos, mesmo quando a realidade da doença induz a um encontro com o Real (Winograd et al., 2008).

Por realidade da doença, entende-se os sintomas corporais causados por ela, assim como todas as suas conseqüências, como, por exemplo, as modificações corporais, na vida cotidiana e social, as geradas pelo tratamento e hospitalização (Winograd et al., 2008).

Já o conceito de Real, conforme colocado anteriormente, “designa a realidade psíquica, o desejo inconsciente e seus fantasmas conexos, mas também um ‘resto’, uma realidade imanente à representação, impossível de simbolizar e inacessível a qualquer pensamento subjetivo” (Winograd et al., 2008, p.153).

Desta forma, pode-se dizer que ao Real articula-se a questão da falta, e à realidade da doença, da perda. É importante para a Psicanálise diferenciar a realidade dos fatos da realidade psíquica, pois isso permite que o sujeito integre a questão do adoecimento à sua história consciente e inconsciente. “Tal abordagem não tem uma visada explicativa linear, uma vez que a psicanálise opera construindo sentidos em movimento de costura, ou seja, nas idas e vindas da significação” (Winograd et al., 2008, p.154).

O confronto com a questão do corpo também faz parte do Real e da realidade da doença, e isto faz diferença para o paciente, para o analista, e para os outros profissionais responsáveis pelos cuidados em um hospital. No caso da amputação, em que o corpo encontra-se visivelmente mutilado, corre-se o risco de que a doença ocupe todo o espaço simbólico e imaginário do sujeito, “o que pode reduzir a diversidade das imagens possíveis do paciente e sua ambigüidade necessária para permitir uma relação intersubjetiva evolutiva e não cristalizada” (Winograd et al., 2008, p.155).

Conforme apontado nos capítulos anteriores, pode-se pensar a questão do corpo em diversas vertentes. É possível tomá-lo como o corpo da medicina, com suas teorias ligadas ao saber científico e representações do humano como ser biológico; como o corpo imaginário, sobre o qual recaem as representações conscientes e inconscientes de cada um; através do Real do corpo, veículo de expressão do desejo; como ideário da cultura atual, o corpo canônico; como mistura entre humano e máquina, o corpo híbrido; em suas limitações concretas e deformações, o corpo deficiente.

O grande desafio no atendimento psicanalítico aos pacientes amputados está em permitir um deslizamento entre estes diversos corpos, “desprendendo-se de um imaginário pregnante demais ou de uma invasão sem escapatória da realidade pelo Real do corpo” (Winograd et al., 2008, p.155).

Apesar de não se buscar uma clínica do paciente com determinada doença, como já colocado no início deste capítulo, algumas questões aparecem frequentemente no atendimento diário ao paciente. Assim, a clínica com o paciente adoecido traz diversas questões que precisam ser consideradas, e que também aparecem em relação ao paciente com amputação. Uma delas é a culpa. Surge a questão “por que eu?”, além de questionamentos sobre o modo como se comportaram, sobre sua história pessoal e familiar. Esforçam-se para sair do não-sentido, do absurdo, explicando a doença por esta história ou por acontecimentos significativos anteriores. Esta reconstrução é necessária para integrar a doença em sua história de vida.

Assim, sentimentos de culpa aparecem com frequência e permitem dar um sentido à doença. A culpa é construída em torno da idéia de punição por uma transgressão dos interditos, por isso relaciona-se ao supereu (Winograd et al., 2008). É comum mesmo nas situações em que o acidente que levou à amputação foi resultado do acaso, ou causado por

outra pessoa. Um paciente, em um atendimento, referiu que o acidente e consequente amputação eram uma punição por ter brigado com o pai, com quem não falava havia alguns anos. Sua fantasia era a de que o Pai, que é Deus, o estava punindo, e que não o havia matado para que ele procurasse novamente seu pai e voltasse a se relacionar com ele. Outra paciente considerava a amputação um acerto de contas por um aborto que havia realizado na juventude. Dizia que perdeu uma parte de si por opção (o feto), e que, então, tinha mesmo de perder uma parte de si por obrigação, para compensar seu erro.

Desta forma, é comum que os pacientes que enfrentam uma condição grave de adoecimento construam hipóteses fantasiosas para as causas de sua doença em um esforço de representação do Real que irrompeu, transformando toda sua existência irremediavelmente. Além disso, no caso da amputação, muitas vezes essa experiência traumática atualiza experiências traumáticas anteriores, gerando um sentimento de solidão pela incapacidade de comunicar ao outro estas vivências. O sujeito, que ainda não tem possibilidade de resposta para esta experiência, cria uma relação com o mundo que comporta forçosamente um excesso, gerador de angústia. A criação de mitos sobre as causas da doença seria uma tentativa de transmitir esta experiência, saindo do não-sentido, através de uma linguagem que supostamente todos poderiam entender (Winograd et al., 2008).

O psicanalista pode oferecer um espaço organizador para que o sujeito possa se situar no mundo em que vive e que lhe revelou, de maneira abrupta e muitas vezes desorganizadora, a sua castração e sua finitude. Essa situação pode gerar uma falha da função da ordem simbólica, quando a pessoa não encontra lugar no Outro para sua palavra, configurando um tempo de extremo desamparo (Moura, 2003).

Outra vertente importante a ser considerada nos atendimentos, pois é uma questão que aparece com frequência na fala dos pacientes, é a da socialização. Ela vai além de comportamentos adaptados e respeito às regras comuns a todos. “A socialização diz respeito, em primeiro lugar, ao sentimento de pertença a uma comunidade humana graças à qualidade e à dinâmica das relações intersubjetivas que se pode estabelecer, aos projetos comuns e graças também à inscrição simbólica nesta comunidade” (Winograd et al., 2008, p.160).

No caso de pacientes amputados, o aspecto da socialização deve ser pensado a partir do estabelecimento de novas referências identitárias que permitam o sentimento de continuidade psíquica que permitem pensar a relação com o outro, e da construção de espaços nos quais o paciente possa ser protagonista para si mesmo e para os outros, surgindo uma relação de troca social recíproca simétrica, apesar de sua deficiência pela amputação (Winograd et al., 2008).

Com a amputação, pode ocorrer um abalo na identidade social, sustentada nos lugares e papéis profissionais e familiares. O sujeito se ancora nestas construções imaginárias para se reconhecer, e neste momento, quando isso se desorganiza, passa a não se reconhecer. Em certo atendimento, ao ser solicitado a falar de si, um paciente refere que “isto era impossível, pois não sabia quem ele era. Antes era motoboy, este era seu trabalho e seu maior prazer, pois adorava rodar pelas ruas sentindo-se livre. Antes era bonito, saudável, o maior responsável pelo sustento da família, queria que o filho fosse como ele. Agora, tudo o que sabia era que estava ‘daquele jeito’, e que não era mais nada daquilo que fora. Sabia do passado, mas nada sabia do presente, e em especial do futuro”.

Outra questão que aparece com frequência é a deficiência. Identificar-se com a deficiência é aterrorizador por tudo o que ela carrega de estigma e de limitações. O signifiante “aleijado” aparecia muito nas falas dos pacientes, sempre carregado de angústia. Muitas vezes o tom de voz abaixava ou aumentava no momento de pronunciar esta palavra, o que apontava para a angústia despertada. Muitos pacientes recusavam este lugar, evitando utilizar os benefícios previstos em lei para os portadores de deficiência. Certa vez recebi um pedido da equipe para atender um paciente que sempre chegava machucado à fisioterapia porque vinha de muito longe e em pé, pois não solicitava o lugar de deficiente para se sentar no ônibus, e como usava calça comprida, ninguém percebia sua dificuldade. Durante os atendimentos, ele referia que não necessitava de atenção especial no ônibus ou em qualquer outro lugar, que preferia deixar o lugar para os idosos, pois eles sim necessitavam de tratamento especial. Quando questionado sobre seus machucados, respondeu que aquilo não era nada, que ele agüentava. O que ele não agüentava era assumir-se deficiente, demonstrar seus limites e dificuldades. Escolhia a dor física à dor psíquica de se demonstrar frágil.

Com relação à deficiência outro ponto que pode fazer diferença nos atendimentos é se ela é congênita ou adquirida. No caso da congênita, o indivíduo tem todo seu desenvolvimento permeado pela deficiência e precisa aprender a lidar com ela desde sempre. O sujeito se constitui já com esta questão como uma marca em seu narcisismo.

Já com as deficiências adquiridas, o indivíduo precisa se adaptar à nova condição, o que exige dele um grande investimento psíquico. Ela pressupõe uma ruptura, um antes e um depois, de forma que o sujeito já carregava preconceitos e estigmas que agora passam a se referir a ele próprio. Para exemplificar como a questão da deficiência pode intervir fortemente na reabilitação do paciente, segue o caso:

A. era um paciente que sofreu um acidente em que machucou sua mão esquerda, tendo o dedo médio amputado e os outros lesados a ponto de gerar perda de alguns movimentos. Ele era destro. Sentia muita dor, o que era, segundo a terapeuta que o atendia, resultado de seu pouco esforço na execução dos exercícios. A. era professor e estava afastado do trabalho. A escola em que trabalhava havia solicitado, inclusive amparada pelo médico do trabalho, que A. voltasse a lecionar, pois a mão esquerda danificada não impediria sua fala nas aulas, nem sua escrita. De todo modo, disponibilizou material próprio para que A. não se esforçasse, como computador com projetor para ministrar as aulas. Entretanto, A. recusava-se a voltar ao trabalho, sentindo-se agredido tanto pelo médico que atestou sua aptidão para o trabalho, quanto pela escola. Afirmava que havia se tornado um “aleijado”, e que “pessoas assim” não podem trabalhar, e devem ser aposentadas pelo governo. A. estava aderido à sua deficiência, não vendo outra possibilidade para ele além de ser um deficiente, um limitado, impossibilitado para o trabalho, para o lazer, para a vida. A. precisava falar para perceber que podia ser mais, podia ser deficiente, limitado, como todos nós, estruturalmente, o somos, e poderia também ser professor, marido, filho, e tantas outras coisas que desejasse ser.

Como colocam Winograd et al. (2008), não se trata da aceitação da deficiência ou de resignar-se diante dela, mas de “confrontar-se com ela sem perder a confiança nos outros e em si mesmo” (p. 158). É essa a exigência que a deficiência adquirida pressupõe, o confronto, a partir de um antes que ela não existia, em que a limitação e a finitude não apareciam como uma marca no corpo.

Esta questão da marca exposta no corpo é importante tanto na relação do sujeito com o mundo, em que aparecem os olhares sentidos como de pena, susto, aflição ou horror, e que incomodam e interpelam aquele sobre o qual recaem, quanto na relação do sujeito consigo mesmo.

Uma experiência como a amputação pode gerar um abalo na consciência de si, expressa pelo sentimento de perda de uma parte do corpo e pela estranheza que isto pode gerar. Parece haver um não-reconhecimento de si ao nível imaginário e especular por conta das modificações do corpo (Winograd et al., 2008). É assim que muitos pacientes têm dificuldades para se olhar no espelho após a amputação, e principalmente, olhar para o coto e/ou tocá-lo. A experiência de olhar-se ou tocar-se gera algo insuportável, uma angústia muito grande, pois coloca a amputação no nível da realidade, e convoca o sujeito a se posicionar. Para além disto, irrompe o Real do corpo, carregado de angústia, escapando a qualquer simbolização. Muitas vezes, o sujeito diz “disto não quero saber”, e se fecha tanto a constatações imaginárias, quanto de outra ordem.

Outra manifestação que gera estranhamento e que é interpretada por alguns autores como uma recusa à perda de uma parte do corpo, é o membro ou dor fantasma. O próprio Lacan (1953/2004) comenta este fato

O significado do fenômeno chamado membro fantasma está longe de ser esgotado. O aspecto que me parece especialmente interessante é que essas experiências estão essencialmente ligadas à continuidade de uma dor que não pode ser explicada por uma irritação local; é como se houvesse um vislumbre da relação existencial de alguém com sua imagem corporal em seu relacionamento com um objeto narcísico como a falta de um membro (Lacan, 1953/2004, p.310).

A dor fantasma gera intensos questionamentos por parte dos pacientes amputados. Essa sensação pode ser veículo para importantes produções psíquicas sobre a amputação e suas consequências, pois o paciente, ao se interpelar sobre essa ocorrência, pode construir um saber a respeito dela. É interessante notar que, com o passar dos atendimentos, conforme a dor da perda diminuía e o paciente iniciava um processo em que a amputação passava a fazer parte de suas produções subjetivas, a dor fantasma diminuía e até mesmo desaparecia.

Entretanto, apesar de não haver um consenso sobre as causas destas sensações, costumeiramente no hospital referido já se avisava o pacientes que elas surgiriam e que



eram causadas por lesões nas extremidades das terminações nervosas do membro afetado. Isto, muitas vezes, tamponava as produções subjetivas dos pacientes, que vinham com uma fala pronta que respondia a seus questionamentos sobre o que estava acontecendo com eles. Não pareciam menos angustiados e incomodados com o fenômeno, mas falar sobre ele, interrogando-se, certamente era mais difícil.

### **7.3. O trabalho em equipe no atendimento aos pacientes**

Como já dito, as relações do paciente com a equipe atravessam o tempo todo o atendimento analítico. Além disso, em grande parte os encaminhamentos para o atendimento são feitos pela equipe, o que também traz implicações.

Ao receber um encaminhamento de um membro da equipe é importante discuti-lo para melhor entender a natureza da queixa que motivou o encaminhamento. Pode ocorrer tratar-se de uma tradução do sofrimento que estes profissionais experimentam no contato com aquele paciente. Outras vezes, o encaminhamento revela questões institucionais, tais como sobrecarga de trabalho, limitações econômicas, questões emocionais geradas pelo contato diário com a doença e a perda. Nestes casos, cabe ao analista apontar de quem é a demanda, e observar se ela será apropriada por quem a realiza. Isto não impede que o paciente seja atendido, mas é importante que o analista tenha claro qual demanda pertence a ele, e qual diz de outras questões para além dele. Os primeiros atendimentos são a oportunidade para o analista compreender a demanda, quem a provocou, e quais caminhos levaram ao seu endereçamento ao analista (Winograd et al., 2008).

Em relação ao atendimento ao paciente, como já colocado, podem existir diferentes posicionamentos. Por um lado parece haver um consenso social daquilo que é bom, o que se acentua em uma instituição hospitalar em que reina o saber médico: há um que sabe o que é melhor para outro. Por outro lado, há a posição do analista que supõe que, *a priori*, nada sabe sobre o outro, e que, portanto deve escutá-lo, sustentando sua ética, que é esta, a de escutar o paciente, sem antecipar-se a ele ou oferecer respostas prontas. Conforme coloca Prizskulnik (2009), “o psicanalista não pode dizer ou fazer

antes que o paciente diga ou faça. Ele sabe que não sabe de antemão o que dizer ou fazer, precisa, ao contrário, suportar sem saber a construção que cada paciente vai produzir” (p.3).

Mas o restante da equipe trabalha, muitas vezes, com outra ética, a Ética do Bem, em que ela teria um saber que responderia às necessidades do paciente, tendo uma resposta pronta de antemão. Diante desta equipe, o que ocorre é que, muitas vezes, o analista tem de sustentar o desejo do paciente. Um exemplo pode ilustrar tal questão.

L. é uma senhora de 65 anos que sofreu uma amputação transfemural na perna esquerda por causas vasculares. Ela possui residência em uma cidade do nordeste, mas está na cidade em que se localiza este hospital, e onde moram alguns de seus filhos, para realizar a reabilitação. Como é rotina da equipe, ao ingressar no grupo é encaminhada a diversos profissionais, entre eles o psicólogo que realizará avaliação. Logo no início da sessão, refere que se sente bem, que não gostaria de estar ali no hospital, que sente falta de sua casa e de sua vida em sua cidade natal, onde tem uma filha caçula com quem é muito apegada. Seu tratamento tem previsão de durar oito meses. Após algumas sessões com a analista, fica claro que é o desejo da equipe que sustenta seu tratamento, e não o seu próprio. Decide, então, após algumas intervenções da analista, pedir ao médico que a ensine a mover-se adequadamente com a cadeira de rodas, que considera suficiente para manter sua independência nos afazeres domésticos, já que pouco sai de casa, realizando lá mesmo suas atividades de bordado que lhe conferem uma pequena renda mensal. Refere que já viveu sua vida enquanto podia andar, e que deseja passar a velhice em sua casa, com suas coisas, não desejando investir tanto tempo em um tratamento para o qual não vê sentido. A equipe de saúde mostra-se frustrada, justificando que a paciente teria condições de usar a prótese e teria uma qualidade de vida muito maior com ela. Durante reunião de equipe, é discutido que quem define qualidade de vida é a paciente, e que para ela o importante era retornar para casa, movendo-se adequadamente com cadeira de rodas. Para ela, manter-se afastada de sua antiga rotina era muito doloroso, assim como o treinamento a que tinha de se submeter para andar com a prótese. A equipe pôde perceber que ela estava buscando o que era melhor para si, de seu próprio ponto de vista. Foi, então, concluída a reabilitação, através da capacitação para um bom uso da cadeira de rodas, e a paciente pode retornar para sua vida.

A equipe precisou abrir mão de seu saber sobre o que é melhor para o outro e ouvir o que a paciente tinha a dizer. Muitas vezes é para isso que o analista atua na equipe, para dar voz ao paciente, a seu desejo. Neste caso, não se tratava de questões relativas a não adesão ao tratamento, mas do desejo de concluir a reabilitação de uma maneira diferente da esperada por todos. Oferecer escuta e propiciar a palavra ao paciente não é tarefa fácil, nem para a equipe, que precisa desconstruir alguns conceitos, nem para o paciente, que vem buscar o saber médico, e se angustia quando o que deseja é diferente daquilo que lhe é oferecido.

Assim, do lado da equipe podem surgir sentimentos de frustração, raiva, quando o paciente não aceita o trabalho ou o cuidado que ela tem a oferecer. Do lado do paciente, podem surgir sentimentos de culpa por não poder ser grato ao receber este cuidado e preferir outro tipo de procedimento, sem muitas vezes, encontrar escuta para isto.

Outro importante momento em que o analista pode, de certa maneira, traduzir a fala do paciente diante da equipe é quando esta última percebe que há uma distância entre aquilo que o paciente pede, a cura, a saúde, e o que ele deseja. Para o analista está claro que quando alguém pede algo, não necessariamente isso é igual ao que deseja. Há uma diferença entre aquilo que se demanda e aquilo que se deseja. Por exemplo, há o caso de um paciente que demandava cuidados, referindo que queria se tratar e se curar. Entretanto, não seguia as recomendações médicas, não fazia os exercícios propostos, faltava às sessões de fisioterapia. Na escuta desse paciente, ficou claro que seu desejo era o de permanecer doente, impossibilitado de caminhar por suas próprias pernas, pois temia a solidão e encontrara na amputação a possibilidade de estar sempre acompanhado (da esposa, de um familiar, de um cuidador, de um profissional, etc.).

Para esses pacientes cuja demanda não coincide com o desejo, a escuta do analista é fundamental, pois a equipe não consegue compreender o que se passa com eles, sentindo, por exemplo, raiva diante da não adesão ao tratamento, ou atribuindo adjetivos pejorativos ao paciente, como o de preguiçoso ou mal-agradecido, o que só viria a atrapalhar ainda mais o tratamento.

Mais uma questão a ser considerada que diz respeito à equipe é seu próprio sofrimento. Na instituição hospitalar, observa-se que, ao receber pessoas doentes, acidentadas, em sofrimento, alguns profissionais são afetados de maneira bastante

peculiar. São fatos que presentificam para o ser humano o que lhe causa mais horror, isto é, a sua fragilidade e finitude (Moura, 2003).

Diante disto, pode-se entender um pouco mais sobre a dificuldade da equipe (citada no capítulo 2.3) em realizar reuniões de discussão de caso em que de fato eles eram discutidos. Esta dificuldade pode ser entendida como uma tentativa de não se colocar no lugar de questionamento sobre o sofrimento e a castração do outro, o paciente, que remeteria a sua própria castração.

Para além, como representantes do discurso da medicina, caracterizado pelo Discurso do Mestre, aquele em que o poder do conhecimento constituído a partir das leis positivas é utilizado para exercer um domínio sobre o outro, instalando-se uma relação de poder em que há um que sabe sobre o outro, é natural que a equipe se identifique com a prótese como solução, evitando questionamentos. Deste modo, não haveria porque discutir os casos, mas as próteses indicadas para cada caso, o que de fato ocorria. A prótese, portanto, aparece como um objeto que cala o sujeito, que responde a todo questionamento, que tampona a falta.

Assim, é possível compreender porque a equipe se sente agredida e frustrada quando o paciente se recusa a receber a prótese, pois é ela quem dá sentido ao trabalho da equipe. Neste caso, a protetização supera a reabilitação, é o objetivo maior, pois pensar em reabilitação suscita a idéia de considerar o todo, inclusive o desejo do sujeito.

Já o analista, cujo material de trabalho é o sujeito, toma a prótese de outra forma. Ele não toma a prótese como sinônimo de bem estar para o paciente, como podem fazer alguns profissionais da equipe, mas como algo a que o paciente terá de dar um sentido próprio, que não está dado *a priori*. Para o analista, o desejo do paciente pode ser diferente do desejo da equipe, como nos casos já descritos anteriormente. Para a equipe, que possui um saber sobre a doença e sobre a prótese, se o desejo do paciente difere do seu, esse paciente é considerado paciente-problema, e necessita de atendimento psicológico para ser convencido a mudar, pois isso seria melhor para ele.

A esta demanda, o analista não responde. E quando isto ocorre, sustenta sua posição, deixando claro que sua função não é a de modificar o comportamento do sujeito, ou mesmo oferecer-lhe suporte emocional, o que até pode vir como consequência, mas de deixar aparecer o desejo do paciente, permitindo que ele o apreenda.

Vale ressaltar que é importante que o analista aponte seu papel para a equipe, demonstrando que, ao tentar forçar o paciente a receber a prótese sem que esteja preparado, todo o trabalho tende a fracassar. A equipe não sabe da diferença entre o saber médico e a psicanálise, e seus posicionamentos, de forma que é importante pontuar, até mesmo no caso a caso, o papel no analista, a importância e eficácia do atendimento e a dimensão do sujeito.

## **8. Considerações finais**

Esse trabalho foi resultado de constantes reflexões a respeito da clínica psicanalítica, despertadas pelo atendimento ao paciente com amputação, em parceria com uma equipe multidisciplinar.

As pessoas internadas em um hospital, contexto no qual este trabalho se insere, demandam escuta. Diante disso, o que se poderia pensar é que elas necessitam de apoio, algo que médicos e outros profissionais não tem tempo ou condição para oferecer. Para resolver essa necessidade de disponibilizar um apoio ao paciente, pode-se pensar, em um primeiro momento, que nem a Psicanálise serviria, pois ela demandaria tempo, um setting próprio, e o analista manteria uma postura extremamente distante, que não serviria ao contexto hospitalar, em que o profissional precisa ir ao leito atender o paciente.

Entretanto, quando se repensa a Psicanálise, retirando-a do âmbito das regras e situando-a no campo da Ética” (Moretto, 2001), o trabalho do analista no hospital torna-se possível, e traz efeitos importantes.

A função central do analista é oferecer uma escuta diferenciada ao paciente, diferenciada daquele que é o discurso que reina no contexto hospitalar, o discurso médico. O analista busca promover a fala do sujeito, escutando-o de uma posição diferente que abre a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, o que propicia subjetivação (Moretto, 2001).

O analista tem espaço no hospital justamente porque trata da subjetividade que é posta de lado por uma necessidade da ordem médica. Sua presença contínua garante a possibilidade da ordem médica continuar a existir enquanto tal, tendo como seu objeto de trabalho e seu objetivo maior a doença.

Para constituir-se enquanto analista e manter-se na Instituição, sem perder seu lugar, é crucial que o analista conheça bem a teoria que o embasa, realize supervisão para reconhecer seus limites, mas, principalmente, realize sua análise pessoal, pois apenas ela poderá permitir o desenvolvimento de uma escuta clínica, desprovida de preconceitos e julgamentos em relação ao paciente.

Assim, é possível que o analista componha uma equipe multidisciplinar de saúde desde que mantenha sua especificidade e ética da psicanálise, que está desarticulada dos ideais e do bem-estar, o que só pode ocorrer a partir de sua formação continuada.

O paciente vai ao hospital porque supõe encontrar lá o saber médico. Ele vai perguntar ao médico o que ocorre com ele, e espera uma resposta, supondo que o médico tem essa resposta. Entretanto, ao se depararem com um analista, não encontram o que inicialmente procuravam, pois este analista lhes pede que falem sobre si. E, ao falar, tem a possibilidade de encontrar, junto ao analista, aquilo que não sabiam procurar: a si mesmos. Desta forma, um analista é “o lugar onde as pessoas encontram um saber sobre si mesmas (Moretto, 2001).

Vale lembrar que, independente da clínica a que se está referido, médica ou psicanalítica, é do sofrimento que ela trata. Entende-se, então, clínica como “o ato de acolher um sujeito em sofrimento, seja ele qual for” (Silvestre, 2008, p.22).

Desta forma, parece claro que todos os profissionais que atuam em uma equipe, buscam possibilitar a recuperação do paciente, diminuindo seu sofrimento e permitindo a retomada de sua vida cotidiana. No caso desta equipe que atende pacientes com amputação em reabilitação, a forma com que os representantes do discurso da medicina (sejam médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.) encontram para responder ao paciente, é a oferta da prótese, que passa a funcionar como remédio para o mal da amputação, como solução para tudo.

Já a analista oferece sua escuta apostando no inconsciente, que pode ser traduzido pela noção de que, quando alguém fala, não sabe o que diz (Roudinesco, 2011). Mas ao dizer, pode implicar-se subjetivamente, descobrindo um saber que possuía, mas que não sabia possuir, e acreditava que um outro, o médico ou o próprio analista é que era detentor deste saber. Ao falar, seu sofrimento diminui, pois pode ser traduzido em palavras.

Assim, como coloca Roudinesco (2011), cura analítica funciona porque faz os neuróticos se acomodarem em si próprios. Eles não deixam de ser neuróticos, nem é esse o objetivo, mas se pode dizer que passam de uma neurose de fracasso para uma neurose de sucesso, o que pode ser chamado de cura, pois se tornam mais aptos para a sociedade (Roudinesco, 2011). E não é isso que se busca no atendimento ao paciente adoecido, como no caso do paciente amputado?

A clínica com o paciente amputado apresenta o corpo como questão central, pois ele se encontra modificado em sua materialidade, o que traz repercussões tanto do ponto de vista funcional, quanto do psíquico, sendo este último o objeto de nosso interesse.

Desta forma, foi necessário mapear a questão do corpo no referencial psicanalítico. Freud coloca que o corpo é afetado pela palavra. Ele percebe isso em seus atendimentos com as histéricas, dando à fala um papel central. Constrói, ao longo do desenvolvimento de suas experiências clínicas, uma teoria e um método de trabalho capaz de intervir no corpo, através da palavra.

Lacan coloca, da mesma forma, que o corpo é atravessado pela linguagem e pode ser tocado pela palavra. Ele avança nos conceitos freudianos, tomando o corpo também como imagem, fruto da alienação ao outro, lugar das identificações que marcam a constituição subjetiva. Introduce o conceito de Estádio do Espelho, que demonstra a importância da imagem do corpo na construção da subjetividade.

Ainda ligada à questão do corpo, torna-se importante abordá-lo na contemporaneidade, que aparece canonizado, como uma tentativa de negar a depreciação, o tempo, a morte. Essa negação aparece na busca incessante pela beleza e perfeição, e todo o corpo que nega essa possibilidade, como ocorre com o amputado, pode ser considerado um corpo dissonante. Além disso, nos tempos atuais encontra-se o corpo híbrido, misto de homem e máquina, sujeito e objeto, que é natureza, técnicas, ciência, e inconscientes, tudo ao mesmo tempo. É um corpo concebido com a artificialidade que as ciências possibilitam. Daí pensar, com Lacan, no surgimento de uma espécie de homem que possui uma estreita e particular relação com a máquina: *o Homo Psychologicus*.

Este corpo híbrido é aquele que se vislumbra quando caminha um amputado bem adaptado à sua prótese. Este corpo, mesmo ainda não sendo uma realidade, já está presente no imaginário da cultura, como no caso das idéias de membros mecânicos que substituam de fato um membro perdido, tendo a mesma função, os mesmos movimentos e, inclusive, as mesmas sensações.

Outro importante ponto a ser considerado no atendimento a esses pacientes, é a Deficiência. Ela pode ser tomada de diversas formas: como manifestação da diversidade humana, como uma restrição físico-corporal que demanda cuidados médicos e gera



limitações. No hospital, reina o modelo biológico, no qual a lesão é a responsável pelos males do paciente, devendo ser tratada e, se possível, curada. Entretanto, é importante ressaltar que esta não é a única forma de se tomar a deficiência, pois assim corre-se o risco de se corroborar com a exclusão social desse paciente. Outro importante aspecto da Deficiência é o impacto que ela causa tanto naquele que a vive, quanto no outro que a observa, pois a deficiência devolve a experiência primitiva de corpo fragmentado, revelando algo que não corresponde aos ideais de perfeição narcísica com os quais nos identificamos ao nos constituir enquanto sujeitos.

Dentre as várias formas de se lidar com a amputação, a demanda de protetização, comum na instituição de saúde, precisava ser questionada, pois a prótese não é garantia de sucesso de processo de reabilitação. Quando essa demanda trazia de forma inconsciente a demanda de restauração da perna perdida, a protetização estava fadada ao fracasso.

Além disso, é preciso que o sujeito ofereça um estatuto para a prótese, investindo-a subjetivamente, o que ocorre de forma particular para cada um. Esse estatuto não pode ser dado de antemão. É por isso que não adianta que a equipe deseje que o paciente use a prótese e a recomende, sem antes escutá-lo, pois ela pode ter para ele um sentido totalmente diverso daquele que a equipe atribui a ela, que é, mais comumente, o de possibilitar uma reabilitação completa, em que o indivíduo pode recuperar plenamente suas funções na vida.

E mais, é comum que a prótese, no momento de seu uso, adquira uma concretude da perda, ou seja, aponte, exatamente, para o buraco que busca tamponar, para a fala do membro perdido. Neste momento, o paciente ao invés de aderir ao tratamento, mostra-se extremamente angustiado, questionando todo o tratamento, o que pode colocá-lo em risco.

No atendimento analítico ao paciente amputado busca-se a inscrição da amputação e da protetização na história do sujeito, abordando esses acontecimentos a partir de sua singularidade, e acompanhando-o na confrontação com a falta, que está para além da perda do membro e é constitutiva do sujeito.

A Medicina tem alcançado avanços estrondosos nas últimas décadas, através do conhecimento cada vez mais detalhado do funcionamento do corpo e das doenças, fazendo do saber médico uma das grandes referências do nosso tempo. Entretanto, conforme coloca Roudinesco (2011), os progressos da ciência referem-se apenas a ela

própria, e não tem relação com a psicanálise, pois são dois domínios diferentes. “A psicanálise é a medicina da alma. É especial” (Roudinesco, 2011, p.5). Ela é uma “prática artesanal e sutil, tão pouco adequada às exigências consumistas de felicidade imediata e sem esforço que marcam nossa sociedade atual” (Mezan, 1996, p.5).

Desta forma, serve especialmente à constante necessidade de remanejamento da vida, que inclui encontros, criação, mas também perdas, que geram sofrimento. A Psicanálise nos ensina que o sofrimento é próprio da condição humana, e que não se trata de anulá-lo, mas de implicá-lo na vida psíquica do paciente, pois, desta forma, ele tende a diminuir.

Em uma instituição de saúde, o sofrimento causado pela doença e pela perda é muito presente. Para lidar com ele, constituíram-se as equipes multiprofissionais que, mesmo possuindo éticas e modelos próprios, possuem algo em comum: o desejo de cuidar do outro, ainda que a dimensão do cuidado não seja exatamente a mesma para os diferentes referenciais. Concorda-se, aqui, com Silvestre (2008), que coloca que “não é possível, a quem se propõe a cuidar de alguém em sofrimento, fechar-se à necessidade de diálogo com outros campos de saber, especialmente quando se trata do campo da saúde” (p.12). Aqui neste trabalho, a aposta gira em torno da possibilidade, não sem entraves, de diálogo entre os campos da medicina e da psicanálise.

## Referências<sup>1</sup>

- Andrade, M. L. A. & Soléra (2006, janeiro-junho). A deficiência como um “espelho perturbador”: uma contribuição psicanalítica à questão da inclusão de pessoa com deficiência. In *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 14(1), 85-93. Recuperado em 12 de fevereiro de 2011 de <https://www.metodista.br/revistas/revistas.ms/index.php/MUD/article/viewArticle/636>
- Carvalho, M. R. & Lustosa, M. A. (2008, junho). Interconsulta Psicológica. In *Revista da SBPH*, 11(1). Recuperado em 10 de setembro de 2010, de <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/>
- Castro, E. C. (2008, julho). A psicanálise e o tempo. In *Psicanálise & Barroco em revista*. 6(3). 60-74.
- Chauí, M. S. (1997). *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática
- Coutinho, M. I. S. T. & Moura, R. J. (2004). In Pedrinelli, A. (Org.), *Tratamento do paciente com amputação*. São Paulo: Editora Roca.
- Cukiert, M. (2000). *Uma contribuição á questão do corpo em psicanálise: Freud, Reich e Lacan*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Cukiert, M. & Prizskulnik, L. (2002, janeiro). Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. In *Estudos de psicologia*, 7(1) Recuperado em 22 de julho de 2010, de <http://www.scielo.br/>
- Esqué, X. (2003). La puesta em acto de la realidad del inconsciente en la institución. In *Colofon – Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*, 23. Buenos Aires: Escuela de la Orientación Lacaniana.
- Fedida, P. (1984). A Negação da Deficiência. In M. I. D’Ávila Neto (Org.), *A Negação da Deficiência, a Instituição da diversidade*. Rio de Janeiro: Achiamé.

---

<sup>1</sup> De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Fontes, M. (2006, junho). Uma leitura do culto contemporâneo ao corpo. In *Contemporanea* 4(1), 117-136.

Fossi, L. B. & Guareschi, N. M. F. (2004, junho). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. In *Revista da SBPH*, 7(1). Recuperado em 10 de setembro de 2010, de <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/>

Freud, S. (1976). Um estudo autobiográfico. In j. Strachey (Ed. e Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925[1924]).

Freud, S. (1996). Projeto para uma Psicologia Científica. In j. Strachey (Ed. e Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol 1). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1886-1899).

Freud, S. (1996). A Interpretação dos Sonhos. In j. Strachey (Ed. e Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol 4 e 5). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900-1901).

Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. In j. Strachey (Ed. e Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia. In j. Strachey (Ed. e Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923 [1922]).

Freud, S. (1996). O Ego e o Id. In j. Strachey (Ed. e Trans.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Galván, G. B. (2007). *Corpo Ferido: Os caminhos do self a partir de uma ruptura na integridade corporal*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Gorayeb, R. & Guerrelhas, F. (2003, junho). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. In *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1). Recuperado em 10 de setembro de 2010, de <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/>

- Kehl, M. R. (2003). As máquinas falantes. In A. Novaes (Org.), *O Homem-Máquina, a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lacan, J. (1986). A Tópica do Imaginário. In *O Seminário: Livro 1 – Os Escritos Técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1953-1954).
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos revela a experiência psicanalítica. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lacan, J. (2004). Some reflections on the ego. In *Journal for Lacanian Studies*, 2(2), 306-317. Recuperado em 12/02/2011 de <http://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.034.0011a>.(Trabalho original publicado em 1953).
- Laplanche & Pontalis (1997). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes
- Lazzarini, E. R. & Viana, T. C. (2006, maio/agosto). O corpo em psicanálise. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2). Recuperado em 15 de agosto de 2010, de <http://www.scielo.br/>
- Marques, S. T. (2006). *Quando a Prótese não é uma Muleta – Um Estudo Psicanalítico sobre a Experiência de Amputação e Reconstrução do Corpo*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Mezan, R. (1996, maio/agosto). Psicanálise e psicoterapias. In *Estudos Avançados*, 10(27). Recuperado em 15 de novembro de 2010, de <http://www.scielo.br/>
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, L.M.T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- Moura, M. D. (2003). *Psicanálise e hospital 3 – Tempo e Morte: da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Nogueira, L. C. (1999). O Campo Lacaniano: Desejo e Gozo. In *Psicologia USP*, 10(2). Recuperado em 12 de outubro de 2010, de <http://www.scielo.br/>
- Pimenta, A. C. & Ferreira, R. A. (2003). História da Medicina. O sintoma na Medicina e na Psicanálise – Notas Preliminares. In *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 13(3). Recuperado em 13 de outubro de 2010, de <http://veterinariosnodiva.com.br/books/9-O-SINTOMA-NA-MEDICINA-E-NA-PSICANALISE.pdf>
- Prizskulnik, L. (2000). Clínica(s): Diagnóstico e Tratamento. In *Psicologia USP*, 11(1). Recuperado em 25 de julho de 2010, de <http://www.scielo.br/>
- Prizskulnik, L. (2004, junho). A Criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. In *Psic: revista da Vetor Editora*, 5. Recuperado em 20 de outubro de 2010, de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Prizskulnik, L. (2009). Prevenção: saúde mental e psicanálise. In *Ano 7-Colóquio do LEPSI IP/FE – Mesas Redondas: Prevenção: O há de vir do sujeito*. Recuperado em 23 de janeiro de 2011, de <http://www.scielo.br/>
- Rocha, G. M. (2010). Prefácio. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital 5- A responsabilidade da Psicanálise diante da Ciência Médica*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Rodrigues, G. V. (2000). Prefácio. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Trad. de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

- Roudinesco, E. (2009, 18 de setembro). Psicanálise é a medicina da alma. [Entrevista ao jornal O Estado de São Paulo]. Estadão.com.br. Recuperado em 24 de maio de 2011, de <http://www.estadao.com.br/noticias/arteeelazer,psicanalise-e-a-medicina-da-alma-do-nosso-seculo,437434,0.htm>
- Santoró, V. C. (2007, setembro). Lacan e a formação do psicanalista. In *Reverso*, 29(54). Recuperado em 12 de fevereiro de 2011, de <http://www.scielo.br/>
- Santos, W. R. (2008). Pessoas com Deficiência: nossa maior minoria. In *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 501-519.
- Silveira, E. R. (2007, junho). Desafios na saúde pública. In *C. da APPOA*, 158.
- Sivestre, M. L. C. (2008). *Investigação sobre o diagnóstico: um diálogo possível entre a psicanálise e a medicina.*, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Tanis, B. (2006, junho). Formação – pesquisa; sociedades de psicanálise – universidade: a delicada questão das fronteiras. In *Jornal de Psicanálise*, 39(70). Recuperado em 28 de janeiro de 2011, de <http://www.scielo.br/>
- Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2007, março). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. In *Estudos de Psicologia*, 24(1). Recuperado em 14 de setembro de 2010, de <http://www.scielo.br/>
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F. & Drummond, C. (2008, março). O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. In *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, VIII(1).