

Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Psicologia – IP
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG - PsiCC
Linha III: Psicopatologia, Psicoterapia e Linguagem

**O ESTOMA:
Investigação psicanalítica-existencial do sofrimento psíquico e sua
modalização**

PRISCILA DA SILVA ANTONIO

Brasília - DF
2016

PRISCILA DA SILVA ANTONIO

O ESTOMA:
**Investigação psicanalítica-existencial do sofrimento psíquico e sua
modalização**

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Dr Francisco Martins

Brasília - DF
2016

PRISCILA DA SILVA ANTONIO

O ESTOMA:

**Investigação psicanalítica-existencial do sofrimento psíquico e sua
modalização**

Tese apresentada e defendida em 15 de agosto de 2016 para a banca examinadora composta por:

Professor Dr. Francisco Martins
Presidente da Banca - PsiCC/UnB

Professor Dr. Lazslo Antonio Ávila
Membro externo - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Professor Dr. Ileno Izídio da Costa
Membro interno - PsiCC/UnB

Professor Dr^a. Maria Izabel Tafuri
Membro interno - PsiCC/UnB

Professora Dr^a. Ivone Kamada
Membro - ENF/UnB

Professor Dr. Juan Adolfo Brandt
Suplente - IESB - DF

Aos profissionais, estomizados e a todos aqueles que se interessam pelas questões do corpo, da deficiência física e da existência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, capacidade e sabedoria nos momentos mais difíceis deste trajeto.

Ao professor Dr. Francisco Martins, orientador e mestre, pela dedicação, apoio, entusiasmo, sempre acessível, sendo fundamental para a concretização deste estudo, bem como para minha formação acadêmica.

Aos pacientes estomizados, pela participação e apoio.

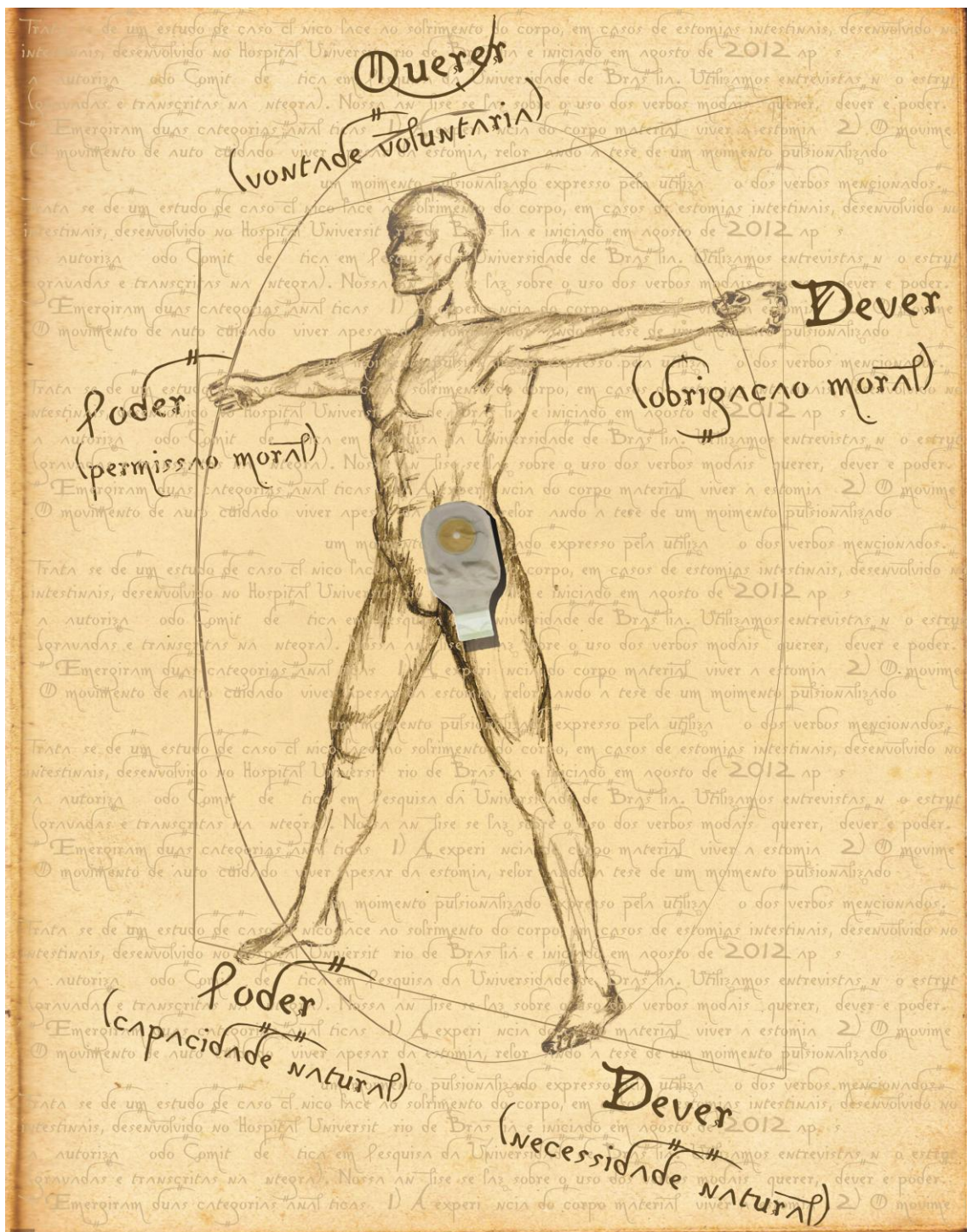
Ao professor Dr. Christophe Dejourns pela possibilidade em fazer o intercâmbio sob sua supervisão, contribuindo no aprofundamento dos meus conhecimentos sobre o corpo e sua relação com as teorias psicanalíticas.

A colega de trabalho e coordenadora do Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília, Ivone Kamada, pelo convite e contribuição para a realização deste.

A minha amiga Mônica Ponte, pelas discussões e incentivos.

Aos meus entes queridos e mais próximos Thiago Rocha e meus pais Silas Antonio e Mirian Pereira da Silva Antonio por todo apoio e incentivo, com amor e gratidão.

A minha irmã Carolina Antonio Austin e meu cunhado Marcelo Austin, pela releitura do Homem vitruviano, ficou lindo!



“Le mouvement est la cause de tout la vie”

Leonardo da Vinci¹

¹ Frase de Leonardo da Vinci retirada de um quadro exposto, em ocasião de uma visita, em sua última residência localizada em Amboise - Reino Unido da França.

RESUMO

Esta investigação aborda o sofrimento humano frente à limitação física, mais especificamente em estomizados que sofrem não apenas pela limitação do corpo frente à doença, mas também pela mutilação e pela imagem deste corpo, muitas vezes não mais reconhecido como eles mesmos. O objetivo deste estudo é dar sentido à fala de pacientes estomizados através da análise do emprego dos verbos páthicos (querer, poder e dever), facilitando assim, a compreensão do processo mental e da existência humana. O estudo se desenvolveu no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) entre agosto de 2013 e junho de 2014. Trata-se de um estudo de casos clínicos. Apresento um caso modelo no qual proponho uma escuta direcionada às categorias páthicas, apresentadas inicialmente por Weizsäcker, representadas pelos verbos páthicos: querer, poder e dever relacionando à teoria de Szondi (1975) e Schotte (1985) do circuito pulsional do Eu em processo. Posteriormente, apresento outros seis casos, cuja análise privilegiou os verbos em questão. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) sob ofício nº 33/12. Para a coleta de dados, os atendimentos foram gravados e transcritos na íntegra. No caso modelo, dois grandes movimentos foram observados: 1) Experiência no corpo efetivo material: viver o estoma; 2) O movimento de automanutenção: viver apesar do estoma. Em todos os casos apresentados, os verbos páthicos se fizeram presentes e marcaram o movimento vivido pelos pacientes. O verbo ‘poder como capacidade’ se encontra diminuído em um enquadramento óbvio do corpo limitado pela deficiência física. O ‘querer’ é um verbo do consciente humano que traz consigo a força impulsora da ação, desta forma é o verbo responsável pela mudança do destino; o ‘dever’ demonstra permissão e marca o Supereu crítico; o ‘dever como necessidade’, representa a importância dos cuidados ao corpo efetivo material dos quais nossos pacientes não podem viver sem; o ‘poder como ousadia’, é representado pelo empoderamento do Eu em recriar a própria vida, graças ao estoma.

Palavras-chave: Estomia. Caso Clínico. Pulsão. Psicanálise. Psicopatologia.

ABSTRACT

This investigation addresses human suffering against the physical limitations, but specifically in those who are ostomized and suffer, not only because of body limitation due to the disease, but also because of the mutilation and the image of this body, often not recognized as themselves anymore. The aim of this study is to give meaning to the words of ostomy patients through employment of analysis of the pathetic verbs (want, can and should), thus facilitating the understanding of the mental process and of human existence. The study was developed in the Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia of the Hospital Universitário de Brasília (HUB) between August 2013 and June 2014. It is a study of clinical cases. I present a model case in which I propose a listening directed towards the pathetic categories, initially presented by Weizsäcker, represented by pathetic verbs: want, can and should, relating to Szondi's (1975) and Schotte's (1985) theory of the drive circuit of the Self in process. Later, I present six other cases, the analysis of which favored the verbs that we speak of. This study was approved by the Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) in official letter no. 33/12. In order to collect data, the appointments were recorded and transcribed in full. In the model case, two great movements were observed: 1) Experience in the actual material body: to live out the stoma; 2) The movement of self-maintenance: to live despite the stoma. In all cases presented, the pathetic verbs were present and marked the movement lived out by the patients. The verb 'can with ability' is reduced in an obvious framework of the body limited by physical disability. The 'want' is a verb of human consciousness which brings with it the impulsive force of the action, so in this way it is the verb responsible for change of destination; the 'should' shows permission and marks the critical Superego; the 'should with necessity' represents the importance of care for the actual material body without which our patients cannot live; the 'power with daring' is represented by the empowerment of the Self to recreate their own lives, thanks to the stoma.

Key words: Ostomy. Clinical case. Instinct. Psychoanalysis. Psychopathology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: O ESTOMA: a história médica, os avanços e suas limitações.....	13
1.1 Os limites da medicina	15
1.2 O ambulatório de estomaterapia e a demanda do serviço.....	18
1.3 A dor x o sofrer.....	20
1.4 A noção de pessoa: uma hermenêutica do si.....	25
CAPÍTULO II: O CORPO E SUAS REPRESENTAÇÕES: reais e imaginárias.....	31
2.1 A barriga visceral: a experiência real do corpo.....	31
2.2 A barriga psíquica: a representação imaginária do corpo.....	36
2.3 O corpo biológico x Corpo erógeno.....	43
2.4 O corpo e a pulsão: teoria estrutural do psiquismo.....	48
CAPÍTULO III: O CORPO E A LINGUAGEM.....	52
3.1 Os verbos páthicos: querer, poder e dever.....	52
3.2 O tempo e o modo verbal: a representação do movimento pulsional no ato de fala	71
CAPÍTULO IV: O CASO MODELO.....	78
4.1 O método clínico.....	78
4.2 O caso modelo.....	82
CAPÍTULO V: OS VERBOS PÁTHICOS NA ESCUTA CLÍNICA.....	106
CONCLUSÃO.....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
APÊNDICES	

Apêndice I - Dispositivos e acessórios para colostomias e urostomias

Apêndice II – Análise dos verbos páthicos nas falas dos pacientes

ANEXO

INTRODUÇÃO

A clínica é marcada pelo sofrer. Este estudo, de caráter clínico, trata do sofrimento de pessoas estomizadas que padecem, não apenas, diante da luta travada entre a vida e a morte ou das limitações físicas de seus corpos, como se isso fosse pouco, mas também em razão da mudança mutiladora do estoma.

A palavra estoma significa abertura ou boca, é utilizada para descrever a exteriorização de uma víscera oca por meio de um procedimento cirúrgico. A causa mais comum para as estomias intestinais definitivas é o câncer colorretal e as mais comuns nas provisórias, o trauma abdominal com perfuração intestinal (SWAN, 2010).

A cirurgia causa um impacto psicológico e físico na vida dos pacientes. No caso de câncer, existe uma incerteza quanto ao prognóstico do tratamento (SANTOS, 2015; CREMA, 1997). Ambas as causas, desta condição clínica, são traumáticas tanto para o paciente, quanto para sua família, que terão de se adaptar à nova condição de saúde. A alteração da imagem corporal e das funções de excreção são fatos que modificam, não apenas as tarefas do dia-a-dia, mas também o papel social, a sexualidade e a autoestima levando ao sofrimento. O desenrolar da experiência basal da vida – o “como vai?” se vê alterado.

A necessidade de apoio a estes pacientes levou o Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia do Hospital Universitário de Brasília a abrir um espaço de escuta e acolhimento a estes pacientes. A escuta atenta é capaz de desvelar e interpretar, trazendo sentido e valor ao que é dito.

Foucault (2011) faz uma crítica à escuta que se dava à fala dos loucos. O discurso era nulo e sem valor ou significância, não havia acolhimento. É desta escuta que estamos falando, não da sintomatologia presente na “história da doença do paciente”, mas do acolhimento das palavras, da escuta das mesmas. Faço minhas as palavras de Foucault: “Ouvir o que é dito, como é dito e porque é dito” (2011, p.12). Ouvir o que é dito e dar sentido. Dar sentido à queixa e ao sintoma como uma espécie de tradução do que se passa na mente e no *illness* (corpo vivido) dos pacientes.

Como viver com uma coisa “não coisa”? O estoma (coisa) como parte de si? É fato que as mudanças causadas pela doença (*disease*) não se resumem ao corpo efetivo material (*körper*), mas também ao corpo vivido (*leib*), o que abrange os aspectos da identidade, dos relacionamentos interpessoais, dos projetos de vida, dentre tantos outros. À vista disto, uma ênfase será dada à investigação da experiência vivida diante de tão grande modificação do

corpo efetivo material, expressa nos atos de fala, por isso a escolha de uma escuta direcionada aos verbos páthicos empregados.

Os verbos dão a ação na linguagem e o tempo e modos verbais, o movimento. Neste sentido, a vida mental e a pulsão estão interligadas. Partimos do seguinte pressuposto em relação ao atendimento dos pacientes: é na linguagem que nos constituímos enquanto pessoas e os verbos modais querer, poder e dever, denominados páthicos segundo Weizsäcker (1958), constituem a personação humana.

No discurso, estes verbos são capazes de revelar crenças, valores, deveres e desejos. O verbo querer, por exemplo, difere do desejar no movimento de concretude. O desejar traz o pensamento da admiração de algo distante e virtualizado, como diz Martins (2014). Diferenciamos o ‘poder’ entre o ‘poder moral’, como ocorre por exemplo na de ousadia, e o ‘poder natural’, no sentido de capacidade. O ‘dever’ também se divide entre o ‘dever moral’, nos ideais do Eu e obrigações impostas e o ‘dever natural’ no conceito de necessidade.

É nítida a presença destes verbos nas falas dos pacientes em seus dilemas vividos, mesmo que à primeira vista, os verbos mais afetados sejam o querer; o poder por capacidade e o dever por necessidade em um enquadramento óbvio do corpo (*körper*) deficiente, embora todos os cinco verbos páthicos apresentados se encontram, bem presentes, no discurso e na queixa de nossos pacientes. O sofrer faz parte do humano e é pessoal, segundo Weizsäcker (1958) é páthico. Cabe aos profissionais de saúde o acolhimento do doente em seu sofrer, sendo a escuta o instrumento para tal.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é dar sentidos, no mais abrangente uso do termo, à fala de pacientes estomizados em seus sofrimentos sentido tanto no corpo efetivo material (*körper*), em ato, quanto no corpo vivido (*leib*). Para tanto, proponho analisar o emprego dos verbos páthicos (querer, poder e dever) e demonstrar como o movimento pulsional pode ser evidenciado no uso dos mesmos, facilitando assim, a compreensão do processo mental e da existência. Ou seja, dentro da problemática do estomizado, na generalidade da classe de indivíduos estomizados, o exame da pessoa estomizadas.

Cada capítulo desenvolve um ponto de vista determinado e que em conjunto, constituem um todo. O primeiro capítulo ‘O Estoma’ traz a problemática do tema proposto. Nele apresento o estoma em uma breve contextualização histórica e dos avanços da medicina; o local do estudo e a demanda do serviço responsáveis pelo estudo em questão. Ainda neste primeiro capítulo a doença é abordada, em sua conotação social e literária. No segundo capítulo discorro sobre as representações reais e imaginárias do corpo e a pulsão. O terceiro capítulo, ‘O corpo e linguagem’, os verbos pathicos são apresentados e discorridos. Este

capítulo é importante pois direcionará toda a escuta clínica pretendida. ‘O caso modelo’, quarto capítulo, reflete o percurso deste pensamento teórico e de escuta, com demonstração prática do processo vivido. O quinto e último capítulo, traz em evidência os verbos páthicos nas falas dos pacientes. Neste último capítulo, uma ênfase a estes verbos é dada.

Todos os pontos levantados se encontram em torno do sentido dado à fala dos pacientes, desde o significado da estomia em suas vidas, ao movimento pulsional vivenciado. Por isso, o leitor não se espante ao ver temas como metáforas sendo mencionados, pois estão presentes nas falas de nossos pacientes. Nossa leitura, contudo, segue uma direção única: os verbos páthicos querer, poder e dever e o movimento pulsional em uma tríade que marca a experiência humana vivida: o corpo, a mente e a linguagem simbólica.

CAPÍTULO I

O ESTOMA:

A HISTÓRIA MÉDICA, OS AVANÇOS E SUAS LIMITAÇÕES

Com objetivo de contextualizar a problemática, aqui apresentada, examinemos a definição do que *é* um estoma. Notem que utilizei o verbo ‘ser’ na definição da palavra chave do estudo em questão. O verbo ‘ser’ traz um conceito de existência “coisa que tem realidade no mundo dos sentidos” (MICHAELIS, 1998). Desta forma, a definição de estoma vem como um objeto consubstanciado e, para aqueles que o têm, no caso do estoma, um objeto com vida própria.

A palavra estoma é originária do grego *stomoun* que traduz a ideia de abertura ou boca. Pode ser utilizada no sentido de orifício, entrada e também como órgão de alimentação e/ou órgão da palavra (MACHADO, 1987). “É utilizada para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo. Estas recebem nomes diferenciados de acordo com o segmento corporal de onde provém” (SANTOS, 2015, p. 1). Em uma cirurgia de colostomia, por exemplo, parte do intestino grosso (cólon) é trazido à superfície do abdome formando um estoma. O mesmo pode ocorrer com as demais partes intestinais como íleo e jejuno (*ileostomia; jejunostomia*) ou até mesmo em estomas urinários (urostomias) e na traqueia (traqueostomias) (SANTOS, 2015; CREMA, 1997).

A história da Estomia tem seus primeiros prenúncios em torno de 350 a.C. em intervenções realizadas por Praxágoras em uma ileostomia para evacuação e posterior fechamento. Outros indícios alegam que no século XVI, Paracelsus falava sobre a possibilidade da criação de um “ânus artificial” em casos de intestino traumatizado, embora ele mesmo não tenha colocado suas ideias em prática. Alex Littré em 1710 descobriu (durante uma autópsia de um recém-nascido) a possibilidade de se exteriorizar as alças intestinais à parede abdominal, o que o levou ao reconhecimento como o “pai da colostomia”. Os relatos da primeira colostomia, efetivamente realizada, datam de 1750. Procedimento realizado por C. Duret, em um bebê de três dias com ânus imperfurado e que teria vivido até os 45 anos de idade. Há, porém, controvérsias se esta cirurgia foi realizada por C. Duret ou por Dubois (cirurgião de Napoleão). Segundo nossas fontes, alguns autores atribuem o feito inédito da primeira estomia a Pillore, em 1776 (SANTOS, 2015; CREMA, 1997). As técnicas de colostomias foram sendo melhoradas a partir de então, embora que:

[...] estomas em intestino delgado eram raramente tentados, pois embora julgados como viáveis, os grandes fatores limitadores eram a difícil manipulação posterior pelo paciente, além de importantes distúrbios nutricionais e metabólicos (SANTOS, 2015, p. 2).

Ainda a autora declara que a primeira ileostomia, em que a paciente sobreviveu, ocorreu em 1883 na Áustria. A partir desta época, a preocupação principal era em desenvolver as técnicas cirúrgicas, no sentido da exteriorização das alças intestinais, de forma que o paciente tivesse um melhor manejo posterior, lembrando que os índices de mortalidade ainda eram altíssimos. Neste primeiro período de descobertas, uma luta travada entre a vida e a morte. A tentativa da equipe médica em salvar a vida do paciente através do estoma, e mantê-lo vivo após o mesmo.

Posteriormente a esta fase inicial das grandes descobertas técnicas cirúrgicas, as preocupações com os dispositivos de coleta do conteúdo, se fizeram centrais. Estes dispositivos, agora têm a difícil tarefa de proporcionar maior conforto e qualidade de vida aos estomizados. Os relatos, até por volta de 1960, era o uso de “bolsas de borracha compridas que eram grosseiramente cimentadas ao corpo ou seguras com correias, ataduras ou curativos e até latas de atum eram usadas” (SANTOS, 2015, p. 3). Esta citação se faz necessária para dar dimensão da precariedade da qualidade de vida e dos sofrimentos que envolviam e ainda envolvem os estomizados. A primeira bolsa para ileostomias é atribuída a Alfred A. Strauss, modelo melhorado pelo estudante de química Koenig por volta de 1940, o que justificou o nome do sistema coletor. “Era de borracha aderente que cobria o estoma, impedindo o vazamento do conteúdo para a pele e fixado a esta com um preparado de látex, além de conter um artifício para a colocação de um cinto que aumentava a segurança” (SANTOS, 2015, p. 3).

A década de 1950 foi o grande marco para as estomias. Por exemplo, em 1952 houve a descoberta do pó de Karaya, uma goma com poder absorvente, a barreira primeira de proteção da pele na região periestoma (SANTOS, 2015). Uma revolução não apenas atribuída às novas técnicas cirúrgicas, mas também ao que tange os cuidados e qualidade de vida do estomizado após a alta hospitalar. Nesta época, houve também, a explosão de publicações a respeito, o que possibilitou o conhecimento das necessidades dos pacientes estomizados, levantadas pela nossa autora Vera Lúcia Santos (2015), a saber: “balanço hídrico e eletrolítico; manuseio de bolsas e controle de odor; aspectos da sexualidade; gravidez; ajustamento psicológico e reabilitação” (p. 3), embora, todas as descobertas e inovações tenham sido direcionadas ao estoma propriamente dito. Além das preocupações de ‘vida e morte’, os cuidados pós-operatórios e pós-alta, permitiram a melhor sobrevivência destes pacientes. Creio que a

palavra “sobreviventes” seja bem adequada a esta realidade, muito utilizada pelo nosso paciente. Veja o que diz, nosso paciente, o Sr E.:

“Um dia disseram para minha mãe: Você traz um sacerdote para dar a extrema unção, porque desta noite ele não passa. Eu sofri bastante”.

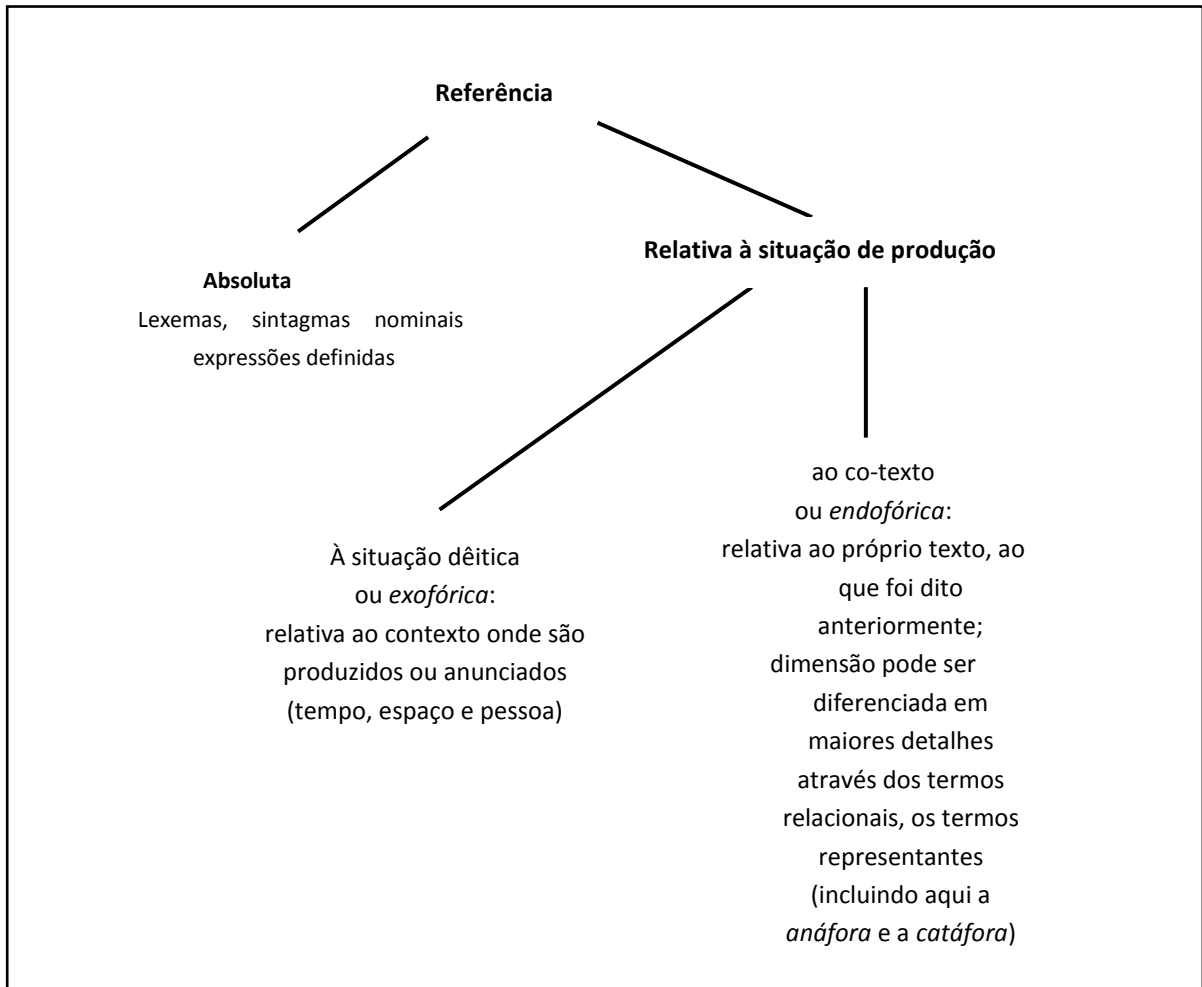
Uma luta para manter-se vivo, depois a luta para se adaptar à nova vida. Como disse Weizsäcker (1958), “a doença é expressão de luta do organismo para uma nova organização entre a vida e a morte.” (p. 3). O paciente fala de um sofrimento que não se limita a dor do corpo biológico. O Sr E. fala do sofrimento existencial e do medo da morte diante da constatação dos limites da medicina em salvar sua vida.

1.1 Os limites da medicina

O médico se preocupa em curar as doenças, afastar a morte, mantê-la o mais distante possível e, se ainda possível for, definitivamente. A semiologia médica trata dos signos das doenças, ou seja, dos sinais e sintomas que ela apresenta. São indicadores dos quais o estudo do seu conjunto evidenciam o diagnóstico. Martins (2003) ressalta tratar-se de uma avaliação comparativa entre o *normal* ou *ideal* e o *anormal*. Isto significa que primeiro, deve-se conhecer a norma, o organismo padrão dos humanos. A partir deste conhecimento prévio, o clínico detectará se algo aparece diferente, podendo indicar alguma doença. O autor exemplifica esta afirmativa a um dos sinais vitais avaliados no exame físico padrão: a temperatura. A febre, temperatura mais alta que a *normal* não é a doença propriamente dita. A febre é um indicador, um sintoma da doença. Um indicador com alto poder de confiabilidade, pois pertence à uma lei universal. A febre é constatada, evidenciada. Este sintoma “febre” deve ser decifrado e compreendido pelo médico. Este signo clínico tem o empirismo da ciência que pode avaliá-lo mesmo na ausência do discurso do doente.

O médico pressupõe o diagnóstico embasado nas taxonomias validadas, de antemão, pelas pesquisas empíricas. O grau de confiança é maior do que o relato dos pacientes, pois estes podem se enganar com facilidade. A preocupação do médico que tem um dever a ser cumprido, salvar a vida do paciente, leva-o a distinguir racionalmente o discurso do paciente e o exame semiológico. Desta forma, segundo ainda o autor, o paciente é o informante da investigação. A comunicação então é feita entre o informante e o médico no diagnóstico da doença (MARTINS, 2003). O dever do médico em salvar a vida do paciente não deve se perder em “achismos”. Por isso os referenciais utilizados são absolutos, dos signos clínicos, e

não relativos, se restringindo ao relato do paciente (que pode se enganar). Existe uma diferenciação entre referência absoluta e relativa de um ponto de vista da linguística. Esta diferença é demonstrada de maneira objetiva por Kerbrat-Orecchione (s/d, p. 51) no esquema a seguir:



Quadro 01: Referência absoluta e Referência relativa em linguística. Kerbrat- Orecchione (s/d, p.51).

A referência, como demonstra o quadro 01, pode ser absoluta ou relativa. Entende-se por referência absoluta as expressões ou léxico (acervo de palavras de um determinado idioma) que são determinados por convenção, diferentemente da referência relativa que depende do tempo, do espaço, do contexto e da cultura. Ela, a referência relativa, não depende da lógica da língua, as palavras não podem ser analisadas isoladamente, pois dependem do conjunto da frase ou do parágrafo para que tomem sentido (significado) ao que ouve de maneira que o que fala transmita, da melhor maneira possível, o que realmente quer dizer. Por isso, o uso da anáfora (figuras de linguagem), e da catáfora (termo utilizado para

designar uma unidade verbal que remete antecipadamente para outra que aparece posterior ao mesmo texto).

O discurso médico é de referencial absoluto, o mais objetivo possível, marcado pelo jargão dos signos clínicos. Por sua vez, o discurso dos pacientes, é referencialmente relativo. O paciente fala dos sintomas que sente e do sofrimento que o atinge. Desta forma, o significado da doença é diferente do ponto de vista do médico (aquele que cura) e do paciente (aquele sofre). São sentidos diferentes diante da doença. Este estudo tende ao sentido relativo, do relato do paciente.

A própria palavra ‘sentido’ é polissêmica. Este termo, ‘sentido’ (*Sinn*), minuciosamente examinada por Martins (2013a), dá a dimensão da complexidade do termo que atravessa nossa investigação no pretensioso desafio de elucidação do universo vivido pelos estomizados, por isso, sua compreensão é tão importante para nós. A pulsão e o sentido estão interligados desde o ‘sentido de direção’ até o sentido como ‘sentir em ato’. A explicitação destas diferenças se faz necessária para que o leitor compreenda, da melhor forma possível, nosso pensamento. Martins (2013a) catalogou nove sentidos da palavra ‘sentido’, sendo eles:

- 1) Sentido como direção (*direction*): a direção geral de sentido e/ou o movimento do corpo em direção ao objeto;
- 2) Sentir em ato (*feeling*): um impulso, por exemplo, uma experiência anterior ao pensamento da qual o Eu não pode se defender;
- 3) Sentido como sentimento (*feeling of*): um sentimento pelo que já ocorreu, uma nostalgia, por exemplo;
- 4) Sentido como significado (*meaning*);
- 5) Sentido como significação (*signification*): no plano da frase e não da palavra isolada, como exemplo as figuras de linguagens;
- 6) Sentido como conceito (*concept*): uma ideia abstrata;
- 7) Sentido como modalidade da experiência sensorializada (*sensation*): os cinco sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar) entram nesta categoria;
- 8) Sentido como bom senso (*sense*): a razão e a regra Superegóica;
- 9) Sentido como sensibilidade na base da empatia (*sensibility*) e que tanto nos é recomendado no cuidado aos pacientes.

Como mencionado no exemplo do nosso paciente Sr E. existe uma limitação do médico em compreender todos os sentidos que envolvem o sofrer humano. Entendemos que é

impossível para este profissional abarcar toda esta responsabilidade sozinho. Nossa pretensão é de, neste estudo, tornar público o sofrimento dos pacientes estomizados, no que tange a experiência “sentida na pele”, e alargar este universo, pouco explorado pelos estudiosos da mente humana. Prossigamos ao conhecimento do universo da pesquisa, o Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE).

1.2 O ambulatório de estomaterapia e a demanda do serviço

Em 1991, frente a necessidade de materiais para pessoas estomizadas, a Enfermeira Ana Lúcia da Silva, realizou a primeira reunião com os pacientes no Hospital Universitário de Brasília (HUB). A organização do grupo objetivou reestabelecer o fornecimento dos materiais de uso contínuo. O primeiro pedido realizado constava apenas equipamentos coletores, contemplando somente pessoas com estomia intestinal. A partir desta problemática criou-se, no mesmo ano, a Associação dos Ostomizados de Brasília. A Associação tomou força e estrutura a partir do ano seguinte, 1992, que hoje embasados na D.O.U. Seção III 13267 (BRASIL, 2009), firma seus objetivos, a saber:

Finalidade: agremiar e assistir as pessoas com estomia em tratamento pós-operatório, buscando defender-lhes os interesses; orientá-las e assisti-las e a seus familiares, preparando-as emocional e psicologicamente para a cirurgia; interceder sempre que necessário, junto aos órgãos ou autoridades competentes, no sentido de oferecer recursos indispensáveis à assistência a essas pessoas.

Em junho de 1994, houve a implantação do serviço de atendimento ao estomizado no HUB, com objetivo de assistir estas pessoas especialmente no período pós-operatório e na distribuição do material necessário para os cuidados cotidianos do estoma. Em 1999, este serviço foi incorporado a um Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC) da Universidade de Brasília (UnB), intitulado Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE). O SAEE, é um Projeto de Extensão de Ação Contínua do Departamento de Enfermagem da UnB, que funciona no ambulatório do Hospital Universitário de Brasília – HUB/UnB. Este projeto de Extensão é destinado ao atendimento de usuários que apresentam os mais variados problemas relacionados a feridas agudas e crônicas, estomias em geral e incontinência urinária e anal. Este serviço é referência na prestação deste tipo de assistência. O SAEE realiza em média mais de 100 atendimentos por mês. Tem como focos de atenção: 1) prestar assistência aos usuários e 2) servir como polo formador aos futuros profissionais de enfermagem, possibilitando o aprendizado e o desenvolvimento de pesquisas nas áreas afins.

A coordenação do projeto está a cargo de docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. Participam do projeto acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem na qualidade de extensionistas voluntários e/ou bolsistas, após aprovação em processo seletivo. Desta forma o ambulatório tem, também, o objetivo de formar profissionais para atendimento a pessoas com estomias, incontinências e feridas e não apenas a prestação de cuidados a esta clientela. O SAEE atendendo a complexidade do papel formador da Universidade, se estrutura no tripé: ensino, pesquisa e extensão, levando a Universidade ao encontro da comunidade.

Em ocasião da celebração dos 20 anos de criação deste serviço, foi realizado um levantamento do número de participantes deste projeto, o que mostra o interesse na formação e difusão dos conhecimentos adquiridos. No gráfico 01, apresento a distribuição dos extensionistas participantes do projeto, desde a sua criação:

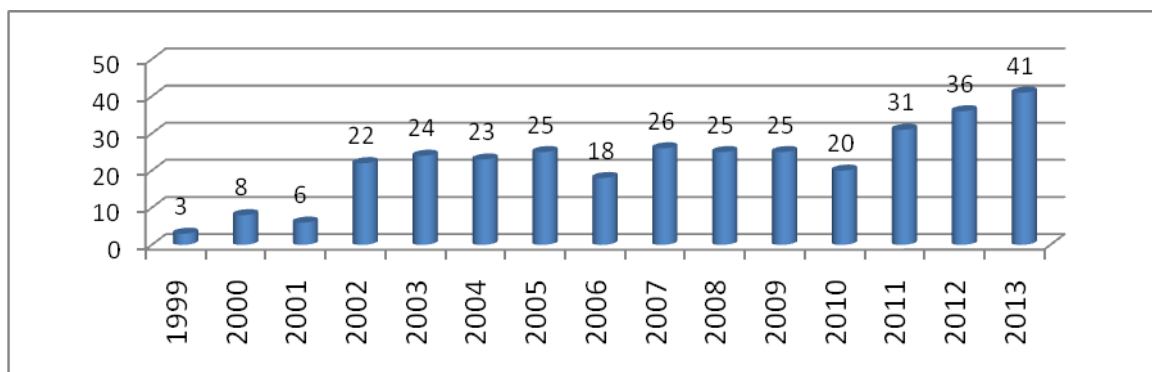


Gráfico 01: Distribuição de extensionistas por ano no SAEE - período 1999 a 2013. Brasília-DF, 2014.

Como fruto deste trabalho, foi criado em 2010 o I Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia da região Centro-Oeste, pelo Departamento de Enfermagem da UnB.

Até junho de 2001, o atendimento ao estomizado do Distrito Federal era centrado no Hospital Universitário de Brasília. A partir de 2002, houve a descentralização com atendimento nos hospitais regionais. Enfermeiros treinados oferecem cuidados de enfermagem, orientações e fornecimento de material específico². Desta forma, o número de atendimentos no ambulatório do SAEE, foi gradualmente diminuído. Atualmente o projeto atende pacientes estomizados encaminhados por estes serviços regionais e/ou pelo serviço de proctologia do HUB, em casos de complicações e/ou de cuidados específicos com necessidade de um atendimento mais especializado.

² Estes materiais são fornecidos pelo governo.

Esta descentralização do serviço de atendimento ao estomizado, explica o gráfico 02 da Distribuição Anual dos Atendimentos de Pessoas com Estomias no SAEE, com uma queda brusca de 2001 a 2002. Apesar desta diminuição em quantidade de atendimentos, aos estomizados³, não diminuem a importância deste serviço, pelo contrário, aumenta sua especialidade na assistência oferecida.

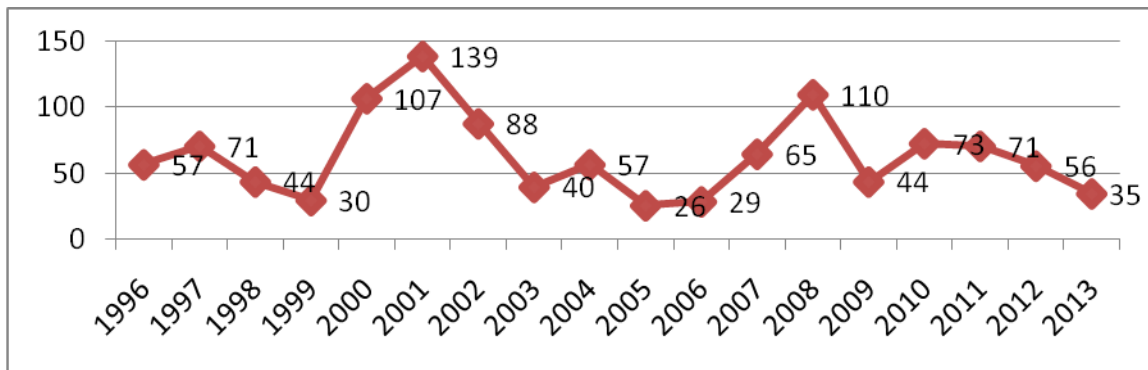


Gráfico 02: Distribuição anual dos atendimentos de pessoas com estomias no SAEE - período 1996 a 2013. Brasília-DF, 2014.

É importante ressaltar a preocupação da coordenação do SAEE quanto a adaptação e cuidado, dos pacientes atendidos, diante da dura realidade enfrentada. Por esta razão, a coordenação me fez o convite para participar deste projeto. A Estomaterapeuta, Vera Lúcia dos Santos, também nos impacta ao descrever a realidade dos pacientes: “De um modo geral esses sobreviventes eram infelizes, incapazes de trabalhar, tidos como inválidos crônicos, isolando-se socialmente e, muitas vezes, rejeitados pela própria família” (SANTOS, 2015, p. 4). Como veremos, ao longo deste trabalho, esta realidade ainda permanece. Prossigamos ao entendimento do sofrer humano em atenção à demanda do serviço.

1.3 A dor x o sofrer

O verbo sofrer originado do latim (séc XIII) *suffere*, significa suportar, tolerar (MACHADO, 1987). Sofrer pode ter várias formas no uso da língua como: Admitir: também expresso pelos verbos aceitar, consentir; declinar: como decair, deteriorar-se; experimentar: neste caso representado pelo ato de sentir na pele; padecer e suportar dentre outros (HOUAISS, 2003).

O sofrimento, como as definições dos dicionários apontam, dá a ideia de passividade, ou seja, acarreta na diminuição da capacidade de agir, neste caso o conceito padecer se

³ O número de atendimentos a pessoas com estomias tem sido gradualmente diminuído em virtude da regionalização dos serviços de assistência, diferentemente da prestação de cuidados a pessoas com feridas, em que as estatísticas têm demonstrado um aumento expressivo.

aproxima ao “estar a mercê de”, “estar passivo ao mal”. Um poder diminuído. A diminuição do poder leva à queixa.

Freud (1929/1930) em “*O mal estar da civilização*” apresenta como fontes de sofrimento, a saber:

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

Mais adiante, Freud resume as origens do sofrimento: o poder superior da natureza; a fragilidade de nossos próprios corpos; inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade. Quanto às duas primeiras fontes, nosso julgamento não pode hesitar muito. Ele nos força a reconhecer essas fontes de sofrimento e a nos submeter ao inevitável. Em sua tese de doutorado, Brasil (2005, p. 8) cita o autor Camus que diz “*a miséria não é uma escolha*”, e assim também é a doença.

A doença e a morte, desde sempre, desafiam a humanidade em uma luta constante. Desta forma, a doença toma atenções não apenas das ciências da vida, mas também de tudo que envolve o ser humano (exemplo: a antropologia, a sociologia, a filosofia, as artes, as religiões, etc.). A título de exemplificação desta importância, logo no prefácio à edição brasileira do livro de Laplantine “*A antropologia da doença*” (1991), a escritora Maria Helena Villas Boas Concone, faz uma chamada para a importância da antropologia na compreensão do processo saúde-doença na formação de profissionais de saúde, tomando de empréstimo as palavras de Marc Augé:

Não há sociedade onde a doença não tenha uma dimensão social, sendo ao mesmo tempo a mais íntima e individual das realidades, dando um exemplo concreto da ligação intelectual entre a percepção individual e o simbolismo social (p. 2).

Sim, concordamos com a importância desta leitura, até para não cairmos no erro de reduzir o doente à doença. Pensamos, assim como Martins (2003), em uma crítica, quando diz que na prática médica usual a “escuta da história do paciente é, na verdade, a busca da doença do paciente” (MARTINS, 2003, p. 57), ou seja, uma escuta objetiva, reduzida à *disease*, diferente do *illness* do paciente. A semiologia voltada para a *disease* qualifica os signos clínicos detectáveis efetivamente no corpo biológico, já as investigações que apontam para as experiências vividas, excluídas do quadro semiótico, como sentimentos de angústia, saudade

(sintomas não qualificados pelos signos unívocos, em que não há uma objetivação consensual), qualificam também o *illness* do paciente (MARTINS, 2003). Pensamos que a escuta deve ser mais detalhada, pois a dimensão da doença está além das coordenadas biológicas.

Para a compreensão do que pretendemos neste estudo, as concepções sociais e individuais sobre a doença e o corpo próprio são fundamentais, embora nossa investigação se dê pelo ponto de vista do sofredor. A mutilação do corpo na estomia tem consequências que ultrapassam e muito os questionamentos de vida e morte. Para muitos pacientes, o estoma pode salvar o corpo físico material, porém, causar a morte social.

Para tanto, faz-se necessário o exame geral das literaturas existentes sobre a doença e o estoma, mas também a particularidades e detalhes dos olhares advindos do discurso dos pacientes, sua vivência particular e quiçá de literaturas diversificadas, tanto técnicas, filosóficas e, por que não, romanescas, tal como Laplantine e Freud o fizeram. Um ponto que não poderia ser deixado de lado é a imaginação, e na literatura, um conhecimento ‘insubstituível’. Os escritores têm a capacidade de demonstrar o que se passa em seu mundo interior com tal precisão que podemos nos identificar. Tamanha criatividade no ato de escrever que Freud relaciona à capacidade de devanear, a ação de permitir-se expressar os desejos na obra literária (FREUD, 1907/ 1908).

Laplantine (1991) abre uma reflexão sobre o imaginário dos escritores em relação à doença e o espanto na precisão expressiva dos sentimentos envolvidos neste contexto. Para tanto, faz uso de figuras de linguagens, como as metáforas, também utilizadas pelos nossos pacientes. Cito Laplantine (1991): “Ele consiste de um trabalho de elaboração do imaginário da doença, baseado na interpretação desta última, não apenas como fato, mas também como metáfora” (p. 27). Os diversos olhares nos variados contextos e estilos literários têm seu espaço, uma vez que a representação da doença e da cura tem significados distintos nos cenários culturais e particulares. Existe uma relação entre a doença e o sagrado, cito como exemplo, a doença como punição e a cura como recompensa. Desta forma, é fundamental para o clínico a escuta empática ao discurso do paciente, uma vez que o discurso do médico em muito difere ao do paciente, como dizia Weizsäcker (1958).

O antropólogo, Laplantine (1991) divide sua obra entre dois campos do saber, sendo o primeiro deles o ‘campo do doente’. Este é marcado pelo sofrimento e pela experiência vivida, sentida na pele, que levam à ambiguidade de sentimentos como angústia e esperança. Sentimentos ‘sentidos por dentro e por fora’. Para nós, os ‘sentimentos de dentro’ são os movimentos pulsionais. O mesmo autor também diferencia os polos da doença conforme ela é

referida na literatura. A doença na terceira pessoa: do ponto de vista médico, do conhecimento médico técnico-científico racional e objetivo; a doença na segunda pessoa, em que o narrador ou a personagem principal se confronta com a doença do outro e por fim, a doença na primeira pessoa: o escritor ou o herói estão doentes. Estes últimos a descrevem em seu âmago, com todo conhecimento de causa, uma “introspecção dolorosa” termo usado pelo autor para designar a autorreflexão da doença. Uma introspecção sob o ponto de vista interno (do autor), e a expressão (transmissão) deste olhar para o social, a possibilidade do compartilhamento do mundo interior, muito comum em artistas.

Diz Laplantine ainda, que o empirismo do saber médico sobre a doença, a objetivação deste olhar reduz a doença em si mesma, como se as representações sociais nada interferissem na adesão ao tratamento e conseqüentemente no processo de cura. Uma ilusão, segundo o autor, e cita um texto atribuído a Avicena: “Existem três tipos de curandeiros: o que cura pela palavra, pelas plantas e o que cura pela faca” (LAPLANTINE, 1991, p. 35). A doença é cheia de dualismos em suas representações de doença e de cura. O mesmo procedimento cirúrgico pode ser “mutilador” ou “salvador” do corpo (expressões do autor).

No caso das amputações (nas estomias intestinais e urinárias, geralmente ocorre à amputação de parte do aparelho digestivo e/ou urinário) a lógica é “o sacrifício de uma parte para conservação do todo”. De fato, o ato cirúrgico (a faca) pode salvar o corpo, expurgar o mal e levar à cura, mas pode também mutilar e até levar à morte do corpo efetivo material, do corpo social e, por conseguinte, da alma. Medicação das dores do corpo e também da alma, talvez este seja o caminho mais prático para o alívio (é mais fácil tomar uma pílula milagrosa para os males). Há também, o uso das palavras. Creemos que estas são, também, capazes de levar à cura. Freud, um pioneiro neste campo, tenta mostrar a comunidade médica que a mente pode levar à doença do corpo e não somente o contrário, como se pensava. Uma via de mão dupla. Se pensarmos na seqüência das intervenções, no sentido do menos invasivo para o mais, as palavras tomam o primeiro lugar, seguido pelas ervas e por fim, a faca. Como se as palavras não fossem capazes de um “efeito colateral” e também levar à “morte”. Pensamos que as palavras têm um grande poder, por isso, a importância que damos a elas.

Poderíamos dizer que do ponto de vista médico, a *disease* entra na categoria semiológica dos signos unívocos, em que existe uma classificação das dores. Um exame superficial ou cutâneo do corpo e a investigação profunda, sendo esta somática e visceral. Quanto aos signos equívocos, assim chamados pela possibilidade do engano, o corpo é o palco dos conflitos psíquicos. Neste ponto, a tentativa é dar sentido ao que é dito (LOBATO,

1992; MARTINS, 2003). Assim, busca-se dar sentido (como significado) ao que é dito por aquele que sente a doença, na pele. Vejamos a citação de Brasil (2005) a este respeito:

A doença tal como é subjetivamente experimentada pelo sujeito, nos remete à dimensão da palavra, numa perspectiva do sentir. Assim, a palavra não é tomada como indicador, mas principalmente na sua dimensão de sentido. É, portanto, no discurso sobre a doença que os enganos aparecem (p. 78).

Nossos pacientes sofrem, na dimensão do *Illness*, literalmente, somaticamente. Desde as vísceras, âmago do corpo, aos conflitos psíquicos decorrentes deste corpo que já não é mais o mesmo.

Ricoeur (1992) diferencia os conceitos de sofrimento e dor. Para ele, a dor se restringe ao padecer físico “dos órgãos”. Já o sofrer, pode ser utilizado na relação a si, na relação ao outro e também na relação do sentido e ao questionamento. Ricoeur (1992) ainda divide o sofrimento em quatro níveis, a saber:

- 1- O sofredor é único: uma experiência que não pode ser compartilhada
- 2- A solidão no sofrer
- 3- Outro é que me faz sofrer
- 4- A eleição do sofrimento: ser escolhido para sofrer e o questionamento do por que (por que eu?)

Quanto à eleição ao sofrimento, remeto-me a Weizsäcker (1958) exatamente sobre o questionamento que o paciente faz ao médico sobre o porquê da sua doença e de seu sofrimento. O porquê do paciente é diferente da resposta médica e das explicações fisiológicas. “É um porquê de desespero” (SCHOTTE, 1985). Agora, novamente, Ricoeur levanta esta mesma questão, de ser escolhido para sofrer. Escolhido, pelo destino a sofrer por um objetivo maior, o de aprender. Ésquilo usa o termo *pathei mathos*, o saber (aprender) pela provação, que Ricoeur questiona: aprender o quê? A relação entre o sofrimento e o mal é outra questão compartilhada por muitas culturas, por isso, o sofrimento como um castigo. Daí, o porquê volta à tona, o que eu fiz para merecer isso?

No pensar destes quatro níveis levantados pelo filósofo, um pensamento surge, o sofrimento é algo intrínseco, pessoal. Talvez seja este o motivo da impossibilidade de compartilhamento. O texto de Martins (2013a) sobre os nove sentidos de ‘*Sinn*’, abre para a pergunta do sofredor que diz: Você está sentindo o que eu estou sentindo? Como responder a esta questão? Concordamos, portanto, que há solidão no sofrer, já que existem diferentes formas de sentir frente às mesmas situações.

Podemos pensar mais além, do sentir intrínseco, algo que vem de dentro, neste caso o sentir está relacionado à pulsão. Remeto-me ao texto de Martins (2012) sobre “Tormenta e

Pressão” no qual resgata o drástico dos românticos alemães presente nas obras de Goethe e Schiller. Neste ensaio, Martins destaca que a tormenta é o que vem de fora, ou seja, externa ao homem como a relação de si com o outro, os problemas sociais ou a doença física, como neste ensaio. A pressão, por outro lado, trata daquilo que é interno, intrínseco e individual como a censura, a culpa e o remorso, além das cobranças que a pessoa faz a si mesma. Partimos do pressuposto de que o sofrer é uma atividade mental manifesta na pulsão. Se pensarmos como Ricoeur (1992), o sofrer não é a dor, que pode ser uma coisa evidente, tal como um órgão durante um exame físico e lá está ela, presente e palpável, exprimida na face e lágrimas daquele que a sente.

Brasil (2005) reafirma nossa ideia dizendo que “o sofrimento é uma experiência psíquica, mas também corporal, não existe sofrimento sem corpo, não existe sofrimento puramente moral, pois o corpo faz a intermediação das experiências humanas” (p. 60). Portanto, o sofrer é um sentimento, sentido em ato.

1.4- A noção de pessoa: uma hermenêutica do si

Início este tópico tal como Ricoeur (1991) no estudo primeiro de “*Si mesmo como um outro*”, na definição do termo pessoa, partindo do conceito simplista relacionado a identificação. Para ele “identificar alguma coisa é poder fazer que o outro conheça, no seio de uma gama de coisas particulares do mesmo tipo, aquela sobre a qual é nossa intenção discorrer” (p. 39). É exatamente este o nosso objetivo: dentro da problemática do estomizado, na generalidade da classe de indivíduos estomizados, o exame da pessoa estomizada. Desta forma, não apenas os aspectos físicos do orifício cirúrgico em si nos interessam, mas também quem é este que tem o estoma na sua singularidade que o torna único e completamente diferente dos demais, ainda que estomizados.

Neste caso, a palavra escolhida é pessoa em detrimento de sujeito, comumente utilizado em pesquisas experimentais. Pessoa também remete a passividade daquele que se sujeita a algo. O olhar sociológico utiliza o termo indivíduo que traduz a ideia de indivisível, dentro de coletividade. Neste entendimento, ‘pessoa’ é o mais indicado: primeiro porque pelo ponto de vista pulsional, não há passividade (mesmo que não haja reação aparente); depois, pela implicação do clínico junto ao paciente, sujeito aos mesmos sofrimentos e dores em sua humanidade efêmera.

Paul Ricoeur (1991) utiliza o termo individualização como substituição do termo identificação porque a considera “indivisível no interior da espécie” (p. 39). A escolha do termo, segundo o próprio autor, serve para “individualizar os agentes de discurso e de ação”

(p. 41). Nosso olhar, como será visto adiante, não segue este caminho. O olhar clínico olha para os pacientes de uma maneira tão particular que o foco de interesse, neste caso, se dá ao processo do pensamento. Este, por sua vez, se encontra em constantes dilemas como querer e não poder, ou não dever. Trata-se de uma luta mental interna travada entre e por ele mesmo. Um indivíduo completamente dividido. Ainda para Ricoeur, a individualização seria a utilização, por exemplo, dos nomes próprios, pronomes pessoais que se referem e descrevem algo ou alguém em particular.

Os nomes próprios têm ainda a função de identificar individualizando, a ipseidade referida por Ricoeur (1991). Por isso a importância dada, na formação de profissionais de saúde, em chamar o paciente pelo nome próprio. Além de diminuir os riscos da troca de uma medicação ou procedimento, humaniza pela singularização. Ricoeur utiliza a expressão “pessoa como particular de base”, o conceito de pessoa como um corpo físico, é um conceito primitivo. Para ele, existem duas abordagens do termo: o da referência identificante e o da autodesignação. A autoreferência faz com que a pessoa deixe o lugar de uma coisa para um si (p. 44-45). Na autodesignação a pessoa, possuidora de um corpo toma um lugar espaço-temporal que lhe permite a existência. Não é, portanto, possível falar de pessoa sem a menção ao corpo próprio. Ricoeur diz que “a mesmidade do próprio corpo oculta sua ipseidade” (p. 46), mas o que afinal quer dizer isso? A mesmidade se origina de mesmo, daquilo que é recorrente. Refere-se ao homem social, o sujeito moral, autônomo e independente, ou seja, um ente social da espécie humana. A ipseidade, esta traz a ideia de singularidade de unicidade (JAPIASSÚ, 2008).

Brincando com os conceitos apresentados, a mesmidade dos corpos fazem os atendimentos padronizados, pela classificação padrão dos mesmos. O cuidado padrão definido pelos indicadores do estado de saúde do indivíduo. A ideia da ipseidade nos encoraja a um novo olhar e a uma novidade ao cuidado que se torna único ao adentrar em terrenos ainda não explorados em uma escuta particular.

Prossigamos nosso estudo à compreensão do corpo próprio. Ricoeur (1991) aponta os corpos como prerrogativa para a compreensão da noção de pessoa. A expressão “que as pessoas também sejam corpos” (p. 46) reforçam esta ideia. O “também” mostra que as pessoas não possuem apenas corpos. As pessoas possuem uma mente que lhes conferem, também, a categoria da ipseidade. Ricoeur utilizará a expressão entidades pública e privada. Os corpos, em sua mesmidade e a consciência, a ipseidade. No espaço público, os indivíduos e no privado, a consciência, a mente. Segundo o autor, destas duas entidades constituem as pessoas.

Os corpos têm uma localização espaço-temporal, o mundo objetivo dos corpos. Aqui a vida se torna possível, pois conferem as pessoas o poder de agir: o poder narrar e o poder fazer, assim, concretizam o querer humano. Ricoeur segue adiante em sua tese: a consciência (o privado) não se reduz aos pronomes de primeira e segunda pessoa do singular, mas podem também se relacionar a um terceiro “Se a pessoa é daquilo que se fala, é admitido que se fale, numa situação de interlocução, da dor sentida por um terceiro que não é um dos interlocutores” (RICOEUR, 1992, p. 47).

Paul Ricoeur afirma que existe uma relação entre posse e ipseidade, daí apresenta a seguinte constatação “O que chamo de meu corpo é pelo menos um corpo, uma coisa material” (STRAWSON apud RICOEUR, 1991, p. 48). Quando se diz meu corpo, a suposição da lógica do si se apresenta. A citação clássica na literatura Laplantine (1991), vem-nos à mente aqui:

Meu corpo? Há dois anos, ele me tem trazido misérias demais para que eu possa dizer “eu” ao me referir a ele. Esses cálculos que vão tirar de mim são mais o contrário de mim mesmo, meus inimigos [Texto de Emmanuel Berl em “Présence des morts”] (p. 53-54).

Neste exemplo da literatura, a personagem tem um estranhamento do seu próprio corpo, que doente, o leva ao sofrimento. Neste caso, o corpo estranho dos cálculos serão retirados. Por sua vez nas estomias, racionalmente, entendemos que o estoma faz parte do corpo do estomizado, pois trata-se de um orifício. Como retirar um orifício parte do si mesmo? O discurso dos pacientes, colocam o estoma como um intruso, algo que não faz parte do si, por isso o desejo de livrar-se dele, arrancá-lo para fora. No discurso, é chamado de “a coisa”, um objeto consubstanciado que não faz parte do eu.

Ainda no estudo primeiro de Ricoeur algo nos chama a atenção: Sentir em consonância a experiência em primeira pessoa. Quanto ao conceito primitivo de pessoa Ricoeur (1991) aponta 3 pontos:

- 1) A determinação de pessoa se faz por meio dos predicados que lhes atribuímos;
- 2) A estranheza: dois predicados atribuídos: os físicos comum com os corpos e os psíquicos que distinguem dos corpos, ou seja, duas espécies de predicados: a mesmidade e a ipseidade. Existe uma relação de dependência entre eles;
- 3) Os predicados psíquicos com exclusão dos físicos. Aqui Ricoeur cita Strawson novamente “as expressões atribuídas exatamente no mesmo sentido quando o sujeito é um outro diverso quando se trata de si mesmo” (STRAWSON apud RICOEUR, 1991, p. 51). Nesta colocação, a mesmidade já não é a mesma coisa; recebe duas

classes de predicados com o mesmo sentido, apesar de serem psíquicos, referidos a si e a outrem. Uma lógica do sujeito e de *si mesmo*⁴.

A definição de pessoa pelos autores citados, ampliam a concepção do termo. Quando Ricoeur levanta a questão dos predicados (características) a ele atribuídos, me faz lembrar as aulas de Martins sobre sobre a “*Ninguenidade*”. Neste entendimento, quando se refere a uma pessoa com o pronome indefinido “ninguém”, se reduz ela a nada, esta pessoa “não é ninguém”. Desta forma, os predicados à ela atribuídos podem elevá-la à grande importância em sua existência, ou reduzi-la à mais insignificante das criaturas. Por isso a grande preocupação com os predicados atribuídos aos pacientes, será o diagnóstico? O número do leito? ou uma pessoa? Como nós, não estomizados lidamos com os predicados corporais e psíquicos dos pacientes?

A tradicional coleta de dados mostra o objetivo do médico como um cientista-investigador. Este levantamento da história clínica difere do que conhecemos como termo “história”, algo pertencente à existência de vida, à sociedade e à cultura. O relatório médico dos prontuários é objetivo; organizado de forma sistemática (escrito em terceira pessoa) e dotado de um saber prévio evidenciado no jargão da escrita. Nesta história o discurso do paciente não tem prioridade (MARTINS, 2003). Neste ponto de vista a doença, como disse Laplantine (1991), é isolável. Assim, se torna objetiva e prática, sem sentimentalismos e a cirurgia pode retirar este mal (a doença) como um adversário, que, portanto, não faz parte do eu. Ainda o autor aponta a repercussão tranquilizadora deste mal, ou órgão, não fazer parte do *si mesmo*. Vejamos os exemplos elencados por Laplantine (1991), retirados da literatura:

- A doença como um não eu:

Minha cabeça e meus pulmões conspiraram contra mim, sem que eu soubesse [Confidência de Kafka a seu amigo Max Brod] (p. 53-54).

- A doença como ser anônimo (“ela”, “isso”), escrito por L. F. Céline em “*Mort à credit*”:

Depois da guerra, me aconteceu. Ela correu atrás de mim, a loucura...com insistência, durante vinte e dois anos (p. 53-54).

-A doença como coisa:

A coisa veio, voltou e não me deixou mais. Ela me absorvia tão totalmente que eu cheguei a não mais me ocupar dela. Houve um período, no início, em

⁴ Esclareço que minha leitura segue o olhar de Ricoeur, grande enciclopedista e hermeneuta, sobre a obra de Strawson. Por isso, o leitor não se espante ao grande salto entre os autores aqui apresentados.

que acreditei poder viver com a coisa como os outros vivem com um olho só ou com uma perna só, com uma doença do estômago ou dos rins [Marie Cardinal em “Les mots pour le dire”] (p. 53-54).

Como viver com uma coisa não coisa? O estoma (coisa) como parte de si? A forma de se referir à doença pode se tornar revelador para nós que priorizamos o discurso do paciente em detrimento da “história da doença”. Laplantine (1991) traz uma importante contribuição nos relatos sobre a doença da literatura, destacando três olhares distintos: a doença em terceira pessoa, do ponto de vista médico; a doença na segunda pessoa, em que existe um confronto com a doença, e a doença narrada em primeira pessoa, o reconhecimento. Em nosso estudo é comum a referência ao estoma como “isso”, ou seja, a “coisa” que não faz parte de mim. Vejamos o que nos diz Marta, uma de nossas pacientes:

“E aconteceu essa coisa, eu tem hora que tem dar um sentido à Deus, porque é que aconteceu uma coisa dessas?”. [Marta].

Marta questiona o porquê da doença e do estoma, que ela chama de “essa coisa” que não faz parte do si mesmo. Os exemplos acima, mostram o sofrimento da doença e de como ela é encarada sob os diversos ângulos, que com muita precisão é descrita pelos escritores, de tal forma que não se diferencia do discurso diário dos pacientes. Marta tem um questionamento diante do seu sofrimento, o sentido de tudo isso. Deve haver sentido, um significado, para tanto sofrimento.

A pergunta *quem?* de Ricoeur (1991), estudo terceiro, nos remete à teoria da ação, de forma que as questões “quem fala ?” e “quem age?” Estão interligadas. Este ponto nos interessa, uma vez que a estrutura central deste trabalho está nos verbos páthicos querer, poder e dever. Os verbos dão o movimento e a ação na frase que, para nós, inicia na mente. É este processo mental, também ação, que nos referimos. Ricoeur diz que a ação é o que *faz chegar*, ainda não é o acontecimento, por isso, a oposição à ideia de verdade por ser aquilo que pode ser confirmado, provado, validado. Tomando de empréstimo as palavras de Ricoeur “a ação feita tornou-se um fato” (1991, p. 79). O que acaba de acontecer é o que a ciência mais acredita, pois se trata do que se pode validar. O mais verdadeiro possível. Em contraste com a ciência positivista, nos propomos uma análise da ação, do movimento do pensar das pessoas e como este fato se evidencia nos atos de fala. O padecer do corpo, origem causal alegada pelos estomizados de todos os seus males, atravessa uma problemática além da materialidade mutilante em si, pois atravessa o imaginário do paciente e sua identidade, já advertida por Ricoeur (1991):

O estranho estatuto do corpo próprio depende de uma problemática mais vasta que tem por questão o estatuto ontológico desse ser que nós somos, que vem ao mundo pelo modo da materialidade (p. 72).

Nosso olhar não difere do filósofo, razão pela qual, os tópicos a seguir tratam da concretude do corpo mutilado e o do processo psíquico, páthico, envolvendo este mesmo corpo.

CAPÍTULO II

O CORPO E SUAS REPRESENTAÇÕES: REAIS E IMAGINÁRIAS

O estudo do corpo se faz essencial para todo aquele que pretende adentrar nos estudos da existência humana, pois como já mencionado, a doença e os sofrimentos dela advindos estão tão presentes, que não podem ser negligenciados. Le Breton (2010) declara que “antes de qualquer coisa, a existência é corporal” (p. 7). É através do corpo que o homem se relaciona social e culturalmente, o “local” onde se passa a vida. Suas ações se fazem por intermédio do corpo, os sentimentos são sentidos, também, no corpo. Não há existência sem corpo. O corpo, social, tem um sentido de unidade, de individualidade.

Existem, porém, diversas concepções de corpo. Para nós, o corpo traz sentidos diversos, talvez seja a razão pelo qual Dejours propõe uma separação do corpo: “A ideia de dissidência visa mais precisamente o corpo em si mesmo”⁵ (DEJOURS, 2009, p. 08). Quando se diz um estudo do corpo, a pergunta mais frequente é “de que corpo você está falando? Do corpo carne? Do corpo pulsional? Do corpo social?”. É ambíguo falar de corpo, embora em nosso caso falamos do corpo efetivo material e dos sofrimentos que o afligem. Daí, novamente vem à tona a pergunta: que corpo? Retornando aos estudos de Dejours, duas grandes classes de corpos são apresentadas: o corpo biológico e o corpo erótico libidinal, que na saúde ou na doença, constituem o homem (esta teoria será aprofundada mais adiante, item 2.3 deste capítulo). Em nosso estudo, a barriga (local das estomias intestinais e urinárias) é a própria materialidade do sofrimento no corpo; este local, a sede causal do sofrer, é marcada em sua concretude (orifício cirúrgico), mas também no imaginário do paciente. O corpo do doente, como disse Brasil (2005) é visto “como formador de todas as infelicidades enfrentadas em suas vidas” (p. 27). Nas estomias o corpo, muitas vezes, se resume a barriga e tem suas experiências e representações reais e imaginárias, o que justifica os tópicos a seguir.

2.1 A barriga visceral: a experiência real do corpo

Trata de uma experiência vivida no corpo efetivo material dos pacientes. A estomia desfigura o corpo, prejudicando possibilidades de romance futuro, além de outras limitações a serem enfrentadas, pelo resto da vida. A barriga e os cuidados que ela demanda, tornam-se o

⁵ Tradução nossa.

centro da vida dos pacientes. Muitos vivem a barriga. Uma preocupação fisiológica das necessidades corporais como a dieta, a higiene, os movimentos peristálticos e as eliminações. O sentido aqui é o sentido como ‘sentir na pele’, os sentidos aparecerem na visão do estoma (muitos pacientes no pós-operatório imediato se recusam a vê-lo), outros sentidos estão presentes como o mau-cheiro e as dores. Estes sentimentos se manifestam nos conflitos da vida, também psíquica.

O corpo tem uma importância que não pode ser negligenciada na clínica psíquica. Sem o corpo, não há existência. O corpo é cheio de significações e sentido, como exemplo, o “sentir na pele” uma sensação prazerosa ou não. O *Isso* se manifesta no corpo. O corpo tem percepções sensoriais, reage a estímulos. No corpo, podemos sentir a dor física e até mesmo a dor psíquica (um aperto no coração, por exemplo). Para Ricoeur (1992), a diferença entre uma e outra é que a dor física se manifesta exclusivamente no corpo efetivo material e o sofrimento, uma dor moral. Ambos afetam nossos pacientes. Schilder (1994) tem este mesmo olhar e diz que mesmo quando superficial, parece que a dor é sentida psicologicamente e precisa ser percebida ou imaginada, localizada. Há também um superinvestimento na parte dolorida do corpo, em nosso caso, viver a barriga. Nossos pacientes, pelas próprias necessidades fisiológicas, hipervalorizam a região estomizada, mesmo na ausência de dor. Até mesmo a postura é alterada, curvada para frente, com objetivo de proteger a região. Schilder (1994) já havia alertado para este fato quando disse:

A parte do corpo onde a dor é sentida recebe toda a atenção. A libido concentrada nesta e em outras partes da imagem corporal perde sua importância; mas, ao mesmo tempo, a parte dolorida do corpo se torna isolada. Há uma tendência para expulsá-la da imagem corporal. Quando o corpo todo é invadido pela dor, tentamos nos livrar dele todo. Posicionamos de fora do nosso corpo e observamos a nós mesmos (p. 93).

Schilder, na citação acima, salienta o desejo em se “livrar” da parte dolorida, daí se posicionar “fora do corpo”, ou seja, o não reconhecimento do membro afetado como parte do si. Vejamos alguns relatos de Freud a este respeito:

Uma biópsia mostrou que, realmente, estamos lidando com uma nova tentativa de o câncer ocupar o meu lugar, mais uma vez [Carta de Freud a Eitingon in SCHUR, 1981, p. 634].

Estou esperando, como um cão faminto, um osso que prometeu me aparecer a mim, só que é um osso do meu próprio esqueleto [Carta de Freud à Eitingon in SCHUR, 1981, p. 626].

Meu osso acha-se contente de permanecer comigo, mas não eu com ele. Schur é bondosíssimo, mas não pode ajudar em nada [Carta de Freud à Marie Bonaparte in Schur, 1981, p. 626]

Nestes trechos, Freud espera que o fragmento de um osso da mandíbula, responsável por um grande incômodo e dor local, emerja e seja removido. Nestas falas, percebemos a doença referida em terceira pessoa, remetendo-nos à citação de Laplantine (1991) no capítulo anterior. Freud fala do osso que o incomoda e analisa sua própria fala de querer se livrar de uma parte de si. A parte doente e dolorida do corpo próprio, faz com que Freud sinta o desejo de se livrar deste pedaço do ser próprio corpo, considerada agora, um corpo estranho.

Silva (2012) apresenta o relato de uma paciente:

Se levasse um tropeção, queria dar porrada na minha barriga porque a culpa era do estoma. Se uma roupa não servisse, olhava para o estoma e queria dar porrada na barriga. Tinha vontade de retirar a bolsa, jogar para cima, meter a mão e arrancar o estoma (p. 36).

Na fala da paciente a barriga faz parte do si, mas o estoma colocado em terceira pessoa, não. Temos neste relato mais uma evidência da acusação que os pacientes fazem de sua condição clínica: o estoma como a causa de todas as infelicidades vividas. Uma agressividade contra este agente causal, um corpo estranho que não faz parte do eu. Como arrancar um orifício parte do corpo próprio? Sentimentos ambíguos são envolvidos (raiva, revolta, repulsa, nojo, etc). O estoma, salvador do corpo, aquele que possibilita a vida, agora é o vilão, o causador de todos os males. Permite uma sobrevivência. No relato, a recusa em aceitar o orifício como parte de si. Esta “coisa”, mesmo camuflada por baixo da roupa, está presente. Exala o odor dos dejetos, tem uma aparência repulsiva e faz sofrer, por isso ‘o querer’ é de livrar-se da “coisa”. Como se livrar de um orifício? O estoma não é exatamente um corpo estranho, mas uma abertura. O estoma, aquele que permite a paciente permanecer viva, sem obstrução do intestino é o vilão e causador de todas as suas infelicidades.

Como já mencionado no início deste estudo, as causas mais comuns para as colostomias/urostomias são o câncer de cólon, reto e bexiga; colites ulcerativas; doença de Crohn; diverticulites; obstruções; incontinências urinária e intestinal e traumas (SWAN, 2010). Swan (2010) faz um levantamento destas mudanças cotidianas dos estomizados que levam ao sofrimento: falta de controle esfinteriano; flatulências; medo do odor; medo de sujidade (vazamento do aparelho coletor em público, por exemplo); sentimentos de embaraço; restrição das atividades de lazer; questões relativas à privacidade; restrição das atividades sexuais. O intestino grosso tem a função de manter o equilíbrio hídrico do corpo, além de reabsorver vitaminas essenciais. Por isso o impacto na qualidade de vida dos pacientes é tão grande.

Swan (2010) cita casos de pacientes que deixam de viajar pelos motivos elencados acima. Segundo ela, muitos até conseguem lidar bem com o aparelho coletor, mas a ansiedade

antecipada à viagem é tanta, que desistem de fazê-la. Desta forma, métodos de controle intestinal através de dispositivos de irrigação e sistemas de oclusão foram elaborados para pacientes com colostomias intestinais. A irrigação trata-se de um método para tornar os estomas “contingentes” pelo controle voluntário das evacuações intestinais. Existem procedimentos cirúrgicos que retardam o trânsito intestinal como a implantação de esfíncteres artificiais e anéis de silicone, além da implantação de oclusores magnéticos. Estes procedimentos, porém apresentam riscos de infecção e alguns já estão em desuso. Há os procedimentos não cirúrgicos, e as irrigações entram nesta categoria. A irrigação é um “método mecânico de exoneração intestinal” e consiste de um enema, que pode ser realizado entre 24 a 72 horas, definida como uma “evacuação programada”. O sistema ocluser é um dispositivo tampão descartável e flexível, usado para ocluir o estoma (SANTOS, 1997 apud CREMA, 1997). Os materiais e equipamentos para a irrigação encontram-se no Apêndice I.

Estas tecnologias visam “facilitar o viver e o conviver dessas pessoas, tendo como metas a reabilitação e a qualidade de vida” (CESARETTI, 2010, p.17). Infelizmente, nem todos os pacientes com colostomias intestinais podem se utilizar destes métodos. Primeiramente, devem ser avaliados pelos especialistas e se adequar aos protocolos predeterminados, sendo eles: “ter colostomia terminal, de uma boca, localizada no cólon descendente ou sigmoide (existem estudos recentes que demonstram esta possibilidade em estomas de duas bocas); ter destreza e habilidade física e mental para tal procedimento; ter ausência de complicação no estoma e não ser portadora de síndrome de cólon irritável” (CESARETTI, 2010, p. 17). As vantagens da irrigação não se limitam à segurança e ao conforto, mas também ao que tange à sociabilidade dos pacientes, com redução ou até ausência das restrições alimentares, segundo Cesaretti (2010), facilitam a atividade sexual, diminui a eliminação de gases e o aparelho coletor pode ser dispensado (utilizando-se um tampão no local). Desta forma, o paciente “se livra” do aparelho coletor. Este que, realmente, não faz parte do “*si mesmo*”. Muitos pacientes relatam que não se sentem estomizados com a irrigação, veja o relato de uma paciente no estudo de Silva (2012):

Sou uma pessoa privilegiada, pois nem me sinto estomizada, porque não uso do equipamento coletor. Então acho que não sou estomizada. Mas acho que a vida de estomizado é muito triste. Conviver com um saquinho de dejetos é muito triste (p. 44).

Apesar das vantagens, nem tudo são flores, pois o ritual da irrigação demanda um tempo dispendioso para o procedimento, necessita de um local adequado e privativo, e muitos não conseguem manipular os próprios dejetos (sentem nojo). A questão pática se emerge na

clínica e a fala da paciente reascende nossa discussão. O *'pathos'* remete à realidade da existência humana, “um modo de ser momentâneo, duradouro ou permanente, carregado de subjetividade e capaz de comunicação subjetiva” (MARTINS, 2005, p. 37). A paciente demonstra sua realidade psíquica em que toma uma posição diante do trágico⁶ que a acompanha, sua dis(posição) afetiva de negar. Esta é a forma com que ela aguenta e suporta a amargura de ser estomizada.

Brown (2005) apresenta um estudo em que todos os pacientes informantes da pesquisa relataram que o estoma teve um impacto negativo em suas qualidades de vida. Os participantes responderam que se sentem alienados frente a seus próprios corpos, no sentido de se sentirem diferentes com menos autoestima e confiança. Sentindo desgosto e choque principalmente ao ver o estoma pela primeira vez. Brown (2005) levanta o fato de que 65% dos participantes apresentaram lesões de pele na região periestoma. Estes problemas físicos são apontados como uma das maiores causas negativas na qualidade de vida de estomizados. Estas lesões são dolorosas. Chegamos a um ponto importante na compreensão do que se passa no cotidiano dos estomizados. A dor é concretamente sentida no abdome (local do estoma), mas também é irradiada para todo o corpo. Quando sentimos dor em um membro, todo o corpo sente e sofre. A percepção da dor é preservada, mesmo quando a irradiação confunde o indivíduo quanto ao local e especificidade da dor que sente (SHILDER, 1994). A doença nos impacta a mostrar de forma crua, sem disfarces, a efemeridade do corpo e a dor é um exemplo disso.

Nos relatos dos pacientes o desafio e a luta contra a morte estão bem presentes. Ricoeur (2011) muito me impactou em sua última obra traduzida para o português como “*Vivo até a morte*”. Nela o filósofo, já velho e muito doente, reflete sobre a sua própria morte. Uma ironia fina à posição de Heidegger quando diz que “o ser é um ser para a morte” e assume a decisão de ao invés de “viver para a morte”, “viver até a morte”. E a posição de Freud? Segundo os documentos de Max Schur, encontramos a seguinte declaração:

Meu prezado Schur, certamente você se lembra da nossa primeira conversa. Você me prometeu então que não me abandonaria, quando chegasse a minha hora. Agora, tudo não passa de tortura e não faz mais nenhum sentido (SCHUR, 1981, p. 645).

A tortura é a dor alucinante que Freud sente, o que o impossibilita de ter uma boa qualidade de vida. Schur relata que nos últimos dias de 1938, Freud oscilava entre os desejos de lutar e de desistir, pois pouco era o tempo em que sentia algum bem-estar. A vida era, na

⁶ O pathos é sempre acompanhado do trágico (MARTINS, 2005).

verdade, uma “*verdadeira extensão da vida*”, “*mera prolongação da vida na morte*” (termos usados por Schur), uma sobrevida (SCHUR, 1981, p. 628). Temos então a posição de Heidegger do “ser para a morte”, de Ricoeur “até a morte” e de Freud, “até a dor”. O caminho do homem ao seu destino inexorável, seguido da decisão de cumprir o destino de viver até onde haja possibilidade, por fim, viver até o limite suportável. Freud tem uma posição narcísica, sempre em busca do reconhecimento. Mesmo em sua luta travada contra a morte, o desejo do reconhecimento, expresso na preocupação de que a tradução do livro “*Moisés e o Monoteísmo*” para o inglês não termine a tempo de tê-lo impresso em suas mãos, em vida. Mais algumas palavras de Freud, no trecho de uma carta escrita a Arnold Zweig:

Por enquanto, todavia, nada sei de definitivo e posso muito bem imaginar que toda a história não passe do começo e do fim, o que de qualquer forma, está sempre à nossa espera. Nesse ínterim, sinto dores paralisadoras (SCHUR, 1981, p. 633).

Nesta declaração, Freud suspeita do aparecimento de mais uma lesão tumoral, “o começo” de mais uma etapa de tratamento. O ato de imaginar demonstra o cálculo mental do que está por vir, o pouco tempo que lhe resta, o fim. Freud destaca no final as dores sentidas, concretamente sentidas, em ato, no *körper* em sua efemeridade. Ricoeur fala que a doença e a possibilidade da morte levam à imagem de um luto antecipado, do qual quer se desvencilhar e diz “A minha batalha é contra esta imagem do morto de amanhã, deste morto que serei para os vivos” (RICOEUR, 2011, p. 35). Esta imagem do morto de amanhã (futuro) leva a um luto antecipado, em vida, vivido no presente. A palavra Imaginário deriva do latim *imago*, que significa imagem. “Este termo é usado na psicologia para designar a imaginação” (ROUDINESCO, 1998), ou seja, uma representação – coisa, produto do pensamento, independentemente da realidade. O termo imagem do corpo é usado por Schilder para designar a representação do consciente e inconsciente, da posição do corpo (SHILDER, 1994).

Agora nos adentramos em outra perspectiva do corpo, o simbólico. Como simbólico compreendemos que se trata das representações que abarcam a linguagem, não apenas os significados determinados pela convenção, mas também aos significantes que trazem significados da linguagem ordinária. Toda esta descrição do *körper* (corpo efetivo material) envolvendo os estomizados é importante para a compreensão da dimensão do sofrer.

2.2 A barriga psíquica: a representação imaginária do corpo

Como disse Schilder (1994) “Um pensamento sobre o corpo tem tanta influência quanto à imagem” (p. 145). A imagem mutilada do corpo, as mudanças nas funções do corpo, o

imaginário e o reconhecimento deste como parte de si, dão o que pensar. Apesar da possibilidade do disfarce (através dos equipamentos e roupas adequadas), o estoma e sua imagem interferem na autoestima e nos relacionamentos sociais dos pacientes. Brown (2005) também faz este apontamento das dificuldades do estomizado na vida em sociedade, principalmente nas sociedades industrializadas em que um padrão de beleza é imposto. Os sentidos captarão esta percepção sobre o corpo.

Na estomia os sentidos são muito valorizados, escuta-se o corpo (os ruídos do trânsito intestinal), sente-se o estoma e o aparelho coletor, o odor que o estoma emana e o paladar na modificação da dieta. Os sentidos dão a imagem do corpo. Esta imagem sofre influências também externas. Do ponto de vista psicanalítico, Schilder (1994) afirma que “[...] a libido narcisista tem como objeto a imagem do corpo” (p. 110), embora o corpo, só exista como parte do mundo. A imagem do corpo depende da percepção externa e existe uma troca entre o mundo interno e externo. São experiências interconectadas em um constante intercâmbio. Seria uma projeção do corpo no mundo e uma introjeção do mundo no corpo e o veículo que possibilita este movimento são os sentidos e as pulsões.

A importância dos orifícios do corpo nesta troca, entre corpo e mundo, não pode ser negada. Os orifícios permitem o que de mais íntimo do corpo seja projetado ao mundo e vice-versa, pois “através deles ingerimos ar, alimento e produtos sexuais; por meio deles ejetamos urina, produtos sexuais, fezes e ar”. (SCHILDER, 1994, p. 111). O contato com o mundo externo por meio dos orifícios é contínuo e a descoberta do corpo se dá por estes contatos. Daí, a contínua troca entre as tendências egóicas e libidinais, ou seja, entre o Eu e o Isso (analogia feita pelo autor acima citado). Portanto, é no contato que se passa esta troca de experiências, do contato entre o mundo interno e externo. Um contato do corpo efetivo material e um compartilhamento do pensamento mediado pela linguagem simbólica.

Creemos na tese de que a imagem corporal não se restringe aquilo que se vê, no real sentido, mas pela imagem formada pelos sentidos e percepções através das introjeções do mundo externo. Estas concepções vão formando o caráter da pessoa através dos valores internalizados (familiares, sociais e religiosos, por exemplo) e estas concepções se dão pelo contato. O interesse por determinada parte do corpo também influencia nesta imagem, bem como na simetria do corpo. A parte que recebe maior atenção modifica a postura e a simetria que, segundo a expressão de Schilder (1994), promovem uma “ruptura do modelo postural do corpo” (p. 112). A importância da barriga reduz o corpo a ela. Esta ruptura pode ser mais profunda, uma ruptura biográfica, expressão de Bury (2011) até uma “ruptura identificatória”, ou seja, o não reconhecimento de si já discutido anteriormente. Para Bury, em um olhar

sociológico, a ruptura biográfica seria uma quebra nas estruturas da vida cotidiana, seus significados e formas de conhecimento. Esta ruptura leva o enfermo a uma mobilização, um movimento na vida, no sentido de modificar seu destino infeliz. Estas ações incluem um repensar sua biografia e autoimagem. (CANESQUI, 2007; BURY, 2011). Em meu ponto de vista, seria a entrada nas estações de Introjeção e Autocuidado, do circuito pulsional do Eu de Szondi (1975) e Schotte (1985).

Na introjeção, o Eu diminui sua potência e permite uma reflexão desde a introjeção de influências externas a um novo olhar interior. Ou seja, “repensar sua biografia” para a posterior tomada de decisão, trata-se de partir para a estação de Autocuidado, na qual o Eu ganha potência capaz de impulsionar um novo movimento de modificação do destino. Esta estação de resolução do “circuito pulsional do Eu em processo” será exemplificada mais adiante no capítulo IV.

A libido narcisista é pertencente ao corpo próprio e é perfeitamente representada na criança que resume seus interesses em si própria. Desta forma, Freud (1920) em “*Além do princípio do prazer*”, demonstra como nos interessamos pelo nosso corpo e pela sua integridade. Aqui, o autor chama a atenção para os instintos de autodestruição (instinto de morte primário) e de autoconservação. No masoquismo primário a pessoa tende a destruição de si. São as tendências libidinais que preservam esta unidade, desviando esta tendência destrutiva para o objeto. Existe uma atitude masoquista no sofrimento orgânico, um interesse, que deposita à disposição de uma parte, todas as energias do todo e que dão uma satisfação, um gozo no sofrer (SCHILDER, 1994). Ainda para o autor, “o sintoma orgânico é centrípeto e o psicogênico, centrífugo” (p. 129), novamente a questão das trocas entre os meios interno e externo do Eu e afirma que a personalidade não tem uma responsabilidade única sobre a doença orgânica. A doença funcional, por sua vez, se liga aos problemas do Eu, que segundo Schilder (1994) são “as correntes centrífugas e centrípetas”. Em nossa tese, estas “correntes” podem ser representadas na linguagem simbólica pelos verbos páthicos.

O corpo traz a ideia de movimento e a sua imagem, sob o olhar fisiológico não é estática, pois em contato com o mundo sofre mudanças contínuas. Os sentidos participam deste processo provocando mudanças libidinais e emocionais. Desta forma, a imagem do corpo, também tende a um movimento. As ações frente ao corpo, as manipulações e procedimentos técnicos, que ocorrem na doença, provocam sensações que modificam a imagem da parte do corpo manipulada. Inclusive, a sensação de dor pode ser aumentada ou diminuída após um exame físico, por exemplo, em consequência à resposta desta avaliação ao paciente. Caso seja negativa, a sensação de dor, desconforto tendem a aumentar. A

modificação da função, quando uma parte do corpo está doente, também traz um movimento na imagem corporal. Um pé machucado, por exemplo, provoca uma mudança na imagem e na função de caminhar. A pessoa manca ou evita colocar o peso sobre o membro afetado (SCHILDER, 1994).

Na estomia, várias mudanças ocorrem: as roupas, agora mais largas, para esconderem o aparelho coletor, a curvatura do corpo como em proteção do abdome e o receio de que se rompa. A mudança na função, porém é ainda mais impactante. Nas estomias há uma mudança no papel do membro, um orifício artificial fará as trocas com o mundo externo. Na traqueostomia a respiração via traqueia, na urostomia e colostomia as eliminações fecais e urinárias pelo abdome. Para Schilder (1994),

Quando urinamos, ainda atribuímos à urina um certo grau de pertinência ao nosso corpo (esta relação é especificamente psicológica). O movimento intestinal também separa só fisicamente as fezes do corpo – psicologicamente, estas continuam a ser parte de nós. Estamos lidando com uma difusão da imagem corporal no mundo (p. 164).

Schilder afirma ainda que temos medo de perder esta parte do corpo que se conecta com o mundo externo, pelo temor à desintegração do corpo, em perder as partes internas e que, neste caso, se tornou realidade. O medo da “castração anal”, termo usado por Schilder, que atribui a este o medo das operações. A integridade do corpo é danificada, falta uma parte; há um desvio de função e a imagem, e os aspectos levantados, sofre modificações. Perde-se a unidade da imagem corporal juntamente com a unidade biológica. No impacto desta perda, o estoma é rejeitado como parte do si. Muitas pessoas se sentem destruídas por este motivo. “Existem pessoas destruídas vivas” (p. 167).

Concordamos com Schilder (1994) quando diz que “há uma linha ligando percepção, imaginação e pensamento” (p. 168). Os impulsos libidinais e as percepções se baseiam nos processos mentais a respeito do corpo levando a uma concepção mais detalhada da imagem corporal. Daí, “toda pulsão ou desejo modifica a substância do corpo, sua gravidade e sua massa” (p. 175). Chegamos a um ponto no qual penso ser necessária uma diferenciação conceitual entre imagem, imaginação e metáfora para posterior engajamento com a fantasia e, por fim, sua relação à pulsionalidade (nosso interesse central).

A imagem é a representação mental de um objeto. Ela representa algo inexistente (LAPLANCHE, 2001). Segundo Ricoeur (1982): “a imagem é a marca, o resíduo, a sombra de uma percepção anterior [...]” (p. 2). Desta forma, a imagem traz a revivescência de uma impressão anterior, não sendo algo criado do nada, do ausente ou da livre evocação. Seria algo ausente, mas que já foi existente um dia. Por isso a comparação com uma cópia, um

desenho ou fotografia. Algo estático, sem movimento. Já a imaginação, trata de imagens seriadas, que nas palavras de Ricoeur (1982): “[...] é esta passagem que nos obriga a considerar a imaginação, enquanto produção de imagens mais do que a imagem, que é produto dela, que é por vezes simples vestígio e talvez, no limite, um resíduo” (p. 2).

Para Ricoeur (1982) é difícil separar a imaginação produtora da linguagem, sendo que a imagem oscila da esfera perceptiva para a linguística. Uma afinidade que marca o caráter semântico da imaginação. Neste ponto, Ricoeur diz que o mais importante não é saber como reproduzimos mentalmente, mas sim como produzimos sentido. Neste estudo, particularmente, o sentido é muito importante, mas a representação no processo do pensar pela linguagem simbólica também, pois o processo em si também traz um sentido. Sentido, nos sentidos de: significado (compreensão e clareza do conteúdo dito), de direção (para melhor condução do caso) e também de sensibilidade (a empatia).

Na metáfora, ocorre uma representação mental do que é dito, e, por conseguinte, leva a produção de imagens. Ricoeur (2000) traz uma grande contribuição para a compreensão das metáforas e por consequência à clínica diária, uma vez que a linguagem ordinária dela se utiliza brincando com o sentido que ultrapassa a literalidade, preenchendo assim, o vazio semântico e criando um novo sentido. A metáfora viva mostra uma intenção escondida que choca e inova. A metáfora serve para preencher as lacunas da linguagem ordinária, traz um sentido de movimento de transposição de um sentido/ conceito de uma palavra por outro conceito. O próprio termo “*metáphora*” utilizado por Aristóteles (2007) dá esse este sentido: “*phora*”= mudança de lugar. Por isso a expressão “A metáfora é *metaphórica*”, dando a palavra e ao discurso um sentido a mais. Faz um desvio, toma a palavra de empréstimo para fazer uma substituição. A palavra emprestada toma o lugar da palavra própria ausente, temos aí algo que ficou escondido. Este “escondido” é o que instiga a curiosidade, pois existe uma verdade implícita. São estas “coisas escondidas” que trazem um novo sentido. “Metaforizar consiste em aperceber-se da semelhança entre duas coisas que antes pareciam como afastadas. A metáfora é um ver-se como que nos revela o ser-como” (MARCELO, 2009, p. 4).

No ambiente hospitalar, a preocupação com a vida e sua manutenção torna-se primordial. Trata-se de um ambiente tecnicista em que a cura é a principal preocupação da equipe de saúde. Em muitos momentos o sentimento de fracasso é expresso, quando a cura não é possível ou quando o paciente se encontra em cuidados paliativos. A fala “no meu plantão não morre ninguém” é muito comum nestes espaços. Desta forma, o discurso médico difere do discurso do paciente. O discurso do paciente não é tomado pelas explicações das coordenadas físico-químicas, mas trata dos questionamentos próprios da existência. A

preocupação do médico é a precisão técnica, a perfeição. O cumprimento do verbo páthico, ‘dever’ deontológico.

Trago uma metáfora extraída do romance de Gonçalo Tavares (2008), examinado por Marcelo (2009): “os sentimentos não ‘devem’ enferrujar o bisturi” (p. 216). São coisas distantes “sentimentos” e “bisturi” que juntas, na metáfora, trazem um novo sentido. O termo escondido é a lucidez. Uma leitura interpretativa desta metáfora diria que os ‘sentimentos estão para a lucidez assim como a ferrugem para a lâmina do bisturi’. O ‘dever’ que o médico se impõe a salvar a vida do paciente, com a maior precisão técnica possível, não ‘pode’ ser cegado por sentimentos. Este exemplo foi retirado do romance intitulado “*Aprender a rezar na era da técnica*”. Nele, a personagem trata-se de um importante e iminente cirurgião, que acredita que a precisão técnica do seu trabalho é a expressão da competência e do cumprimento do seu dever. O resto, não tem a menor importância. O ‘dever moral’ marcado no modo de pensar e agir na vida. Neste exemplo, do profissional de saúde. Esta metáfora exemplifica, um pouco, o dilema dos profissionais de saúde: a destreza técnica e o acolhimento do paciente.

Para Ricoeur (1982), bem como para nós, a metáfora deve ser entendida ao nível da frase e não da palavra, se possível a leitura de parágrafos inteiros para que o sentido seja compreendido em seu contexto (*signification*), pois a metáfora não se limita a um transporte ou desvio de uma palavra por outra, mas tem uma função a mais: trazer um novo sentido entre coisas que estão distantes, por isso, preenchem uma lacuna (conforme visto no exemplo acima apresentado). A metáfora possibilita a visão da semelhança na diferença, por isso “é ao mesmo tempo ver e pensar” (RICOEUR, 1982, p. 5). A metáfora produz imagens, desta forma, é estreitamente ligada à imaginação. Na imaginação há movimento, um “elemento da ficção”. Daí o processo do pensamento, em movimento, se torna tão importante, pois representa um sentido produto da imagem mental.

Nos sonhos, ocorre também a produção de imagens seriadas, e Sami-Ali (1993), em seus estudos sobre o corpo real e imaginário, aponta os deslocamentos e as condensações que ocorrem nos sonhos que são inconscientes, diferentemente do que ocorre na metáfora e na metonímia que podem ser tanto conscientes, quanto inconscientes. Tanto os sonhos como o processo do pensar humano somente podem ser compartilhados via linguagem simbólica. O ato do discurso é uma transição entre a compreensão e a exploração. A fala é um ato que permite a compreensão e o reconhecimento de si. A compreensão de si, como sustenta Ricoeur, é inteiramente narrativa.

Outra questão remanesce. A fantasia também não produz imagens seriadas? Qual seria sua relação com a imaginação? Segundo Laplanche, o termo *Phantasie*, originário do alemão, designa imaginação. Um “roteiro imaginário”, que tem suas diferenciações e Laplanche, levanta três modalidades de fantasias: 1) as fantasias conscientes ou sonhos diurnos (devaneios); 2) as fantasias inconscientes, como as que a análise revela como estruturas subjacentes a um conteúdo manifesto e 3) as fantasias originárias (LAPLANCHE, 2001, p. 169). Estas modalidades abarcam tanto a atividade de imaginação (atividade criadora), quanto a percepção (realidade), aproximando duas coisas distantes, opostas entre si (assim como na metáfora). Esta oposição está entre o mundo interior, com a tendência à satisfação pela ilusão, e o mundo exterior, que impõe progressivamente ao sujeito através do sistema perceptivo, o princípio da realidade.

Na fantasia, o desejo se apresenta no movimento da cena mental, produto do pensamento. Os humanos sonham acordados (devaneiam) e assim fantasiam um mundo paralelo. Martins (2013b) diz que os homens vivem no tempo “*irrealis*”. Este mundo mental, o “*irrealis*”, tem um poder atemporal e se passa no espaço intimista. Vive-se algo no presente imaginário. Este algo pode ser um desejo futuro, vivendo-se este desejo, por antecipação. Pode ocorrer o contrário, reviver o passado prazeroso pela imagem da memória. Memória esta que Freud duvida, em virtude da censura. Uma realidade já transformada ou deformada pelas defesas e desejos daquele que relembra. Desta forma, a fantasia representa a realização de um desejo.

A fantasia, não se trata de uma criação puramente ilusória, assim como a análise de Laplanche, mas algo relacionado ao real. Na fantasia as percepções reais estão presentes. Servem para concretizar, em um mundo mental paralelo, os desejos impossíveis de serem vividos na vida real. A dura vida real é modificada via fantasia imaginária em que “cria a vida dentro da vida”, um mundo paralelo, virtualizado. O “*irrealis*”. Podemos refletir, ainda, a negação da dura realidade vivida e a criação, via imaginário fantasiado, um mundo menos duro. Um processo de defesa que possibilita continuar a caminhada, mesmos nos desfiladeiros da vida. Retomemos a fala da paciente, na obra de Silva (2012), apresentada no tópico anterior:

Sou uma pessoa privilegiada, pois **nem me sinto** estomizada, porque **não uso** do equipamento coletor. Então **acho que não sou** estomizada. Mas acho que **a vida de estomizado** é muito triste. Conviver com um saquinho de dejetos é muito triste. (p. 44, grifo nosso)

Na fala acima, a paciente não se percebe como estomizada. Uma negação evidenciada quando diz “*nem me sinto*”; “*não uso aparelho coletor*” e “*acho que não sou estomizada*”. Esta é a imagem que a paciente produz de si mesma. Cria um mundo de fantasia em que não é estomizada e assim, suporta a realidade vivida. A negação possibilita isso, ela diminui o problema e o coloca distante. Tão distante, em terceira pessoa “*a vida de estomizado é muito triste*”, ou seja, a vida dos outros, porque a dela é privilegiada. Na sequência, a atividade mental é expressa no ato de fala, e a paciente: diminui; nega; desmente; discorda e forclui o estoma. Chegando assim, a negação mais radical. A paciente vive no *irrealis*, uma realidade psíquica que possibilita, traz leveza à árdua realidade da vida concreta. Uma boa saída, não acham? Laplanche (2001) resume nosso pensamento na frase abaixo:

Quando nos encontramos diante dos desejos inconscientes reduzidos à sua expressão última e mais verdadeira, somos, na verdade, forçados a dizer que a realidade psíquica é uma forma de existência especial que não pode ser confundida com a realidade material [...] desta forma, a fantasia tem uma íntima relação com o desejo (p. 170).

Concluimos este tópico sobre o imaginário que a vida mental bascula entre os opostos: a realidade e o mundo imaginário, Adentremos, agora às teorias, laplancheana e dejouriana, do corpo: a Sedução Generalizada e a Subversão Libidinal.

2.3 O corpo biológico x Corpo erógeno

Como já afirmado anteriormente: “Não há existência sem corpo”. O corpo é o início, como enfatiza Dejours (2001) no título de um de seus importantes trabalhos sobre o corpo (*Le corps, d’abord*) . Reage-se pelo corpo. A psicossomatização é no corpo, “o sonho, o fantasma, o desejo, o sofrimento, o prazer, o amor e os afetos, de uma maneira geral, passam pelo corpo”⁷ (DEJOURS, 2001, p. 10). Dejours (2001) justifica sua insistência no corpo porque é no corpo que se experimenta a vida (DEJOURS, 2011). Inclusive a genialidade do pensamento se faz através do ‘poder’ do corpo de experimentar as experiências de si mesmo, da sua própria erogeneidade. O tempo e a história se inscrevem também na subjetividade sob a forma de registros da sensibilidade que a experiência adveio no corpo. Existem outras concepções de corpo, por exemplo, o corpo social tem um sentido de unidade, de individualidade. Seguindo a teoria dejouriana há dois corpos: 1) o corpo biológico e 2) o corpo erótico.

O corpo biológico trata-se do corpo carne, é o corpo efetivo material (*körper*) que para sua existência precisa de cuidados (oxigenação, hidratação, nutrição, sono e repouso, higiene,

⁷ Tradução nossa.

etc.). Este corpo biológico é que permite a movimentação tanto de si, quanto dos objetos. O corpo erótico é adquirido progressivamente a partir do corpo biológico, sendo este inato. O percurso entre a biologia e a psicanálise conduz ao reconhecimento de um lugar específico que remete desde o inato/instintual à organização do inconsciente (DEBRAY, 2002). Este corpo começa a ser construído já na relação da criança com o adulto a partir do corpo biológico.

Na primeira infância, a criança é dependente dos cuidados dos pais. Nestes cuidados, porém, começa a sentir sensações antes desconhecidas, como por exemplo de prazer e de dor. Desta forma, o desenvolvimento da sexualidade psíquica na infância se dá em um processo sutil. No clássico exemplo apresentado por Debray (2002), a criança descobre que sua boca não serve unicamente para alimentação, mas também para sucção, para beijar, para morder e mais tarde para “pequenos jogos”, prazeres da vida sexual. Desta forma, a criança toma posse de uma certa independência de uso do seu corpo efetivo material, ou seja, do uso primitivo da boca: que passa da necessidade instintual de alimentação para o prazer (desejo erótico libidinal). Assim, a criança descobre que não é escrava dos seus instintos “animais” da necessidade física, mas que pode utilizar este mesmo corpo em um desejo através de uma escolha. Existe aqui uma subjetividade que difere do instinto, manifesta na escolha do uso de um órgão do corpo. Um desvio da função original, da necessidade instintiva para algo subjetivo, erótico.

A boca se torna o pivô da subversão libidinal, a “zona erógena primária”, como a expressão freudiana. Cito Freud: “Ninguém há de contestar, penso eu que a membrana mucosa dos lábios e da boca pode ser considerada como uma *zona erógena primária*” (FREUD, 1901/1905, p. 57). Desta forma, pouco a pouco outros órgãos do corpo vão se transformando em zonas erógenas, construindo, assim, o corpo erótico. Debray (2002) ainda precisa que esta conquista do corpo erótico é incompleta, sempre. Mais adiante retomaremos à esta afirmativa.

2.3.1 A Teoria da Sedução Generalizada

A Teoria da Sedução Generalizada (TSG) é uma retomada de Laplanche à Teoria da Sedução de Freud e seu alargamento, ou melhor, sua reconstrução. Uma (re)construção teórica que tem o objetivo de preencher as lacunas deixadas por Freud no abandono à sua *neurótica*⁸. Laplanche (1988b) faz um resgate do material produzido por Freud e das cartas

⁸ Carta adressada à Fliess, n° 69 de 21 de setembro de 1897.

trocadas entre ele e Fliess, pois o considera como “fundamento essencial da psicanálise” (p. 108). Nas duas teorias, a sedução parte do adulto. Porém, o adulto não é um perverso incestuoso (salvo exceções patológicas), uma vez que se trata dos pais e/ou dos adultos que se ocupam dos cuidados das crianças. O que define tratar-se de uma sedução é a característica da passividade da criança em relação ao adulto (LAPLANCHE, 1988b, p. 110). Portanto, não se trata aqui de uma sedução com características de atos sexuais, nem muito menos violentas.

A sedução é generalizada porque é inevitável. Ela ocorre durante os cuidados essenciais de nutrição, de higiene e de proteção, dentre outros. O que chama a atenção é que estes cuidados provocam sensações na criança de diversas naturezas: de dolorosas à prazerosas (DEJOURS, 2011). Freud mesmo já observava um certo gozo no seduzido (caso Emma) levantando o questionamento de Laplanche “quem seduz quem?”, abrindo uma porta às novas compreensões. Laplanche toma como gancho a retomada de Freud da sedução na relação pré-edipiana, a sedução da mãe durante os cuidados com o bebê e cita Freud:

Aqui a fantasia toca o solo da realidade efetiva, pois foi efetivamente a mãe que, no desempenho dos cuidados corporais, necessariamente, provocou e talvez mesmo despertou pela primeira vez sensações de prazer no órgão genital⁹ (Freud apud Laplanche, 1988b, p. 116).

Portanto, “uma sedução necessária”, segundo Laplanche (1988b, p.116) e inevitável, segundo nossa compreensão. Durante os cuidados, o adulto comunica com a criança. Uma comunicação via corpo, uma vez que esta ainda não tomou posse da linguagem simbólica. Laplanche (1990) aponta que esta é uma linguagem da “ternura”, da “paixão”, por isso é carregada de desejo mas, também, marcada pelo Supereu do adulto como a interdição, a culpabilidade, o ódio “de forma que o desejo e o interdito caminham lado a lado” (p. 34). A culpabilidade é introjetada (FERENCZI, 1921/1933) e a criança é confrontada com o mundo dos adultos. Ela terá de aprender como se dá esta comunicação. Mesmo sem compreender terá de dar sentido aos gestos do adulto.

Como assevera Dejours (2011), a criança será um hermenauta a interpretar a mensagem do adulto. Fará um trabalho de tradução das mensagens não verbais, das quais “sobra sempre um resto” (LAPLANCHE, 1988b, p. 123), uma representação-coisa que formará o inconsciente (Ics) da criança. Durante os cuidados, o enigma Ics do adulto vem à tona na maneira como este presta os cuidados à criança recheados de mensagens enigmáticas, ou seja,

⁹ Nesta citação, optei por não colocar a citação de Freud, mas a de Laplanche citando Freud, com o objetivo de enfatizar a leitura de Laplanche e a aplicação deste trecho, pelo autor, em sua Teoria da Sedução Generalizada.

significantes, retomando a expressão de Laplanche que diz: “todo significante é enigmático” , pois estes cuidados são acompanhados de fantasmas sexuais dos adultos (1988b, p. 125).

Desta forma, a sexualidade vem do exterior, do Outro, do adulto que a introduz na criança. O comportamento instintivo de apego da criança em busca do corpo do adulto é visto no reflexo de agarrar, de procurar o calor, o contato, o leite, de se fazer aconchegar. O adulto sabe o que a criança quer pelo corpo, uma comunicação instintiva através do cuidado. O cuidado é a base da comunicação entre a criança e o adulto, salvo raras exceções patológicas como o autismo. São as reações de cuidado por parte do adulto que desencadeiam a sexualidade. O adulto não tem consciência deste fato. A criança excitada demanda o adulto e tenta traduzir a mensagem do adulto. Nota-se que este processo é anterior à linguagem simbólica. Esta tradução é inacabada e a outra parte não é traduzida, sobra um resto, uma sombra, um resíduo de material (não traduzido) que fica para trás como fonte de excitação no corpo da criança que vai retomar a primeira tradução para remanejar, traduzir, desfazer e retraduzir. Há duas características neste movimento: 1) a mensagem do adulto assume a forma de introduzir o sexual na criança; e o medo de como o adulto lida com a criança que faz essa tradução; 2) o recalco original. (FERENCZI, 1927/1933; LAPLANCHE, 1988b; DEBRAY, 2002; DEJOURS, 2011).

Todo o adulto seduz a criança, não há outra forma, e a transforma em um hermenauta que traduz a sedução que a atinge. As mensagens estão contidas nos gestos, na manipulação do corpo da criança pelo adulto (por isso inevitável). A criança não traduz diretamente a mensagem, mas o efeito desta mensagem sobre o seu corpo e o pensamento da criança se aplicará na tradução do estado do seu corpo. Assim, a construção do Eu, da existência parte do corpo e a comunicação é a tentativa de compartilhamento do mundo interior. Seguindo este pensamento, podemos afirmar que a sexualidade não é apenas biológica, mas pulsional. O inconsciente do adulto, este estrangeiro para ele mesmo, vêm à tona durante o contato com o corpo da criança. Vem do corpo mas não é biológico.

Dejours faz o questionamento: como o adulto se comporta diante da tradução da criança? Geralmente, não muito bem. A criança coloca o adulto à prova da tradução e avalia a resposta pelo comportamento do adulto. Ela enlouquece o adulto, provoca reações de aversão contra o corpo da criança, daí, a criança não pode traduzir. Ocorre um acidente de tradução, o intraduzível é uma forma de traumatismo. Fica, então, uma marca, um traço

inconsciente, o inconsciente amencial¹⁰ (DEJOURS, 2001; DEBRAY, 2002). Na teoria central da sedução generalizada, fica um resto não traduzido pela criança (o inconsciente do adulto aparece no trato com a criança), este resto não traduzido será recalçado e formará o Ics sexual recalçado. No olhar marginal, a mensagem do adulto tem uma forma violenta, uma passagem ao ato ou uma reação excessiva, que não permite nenhuma tradução pela criança.

O inconsciente sexual recalçado retorna, a teoria chamada de “retorno do recalçado” (os lapsos, os atos falhos, fantasmas, sonhos, lembranças de cobertura, sintomas). Por sua vez, o Ics amencial não retorna como o Inconsciente (Ics) sexual recalçado. Ele retorna em atos impensados, na passagem ao ato. Sem pensar, sem participação do Pré-consciente (Pcs). A passagem ao ato toca, muitas vezes sem o saber, a zona de sensibilidade do Ics. Lá onde, do ponto de vista tópico, está a separação dos dois inconscientes: o Ics amencial e o Ics sexual recalçado que é desestabilizado no encontro com outro (DEJOURS, 2001; DEJOURS, 2011).

Após estes esclarecimentos chegamos a um ponto importante: a pulsão sexual. Como podemos observar na TSG, este processo se inicia já na primeira infância, no contato do adulto com o corpo da criança. Portanto, a pulsão parte do corpo. Ela tem duas funções: a função vital instintiva, ou seja, a fisiológica clássica das variáveis biológicas e a função sexual erótica que se forma a partir da primeira, via subversão libidinal.

A pulsão sexual primeiramente é oral. Quando a criança morde, brinca com o peito ao invés de sugar o leite. Um brincar que envolve o contato do corpo da criança com o corpo do adulto. A criança faz isso porque lhe dá prazer. Este prazer do corpo leva à autonomia na ditadura da necessidade e a boca se torna uma zona erógena, de prazer e não apenas órgão para alimentação. Uma pulsão parcial. Um prazer com potencial perigoso, a busca incessante do prazer (tem gente que morre em busca do prazer). E a criança agora irá sempre estar em busca do prazer, como uma necessidade (DEBRAY, 2002; DEJOURS, 2011). Trata-se de um movimento pulsional porque não deixa de pulsar. Está “apoiado” nas necessidades do corpo, pois o que estimula é o órgão. Está sempre presente. Assim que há satisfação, uma nova necessidade surge e um novo movimento se reinicia, uma atividade. Laplanche referencia Freud em “*Pulsões e destinos de Pulsões*” quando assevera: “cada pulsão é um pedaço de atividade” (LAPLANCHE, 1988b, p. 117). Prossigamos à teoria do corpo, pulsão e movimento, segundo nosso entendimento.

¹⁰ “Amencial” designa ao que não pode ser simbolizado pela criança pequena, por esta ainda não ter a posse da linguagem simbólica.

2.4 O corpo e a pulsão: teoria estrutural do psiquismo

Início este tópico, da pesquisa, com uma citação de Martinho Lutero também citada por Szondi (1975) na obra “*Introdução à Psicologia do Destino*”, pois retrata o movimento pulsional do homem de vir a ser:

“Esta vida não é um estado de devoção,
mas a conquista da devoção,
Não é ter saúde, porém conquistar a saúde,
Não é ser, mas vir a ser,
Não é repouso, e sim atividade.
Nós ainda não somos, seremos.
A vida não está pronta e acabada,
Mas em elaboração,
Não é a meta, mas é o caminho”.

A pulsão é uma das mais importantes descobertas nocionais de Freud. As pulsões são instintos imperfeitos. A teoria pulsional tem a função de mostrar como se monta o funcionamento do aparelho psíquico, além de relacionar este funcionamento ao comportamento humano e às bases fisiológicas em uma relação tanto do homem “com ele mesmo” em seus sentimentos e sensações (mentais e corporais), quanto nas relações externas, com os outros e com o mundo à sua volta (HANNIS, 1999).

Martins (2005) afirma que “o corpo pulsional é diferente do corpo biológico” (p. 181), portanto, a pulsão é um termo que tem a difícil tarefa de abarcar o somato e o psíquico.

Vejamos o que disse Freud (1915) sobre isso na obra “*Os instintos e sua vicissitudes*”:

Se agora nos dedicarmos a considerar a vida mental de um ponto de vista biológico, uma ‘pulsão’ nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (p. 127).

Conforme a citação acima, a pulsão é também corporal. Poderíamos conceituá-la como sentimentos sentidos por dentro e por fora (LAPLANTINTE, 1991), entre o somático (corpo) e o psíquico (representante mental). É sabido que se trata de um termo polissêmico, por isso, a rejeição ao reduzido uso do termo instinto (*Instinkt*) e a “preferência em deixá-lo reservado para o comportamento dos animais” (ROUDINESCO, 1998, p. 628). As pulsões e suas representações (*Vorstellung*) montam o funcionamento deste aparelho. Conforme a conceituação de Laplanche (1988b),

A pulsão não é, pois, nem um ser mítico, nem uma força biológica, nem um conceito-limite. Ela é o impacto sobre o indivíduo e sobre o Eu da

estimulação constante, exercida do interior, pelas representações-coisa recalçadas, que podemos designar como objetos-fontes da pulsão (p. 80).

Assim, o corpo pulsional é formado pelo corpo somático (biológico) e pelo aparelho psíquico. Uma tríade entre o corpo e a mente que resultam na ação, em um movimento contínuo. O movimento da vida. O que move Freud é a origem causal dos conflitos psíquicos, que nós, concordando com a leitura de vários teóricos como Szondi (1975), Schotte (1985), Laplanche (1988a), Martins (2012) e Hannz (1999), sobre obra de Freud, afirmamos que são pulsionais.

Laplanche (1988a) faz um questionamento sobre a pulsão: “para fazer o quê?” “a pulsão, deve-se dela fazer alguma coisa?” (p. 73). Têm o sentido de força e energia, por isso a alusão de movimento, de ação, para se “fazer” alguma coisa. Daí, a compreensão das palavras conceituais de Laplanche e Pontalis (2001) sobre o que é a pulsão: “Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo” (p. 394). Ainda para Laplanche (1988b), a pulsão é uma experiência. O autor faz uma diferenciação entre experiência (*experience*) e experimento (*experiment*). A experiência vivida e sentida, tanto no sentido de trazer significado, como diz Martins (2013a), quanto no sentir em ato e na pele.

Em nosso estudo tentamos pensar na possibilidade do movimento pulsional ser expresso na linguagem simbólica via verbos páthicos, uma leitura particular da fala dos pacientes na experiência clínica vivenciada. Guimarães (2008) diz que a clínica, faz parte do universo particular, mas no momento em que é escrita “entra no campo da experiência compartilhada ao nível da teorização, capaz de ampliar a rede de significações” (p. 93). Quanto à experiência prática, vivenciada, Laplanche (1988b), aponta quatro requisitos:

- 1) *O determinismo psíquico*: a causa é determinada pela vontade. Uma experiência interna (psíquica) que se exprime, projeta-se, no exterior. Aqui podemos perceber o movimento iniciado na mente, advindo da energia impulsora do desejo à intenção (para nós, o verbo ‘querer’) e chama a atenção para o Isso.
- 2) *As causas da ordem da representação*: estas vão além dos múltiplos sentidos que se pode dar, ou seja, pelas fantasias ou imaginações. A “representação- coisa no sentido intencional, que se torna a verdadeira coisa, mas no sentido inconsciente” (LAPLANCHE, 1988b, p. 74);
- 3) *As representações corporais*: as fantasias libidinais;

4) *Os fenômenos do deslocamento*: neste ponto, o que intriga Laplanche, são as mesmas manifestações afetivas ligadas a representações e circunstâncias reais completamente distintas. As transferências, as metáforas e até a condensação são exemplos disso.

Portanto, a pulsão não se resume as coisas do pensar humano, mas também à dimensão das experiências dos viventes, como o sentir, também no corpo efetivo material (ou corpo biológico, segundo o termo utilizado por Dejours, apresentado no tópico anterior). Martins (2012), levanta um conceito de pulsão que traz uma clareza, em uma ironia fina obscura, que demonstra a dificuldade de um conceito único e exato: “não é apenas uma coisa dentro do homem, mas uma coisa que o constitui e que o faz mover” (p. 36) (coisa como algo abstrato inominável, coisa como algo material, ou ainda coisa como força motriz. Tudo, de uma só vez). Ainda neste texto afirma, categoricamente, que o conflito do homem, em suas dimensões físicas e psíquicas entre a razão e os sentimentos, estão na pulsão. Veja a citação:

Entregue à pulsão sensível, o homem é prisioneiro de sua natureza, de suas necessidades físicas. Colocado sob o jugo excessivo da pulsão formal, o homem é coagido por sua razão, vítima de seu poder legislador, abstrato e desencarnado. Somente o jogo das faculdades – entre razão e sensibilidade – permite-lhe escapar a estes dois tipos de servidão (MARTINS, 2012, p. 36).

Para os românticos, o homem vive em constante tormenta (*Storm*) e pressão (*Drang*), sendo que a pressão é o que vem de dentro do homem (os desejos; o querer) e a tormenta é o que vem de fora, por exemplo, um impedimento natural, do poder como capacidade (*können*), diminuído pela doença física. Ainda Martins, quanto ao que vem de fora (a tormenta), o homem pode se proteger, quanto ao que vem de dentro, não há defesas, não há como fugir ou se esquivar (ROUDINESCO, 1998). O conflito psíquico se instala, nas concepções freudianas do recalque das moções sexuais, responsáveis pelas neuroses.

A teoria do destino, de Szondi (1975), afirma que “as pulsões e os mecanismos de defesa fazem o destino” (p. 27). A capacidade de conscientização do homem o diferencia dos animais, a conscientização e a escolha definem o destino. Ainda Szondi (1975) declara que são as funções do Eu e as funções da mente que condicionam o destino de livre escolha, sendo o eu o executor da escolha.

A partir da admirável descoberta de Szondi sobre a constituição de um sistema pulsional, Schotte (1985) organiza estas categorias em sistemas de circuitos pulsionais. O circuito pulsional do Eu faz uma comparação a uma viagem de trem na qual passa por quatro estações: Projeção; Introjeção; Negação e Inflação. Nesta última utilizaremos o termo Autocuidado, considerando ser mais adequada à palavra original *Selbsthaltung*. Veja a figura 01 (Szondi, 1975, p. 108):

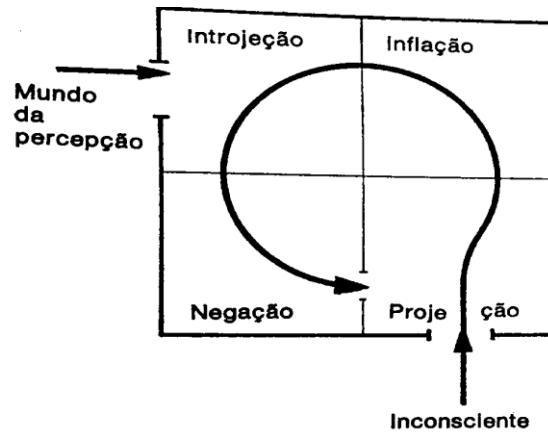


Figura 01: Exposição esquemática do movimento circulatorio do Eu.
Fonte: Szondi (1975)

A **Projeção** é a mais primitiva das estações. Nela ocorre uma indiferenciação entre sujeito e objeto, ou seja, a exteriorização da própria potência de ser do Eu sobre pessoas. “Conduz, por projeção do poder próprio do eu, à formação de unidades duplas. Isto é, à vida do eu no outro” (SZONDI, 1975, p. 106). Na estação **Introjeção** o enriquecimento com valorização do mundo exterior e interior que permite um olhar diferente para a mesma situação da vida. A **Negação** trata-se do esforço do Eu em negar, inibir ou recalcar seu desespero ou sua dor. No **Autocuidado** ocorre o esforço do Eu em duplicar sua potência de ser, por isso, a resolução.

Trazemos estes conceitos, embora de forma simplificada, porque o circuito pulsional aparece nas falas dos pacientes e assim, propomos uma análise pelo circuito pulsional do Eu em uma atenção específica aos verbos páthicos: querer, poder e dever, tema desenvolvido no capítulo a seguir.

CAPÍTULO III

O CORPO E A LINGUAGEM

A escuta tem sido apontada como o principal instrumento de compreensão do que se passa na mente dos pacientes, sendo este entendimento uma prerrogativa para uma clínica pática. Deste modo, propomos uma escuta direcionada do nosso entendimento frente às categorias páticas, apresentadas inicialmente por Weizsäker (1958), representadas pelos verbos páticos: querer, poder e dever. Cremos que esta escuta permite uma compreensão diferenciada do humano, nos seus sofrimentos e vontades mais íntimas, que na fala, surgem espontaneamente, como que a trair seu próprio autor.

Neste ponto, Weizsäker faz uma chamada para a pergunta do paciente “por que isso aconteceu comigo?” e a resposta médica técnica-científica, que em nada responde suas questões existenciais (SCHOTTE, 1985). Outros autores já apontaram este mesmo fato, como Foucault (2011) acerca do desejo de saber por volta dos séculos XVI e XVII, na Inglaterra, sobre tudo a necessidade de evidências: “ver, em vez de ler, verificar em vez de comentar” (p. 16), ou seja, um grande investimento material técnico-científico do conhecimento. Que este conhecimento técnico-científico trouxe descobertas importantes com fins diagnósticos e terapêuticos, não há dúvidas. A possibilidade de continuar vivo apesar do trauma abdominal ou do câncer colorretal é um exemplo disso. Nossa discussão não segue este caminho, mas na possibilidade de acolhimento destes pacientes que sem sombra de dúvidas, sofrem. Cremos, portanto, que a escuta é o principal instrumento de acolhida. Desta forma, proporcionamos, aos pacientes, um espaço de poder dizer.

Neste estudo apresentamos como novidade uma escuta direcionada e atenta aos verbos páticos utilizados pelos pacientes no ato de dizer e sua relação com o movimento pulsional vivido no momento da fala. A seguir uma discussão detalhada das nossas pretensões.

3.1 Os verbos páticos: querer, poder e dever

Verbos páticos, assim que nominamos os verbos modais: querer, poder e dever. O conceito de modalização apresenta uma notável diversidade, desde a sua conceituação até as orientações teóricas. Desta forma, trazer um conceito de modalidade é algo complexo e uma discussão grande entre linguistas e lógicos. Discutir este campo é uma tarefa para mim praticamente impossível, cuja formação e interesse estão voltados para a clínica e ao

sofrimento dos pacientes. Na tradição linguística, o termo “modalidade” é utilizado para “expressões que remetem de modo mais, ou menos, aproximado à oposição estabelecida pela Lógica antiga entre os conceitos de possível, de real e de necessário (NEVES, 2011, p. 152). Os enunciados modais abarcam o subjetivo, a moralidade e também os afetos ao longo do discurso. A autora ainda esclarece que historicamente a modalização abrange os conceitos lógicos de “possibilidade” e de “necessidade”. Os verbos modais, segundo a autora, apresentam aspectos de possibilidades deônticas e epistêmicas e também de permissão e de volição.

Nossa escolha por tais verbos advém de Weizsäcker (1958), que através de seu olhar clínico os chama de páthicos porque são necessariamente humanos. Somente os humanos têm problemas com os verbos querer, dever e com o poder no sentido de permissão, capacidade, etc. Como dito na introdução, os verbos páthicos revelam as crenças, valores, deveres e desejos. A escuta atenta é capaz de valorizar, desvelar e interpretar, trazendo sentido e valor ao que é dito. Segue o esquema (figura 2) dos verbos páthicos conforme nosso entendimento e a tese que pretendemos defender:

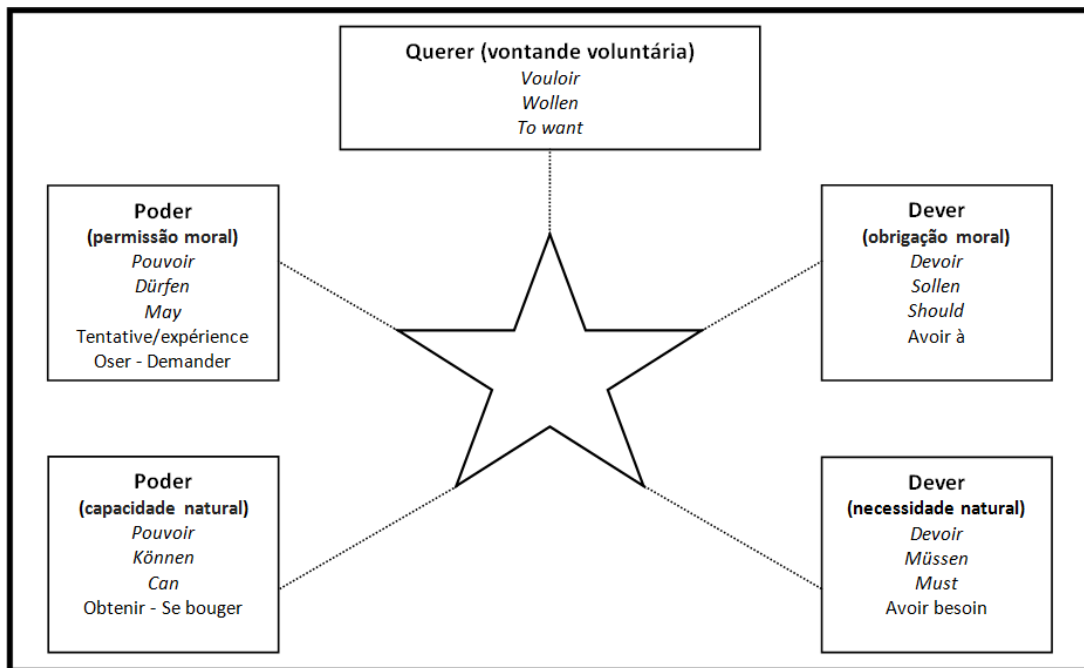


Figura 02: Estrela esquemática das categorias páthicas e a personação humana

O esquema da figura 01, na forma de estrela, mostra os verbos páthicos e uma primeira diferenciação de uso em português. O querer como sentir vontade ou intenção de; o dever moral imputado pelo próprio sujeito (a si mesmo) diferente do natural, ou seja, algo que forçosamente tem de acontecer (HOUAISS, 2003; MACHADO, 1987). O poder também se diferencia em moral e capacidade natural. O poder moral traz o sentido de autorização e o

poder como capacidade natural, o significado de faculdade, como exemplo, “podemos trabalhar”. Na apresentação esquemática, sob forma de estrela, nenhuma ponta se sobressai de maneira privilegiada. Tem também, o objetivo de trazer movimento à ação dos verbos e mostrar que não são estáticos, mas alteram-se o tempo todo, como o movimento pulsional.

O verbo ‘querer’ em português tem vários significados, de acordo com o uso, além da intenção de exprimir a própria vontade. O querer torna-se central na ação. Weizsäcker (1958) aponta que a decisão é do ‘querer’. O poder, neste caso, é de um ‘querer-poder’ e o inverso que precede o voluntário é o poder, como o caso do ‘poder-querer’. Portanto, a concretização do desejo pode ser impedida tanto pelo ‘querer’ e ‘não poder’ (seja por incapacidade ou por permissão), quanto no ‘querer’ e ‘não dever’ (pela ação moral ou o pelo dever que o próprio sujeito se impõe a si mesmo). Desta forma, as duas pontas baixas da estrela (*können e müssen*) apontam a restrição. Tratam do que não é permitido, seja por capacidade, seja por necessidade. Estas mesmas pontas representam, também, a concretude do corpo efetivo material que possibilitam a existência. Todas as pontas da estrela interferem no curso do destino.

O termo ‘*Trieb*’ faz parte da linguagem cotidiana da língua alemã e o psicanalista Luiz Hanns fez um levantamento das diversas formas de uso do termo embora esta leitura (direcionada aos verbos páthicos) seja de minha inteira responsabilidade, uma pequena contribuição para acalorar os debates sobre o assunto. Nesta leitura, pretendo chamar a atenção à relação conceitual de ‘*Trieb*’ e a nossa Estrela Páthica, reafirmando nossa ideia de que a estrela pode demonstrar, também, o movimento pulsional:

- O verbo dá ação à frase e para nós, o verbo **Querer** é o que coloca em movimento, a “força interna que propulsiona”, “toca para frente”, “empurra”, “estimula” (*Reiz*), força matriz (*Drang*); tendência; inclinação;
- O **Dever ser** (*sollen*) aparece nos usos do termo ‘*Trieb*’ no sentido da obrigação moral. O exemplo citado, pelo autor, é “*Instictus Divinus*”. Do ponto de vista ético, as pulsões também podem apresentar as concepções de “mau” ou “bom” conforme a observância da lei (pelo judeu) e Hanns (1999, p. 35) utiliza o exemplo “o *dever* do israelita *só pode ser* o combate constante contra a pulsão má”. Este “*dever ser*”, como o dever moral, pela obediência à lei e aos bons costumes culturais;
- O **Poder ser**, como permissão moral, destaca a restrição da permissão e a obrigação (“*só pode ser*”), que são internalizadas pela tradição oral: “Em certa medida,

pode-se considerar boa parte de sua teoria das pulsões como uma retomada hermenêutica daquilo que lhe foi dado na infância” (HANNS, 1999, p. 36);

- O **Poder moral** (*dürfen*): apresentado pelo autor como prazer-vontade (*Lust*) traz também o sentido de ímpeto. A permissão moral para satisfazer a vontade e proporcionar o prazer;
- No verbo **Dever como necessidade natural** (*müssen*), Luiz Hanns assevera que o instinto de querer pode produzir prazer, mas quando não satisfeito, pode se tornar um imperativo, uma necessidade, como a fome, que se não satisfeita torna-se torturante. O dever como necessidade, o qual não se pode viver sem. A necessidade pode se transformar em compulsão, outro sentido de ‘*Trieb*’, ‘*Zwang*’;
- No **Poder como capacidade** (*können*), Hannz (1999) coloca a palavra energia. Energia é o que possibilita a concretização do impulso de querer. Existe ainda o sentido biológico de “broto”; “rebento”. A capacidade da natureza de se produzir e de manter a espécie.

Após esta leitura dos usos do termo ‘*Trieb*’ e as relações com os verbos páthicos apresentados neste estudo, prossigamos aos detalhes de cada verbo.

Wollen O “livre arbítrio”

Para nós, o verbo querer (*wollen*) é a força impulsora da ação. Segundo a definição do dicionário Houaiss (2003), significa ter desejo ou intenção de; projetar; desejar com especial interesse; aspirar; pretender; aspirar ou desejar adquirir; possuir. Desta forma, o querer pode ser dividido no quesito da intencionalidade. Assim, é possível uma categorização do verbo querer: 1) de ‘intenção’ e 2) de ‘execução’. A intenção é a vontade primeira da ação de querer como pretender ou possuir. À intenção podemos acrescentar o verbo ‘saber’. É a ideia inicial junto ao querer, o cálculo mental da ação e da possibilidade de execução. Na execução do querer, colocamos o verbo de ação, ‘fazer’. Desta forma, o verbo querer é diferenciado dos verbos desejar e aspirar. ‘Aspirar’, segundo a definição dos dicionários, é atrair aos pulmões; inalar; inspirar; respirar; recolher por meio de sucção; almejar; pretender. ‘Desejar’ traz o sentido de uma satisfação intelectual, emocional ou física. Junto ao desejar, encontramos a definição de ter desejo veemente de possuir algo; almejar; cobiçar; pretender.

Como vemos, tanto o desejar, quanto aspirar trazem uma representação mental de intenção, ou seja, de algo ainda parte do imaginário humano (HOUAISS, 2003). Entre ‘desejar’ e ‘querer’, existe uma diferença: a concretização. O dicionário de sinônimos (1981) alega que a concretude dependerá do poder de ação daquele que quer, e diz:

Ambos significam vontade. A diferença entre eles está na realização da ‘vontade de quem quer’ depende apenas dos meios empregados, ao passo que a da ‘vontade de quem deseja’ depende menos dos meios empregados do que da vontade alheia ou de circunstâncias em que não tem poder a vontade da pessoa (p. 221-222).

A pessoa que ‘quer’, não tem dúvidas. A vontade é inabalável, firme e não reconhece obstáculos. A determinação o torna capaz de fazer o possível e o impossível para alcançar o objetivo. É assim que vemos os atletas. Se duvidarem, é certo de que não serão vitoriosos. Assim também vejo Freud em sua determinação em divulgar a grande descoberta do método de interpretar os sonhos. Como é sabido, o livro não foi um sucesso de vendas, mas a determinação e a certeza de que tinha algo muito importante a dizer, fez com que o autor fizesse um resumo para uma nova publicação (JONES, 1989). Daí, logo na contra capa, a famosa frase de Virgílio “*Flectere si nequeo superos, Acheronta Movebo*” (FREUD, 1900, p. 15). Uma determinação que faz mover o possível e o impossível. Não podemos duvidar da força impulsora do verbo querer. O querer faz o mover.

Ricoeur (1991) levanta a questão da intenção que pode ter vários sentidos no uso da língua. O sentido aqui pretendido é do futuro como uma ação a ser realizada. Cito Ricoeur:

“esse segundo emprego da palavra “intenção” recobre o que chamamos mais acima “motivo prospectivo” (p. 89). Ou seja, algo que ainda não aconteceu. Esta intenção projetiva, sustenta Ricoeur, não pode ser atestada. É incerta, uma vez que não se realizou (ainda). A constatação é feita sobre a declaração do locutor. A declaração da intenção já é, em si, um fato.

O verbo fazer é ligado à ação também de saber, pois para agir é necessário primeiro saber. Assim, como dito acima, o verbo querer na categoria da intenção vem primeiro. A categoria ‘execução’, com o verbo fazer, dá o movimento impulsionalizado do querer. Cito Ricoeur (1991): “é fazendo que se sabe que se faz o que se faz e por que se faz” (p. 88). A frase de Ricoeur mostra a ação em movimento, o gerúndio (*in fieri*), “é fazendo que...”. O movimento do homem que vai aprendendo fazer, se constituindo, o tempo todo. É assim que acreditamos que o homem vive. O tempo todo se constituindo “em se fazendo ele mesmo”. Não está, portanto, pronto ou acabado. Ao terminar uma ação, novamente o desejo e a intenção o incitam, e uma nova ação recomeça.

A tese de Ricoeur da ação contra o acontecimento tem muito a contribuir na compreensão do movimento mental e pulsional expresso na linguagem simbólica. Segundo o hermeneuta, o acontecimento chega simplesmente. A ação, por sua vez, faz chegar. “Entre chegar e fazer chegar há um abismo lógico”, afirma Ricoeur (1991, p. 79). O acontecimento é o que mais se aproxima da verdade científica, uma vez que se pode constatar como verdadeiro ou falso. O que faz chegar não tem esse intento, o movimento é o que se constata.

A pergunta *por quê?* Revela mais que o objetivo da ação, pois segundo Ricoeur, o resultado obtido em si já é um acontecimento. Ricoeur (1991) utiliza a frase de Anscombe “*eu faço o que acontece*” (p. 89) e os verbos fazer e agir interligados como sinônimos. O querer aparece também no estudo de Ricoeur. O autor levanta o exemplo “*tenho vontade de*” (p. 89), o sentido de “ter vontade” é tentar atingir. Para nós a ação se inicia com o verbo querer, este materializa o desejo, tornando-o real.

O primeiro passo, para a concretização da ação, portanto, é o verbo querer. Escolhemos como precursor da ação o verbo querer e não desejar, uma vez que em português o querer aproxima da realidade, muito mais que o *desidério* latino. Assim também penso que ter vontade é mais concreto, sentido no corpo, que o desejar. O que me levou a pensar assim é o tempo verbal empregado por Ricoeur quando se refere ao desejar e gostar: o que desejaríamos ou o que gostaríamos (p. 81). O verbo no futuro do pretérito reafirma nossa concepção de irrealidade. Ricoeur ainda aproxima as ações ‘ter vontade’ e fazer, trazendo o sentido de materializar. Este pensamento de realização está presente na cadeia expressiva de Ricoeur (1991, p. 82): “*ter vontade a ter vontade de fazer, a tentar fazer e finalmente, a fazer*”. Vejam

o movimento iniciado da intenção de fazer, o querer (segundo nossa tese) e o movimento de efetivação. Há, portanto, uma distinção lógica entre fazer (no sentido da ação) e chegar (a concretização).

Por fim, o querer, como vontade voluntária. Isto significa um ato consciente. Para querer é necessário permitir-se querer. Nos casos de neuroses, este permitir-se é negado pela renúncia. Creio que seja a renúncia, ato consciente, e não a frustração a causa das neuroses. Concordando inteiramente com Martins (2007, p. 27), quando diz “O neurótico é o sujeito que pratica a renúncia pulsional”. A alegação consciente de querer é um ato realizado, calculado e intencionalizado já de antemão permitido a si e por si mesmo. O desejo se monta a partir da excitabilidade e nem toda excitação toma o sentido de direção. O desejo sob o ponto de vista pulsional, é um fator motor que pressiona e, juntamente com o poder, coloca em movimento para o objetivo, a consecução. Assim, podemos arriscar na atestação de que quanto maior a consciência, maior será a vontade. Finalizo este tópico com a tese, de Francisco Martins em seus seminários: ‘Desejo = Motivo’ (pois dá o que pensar).

Sollen
Dever ser como obrigação
Dever ser como compromisso

Dever trata da obrigação, do latim *'debere'* significando 'debitar', ou seja, débito, dívida. O dever no sentido de obrigação moral é bem presente nos conflitos humanos em que o dever imposto pelo próprio sujeito é maior até do que as exigências sociais como as expressões "devo ser forte", "devo vencer na vida", gerando extrema angústia, uma imputação obrigatória cuja origem é identificada no interior do indivíduo (HOUAISS, 2003; MACHADO, 1987). A famosa frase de Kant (1980) versa sobre o verbo dever (*Sollen*): "O céu estrelado por sobre mim e a lei moral no interior enchem o espírito de admiração e reverência sempre novas e crescentes quanto mais firme e assídua se mostra nossa reflexa" (p. 118).

Esta ponta da estrela é marcada pela lei moral. Poderíamos chamá-la de eixo Kantiano, uma homenagem ao exemplo da ordem e da moral. Este dever é manifesto pelo **sim** e pelo **não**. O sim ao Ideal do Eu e no não, referente à censura do Supereu crítico. O princípio da obrigação e do 'dever ser'. O 'dever' como débito, dívida ou "imperativo categórico" é o dever do exemplo utilizado por Freud (1923):

Você deveria ser assim (como o seu pai). Ela também compreende a proibição: Você não pode ser assim (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz; certas coisas são prerrogativas dele (p. 47).

"Você **deveria** ser assim (como o seu pai)". Aqui, é claro a imposição da semelhança com o pai. Este 'dever ser' é o ideal do eu, vem de fora, extra-subjetivos e são internalizados. O identificar-se com o pai traz, no regresso da libido para o Eu, uma alteração no caráter altamente responsiva, a lei, a ética e a moral. O 'dever ser' introduz o ideal a ser alcançado e uma dívida a ser quitada. Tem-se aqui a compreensão de que o Supereu é formado a partir dos precipitados que vieram de fora, desde as relações de objeto com as figuras parentais. O processo de identificação que ocorre para reprimir o complexo de Édipo revela o caráter dramático com o qual o conflito entre as instâncias psíquicas é dotado, ou seja, trazem uma denotação antagônica: você deveria, mas não pode. Na frase acima, o poder aparece restrito, negado: "você não pode ser assim (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz". Neste caso, o poder é de permissão, não se tem permissão para ser como o pai, para fazer tudo o que ele faz. O 'não poder' diz algo da diferença, da ameaça à castração e do interdito. Inaugura a "regra das regras", sobre a qual se embasam todas as outras.

A tradição oral, ao longo da história é que transmite as regras de conduta, a regra moral. O Supereu surge de uma identificação com o pai tomado como modelo, uma identificação

dessexualizada e sublimada. A criança, renunciando aos seus desejos edipianos marcados pela interdição, transforma seu investimento na identificação com os pais, e que posteriormente serão substituídas e/ou agregadas às exigências culturais (religião, educação etc.).

Do ponto de vista da moralidade, o Isso seria totalmente amoral; o Eu esforçando-se para ser moral e o Supereu sendo o supermoral, tornando-se tão cruel quanto somente o Isso poderia ser. Desta forma, quanto mais o homem controla sua agressividade para o exterior, mas severo é consigo mesmo. No dizer de Freud (1923), “o homem normal não apenas é muito mais imoral do que crê, mas também muito mais moral do que sabe” (p. 65).

Segundo Kant (2007) “todos os conceitos morais tem sua sede e origem completamente a priori na razão” (p. 46). Assim, o dever moral não é determinado por sentimentos, é racional. A razão determina a vontade. O dever é uma obrigação imposta à vontade, reconhecido pelas regras a serem seguidas. A moral é a obediência aos costumes e hábitos recebidos pela tradição oral, por isso é arraigada ao homem e não se resume à “simples” obediência às regras, pois mesmo sem a vigilância (dos pais, por exemplo) lá está ela presente, voltando-se contra o Eu no sentimento de culpa. O valor moral é entranhado. Faz reflexo na conduta, no agir, embora sejam conceitos e valores internalizados definidos a partir da cultura, educação e visão de mundo. Definem o modo de ser de cada um. Neste caso, o dever ético moral não se exprime pela experiência, mas se trata de uma ideia a priori, e desta forma, relaciona-se ao Ser. Portanto, é diferente do ‘dever natural’ (parte baixa da estrela), ou seja, o dever pela necessidade, pois se trata do ato de agir imposto e definido pela lei e pelos costumes (a moral aplicada), é algo abstrato.

Ainda Kant, “todos os imperativos se exprimem pelo verbo dever (*sollen*), e mostram assim a relação de uma lei objetiva da razão para uma vontade que segundo a sua constituição subjetiva não é por ela necessariamente determinada (obrigação)” (2007, p. 48), ou seja, uma vontade distinta do agradável. O imperativo pode ser entendido de duas maneiras: 1- Hipotético: que é possível ou real que se queira. Trata-se de uma necessidade prática, de uma ação possível, como meio de alcançar outra coisa que se quer; e 2- Categórico: ação objetivante necessária por si mesma, sem relação com qualquer outra finalidade.

Kant (2007) nos apresenta o dever imposto pela sociedade, aquele que devemos cumprir, mas aponta também outro dever, o dever imposto por si mesmo a si. Este dever não é simplesmente altruísta, mas cheio de interesses ocultos que Kant chama de “amor-próprio oculto”. Veja a citação abaixo:

Acontece por vezes na verdade que, apesar do mais agudo exame de consciência, não possamos encontrar nada, fora do motivo moral do dever

que pudesse ser suficientemente forte para nos impelir a tal ou a tal boa ação ou tal grande sacrifício. Mas daqui não se pode concluir com segurança que não tenha sido um impulso secreto do amor-próprio, oculto sob a simples capa daquela ideia, a verdadeira causa determinante da vontade (p. 40).

O ponto levantado por Kant (amor-próprio oculto) nos possibilita compreender o homem “interesseiro” desde sua existência. Até mesmo no mais puro desejo de cumprir o dever, sua obrigação; tem algo secundário, um ganho, que pode inclusive ser fonte de prazer frente ao sofrimento imposto pela renúncia aos desejos. Uma ambiguidade e confusão dos sentimentos que nos remete a Ricoeur (2013) “a punição do desejo é o próprio desejo” (p. 306).

Mesmo algo bom, pode levar ao mal que Kant atribui aos princípios muito difíceis e até impossíveis de alcançar, ou seja, um Ideal do Eu muito elevado. Para nós, este mal pode levar a uma neurose obsessiva, pois cremos que é o ato da renúncia que cria neuroses e não a frustração. Na neurose obsessiva há um conflito internalizado um **sim** seguido de um ‘mas’, ou seja, um **não** mentalizado e este censor é vencedor da batalha interna (a renúncia). Há muitas modalidades de renúncia e o sentimento de culpa e remorso é fonte de grande sofrimento. Vejamos o que diz Freud (1923):

Em verdade, pode ser precisamente este elemento da situação, a atitude do ideal do Eu, que determina a gravidade de uma doença neurótica. Não hesitaremos, portanto, em examinar bem mais detalhadamente a maneira pela qual o sentimento de culpa se expressa sob condições diferentes (p. 63).

Existe uma diferença entre o dever como ‘ter de’, uma obrigação, como Kant no desejo do céu estrelado, a lei interior que o faz renunciar, e a sublimação. No dever como obrigação (‘ter que’, ‘ter de’) a lei impera e obedece-se por temor, por sua vez na sublimação, obedece-se por amor (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Um bem maior que faz com que apesar de toda a renúncia, o prazer do sacrifício. Renúncia é diferente de frustração. Renúncia, é renunciar em nome de algo. É abdicar em função de um ideal.

No Imperativo Categórico, o dever é imposto de fora para dentro. As pulsões e excitações, por sua vez vem de dentro, e contra elas, não há defesas. Por isso o paciente usa o censor, representado pelo ‘ideal do dever’, e nega. As negações “trancam”, pois “não se deve querer o que quer” e a pessoa diz não para si- mesma. O mal se instala, segundo Ricoeur (2013) na autopunição “a mistura de condenação e de reinteração é a própria representação do desespero” (p. 307). Na neurose obsessiva, a pessoa prevê o censor e não pode efetivar os desejos. Este estraga o prazer de viver e traz profunda infelicidade. A censura cria, em muitos casos, uma vida paralela e íntima. O dever ser, portanto, traz uma dupla vertente na censura: o

crítico, que corta e interdita e o não dito é aquele que faz o censo. Este último é previdente. Essencial para a vida em sociedade e para a sobrevivência do grupo. Sem censor não existe civilização.

Por fim, meu entendimento sobre o verbo ‘dever ser’ em uma sequência dualística entre o sim e o não. Enquanto o sim se compromete, o não se obriga; o sim se responsabiliza e o não renuncia; o sim procede com justiça, o não se culpa e tem dor dos pecados; o sim cumpre o seu dever e o não a palavra (e nunca volta atrás); o sim promove o bem comum, o não satisfaz a obrigação. O sim permite a boa vida em grupo e o não é muito severo consigo mesmo, sofre e faz os outros sofrerem.

Dürfen
A liberdade: o permitir-se

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem uma forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não **ousarmos** fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.*

Fernando Pessoa

O *Dürfen* é caracterizado pela liberdade, o verbo de mais precisa compreensão seria o permitir, um permitir a si mesmo. Oposto ao *Sollen*, apresentado acima, também se divide nas categorias do ‘sim’ e do ‘não’. O sim marcado pela **criação** e o não pela **interdição**. O ‘sim’ permite o processo criativo, oposto ao verbo dever (*Sollen*), do Supereu crítico das regras e do interdito, sintomas comuns em casos de neurose. Aqui a pessoa se permite a transgressão, o sintoma agora é de perversão. Por isso a sequência dos verbos de ação: quebrar; violar; transgredir; infringir; deixar as formalidades; desorganizar (FERREIRA, 1969; HOUAISS, 2003; SPITZER, 1958).

A quebra das regras permite inovar. Grandes transformações sociais foram iniciadas por pessoas que se permitiram inovar, quebrar as regras. Seja nos comportamentos sociais (moda, vida cotidiana, política), seja por mudança nas artes, como literatura, pintura, e na ciência, inclusive. Todas estas mudanças provocaram uma ruptura de um modelo estruturado, definidos por regras pré-existentes.

As pessoas capazes de criar permitem-se viver e fazer coisas diferentes não se importando se serão criticadas por isso (aparentemente, pelo menos). Levar a vida menos séria é uma destas características. Em seus seminários, Martins chama este eixo da estrela de Jack Kerouac, uma representação personificada da nossa compreensão. Os verbos brincar, jogar, experimentar nos transportam para este mundo. Tentar; fazer experiência; tentar; arriscar-se, como vemos em muitos outros exemplos de pessoas que se arriscam em um processo criativo. Neste caso, cito o exemplo do próprio Freud, que cria uma nova ciência em um processo de sucessivas tentativas experimentadas dia-a-dia, construídas em um movimento de derrotas, vitórias, mas nunca pela desistência. Os verbos que representam esta atitude são: provar, arriscar-se e a expressão “ver se dá”.

Existem pessoas que tudo arriscam, sem se preocupar com o destino. Literalmente “empreendem à toa”, “à sorte”, “à Deus e à ventura” ou como se diz na expressão popular “à Deus dará”. Neste caso, mais próximo as venturas de Jack Kerouac, ou da personificação

brasileira de Zeca Pagodinho, muito citada nas aulas de Martins, especialmente no poético e engraçado refrão “deixa a vida me levar”.

Orientar-se; informar-se; autorizar-se indagar; sondar, reconhecer terreno, atentar para onde sopram os ventos; lançar as suas linhas, fazer ensaio de, ensejar, dar entrada à fortuna; abrir-lhe a porta; empreender; esforçar-se por; dar-se a; viajar à cavalo; tomar o pulso e ir a contento, são verbos e expressões encontradas em nossa pesquisa sobre o verbo *dürfen*.

É preciso uma dose de coragem para arriscar na vida. Arriscar uma nova profissão, por exemplo, e mudar o rumo do destino. Neste ponto, o *dürfen* é importantíssimo. Permitir-se, inclusive, escrever. Parece simples, mas o próprio Freud (1907/1908) em “*Escritores Criativos e Devaneios*” aponta como um dos principais segredos destes escritores geniais é o verbo permitir. Permitir-se criar, escrever, devanear e tornar público o seu produto, pois a crítica excessiva interdita o processo criativo. Por isso, *sollen* e *dürfen* são tão próximos e opostos ao mesmo tempo. Obviamente, o “tudo se permitir”, sem o mínimo de regras impossibilita a vida social. A sequência de verbos de ação pode seguir para o mal, no sentido da delinquência. Todo aquele à que tudo se permite, invade o outro. Uma liberdade excessiva que prejudica, agride o outro, segue para o mal.

O lado inovador e criativo é a vertente boa do *dürfen*. Através da criação e da ousadia, o movimento de mudança. Uma mudança de todo um destino em um movimento pulsionalizado, um poderoso remédio contra a apatia e o conformismo; “mudar a travessia”, como disse Fernando Pessoa, o caminho da vida.

Müssen
A Precisão: necessitar

Se as três pontas superiores da estrela (*wollen, sollen e dürfen*) são consideradas deônticas, as duas inferiores (*müssen e können*) são naturais. Estas duas, tanto do poder natural quanto o dever como necessidade, são “corporificadas”, ou seja, são materializadas ao invés de mentalizadas porque se concretizam, neste caso, na realidade da doença.

O verbo dever como necessidade (*müssen*) foi também dividido por nós em duas categorias: 1) Sentir em ato e 2) Necessidade: pela impossibilidade de viver sem. Na categoria 1) Sentir em ato, separamos outros verbos a ela relacionados que nos permitem uma compreensão maior do que seria este dever como necessidade: poder; sentir ímpetos, ter ganas; ter de; sentir falta; impulsionar-se; libertar-se. Na categoria 2) necessidade (impossibilidade), os verbos são: urgir (latim *urgeo, ere*), apertar, oprimir, acostrar, impelir, apressar, insistir, persistir, instar; necessitar; precisar; resolver a falta sentida; não poder não fazer; ter de fazer; dever; apertar com; ver-se obrigado, constrangido; ser requisito; ter que; forçar; obrigar; coagir; constranger; levar a; fazer força; apontar o punhal no peito; reduzir-se; reclamar; requisitar. Outras palavras são caracterizadas junto ao dever como necessidade: sina; destino e inevitável (FERREIRA, 1969; HOUAISS, 2003; SPITZER, 1958).

O corpo pulsional tem dimensões glandulares e zonas erógenas. Nos movimentos autônomos estimulados pelo cerebelo, por exemplo, não há controle e no aparelho psíquico (quando há excitação), não há defesa. O ser humano também é capaz de se incitar, um estímulo voltado para o pulsional. Este é o que ocorre na vida amorosa, por exemplo, a pessoa se incita e esta atividade não é só movida pelo *Isso*. Desta forma, a pulsão é um representante mental, dentro do aparelho psíquico, diferentemente do movimento de excitação, sentido no corpo biológico (SCHILDER, 1994).

No corpo biológico há necessidades que entram na categoria 2, necessidades que não se pode viver sem, são vitais para a existência. Estão nesta categoria as necessidades já tão mencionadas por estudiosos como Maslow (1954) e Vanda Horta (1979), como a necessidade de oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, segurança, etc. Os estímulos destas necessidades são sentidos no corpo biológico e precisam ser saciados para que a vida se mantenha. Um cuidado constante com o corpo, independente de uma doença instalada. São as manifestações do *Isso* no corpo.

Em nossos pacientes (estomizados) o verbo necessitar (*müssen*) e poder (*können*) são diretamente afetados. Como já mencionado, as estomias podem ser provisórias ou definitivas. Em nosso estudo, a maioria dos pacientes tem estomia definitiva. Este fato marca a

impossibilidade de viver sem o estoma, ou seja, a necessidade é constante, são casos crônicos. Uma definição mais precisa de cronicidade seria “impotência à cura”.

Desta forma, o verbo necessitar é muito presente na vida dos nossos pacientes. Este verbo, originário do latim *necessitas*, é formado pela negação ‘*ně*’, ou seja, aquilo que não ‘cessa’ sempre necessário (BRÉAL, 1906). Assim que a necessidade é saciada, retorna novamente em um movimento, para nós, pulsionalizado. Esta concepção é de pulsão de autoconservação (*bedürfnis*). Segundo Laplanche (2001, p. 404) é a “expressão pela qual Freud designa o conjunto das necessidades ligadas às funções corporais essenciais à conservação da vida do indivíduo; a fome constitui seu protótipo”.

Desta forma, entra no dualismo romântico da ‘fome’ e do ‘amor’, ambos necessários aos homens. Laplanche faz um levantamento de exemplos de grandes funções orgânicas humanas necessárias à sua autoconservação como nutrição, defecação, micção, atividade muscular, visão, etc. (já mencionadas acima nos estudos de Maslow e Vanda Horta). As pulsões sexuais seriam ligadas ao princípio do prazer e as pulsões de autoconservação ao princípio de realidade, sendo elas opostas entre si.

Os estomizados têm o poder como capacidade física diminuído, necessitando de cuidados constantes com o estoma. Isso envolve a necessidade de equipamentos que minimizem as dificuldades cotidianas. Existe uma grande variedade de equipamentos e a escolha mais adequada dependerá da fase, das características do estoma e da própria pessoa. Desta forma, é necessária a atenção individualizada em todo o processo do cuidado, inclusive na escolha do material, pois o conforto e a funcionalidade devem ser as principais motivações para a escolha (como se trata de algo muito específico, colocamos um quadro contendo os diversos tipos de materiais para estomias intestinais. Veja no Apêndice I).

A escolha do dispositivo deve levar em consideração que não pode haver vazamento dos efluentes; que deve ser à prova de odor, prevenir irritação da pele, confortável no desempenho de todas as suas atividades e não deve aparecer sob a roupa (CREMA, 1997, p. 67).

Os autores acima declaram os inúmeros casos de pacientes que, ainda no pós-operatório tardio, já apresentam irritações na pele, por isso, o acesso ao material que melhor adapte ao paciente é tão necessário. Desde 2013 o poder público brasileiro tem se preocupado com os estomizados, garantindo pela lei de nº 12738/12 e portaria SAS/ MS nº 400/2009 (BRASIL, 2013), o direito de acesso aos materiais necessários nos cuidados diários do estoma, bem como o acesso aos serviços de saúde. Esta lei abrange, também, pacientes que possuem planos de saúde. Desta forma, os planos devem fornecer os materiais necessários e adequados aos pacientes para o cuidado diário de forma contínua. Como se pode notar, a problemática do

estomizado abrange tanto o mundo público quanto o privado. Nosso paciente modelo, o Sr E., expressou sua preocupação com o material, logo no início dos nossos cuidados no ambulatório de Estomaterapia, no relato, a falta de material disponível na secretaria da saúde:

“[...]você é a única pessoa que usa esse material, tem que ter paciência, né? porque depende de recursos para poder conseguir isso” [Sr E.].

O Senhor E. é dependente dos materiais e equipamentos para os cuidados diários do estoma. São necessários, de vital importância e o tempo urge. Ele precisa resolver a falta sentida e assim, insiste com o funcionário. Em resposta, o servidor público diz que *“tem que ter paciência”*, pois depende dos recursos enviados para se conseguir o material (garantido pela lei 12738, de maio de 2013), um constrangimento vivido. O paciente pede ajuda, porque é necessitado e o seu ‘poder’ está diminuído. Novamente cito as palavras de Ricoeur (1992) *“o poder diminuído leva à queixa”*. Para conseguir o material que precisava, teve de reclamar nas instâncias superiores, uma vez que seu caso (único na região) requisitava materiais específicos e não utilizados pela grande maioria dos pacientes.

Esta citação, anterior à discussão do caso, serve de exemplo para a compreensão do verbo ‘precisar’ (*müssen*) e sua relação com o sofrer, no sentido do padecer do homem entregue ao destino inevitável da precisão e efemeridade do corpo, impotente, diante da vida.

Können
Poder: a força
A capacidade e/ou a habilidade

Esta ponta da estrela é do poder como capacidade e/ou habilidade de execução de uma ação. Em nossas pesquisas, dividimos o *können* em duas categorias, necessariamente pulsionais. São elas: 1) Excitação e 2) Incitação. A primeira é a categoria da capacidade e a segunda, de suporte. Vejamos nossa compreensão destas categorias na sequência de verbos de ação e expressões sinônimas encontradas:

- 1) **Excitação:** Esta categoria representa a impulsão projetiva do Eu, do aumento da potência e do sentir com controle. Os verbos ser capaz; ter poder, força e/ou permissão; ter possibilidade, condição, habilidade e qualificação representam bem esta categoria. Outros exemplos foram encontrados, como: dar conta; vicejar; vir o céu abaixo; saber; esforçar; fortalecer; cobrar forças; ser da alçada de; estar na mão de; ter virtude; exercer; pôr por obra; produzir; criar; efetuar; realizar; frigir; estimular, fomentar; irritar; salgar, apimentar; ativar; reforçar; aguentar e suportar (FERREIRA, 1969; HOUAISS, 2003; SPITZER, 1958).

- 2) **Incitação:** Esta categoria representa o autocuidado (*sorgen*). Os verbos e expressões a ela levantados são: aguentar; suportar; dar conta (também presentes na categoria 1-Excitação); conseguir; ter ascendente; convalescer; recobrar a saúde; remoçar; vivificar; tornar à vida (das cinzas); ressuscitar; renovar; ressurgir; restaurar; desamodorrar; gerar; sarar; curar; empenhar; refrescar; passar por algo (FERREIRA, 1969; HOUAISS, 2003; SPITZER, 1958).

Estes movimentos de excitação (de dentro para fora) e de incitação (de fora para dentro) são pulsionais. Um dualismo entre o que está fora e o que está dentro, como no texto de Francisco Martins (2012) sobre tormenta (fora) e pressão (dentro), uma expressão dos românticos. Laplantine (1991) também utiliza deste mesmo dualismo e a leitura da doença sob o ponto de vista interno (intrínseco) e a expressão (excitação). O instinto surge do próprio organismo, não do exterior e atua como uma constante. Não há como fugir dele. Por isso o verbo é ‘necessitar’, trabalhado no tópico anterior. Segundo Freud (1915): “o melhor termo para caracterizar um estímulo instintual seria necessidade” (p. 123). O instinto é o que vem de dentro, interno ao homem do qual não pode se defender. A doença e suas incapacidades

aparecem neste dualismo de ‘dentro’ e ‘fora’. Sob o ponto de vista interno e externo. Passemos para a compreensão do poder como capacidade em estomizados.

O estoma, em si, não é uma doença, mas uma deficiência. O que ocorre é esta deficiência ser originada de uma doença física, conforme já mencionado no início deste trabalho. Desta forma, existe sim uma cronicidade, no sentido de que as alterações da vida cotidiana, as limitações e cuidados, serão por toda a vida. Diante deste fato, vale a uma diferenciação entre os conceitos de ‘*disease*’ e de ‘*illness*’. Sendo que o primeiro nos leva as coordenadas físico-químicas dos signos clínicos unívocos e o segundo, a subjetividade dos adoecidos, conduzindo-nos aos signos equívocos e à experiência do adoecimento (MARTINS, 2005). O estoma permite ao paciente se manter vivo, um arranjo da medicina. Como o paciente lida com seu orifício e sistema coletor, faz parte do ‘*illness*’, da experiência de vida de cada um. Vejamos o exemplo de Pedro, um jovem de 19 anos:

“[...] eles fizeram uma gambiarra aqui”.

Pedro expressa sua experiência com o estoma através de uma metáfora: “a gambiarra”. Esta metáfora traduz bem o que a medicina, em seus limites, pode oferecer ao paciente. Não é possível, pelo menos até o momento, dar aos pacientes um ventre novo. Assim, os pacientes vão vivendo com a “gambiarra” até encontrarmos uma solução melhor. Esta metáfora mostra também a dificuldade de conviver com o estoma. Pedro nos faz pensar nos “puxadinhos” ou “gambiarrras” que arrumamos para adaptar um certo problema em nossas casas. Sabemos também, que existem “gambiarrras” que acabam por se tornar permanentes e não provisórias, como geralmente pensamos quando utilizamos delas. A vista disto, chamamos a atenção de que a cronicidade das doenças leva os pacientes a um “viver com e apesar da doença” e incluímos nesta categoria, as doenças que não ameaçam a vida (CANESQUI, 2007).

A doença diminui o ‘poder como capacidade’ do doente, que terá de se readaptar a sua nova condição de vida. Existem ainda doenças estigmatizantes. Estas, não apenas diminuem o poder como capacidade física, mas também o poder social, como por exemplo, a perda da honra e poder de ação, como dizia Ricoeur. (RICOEUR, 1992; ANTONIO, 2013). Canesqui (2007) ainda lembra o fator social das doenças crônicas e a responsabilidade do estado nestes casos:

Contudo, é preciso lembrar que as experiências dos adoecidos crônicos também se molda por um conjunto de externalidades, referido às políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos

meios diagnósticos e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem em suas vidas (p. 20).

Esta citação abre ao caminho do que é externo ao doente, às políticas públicas de saúde da qual ele, também, necessitará. Uma dependência à ajuda externa. Uma dimensão sociocultural das enfermidades, principalmente as de longa duração, em que a condição das limitações físicas o acompanhará em todos os lugares (LAPLANTINE, 1991; CANESQUI, 2007). Canesqui (2007) faz um levantamento das dificuldades enfrentadas pelos pacientes crônicos: isolamento social; custos financeiros; problemas psicológicos, conjugais e familiares. Todo este levantamento entra no caso dos estomizados. Trata-se, portanto, de uma deficiência que amplia as possibilidades de estigma social, pela eliminação de odores, pela deformidade física e em alguns casos, pela incapacidade ao trabalho (dependendo do caso clínico e da patologia de base).

Percebemos então, que existe um sofrimento. Algo subjetivo (interno), da doença que se impõe sobre o objetivo, prático e imediato do cotidiano (externo). O poder diminuído do corpo efetivo material afeta a capacidade de agir pelas restrições da vida cotidiana. São responsáveis por sofrimentos como humilhações e sentimentos de ser um fardo ou um peso (CANESQUI, 2007). Ainda Canesqui (2007) nos diz que muitas doenças crônicas requerem uma “reaprendizagem corporal”. É este o ponto exato enfrentado pelos estomizados. Dentre elas temos a proteção do corpo, “a adoção de medidas preventivas, submissão às tecnologias, alterações estéticas, questões morais e dietas” (p. 27).

Outro poder diminuído é a sexualidade. Dentre as alterações mencionadas, pode ocorrer, a perda da libido ou diminuição da capacidade sexual. No sexo feminino, as causas relacionadas são: presença de seios perineais, estenose vaginal, incontinência urinária, insegurança em relação ao estoma e dor, além da alteração da imagem corporal. As causas que alteram a capacidade sexual dos estomizados, do sexo masculino, são “as lesões dos nervos autônomos que se dirigem à pelve” (CREMA, 1997, p. 179). O sistema nervoso autônomo tem função direta na micção, mecanismos de ereção e de ejaculação. A função sexual masculina depende deste sistema íntegro, porém, a cirurgia pode comprometer este sistema levando à impotência sexual. Cito Crema (1997):

Durante a mobilização do reto é possível a lesão de ambas as partes. Ocorre ejaculação retrógrada quando a inervação simpática é lesada ao nível do plexo hipogástrico superior e impotência erétil quando a inervação parassimpática é traumatizada durante a mobilização do mesorreto caso ocorra secção dos nervos de ereção (p. 185).

Segundo o mesmo autor, é mais prevalente o índice de disfunções sexuais parciais da ereção ou até mesmo a impotência completa nos casos de amputação abdominoperineal do reto (casos de doenças malignas). As estatísticas variam de 33% a 100%. O trauma de grande porte, por si é responsável por grande parte das disfunções sexuais, mas as causas subjetivas não podem ser descartadas. O paciente pode não ‘se permitir’ devido à mutilação do corpo e aos diversos incômodos mencionados neste tópico. Diante de todas estas questões externas, da limitação real do *körper*, a categoria 2- referente ao autocuidado, se torna fundamental. Nela, os verbos aguentar, suportar, conseguir, ressurgir são fundamentais. Esta força interna através do empoderamento do Eu, de que pode sim, continuar a viver e ressurgir e a capacidade de recriar a própria vida “apesar de”.

Acreditamos que dar voz aos pacientes é o primeiro passo. Permitir-lhes dizer para que possam se permitir ousar e encontrar novos caminhos e sentido de vida. Um investimento no ‘poder’ para a realização de fazer e a linguagem é um saber com ‘poder’ para mudar as coisas.

3.2 O tempo e o modo verbal: a representação do movimento pulsional no ato de fala

As últimas palavras acima afirmam que o empoderamento do Eu é um veículo condutor de mudança do destino. Freud nos orienta aos princípios de acolhimento. O primeiro, e mais importante deles, é a empatia (já mencionada no capítulo anterior), um ‘processo laborioso’, por isso a pressuposição do interesse “pessoal pelos pacientes”. Desta forma, o espaço terapêutico deve proporcionar a permissão. Um espaço de poder dizer e Freud descreve em que se trata seu método: “põe termo à força atuante da representação que não fora ab-reagida no primeiro momento, ao permitir que seu fato estrangulado encontre uma saída através da fala” (FREUD, 1893/1895, p. 271). O sintoma é “extraído” pela fala. Uma representação simbólica carregada de força pulsional. Esta força energética necessita encontrar uma saída de forma terapêutica e adaptada, a fala se torna este veículo condutor. Para isso, o paciente precisa ter confiança na figura do profissional e enfrentar as resistências, processo de defesa muito comum, assim como a negação. Algo difícil, como nos relata Freud (1893/1895):

Grande número de pacientes que se adequariam a essa forma de tratamento abandonam o médico tão logo começam a suspeitar da direção para a qual a direção está conduzindo. Para tais pacientes, o médico continua a ser um estranho (p. 280).

A defesa, presente nas ações de negação e resistência, são características representativas da aflição, de sentimentos de vergonha, da autocensura, e do sentimento de ser prejudicado. Sentimentos que a pessoa preferiria não ter experimentado ou sentido na pele, por isso o desejo de esquecê-los. Freud usa, além dos termos censura e resistência, a repulsão. Por isso,

o esquecimento e o “*não saber* do paciente histérico seria, de fato, um *não querer saber*” (FREUD, 1893/1895, p. 284). No relato, este sentimento experimentado, retorna carregado de força pulsional, por isso a defesa através da recusa dolorosa da lembrança. Uma vez que quanto menos consciência, menor será o desespero (KIEKEERGARD, 2001). Uma falsa paz, pela negação. O trabalho do terapeuta, como disse Freud neste mesmo estudo, é a superação desta resistência.

Diante de tais fatos, Freud cria a técnica da associação livre. O paciente diz o que lhe vem a mente, mesmo que pareça sem importância e é traído por si mesmo, revelando ao terapeuta o que mais quer esconder. Pensamos que nos relatos, a escuta atenta aos verbos páthicos: querer, poder e dever trazem grandes revelações da personação humana, assim como os símbolos e as metáforas. Vejamos um exemplo prático de Freud (1893/1895):

Eu já sabia há algum tempo que estava lidando com alegorias e de imediato perguntei qual o sentido dessa última **imagem**. Ela respondeu sem hesitar: “O sol é a perfeição, **o ideal**, e a grade representa minhas fraquezas e falhas, que se interpõe entre mim e o ideal. A senhora está então **se recriminando**? Está insatisfeita consigo mesma? Na verdade, **estou** (p. 291, grifo nosso).

Neste exemplo, a imagem representando o pensamento. As metáforas e alegorias também fazem este papel, muito presentes na fala dos pacientes. O símbolo destas imagens e os significados a ela atribuídos são enriquecedores demais para serem deixados de lado. A lei moral está presente no relato do atendimento, o verbo *sollen* e o alto ideal a ser alcançado. A pergunta de Freud à paciente com o verbo no gerúndio (em se fazendo, durante o atendimento), “se recriminando”, mostra a ação ainda carregada de força pulsional. A paciente sendo cruel consigo mesma. E a resposta, no presente do indicativo, com a mais alta carga pulsional e em ato, representada pelo verbo estar, na conjugação do presente do indicativo, “estou”. É imprescindível vencer a luta contra a resistência para que esta carga de energia pulsional seja descarregada, uma transformação de uma “representação forte” em uma “representação fraca” (expressão de Freud), diminuindo o afeto. O método da associação livre torna-se um caminho indireto, permitindo o avanço da análise através da resistência. A escuta atenta aos verbos e figuras de linguagem também constituem um poderoso instrumento. Assim, se avança aos detalhes, da compreensão, da periferia ao núcleo central. Das bordas ao centro, à personação.

Existe um movimento mental que é expresso na linguagem, no uso dos tempos e modos verbais. Desta forma, afirmamos que o movimento pulsional é representado no verbo nos três momentos: *in posse*, *in fieri* e *in esse*. No tempo ‘*in posse*’, o verbo está no indicativo e, portanto, carregado da mais alta força pulsional. No exemplo citado, a paciente utiliza o verbo

estar no presente do indicativo e o dêitico, em primeira pessoa, reafirma ainda mais esta ideia. No ‘*in fieri*’, o tempo seria o gerúndio. Neste tempo verbal, a ação está em movimento “se fazendo”, desta forma a energia começa a ser eliminada, diminuindo a força pulsional durante a ação. E no tempo ‘*in esse*’, o pretérito. Neste tempo verbal a ação se concretizou, está acabada, finda. A energia pulsional é totalmente descarregada. Podemos fazer uma analogia com um desejo realizado, saciado, por isso a calma pela locupletação (MARTINS, 2014). A figura 03, mostra esta descarga energética:

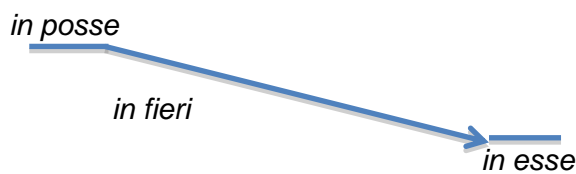


Figura 03: Descarga energética expressa no tempo e modo verbal.

A teoria de Freud do desgaste do afeto pode ser notada no tempo e modo verbal empregados pelo paciente de modo que o tempo real do ato mental, expresso na fala, possa ser analisado de forma mais precisa. Francisco Martins (2014) utiliza como exemplo, a sequência: descarregar – descarregando – descarregada. Essa descarga ou perda do afeto pode ser pela via da reação, através dos movimentos voluntários (como exemplo os atos de vingança) ou involuntários (lágrimas), ou pelo uso da linguagem, o desabafo. A seguir a figura 04 do verbo caminhar, na descarga energética, segundo a teoria de Francisco Martins:

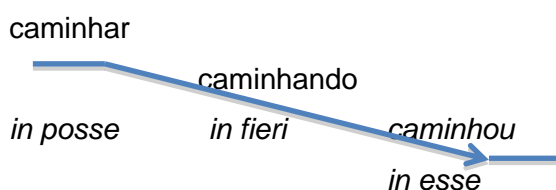


Figura 04: Descarga energética do verbo caminhar expressa no tempo e modo verbal.

Utilizei o verbo caminhar por este representar a metáfora do movimento dos pacientes na vida. O verbo caminhou mostra a ação finalizada com a carga energética já descarregada.

Freud ainda afirma que “quando uma reação ocorre em grau suficiente, grande parte do afeto desaparece como resultado” (FREUD, 1893/1895, p. 44). Caso a reação seja reprimida, o afeto permanecerá na lembrança. Cito Freud “uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita” (p. 44). Uma mostra da atualização pulsional pela fala. Mesmo que o fato não seja esquecido, quando

retorna à mente já não tem mais a mesma força energética que tinha antes, pois parte desta energia já foi “descarregada” no momento em que foi revidada.

Se pensarmos em como isso se dá no relato de uma desavença, por exemplo, a forma como a história é contada se modifica com o tempo: logo após o fato ocorrido – uma grande carga pulsional; passado algum tempo – uma diminuição energética do afeto; e grande tempo após o ocorrido – muitas vezes o relato é feito até com uma pitada de humor, ironia fina por exemplo. O que Freud chama a atenção é que o fato pode “não ser esquecido” e permanecer com carga pulsional maléfica, as “reminiscências” que se volta de forma patológica contra o próprio sofredor. Uma “mortificação” ou o “fazer adoecer”, nas expressões de Freud. A reação pode ter um efeito catártico, de descarga pulsional e a “linguagem serve de substituta para a ação” e com a mesma eficácia (1893/1895, p. 44). Serve como substituto da ação de vingança, por exemplo, e como método catártico, em um “segredo torturante durante uma confissão”. Desta forma, a atualização é feita no ato de fala, pois o relato é realizado no presente, por isso a carga pulsional é forte e Freud, já alertava sobre isso “[...] qualquer lembrança do fato preserva sua tonalidade afetiva do início” (1893/1895, p. 44). Nosso paciente modelo, também tinha esta percepção quando disse:

“Recontar o passado é revivê-lo duas vezes” [Sr E].

A vida é vivida necessariamente no presente. Isso é fato, embora o dinamismo faça parte dela. Vive-se no presente, concretamente, porém a mente divaga entre os tempos verbais (presente, passado e futuro). Em um dinamismo contínuo. O futuro se monta em cima do passado ou do presente. O passado, segundo Martins (2014), se monta a partir do presente. Da atualização do presente, em uma constatação (a constatação do passado é feita no presente). Por isso muitas pessoas não querem recordar ou dizer os fatos dolorosos do passado, pois os fazem revivê-los, no presente, pela atualização do fato. Existem três modos essenciais: o indicativo, o subjuntivo e o infinitivo. O indicativo é o tempo verbal que representa os fatos objetivos, por isso indica mais que o presente em português (MARTINS, 2014). O subjuntivo refere-se aos fatos subjetivos e o infinitivo dá a ideia de ação ou estado, porém, sem vincular a um tempo específico. Como ainda diz Martins (2014), a validade temporal é limitada. Está em movimento. Veja a tradução de Gustave Guillaume (1965) feita por Martins (2014). Tradução que representa o movimento de ação expresso no tempo e modo verbal empregado (figura 05):

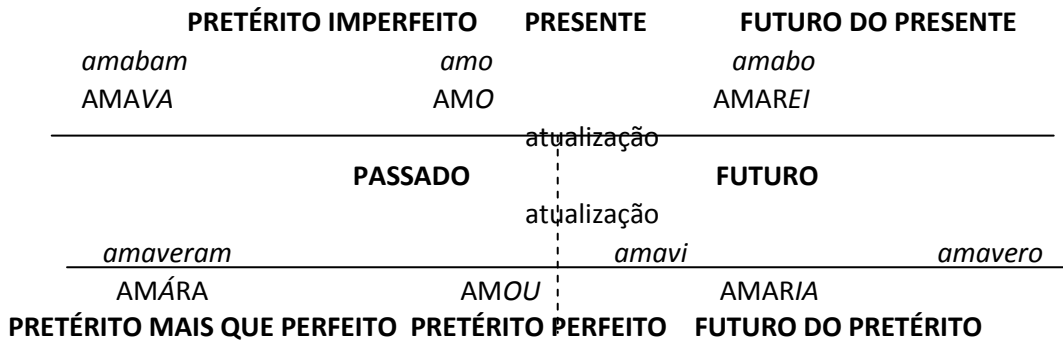


Figura 05: Movimento de ação expresso no tempo e modo verbal empregado.
Fonte: Martins (2014)

No presente, a atividade não está concluída, está no momento da enunciação, onde a vida se passa. No pretérito, a ação acaba de ser concluída. No futuro do pretérito, o hipotético, pois o fato não foi concluído. Está entre o tempo posterior ao passado e ao mesmo tempo em um presente fictício, muito utilizado nos devaneios e expresso pela conjunção “se”.

Uma novidade de Martins (2014) através da junção das teorias de Gustave Guillaume e da teoria pulsional de Freud, desta forma, a experiência da posse do verbo representa a experiência vivida, uma representação mental nos diferentes estágios ou momentos de uma construção semântica. A estrutura de Gustave Guillaume é construída por um sistema em processo, assim, ele abandona a dicotomia dualística ente a língua e o discurso (TOUSSAINT, 1983). Freud faz uma analogia à drenagem, da carga pulsional maléfica, pela fala. Cito Freud (1893/1895, p. 315) “tenho descrito meus tratamentos como operações psicoterapêuticas e tenho exposto sua analogia com a abertura de uma cavidade cheia de pus”. Além do mais, Freud desenrola o conceito de pulsão na fonte, na força, no objeto e na meta e Martins (2014), na figura 06, faz uma relação dos quatro conceitos ligados a pulsão em Freud com o desenrolar da carga pulsional, nos três momentos verbais: *in posse*, *in fieri* e *in esse*, e orienta a leitura, da descarga pulsional, da esquerda para a direita e de cima para baixo:

Tempo	Fonte	Força	Objeto	Meta
<i>in posse</i>	+	+	-	-
<i>in fieri</i>	+/-	+/-	-/+	-/+
<i>in esse</i>	-	-	+	+
Legenda: (+) presente; (-) ausente; (-/+) em crescimento e (+/-) em decréscimo.				

Figura 06: Desenrolar da carga pulsional nos momentos verbais: *in posse*, *in fieri* e *in esse*.
Fonte: Martins (2014).

Pelo que podemos notar, a proposição construída na junção das teses de Freud e de Gustave Guillaume (1965) sustenta que através da fala, a dose de afeto de uma experiência pode ser desgastada e este processo pode ser evidenciado na análise do tempo e modo verbal empregado. Este ponto é fundamental em nossa tese. Creio que este desgaste leva a expulsão da força pulsional em um processo de atualização. O tempo e o modo verbal nos dão o ponto do “desgaste”, ou seja, a “estação pulsional” que o paciente se encontra. Veja o esquema abaixo de Martins (2014) sobre a expulsão do tempo. O resíduo do desgaste pode caminhar para o futuro, na imaginação fictiva, ou à memória (tempo passado). Vejamos a figura 07:

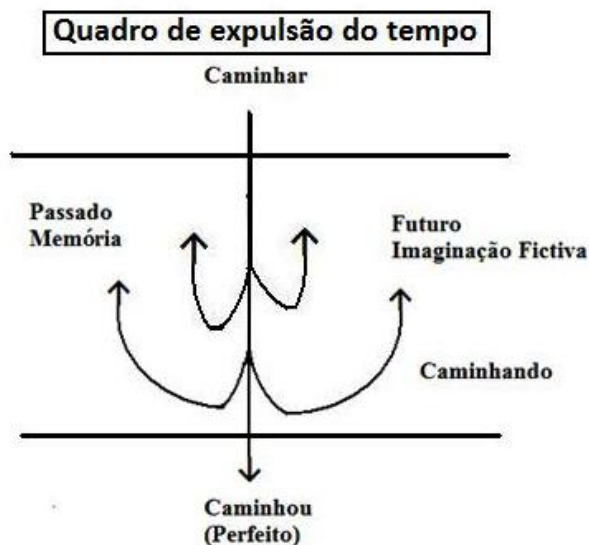


Figura 07: Expulsão do tempo.
Fonte: Martins (2014).

Esta força pulsional pode ser readquirida pelo uso dos verbos auxiliares como o ser e o ter. Neste caso, a ação caminhar (figura 07), finaliza no pretérito perfeito ‘caminhou’. Ela pode investir de nova carga pulsional com o uso do verbo auxiliar ‘ter’, por exemplo: “*tendo eu caminhado....*”, daí, a ação de caminhar retorna ao movimento. Esta volta ao movimento é importante na compreensão do trauma psíquico. Na clínica, este fato é comum, quando percebemos que o paciente retorna de forma repetitiva o fato que o angustia. Freud (1893/1895) diz que o trauma psíquico ‘continua a agir’ como um corpo estranho, mesmo que muito tempo após o ocorrido e usa a expressão ainda ‘está em ação’. O paciente está vivendo de ‘reminiscências’. O termo “ainda em ação” demonstra que não está ainda acabado, mas *in fieri*, a carga pulsional energética mais baixa, porém presente. Assim, o método psicoterápico na teoria freudiana possibilita, através da fala, a descarga desta carga energética pulsional, uma saída, uma descarga de forma mais adequada.

Mais um exemplo, o famoso caso Ana O e o método “*talking cure*” ou “*chimney-sweeping*”, assim nominado pela paciente. Recordemos as palavras de Freud neste caso clínico: “quando depois disso, ela se havia esgotado de tanto falar (...), ficava com a mente clara e alegre” (1893/1895, p. 62). No momento do relato, em se fazendo a ação de dizer, o ato de atualização, a carga energética toma a intensidade máxima (*in posse*) e vai se esvaziando no andamento do ato (*in fieri*) até sua descarga final (*in esse*) para a calmaria pulsional, descarga total da energia.

Neste processo, os obstáculos da resistência e transferência devem ser superados, pois como se nota em toda discussão acima, este processo, apesar do alívio final é doloroso e cheio de carga pulsional. Gustave Guillaume (1965) faz uma comparação com a linha do tempo: passado; presente e futuro. A linha do tempo, faz uma representação imagética do tempo.

Neste estudo não aprofundarei no tempo e modo verbal. Embora seja um assunto interessantíssimo para a clínica, trata-se de um tema complexo sendo necessário estudos mais aprofundados no assunto. O que pretendo mostrar neste ponto é como o movimento, o processo do pensar é expresso na linguagem simbólica e como esta leitura é rica para a clínica. Na minha limitação em avançar neste ponto, me detenho aos verbos páthicos: querer, poder e dever e o movimento representado. A análise, do caso modelo, foi feita conforme a cronologia dos atendimentos, dando uma visão ao leitor do processo. O grande ganho de tudo isso, para a clínica, é a transformação do sofrimento do paciente em uma infelicidade comum. Vejamos o ganho alcançado no acolhimento realizado, utilizando os conhecimentos apresentados neste estudo.

CAPÍTULO IV

O CASO MODELO

4.1 O método clínico

A construção desta investigação ocorreu por meio de estudo de casos clínicos. A escolha do método se deu pela possibilidade de investigação do fenômeno dentro deste contexto. Seguindo as instruções de Widlöcher (1995), o método clínico em psicopatologia é embasado na comunicação, mais especificamente na linguagem, e conserva uma dimensão hermenêutica. Este fato é o que provoca um rompimento com a pesquisa médica e afirma “é o contrário de corpos mudos que são investigados no leito do enfermo”¹¹ (p. 09). O discurso do paciente não se resume a uma descrição do seu sofrimento, mas trata de uma fala de si mesmo. Este processo se dá pela linguagem, meio pelo qual pode-se transmitir o processo do pensamento. Além da riqueza do processo mental, a escuta possibilita, ao clínico, adentrar no mundo do paciente, seu imaginário e formas de pensar a si próprio. Aqui, a experiência do sujeito nos importa como Holanda (2006) alude à pesquisa hermenêutica.

Mais especificamente, trata-se de um estudo de caso *specimen*. Este termo, advindo da biologia, é utilizado para espécies a serem analisadas. “A característica presente em uma espécie permite aclarar o entendimento de outra. Na pesquisa experimental, é necessário ter-se um padrão de comparação com relação a um dado novo” (MARTINS, 2016, p. 68). Isto significa, também, que o detalhe de uma espécie traz luz e novos conhecimentos.

Creemos que “o modelo de um caso clínico, bem completo serve de comparação para novos casos” (MARTINS, 2016, p. 68). Desta forma, as generalizações são dispensáveis, ou melhor, a pesquisa segue do particular do caso para uma possível generalização como um exemplo a ser seguido em casos semelhantes, por isso o número reduzido (em casos de estudos clínicos) e único (em casos “modelo”) de sujeitos. Uma resposta de Freud sobre o número reduzido de participantes na pesquisa, no método psicanalítico, se encontra na biografia escrita por Ernest Jones (1989) onde se lê:

Compile estatísticas, como o senhor propõe, é impossível no momento. [...] Em primeiro lugar, trabalhamos com números muito menores do que os outros médicos, que dedicam um tempo muito menor aos indivíduos. Depois, não há necessária uniformidade que é a única base para quaisquer estatísticas. Devemos realmente somar maçãs, peras e nozes? [...] E o que

¹¹ Tradução nossa.

faríamos com numerosos casos que estão parcialmente analisados e com outros, em que o tratamento teve de ser interrompido por razões externas? (p. 131).

O ganho pode estar nos detalhes do caso clínico. Freud defende o detalhe, dizendo que faz atenção a fatos passados por despercebidos e que podem ser uma peça fundamental para a compreensão do que se passa na vida vivida de nossos pacientes. O caso Ana O. é um caso modelo, em sua riqueza de detalhes e a forma da condução é uma peça-chave para a psicanálise como novos conceitos (transferência, catarse) e ensina o clínico, também naquilo que não deu certo em sua tentativa primeira. “Um caso *specimen*, para o entendimento dos processos psicopatológicos em ato” (MARTINS, 2016, p. 71). O autor ainda levanta o sonho modelo de Irma, o caso *specimen* angular, para a descoberta dos processos oníricos. Seguindo o pensamento de Martins (2016), o caso *specimen* torna os processos transparentes o que o torna modelo de prática para a clínica.

Portanto, trago um caso modelo ou *specimen*, por ser considerado suficiente em evidências que proponho apresentar. Outros seis casos serão também apresentados no capítulo V, embora não tenham sido completamente analisados, servirão para ampliar os exemplos da tese em questão.

Esta investigação se desenvolveu no Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), entre agosto de 2013 e junho de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB), sob ofício nº 033/12¹². Os participantes são pessoas com estomia intestinal em acompanhamento na referida unidade de saúde. A princípio, para coleta de dados, montamos um questionário estruturado com questões abertas em que consistia: identificação; o motivo da procura ao serviço ambulatorial; queixa principal; história da doença atual, pessoal e familiar; afetividade/ humor e exame físico, dentre outras comumente utilizadas no âmbito da enfermagem. Este critério foi totalmente abandonado em virtude do caráter que gostaríamos de dar: um espaço de acolhimento. Neste ponto de vista, a coleta de dados tem uma lógica completamente modificada. Ao invés de dados objetivos, a subjetividade; em contraste com a certeza e fidedignidade dos dados, ênfase aos atos falhos; e assim por diante. Trata-se de uma lógica conversacional diferenciada dos traços gerais da conversação ordinária, pois leva em conta a resistência. O quadro 01, retirado do estudo de Garcia e Martins (2002, p. 268-269),

¹² Este estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa, por mim iniciado, intitulado Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sofrimento psíquico de estomizados. Veja ofício de aprovação do CEP em anexo (ANEXO I).

demonstra este entendimento quanto às exigências de quantidade, qualidade, relação e modo conversacionais:

	Conversaão	Fala em análise
Princípio de cooperação conversacional	"Faça sua contribuição conversacional tal como é requerida, no momento em que ocorre, pelo propósito ou direção do intercâmbio conversacional em que você está engajado."	Diga tudo que lhe passa pela mente e eu escutarei prestando igual reparo a tudo.
Quantidade	"Faça com que sua informação seja tão informativa quanto o requerido (para o propósito corrente da conversaão)." "Não faça sua contribuição mais informativa do que é requerido."	Faça com que sua contribuição seja tão informativa quanto requerido para o propósito desse trabalho terapêutico. Fale o que sabe sobre você, o que acontece em seus pensamentos. Faça sua contribuição, independente se vá parecer mais informativa que o requerido normalmente.
Qualidade Relação	"Trate de fazer uma contribuição que seja verdadeira." "Não diga o que acredite ser falso." "Não diga senão aquilo para que você possa fornecer evidência adequada." "Seja relevante."	Não deixe de dizer o que lhe ocorre mesmo que lhe pareça falso ou mesmo que seja para os outros. Não deixe de dizer o que você acredita, ou o que lhe ocorre por não ter evidência disso. Fale tudo, mesmo que não pareça relevante. Seja o mais particular possível. Diga o que lhe pesa o coração. Não se desvie do princípio da Associação Livre.
Modo	"Seja claro." "Evite obscuridade de expressão." "Evite ambigüidades." "Seja breve (evite prolixidade desnecessária)." "Seja ordenado."	Não é preciso ser breve. Faça sua fala em seu tempo e como conseguir falar, mesmo que pareça prolixo. Não se atenha a ser ordenado, deixe que seu pensamento o conduza.

R
E
S
I
S
T
Ê
N
C
I
A

Quadro 01: Lógica conversacional em análise

Fonte: Garcia e Martins (2002).

O estudo agora se torna clínico clássico, tomando atenção ao método freudiano, seguindo as instruções do autor sobre o início do tratamento (*"Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I"*). Vejamos a instrução de Freud (1913): "Deixar que o paciente fale quase o todo o tempo e não explicar mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo

prosseguir no que está dizendo” (p. 140). Mais a frente, Freud (1913) convida o paciente a uma viagem de trem, vejamos o que ele diz na íntegra:

Aja como se, por exemplo, você fosse um viajante sentado à janela de um vagão ferroviário, a descrever para alguém que se encontra dentro as vistas cambiantes que vê lá fora. Finalmente, jamais esqueça que prometeu ser absolutamente honesto e nunca deixar nada de fora porque, por uma razão ou outra, é desagradável dizê-lo (p. 150).

Como diria Widlöcher (1995), “o método clínico antes de ser um instrumento do conhecimento, é fundamentalmente uma prática” (p. 11). O objetivo do método, ainda segundo o autor, é o de resolver um problema individual, particular. Vai do particular ao geral. É desta forma que Freud trabalhava, a partir de casos específicos que muito bem explicitados, serviam como norteadores para outros casos semelhantes. Algo mais ou menos assim: “Vejam, neste caso, trabalhei desta forma. Podem tomá-lo como modelo para casos semelhantes”. Para isso serve o caso *specimen*, par servir de modelo. Do particular para o geral, ou seja, o contrário das pesquisas científicas que trazem um grande número de provas semelhantes para que sejam aplicadas em casos específicos. O clínico não se preocupa com as generalizações, mas com o particular que lhe vem às mãos. O rigor não é pela pesquisa em si, mas pela “ação reparadora que comanda a ética da prática” (expressão do autor). A natureza individual da anormalidade deve ser distinguida, especificada, valorizada.

Para o clínico, o caminho é muito importante. Desta forma, o conhecimento também vai se fazendo em movimento. O paciente descreve o que vê da janela do trem em movimento, o clínico participa da viagem através do relato, apreende o que ouve e associa aos seus conhecimentos prévios, se indaga sobre os pontos obscuros, investiga a partir do que houve em associação com seus pressupostos teóricos. A escolha em utilizar a metáfora da viagem do trem, assim como Freud, teve o objetivo de deixar os pacientes contarem livremente o que viam na estrada da vida. Desta forma, não utilizei qualquer tipo de formulário ou questões, compreendendo que as causas da procura, as queixas e os sofrimentos seriam necessariamente narrados e até repetidos. Resolvi ouvi-los e as informações, que tanto me interessavam, foram naturalmente sendo colhidas. Os relatos foram gravados e transcritos na íntegra.

Para análise novamente a viagem de trem, agora com Szondi (1975) e Schotte (1985), no circuito pulsional do Eu em processo. Não foi aleatória minha escolha, mas pelo desejo de mostrar ao leitor o percurso do meu pensamento e condução dos casos. Uma análise do tipo “macro”, do todo, permitindo uma visão ampliada do que se passava. Esta primeira interpretação teve como objetivo a direção geral de sentido. Posteriormente, o olhar aos detalhes, a presença, o uso e o modo dos verbos páthicos: querer, poder e dever e sua relação

com o movimento pulsional¹³. Tudo por intermédio da imagem da cena que segue os fatos, tanto que os relatos são apresentados de forma cronológica. Em nossa ânsia pela interpretação, o conselho experiente de Laplanche (1998b):

Interpretar é agarrar-se firmemente às asas do discurso, aceitando não ver mais longe do que o passo seguinte, animado pela única certeza de que as pegadas do caçador-caçado acabarão por se desenhar, pela reincidência dos seus numerosos entrecruzamentos, os nós significantes que marcam uma certa sequência inconsciente (p. 25).

Escolhi as sequências dos discursos das quais depusitei grande valor, depois os agrupei e classifiquei em classes demonstrando o movimento pulsional, pelo circuito pulsional do Eu em processo de Szondi (1975), tomado pelos pacientes. Creio que a presente aplicação prática (descritiva e explicativa) de nossos pressupostos teóricos, demonstrarão ao leitor o caminho percorrido e o progresso atingido. Este estudo clínico procedeu em processo de descoberta, concomitantemente com a intervenção prática em que toda a ação se fez diante de abordagens teoricamente planejadas. Embarquemo-nos no trem!

4.2 O caso modelo

Ao final de uma das reuniões da Associação dos Ostromizados de uma região central do Brasil, que ocorrem uma vez ao mês no Hospital Universitário, o Senhor E. se apresentou a mim solicitando um horário no ambulatório de Estomaterapia da referida instituição. No dia agendado, o paciente chega à unidade com uma pasta e retira dela um documento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da minha pesquisa, já assinado e me entrega. Fiquei surpresa e disse, você deseja participar da pesquisa? Sim, respondeu. E disparou:

“Minha história é longa”.

Tão longa quanto o intestino. Uma afirmação com a pressuposição de que tem muito a dizer. Falou por 1h e 30min sem que eu pudesse interromper.

Na semana seguinte, ao entrar, me entrega um CD e um encarte com explicações sobre materiais utilizados em estomias. Quanto ao CD, disse-me: *“contém as fotos do meu estoma e as dificuldades que tiveram em adaptar uma bolsa para mim”*. Penso que existia uma preocupação por parte do Senhor E., em me fazer compreender a dimensão do seu sofrimento, além da singularidade do caso. Um convite a compartilhar suas experiências e um teste, se eu

¹³ A análise destes casos será apresentada no capítulo V do presente trabalho. O processo analítico poderá ser consultado no Apêndice II. Não apresento o quadro analítico do caso modelo, por motivo de sigilo.

tinha “estômago” e coragem para prosseguir. Neste momento compreendi as palavras do Prof. Francisco Martins, nas aulas da obra *Interpretação dos Sonhos de Freud*, em que dizia: “*Um verdadeiro profissional, empático com seus pacientes, deve ter coragem na descida ao Aqueronte*”. Inicia-se, então, minha descida com ele.

A seguir apresento o caso modelo (O Senhor E.), em uma leitura defendida por nós neste trabalho. Uma leitura do movimento pulsional através da escuta dos verbos páticos: querer, poder e dever. Os verbos dão ação à linguagem e o tempo e modos verbais o movimento, o ritmo e o tempo da ação, por isso, se relacionam à pulsão. Martins (2012) traz um conceito de pulsão, juntamente com Schotte (1985), de que ela não é uma coisa dentro do homem, mas algo que vai se constituindo, no sentido de não ser concreto ou exato, mas que se modifica em movimento, assim como no trecho de Martinho Lutero apresentado anteriormente. Neste caso, a vida mental e a pulsão estão interligadas. [Cito o relato do Senhor E.]

“Você já está recuperado e eu ainda tenho que seguir”.

O movimento da vida. Não está acabado, ainda tem algo para vir e acontecer – uma esperança que faz mover. Esta fala é uma relação/comparação a um paciente que fez cirurgia de reversão e que frequenta as reuniões da Associação dos Ostomizados. Nosso paciente é estomizado há 18 anos. Frequentou o ambulatório durante cinco meses. O motivo da escolha do Senhor E. como paciente modelo, foi o movimento do mesmo durante o acompanhamento. Um movimento pulsional, percebida também pela presença marcante do circuito do Eu em processo de Schotte (1985) e as estações ferroviárias de Szondi (1975). Além do mais, a transferência.

Não considero o presente caso como finalizado, infelizmente, mas um fragmento de análise. Tão pouco declaro a intervenção realizada um trabalho psicanalítico, mas sim de acolhimento diante das possibilidades e recursos disponíveis. Os atendimentos foram realizados no ambulatório mencionado (dentro de um ambiente hospitalar). Quanto à estrutura física da sala, esta continha uma mesa e duas cadeiras. As salas pertencem ao ambulatório, sendo dispostas conforme a necessidade. Desta forma, a sala não era fixa, utilizava a que estava disponível no momento. Obviamente, não havia divã. Quanto a leitura, esta sim sofre influência psicanalítica, uma vez que faz parte do meu processo formativo, além de outras influências teóricas e experiências práticas. Há também a centralidade da escuta no direcionamento de nossa mais recente descoberta (a escuta dos verbos *páticos*, tese aqui

defendida e largamente estudada no Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise, do qual faço parte).

Quanto a duração do acompanhamento, algo me chamou a atenção na resposta de Freud (1913) sobre esta questão ao citar a fábula de Esopo:

Quando o caminhante perguntou quanto tempo seria a jornada, o Filósofo simplesmente respondeu ‘Caminha’! e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria. Este expediente auxilia-nos a superar as primeiras dificuldades, mas a comparação não é boa, pois o neurótico pode facilmente alterar o passo e, às vezes, fazer apenas progresso muito lento (p. 143).

Na verdade, o que gostaria de apontar nesta citação de Freud, não é exatamente o tempo do tratamento, mas ao movimento do mesmo. Diante da pergunta “quanto tempo”, a resposta “caminha”. Sem dúvida alguma, sem qualquer movimento é impossível prever a chegada, na verdade impossível concretizá-la. É necessário um movimento e o verbo ‘caminhar’, simboliza bem o que queremos dizer.

No acompanhamento aos pacientes, o movimento é muito importante. Para nós, como se dá este movimento, talvez até mais importante do que a chegada propriamente dita. Cada pequeno passo em direção aos desejos e objetivos são conquistas diárias no cotidiano já tão difícil em razão da limitação física. O movimento é o que pretendo mostrar. Desta forma, observei dois grandes movimentos, feitos pelo paciente, intitulados e apresentados separadamente de maneira didática: 1) Experiência no corpo efetivo material: viver o estoma; 2) O movimento de automanutenção: viver apesar do estoma. A análise segue em ordem cronológica das relatos, para que o leitor acompanhe o movimento dos acontecimentos, ou seja, a mudança do paciente em concomitante comparação ao circuito pulsional de Eu em processo.

1) A experiência do corpo efetivo material: viver o estoma **Estações: Projeção e Negação**

Quanto ao início do tratamento, Freud (1913) afirma que não há uma regra a ser seguida e aconselha ouvir. Muitos não sabem por onde começar ou o que dizer. No que diz respeito ao conteúdo a ser dito, Freud incentiva os pacientes dizerem o que lhes vem a cabeça. Esclarece que é habitual as pessoas narrarem, da maneira mais lógica possível e de forma cronológica, o relato de suas vidas. Freud assevera que para o analista, o conteúdo mais importante é aquele que vem aos pensamentos de forma aleatória, mesmo durante o relato.

Assim, Freud incentiva os pacientes dizerem os pensamentos que aparecem à mente, mesmo que fujam ao contexto. Este material é importante para análise. Freud diz ainda que aqueles que planejam o que vão dizer na sessão ao médico, julgando por este meio obterem um melhor aproveitamento do tempo, na verdade ficam mais reféns da resistência, sendo este também, um sintoma. Assim, o relato difere de uma conversa comum, pelo fato de que as ideias intrusivas devem ser ditas, mesmo sem qualquer ligação com o conteúdo lógico apresentado. Desta forma, o paciente pode e deve divagar para longe do assunto. É exatamente este o ponto: os assuntos dos quais gostaria de por de lado, em razão de críticas e objeções, ou por serem considerados sem importância ou por sentir aversão em dizê-los, estes são as que mais devem ser ditos.

Como já enunciado acima, o Sr E. apresentou-se a mim dizendo que sua história é longa. Iniciou seu relato, como a maioria dos pacientes, da forma mais cronológica e lógica possível, conforme sua memória o permitia. Iniciou a partir da história da sua doença atual, ou seja, da história do estoma e das mudanças sofridas em virtude deste.

O ponto de partida de nossa “viagem ferroviária” é a experiência vivida no corpo efetivo material, ou corpo biológico (segundo a terminologia dejouriana). Neste ponto, percebemos um movimento inverso ao da emancipação corporal iniciada na infância, o retorno dos pacientes ao corpo biológico. O retrocesso às exigências dos cuidados práticos e das necessidades de manutenção deste corpo, como: alimentação, hidratação, eliminação, higiene, etc. Estes zelos, tomam grande parte do tempo e da vida dos estomizados. As atenções se voltam ao corpo biológico e muitos vivem a serviço do estoma. Como apresentado no referencial teórico, o estoma se torna a principal queixa dos pacientes, levando-os a viverem em função deste. Vivem o estoma. Por esse motivo, neste trajeto, passaremos por duas estações do circuito pulsional do Eu em processo de Szondi (1975) e Schotte (1985): a Projeção e a Negação, ou seja, movimentos de defesa contra o sofrimento diário imposto por esta deficiência física.

Penso que o leitor compreenderá minha intenção, durante o percurso. Para aqueles que não estão familiarizados aos conceitos de Projeção e de Negação segue uma pequena explicação, apesar de apresentada no referencial teórico, creio que agora mais evidente junto aos exemplos práticos apresentados.

O conceito de Projeção é bastante amplo. O sentido psicanalítico do termo evoca uma defesa “arcaica”, muito frequente na paranoia, mas também muito comum nos “normais”. Na Projeção, a pessoa expulsa (projeta) algo de si e “localiza no outro – pessoa ou coisa”,

podendo ser sentimentos, desejos, qualidades que desconhece em si. (LAPLANCHE, 2001, p. 374).

Quanto ao conceito de Negação, Laplanche (2001) define como um “processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalçados, continua a defender-se dele negando que lhe pertença” (p. 293). E mais a frente, o autor, assevera que “a negação é uma forma especial de resistência” (LAPLANCHE, 2001, p. 293-294). Estas duas estações são muito presentes na queixa dos pacientes, um processo de defesa. Neste caso, dos estomizados, o sofrimento vivido é tanto, que negar e/ou projetar é uma forma de se manterem vivos.

Obviamente, em toda busca de ajuda, existe uma motivação. A queixa é a motivação do primeiro movimento observado: buscar ajuda. O que levou o Sr E. a buscar ajuda foi o fato de se deparar com a dura realidade de que sua estomia é definitiva. Vejamos o que disse o Sr E.:

“será difícil encarar que terei de usar esta bolsa para toda a minha vida”.

Quanto aos verbos páthicos, percebemos, a parte baixa da estrela (poder como capacidade e dever, como necessidade) muito afetada. O verbo “terei” está no futuro do presente. Uma projeção ao futuro, o que me fez pensar que o Sr E. tinha a esperança de um dia não necessitar mais da bolsa. O verbo “ter de” evidencia o impedimento natural. Necessitar da bolsa, impossibilidade de viver sem. Retomando a Estrela esquemática das categorias páthicas e personação humana (Figura 02), reconhecemos a supervalorização das duas pontas baixas da estrela: “poder” como capacidade natural (*können*) e “dever” como necessidade natural (*müssen*). Estas duas pontas estão diretamente ligadas ao corpo biológico. O verbo “querer”, que em nosso esquema (Figura 02) aparece no centro superior, representando a vontade voluntária, é enormemente prejudicado.

Uma dúvida me inquietou: Qual é o verdadeiro querer do Sr E. ? O que o fez vir até aqui? O desejo do paciente é fazer uma cirurgia de reversão do estoma, o que é impossível pelas condições clínicas apresentadas. Vejam o que ele disse:

*“O médico disse: “Eu **poderia** fazer a sua cirurgia e reconstituir, mas eu não faço, por dinheiro nenhum”.*

Disse mais:

*“Você **pode** viver 100 anos assim, embora, mexer aí, não dá porque pode ser muito arriscado”.*

A constatação da impossibilidade reversão do estoma. O impedimento em fazer a cirurgia reconstituidora se deve à perda de musculatura abdominal e não pela impossibilidade clínica do intestino grosso ou reto, como nos demais casos analisados em que a estomia sucedeu a patologias que acometem o intestino. O verbo “poder”, na fala do médico, significa a capacidade natural de poder viver como está. Seria o mesmo que dizer que “é possível viver como está”. Aqui vemos a marca da necessidade do estoma. A estomia é considerada uma cirurgia de vida, ela possibilita o paciente a permanecer vivo. Desta forma, é possível viver com o estoma, não é o ideal uma vez que a medicina ainda não pode devolver ao paciente um órgão novo. O médico ainda adverte: “pode ser muito arriscado”, ou seja, existe a possibilidade de que piore o estado clínico. A negação aqui trata-se de uma refutação proposicional, associada a um ato de justificação. Na verdade, o médico “não pode” fazer a cirurgia de reversão.

A projeção, segundo Laplanche (2001), “exterioriza um processo interno” (p. 379), assim como o estoma exterioriza os órgãos internos. É complexo compreender o que se passa no estomizado, pois o estoma faz parte do corpo. Ele nada mais é do que a abertura para “livre passagem”. Como se livrar de algo que faz parte do *si mesmo*? Neste caso a recusa, do paciente é permanecer como está, na condição de estomizado. Ainda Laplanche (2001) afirma que “a Projeção não se define como “não querer conhecer”, mas como “não querer ser” (p. 378). O paciente sabe, muito bem, as limitações do seu corpo efetivo material, do “poder como capacidade” diminuído e dos cuidados constantes requeridos. O querer está explícito, mas infelizmente comprometido, negado, no sentido de não “poder” como limitação física e a recusa desta condição de vida , em não *querer ser* estomizado. Vejamos mais falas do Sr E.:

*“Poxa, eu vou **ter que** usar essa bolsa para o resto da vida?”*

*“[...] porque **saber** é difícil, **aceitar** que você vai ter que **conviver com isso** é difícil”.*

Estas falas ilustram bem as explicações acima. Agora, uma sequencia de verbos das atitudes que o paciente recusa veemente: saber, aceitar e conviver. A negação é reafirmada pela repetição “é difícil” e a rejeição do estoma como *si mesmo*, o “isso”. Novamente a negação: não pode comer (o que quer) não pode sair de casa, pois tem que trocar o curativo muitas vezes. O paciente necessita da bolsa. Sem a bolsa, vive, ou melhor, sobrevive

enfaixado. Este poder como capacidade diminuído, sentido no corpo efetivo material, é bem presente nos relatos:

*“Eu **não podia** comer. Quando estava enfaixado. Vivi 18 anos enfaixado. Depois da bolsa, eu me alimento normal, até pimenta de cheiro eu **posso**”.*

*“Eu **não podia** ficar mais de 2hs fora de casa porque já **tinha** que trocar o curativo. **Nenhuma** bolsa se adequava (as disponíveis na rede). Uma enfermeira da capital, da empresa H. conseguiu adaptar para o meu caso”.*

Novamente a negação: “não podia comer” (como se agora tudo fosse permitido). Como sabemos, não é bem assim. Sim pode comer, *mas* não tudo o que quer (mesmo hoje). O “mas” marca o limite, o interdito. O verbo dever como necessidade natural é apresentado na expressão “já tinha que trocar o curativo”, ter de trocar o curativo. A negação está presente nas falas “não podia” e “nenhuma bolsa”. Aqui também se percebe a Projeção, uma vez que havia bolsas que poderiam ser adaptadas ao paciente, não as disponíveis pela secretaria de saúde. O querer fazer uma cirurgia de reversão tem um significado também estético. Não apenas à volta do funcionamento intestinal. A imagem do estoma não é agradável, muitos pacientes se isolam por este motivo. Existe, portanto, uma complexidade no cuidado aos pacientes que vai além da doença-coisa do modelo biológico, a preocupação com a existência. E agora, o reconhecimento de si na doença. Na fala abaixo, o paciente utiliza o pronome na primeira pessoa “eu preciso”, reafirmando o reconhecimento de si e as limitações impostas. Nesta frase também observamos a ambiguidade do relato, “poder” e “não poder” estão sempre muito próximos. Penso que aqui o dilema entre “querer” e “não poder” estão bem marcados. A fala abaixo mostra este reconhecimento da necessidade de cuidados:

*“É porque eu **preciso** ter o meu cuidado comigo, né? Eu preciso me cuidar, porque **não posso** fazer muitas coisas que eu gostaria de fazer, eu **não posso** fazer”.*

Um poder diminuído, que leva à queixa (Ricoeur, 1992). Ocorre um movimento inverso à emancipação libidinal da infância. Agora, depois de adulto, volta a viver em função das necessidades biológicas mais primitivas. Deve dar atenção ao corpo, aos movimentos intestinais, aos cuidados do funcionamento autônomo do corpo. Assim, o paciente, vive a barriga.

O senhor E. é muito espirituoso e brinca com as dificuldades enfrentadas. Tem prazer em narrar suas desventuras, e de como escapou da morte.

“O médico me dizia: você parecia uma árvore de natal”. Ele falou que tinha de ser publicado, sair no livro dos guines com 18 fístulas”.

Nesta fala, o Sr E. faz um *Witz*¹⁴, uma ironia fina, em que brinca com a morte. Comparar os drenos com uma árvore de natal, é no mínimo espirituoso e reforça o dito popular “rir é o melhor remédio”. O cômico do dito espirituoso, não cáustico, alivia a dura carga da vida. Penso que esta capacidade de rir de si mesmo, ajudou o paciente a se manter vivo. Vejamos mais um *Witz*:

“Eu pedia chocolate com a cirurgia toda aberta. Eu comi chocolate com a cirurgia toda aberta! Era páscoa (risos)”.

Entre a vida e a morte, ainda ousa comer chocolate. Em um impulso, quebra as regras da U.T.I., arrisca e se permite comer chocolate, mesmo eviscerado. Em luta contra a vida e a morte, brinca e se permite o gozo momentâneo. O verbo páthico representado é o “poder” no sentido de permissão (*dürfen*). O “querer” está presente e dá o movimento. O “querer” mostra que ainda está vivo. Luta contra a morte, lembrando as palavras de Ricoeur (2001) quando diz que o que agoniza ainda é um vivente. O *Witz* acima é uma maneira clara de permanecer vivo. Quanto à experiência do corpo, é possível observar a busca pelo prazer. Um pedaço de atividade na aparente passividade, como na citação de Laplanche. Observamos um movimento pulsional de subversão libidinal na tentativa de autonomia à ditadura da necessidade. Um prazer com potencial perigoso, a pulsão de morte. Neste ponto ainda podemos arriscar em dizer que o senhor E. sente prazer em sua saga heroica na luta pela sobrevivência. Quanto maior o sofrimento, mais era comparado a um mártir. Assim, relatava seu sofrimento durante cada encontro no ambulatório (sem sair disso). Me arrisco em perguntar sobre o prazer na dor, o que ele concorda e reflete.

Outra questão ainda remanesce, a realidade apresentada sem disfarces. Além da imagem da ‘coisa’ em si (no caso a mutilação do corpo pela doença), também a angústia do que se vê adiante, no próprio destino. Para exemplificar esta questão, segue mais um relato do nosso paciente:

“O mais difícil no hospital, foi ver as pessoas falecerem”.

Na fala acima “... o mais difícil no hospital, **foi** ver...” o verbo ir, no pretérito perfeito, é a “sequela”, o que sobra do ato, no caso sob a forma de imagem. Ricoeur (1982) tem um

¹⁴ Dito espirituoso.

estudo sobre *“Imaginação e metáfora”*, onde defende que a imaginação é a produção de um sentido. A imagem não é apenas a reprodução de algo ausente, mas a produção do irreal. Apesar de que, neste texto, Ricoeur se refere à produção da imagem através das metáforas que referem algo ausente, mas que já foi existente um dia. Em nosso caso, a imaginação faz um sentido contrário, ou seja, se dá a partir de uma imagem real: a realidade da finitude da vida, a concretização da doença evidenciada na deformação do corpo. Diante do sofrimento advindo da doença, nosso filósofo também tem algo a dizer. Em seu último livro, *“Vivo até a morte”*, Ricoeur (2011), agora na posição do homem e não do filósofo, luta contra a imagem do morto de amanhã, pois esta imagem leva a uma agonia, um luto antecipado, vivido no presente. O Sr E., teve a mesma imagem que o filósofo e sofria em um luto antecipado, em vida.

Convido o leitor a presenciar a uma informação fornecida posteriormente, deste momento vivido pelo nosso paciente, e a condição clínica enfrentada:

“Eles tinham dado meu caso como perdido”. Diziam: não tem mais jeito para este rapaz, não. Entreguei para Deus e apaguei por 3 dias e 3 noites. Daí, eu acordei com os braços e com as pernas amarradas e... para fora. Fiquei 3 meses e via as pessoas morrerem. Quem era o próximo. É difícil ver isso e não poder fazer nada. Os médicos não acreditavam que eu iria sobreviver. Meu quadro clínico era o pior da U.T.I.”.

Existe uma diferença entre a experiência vivida no hospital e a vivida em casa. No hospital, o Sr E. via os outros morrerem. Em casa, agonizava, mas não presenciava a imagem da morte.

“[...] eu fiquei 2 anos em casa com estas fistulas, agonizando”.

Esta fala retoma o que foi dito acima, da imagem. O que viu, no hospital, foi o quadro das próprias vísceras externalizadas. Uma imagem que choca. Por isso, a imagem da morte presente no relato anterior. Diante da sua condição clínica, o Sr E. pensava em quem seria o próximo, provavelmente ele. Apesar de tudo isso, ainda assim, pôde (no sentido de conseguir) provocar o riso em uma ironia muito fina (me refiro ao episódio da páscoa). Realmente o Sr E. é um mártir. Um vencedor, sobrevivente dos limites mais penosos da vida de um ser humano.

Apesar de ter sobrevivido a todas as complicações clínicas, as dificuldades, no sentido da dependência, continuam. O senhor E. precisa da bolsa e depende da Secretaria de Saúde

para a compra do material. A impotência é uma das grandes queixas dos pacientes. Seguem mais relato Senhor E. :

“A secretaria não pode comprar todo o material da empresa H. para mim. Eu uso 3 tipos de materiais”.

Ao dizer isso mostrou-me os diferentes tipos de materiais em um catálogo do laboratório. Explicou-me porque a bolsa comum, aprovada pela licitação da Secretaria de Saúde não aderiu a sua parede abdominal, o que o manteve enfaixado por anos. Uma queixa real, a necessidade dos materiais e dos cuidados para com o estoma e as barreiras externas. Retomo aqui as causas do sofrimento elencadas por Freud (1929/1930), apresentadas neste trabalho, no capítulo I, que cabem perfeitamente neste caso: a fragilidade do corpo biológico; o poder da natureza; as relações e adaptações às regras para a vida em sociedade como as sujeições ao poder do Estado. Neste caso, o paciente impotente está à mercê do benefício do Estado, concedido por intermédio da Secretaria de Saúde.

Todo este sofrimento é incontestável. Como todo trabalho influenciado pela psicanálise, este sofrimento evidente não é o único ao que o paciente está sujeito. Este sofrimento ele conhece muito bem. Buscamos outro sofrimento, não evidente, e que o próprio paciente desconhece. Este sofrimento também o paralisa no movimento de vida em busca do ‘querer’. É sabido que o sintoma tem outro significado além deste e é nesta busca que avançamos em nossa investigação. Vejamos a advertência de Freud (1901/1905):

Quando se empreende o trabalho psicanalítico, logo se constata que os sintomas têm mais de um significado e servem para representar simultaneamente diversos cursos inconscientes de pensamento. Eu acrescentaria que, na minha opinião, um único curso de pensamento ou fantasia inconsciente dificilmente bastará para a produção de um sintoma (p. 53).

Afinal, por que a Projeção? Onde ela se encontra nas falas do paciente? Primeiramente, na queixa do sofrimento. O paciente projeta tudo o que é desagradável em sua vida, na lembrança e relatos do seu sofrimento. Mas ainda há outra desconfiança: o prazer no sofrimento. Quanto mais o Sr E. sofre, mas é comparável a um mártir. O seu sofrimento é tanto, que o diferencia dos demais estomizados, assim, ele tem muito a contribuir à pesquisa. Compreendi que o Sr E. vai ao ambulatório para me ajudar porque tem muito a dizer sobre a vida do estomizado.

Creio não estar errada ao apontar os movimentos de Projeção e de Negação neste primeiro grande movimento do paciente. Na Projeção, traços da personalidade do paciente

podem revelar-se no comportamento manifesto. Através da queixa concreta das dificuldades sofridas em seu cotidiano, o Sr E. “desvia a atenção do seu próprio inconsciente” (LAPLANCHE, 2001, p. 376), fazendo um deslocamento. Considero Projeção esta angústia no movimento de ajudar, no comportamento manifesto, o desejo inconsciente de ser ajudado. Em mais um exemplo conceitual de Laplanche (2001), seguem suas palavras na íntegra:

A projeção aparece então como o meio de defesa originário contra as excitações internas cuja intensidade as torna demasiadamente desagradáveis; o sujeito projeta-as para o exterior, o que lhe permite fugir (evitamento fóbico, por exemplo) e proteger-se delas (p. 377).

Um dilema humano é denunciado na Projeção: a divisão, bipartição da pessoa. O que é agradável, permitido (moralmente) permanece, o que é moralmente interdito, é expulso do seio da pessoa. É recusado e projetado a outro (LAPLANCHE, 2001). Os verbos páthicos descortinam este mecanismo.

A queixa da subordinação ao corpo biológico dependente de cuidados ,tanto de si quanto de outros. Percebemos o desejo da emancipação deste corpo que já não é mais o mesmo. Uma nova subversão libidinal é necessária. É sabido que para alívio deste sofrimento, deve-se avançar. Ele mesmo, sem o saber já me havia alertado de que existia outra barreira a ser superada, por isso a busca de ajuda:

“Eu procurei ajuda, porque eu vi que precisava. Quando eu vi que precisava, eu busquei”.

“Eu preciso dar um passo a frente. Eu tenho que tomar a iniciativa, entendeu?”

A Projeção e a Negação não resolvem o problema enfrentado, se permanecer nestas estações, a vida manter-se-á assim em torno do estoma. Um novo impulso é preciso. Convido o leitor a continuarmos nosso movimento no circuito pulsional.

2) O movimento de automanutenção: viver apesar do estoma

Introjeção – Autocuidado

As próximas estações são de Introjeção e de Autocuidado (*Selbsthaltung*). Na Introjeção o Eu diminui sua potência para que possa introduzir algo de fora. Um movimento inverso à Projeção. Neste movimento, é possível ao profissional de saúde interferir e introduzir algo que estimule o Autocuidado do paciente. Para isso, é prescrito, no sentido de “dever como necessidade”, a transferência.

Em consulta ao termo *Introjeção*, o conceito de Laplanche (2001, p. 248): “Processo evidenciado pela investigação analítica, no qual o sujeito faz passar, de um modo fantasístico, de “fora para “dentro”, objetos e qualidades inerentes a esses objetos”. Mais a frente, o autor complementa que este processo assemelha-se a incorporação, muito próximo à identificação. Nas palavras de Laplanche a *Introjeção* é “um contraste com a *Projeção*” (2001, p. 248). O autor retoma o conceito freudiano da oposição entre os termos *Projeção* e *Introjeção* na relação entre o prazer e o desprazer. Projeta-se o desagradável, desprazeroso, conseqüentemente o que é mau, e introjeta-se o que dá prazer, o que é bom. Laplanche alerta a diferença entre os termos *Incorporação* e *Introjeção*, sendo a incorporação relacionada ao limite corporal e a *introjeção*, utilizada sentidos mais amplos.

Quanto ao cuidado, o conceito encontrado no dicionário (MICHAELIS, 1998) fala de algo:

1) Pensado, ou seja, meditado, refletido; 2) Bem trabalhado: bem feito, com desvelo, diligência, solicitude e atenção; 3) Precavido: com vigilância e atenção; 4) Inquietação do espírito: com atenção, cautela. Quanto ao verbo “cuidar” encontramos, na mesma literatura, os usos de: 1) Cogitar, imaginar, pensar e refletir; 2) Julgar e supor; 3) Considerar-se; 4) Ocupar-se e tratar-se de; 5) Precaver-se; 6) Zelar (pelo bem estar ou pela saúde, sustentar; 7) Tratar (p. 622).

Como podemos ver, o uso da palavra cuidado é bem amplo e relacionado a uma ação planejada, meditada e refletida. No Autocuidado, o cuidado de si, observamos o movimento do Sr E. em uma autopermissão de ousar a vida, porém, não de forma impensada como o impulso de morte das estações anteriores. O movimento agora é refletido, pensado, feito com zelo. Uma ação que necessita de um novo empoderamento do Eu, mas de forma adaptada, uma ação eficaz, ou seja, que leve à diminuição do sofrimento vivido.

Nas estações anteriores, deparamo-nos com um sintoma do nosso paciente: a repetição da narrativa do sofrimento vivido. Esta era a minha inquietude. Era preciso quebrar este ciclo sintomático e de sofrimento. Quanto a este sintoma, desconfio que o mesmo era alimentado em virtude do benefício secundário que o Sr E. tira da doença. Freud observou este processo em sua paciente Dora. Para demonstrar, com maior precisão este ponto, segue a *repetição* das palavras de Freud: “Mas Dora também aprendera, observando a senhora K., quanto proveito se podia tirar das doenças” (1901/1905), p. 46). Dora, inconscientemente, repetia o recurso utilizado pela senhora K. e ficava doente. A repetição é um sintoma histérico na busca de um sentido. Reforçando o que Freud diz, na íntegra: “é do caráter do sintoma histérico a capacidade de repetir – a menos que tenha uma significação psíquica, um sentido”

(1901/1905), p. 48). Dora utilizava este mecanismo para conseguir a atenção paterna, assim como a senhora K.

O senhor E. utilizou-se, também, do benefício da doença para buscar algum sentido em todo o sofrimento vivido. Sofrer tanto assim, só pode significar algo. Uma forma de subversão libidinal, da emancipação do corpo biológico. Assim, o Sr E. sublima o estoma. Esta evidência já foi mencionada no tópico anterior, mas existe uma lacuna, necessária de ser compreendida antes de chegarmos às estações de Introjeção e de Autocuidado. Voltemos à significação do sintomas, recitando as palavras de Freud (1913):

Os pacientes que datam sua enfermidade de um momento específico geralmente se concentram na causa precipitante. Outros, que por si reconhecem a vinculação entre sua neurose e a infância, amiúde começam pelo relato de toda a história de sua vida. Nunca se deve esperar uma narrativa sistemática e nada deve ser feito para incentivá-la. Cada pormenor da história terá de ser repetido mais tarde e é apenas com estas repetições que aparecerá material adicional para suprir as importantes associações que são desconhecidas do paciente (p. 151).

O Sr E., iniciou seus relatos nas queixas referentes às limitações físicas impostas pelo estoma, bem como à impossibilidade de uma cirurgia de reversão. Sua narrativa não ocorreu de forma sistemática, embora eu percebesse sua preocupação quanto a clareza, organização e fidedignidade dos fatos. O início de sua saga, foi-me revelado um pouco mais tarde, um material adicional importantíssimo para a compreensão dos seus sintomas neuróticos. Neste caso específico, tudo começou em um assalto no qual o paciente é atingido por uma facada na barriga. Tudo se desencadeia a partir deste episódio. Relata que sentiu raiva e desejo de vingança. Passou por uma laparotomia exploratória para avaliação e reparação dos órgãos internos, e disse:

“Eu senti o desejo de vingança”.

Para que estas informações me fossem reveladas, foi imprescindível superar a resistência. Neste episódio de violência sofrida, o paciente não pôde descarregar a carga pulsional afetiva sentida, embora sentisse o desejo. Como mencionado no capítulo III, é necessária uma transformação da “representação forte” em uma “representação fraca”, diminuindo o afeto. O uso da linguagem, pelo método catártico, diminui esta carga pulsional, mas é necessário algo a mais. É necessário um movimento mais eficaz do que a Projeção. Sabemos que esvaziar o afeto pela palavra, traz grande alívio (o caso Ana O. é prova disso),

mas queremos mais. Queremos um movimento pensado, refletido, de Autocuidado. Este episódio ficou fortemente marcado na lembrança, jamais será esquecido.

Recapitulando as palavras de Freud (1893/1895), redigida no capítulo III “uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que **teve que** ser aceita” (p. 44). Notemos a expressão ‘teve que’, o dever imposto. No caso do Sr E., este ‘dever’ foi imposto, tanto externamente (não pôde reagir por incapacidade física, uma vez que foi atingido no ventre), quanto a pela autoimposição (não deveu reagir, por uma imposição moral). No primeiro impedimento, a frustração de não ‘poder reagir’ e a segunda, a renúncia ‘não dever reagir’. O desejo de vingança mostra o sintoma perverso e a renúncia, a neurose. São forças opostas entre si, um grande dilema da vida dos humanos (neuróticos). Enfatizando esta afirmativa, cito Freud (1901/1905): “As psiconeuroses são, por assim dizer, o negativo das perversões” (p. 56). Na leitura via verbos páthicos, a luta entre o ‘querer’ e ‘não dever’ do neurótico.

Em um curto período após a primeira cirurgia, o paciente desenvolve uma apendicite que o leva a uma nova intervenção cirúrgica, no ventre , que aparentemente em nada se relaciona à laparotomia exploratória. Este episódio teve sérias consequências em seu estado de saúde. Cito o Sr E. no momento em que foi diagnosticado com apendicite no hospital:

“Só sei que tinha um médico lá mais experiente, não tem nada na cirurgia dele aí não. Manda esse rapaz urgente para B (outra cidade), porque ele esta é com apendicite e já está supurando. Não tem nada com a cirurgia dele”.

As últimas palavras “não tem nada com a cirurgia dele” reporta-se à cirurgia anterior de laparotomia exploratória, realizada em virtude do assalto. O senhor E. teve várias intercorrências graves, inúmeras cirurgias, infecções seríssimas que o deixaram à beira da morte, por muito tempo, na UTI. Sabemos que neste caso é difícil alegar à escolha do órgão para o adoecimento, uma vez que tudo se iniciou em um assalto, uma causa externa. Porém, os fatos que se sucederam: a apendicite e as infecções recorrentes, ou seja, as repetições dos sintomas orgânicos, podem estar relacionadas à impotência de reagir às situações de agressão sofridas. Seria este caso, também uma complacência somática? Freud (1901/1905) traz uma definição do que significa este termo, o que me levou a refletir:

Os processos psíquicos em todas as psiconeuroses são os mesmos durante um extenso percurso, até que entre em cena a “complacência somática” que proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída corporal. Quando esse fator não se faz presente, surge da situação total algo diferente

de um sintoma histérico, mas ainda de natureza afim: uma fobia, talvez, ou uma ideia obsessiva – em suma, um sintoma psíquico (p. 48-49).

Se minhas indagações seguirem este caminho, a sequência de afecções no intestino seriam uma saída corporal ao poder diminuído. Poder não como ‘*können*’ da capacidade natural, mas do poder ‘*dürfen*’, da permissão moral. O órgão atingido se assemelha à impotência vivenciada durante o assalto, pois, assim como as vísceras (órgão pertencente ao Sistema Nervoso Autônomo) não se pode controlar. O ventre é um órgão que tem “vida própria”, somos impotentes diante dos movimentos intestinais. Assim ocorreu com o Sr E. que mesmo no hospital, foi vítima de erros médicos que complicaram ainda mais sua situação de saúde (em nova situação de impotência). O ventre, o âmago do corpo, o que há de mais interno ficou totalmente exposto (pela evisceração abdominal) e agora permanentemente pelo estoma. Quanto a passividade, cito Laplanche (1988b, p. 90) “digo que somos passivos quando se faz em nós alguma coisa, ou que ocorre da nossa natureza alguma coisa da qual somos a causa apenas parcialmente”. E Laplanche (1988b), mais adiante, detalha o que significa essa passividade:

A passividade, a atividade não devem ser definidas nem pela iniciativa do gesto, nem pela penetração, nem por qualquer outro elemento comportamental. A passividade está toda inteira na inadequação para simbolizar o que ocorre em nós vindo de parte do outro (p. 90).

O verbo páthico ‘poder’ se repete, diminuído, reforçando o sintoma. Durante todo este tempo, ficou à mercê do destino, sem a possibilidade de simbolização diante das adversidades sofridas, primeiro no assalto, depois, na doença e a possibilidade de morte durante os cuidados intensivos no hospital. A fala abaixo demonstra bem a impossibilidade do “agir expressivo”, além da grande intensidade do sofrimento. Vejamos os exemplos dos erros que o Sr E. sofreu:

“O médico disse, vou tentar arrumar esta bagunça que fizeram na sua barriga”(se referindo aos erros das cirurgias anteriores).

*“Passei por vários perigos de morte. Um dia, a enfermeira colocou a medicação errada, **mas ela percebeu o erro**”*.

As falas acima reforçam o poder diminuído do paciente, à mercê do cuidado oferecido pela equipe de saúde. Sem poder agir por capacidade e nem por permissão, pois como reagir aos cuidados oferecidos? Muitos pacientes não ousam contrariar a equipe de saúde, pois as

consequências podem ser desastrosas. Neste caso, aceita-se o cuidado oferecido. O Sr E. toma este caminho e justifica a profissional “mas ela percebeu o erro”.

O lucro na doença pode ser melhor compreendido em comparação ao caso Dora. A paciente se beneficia do sintoma no alcance de seu objetivo a ser alcançado: chamar a atenção do pai. Quando esta artimanha não repercute mais efeitos, o segundo objetivo, contrário ao sintoma neurótico, o desejo, inconsciente e perverso: vingar-se do pai. Não posso dizer que o mesmo ocorreu ao Sr E., pois a análise não avançou ao ponto de esclarecer o conflito deste com o pai, embora o paciente tenha revelado as dificuldades que teve com o genitor. O paciente queixa-se de que o pai deixou a família, sendo esta uma das razões para ter procurado ajuda psíquica anos antes da sua doença. Não creio que o Sr E. tenha ficado doente ou utilizado a doença para vingar-se do pai, mas que a doença trouxe uma trégua na desavença foi esclarecido certo dia em que contou-me, com satisfação, a visita do pai durante o tempo que passou na UTI. Neste dia, o pai se preocupou com ele. Não diria que o Sr E foi “vingado”, mas “apaziguado”. Desta forma, a doença estava justificada. Ela trouxe algo de bom, idealizado, sublimado, o perdão e o apaziguamento da crise familiar. Vejamos algumas palavras, na íntegra sobre isso:

“Fiz terapia antes porque não dava certo com meu pai. Meu pai expulsou um irmão de casa. Fiz terapia particular. Trabalhava em S. na época. Hoje converso com meu pai, ele me visitou na U.T.I., dizia para todas as enfermeiras para, por favor, cuidarem de mim”.

Apesar de todo o sofrimento, um “lucro” secundário da doença. O próprio Sr E. disse “tudo é gratificante” referindo-se a vida sendo restabelecida, quando voltou do coma. Sim, a conciliação familiar é gratificante, mas à custa de um alto preço, pago pelo Sr E. que diz “infelizmente, pela dor”. Novamente vemos o verbo *sollen*, do dever ser como obrigação e do dever ser como compromisso. O paciente se impõe o dever ser forte e suportar as amarguras da vida por um ideal. É severo consigo mesmo. A figura paterna está presente no simbolismo do ideal do Eu, não podendo ter melhor recompensa, pelo alto preço, a conciliação.

No que tange ao benefício secundário, Freud ressalta a obtenção do prazer na doença física, ainda no caso Dora. As atenções recebidas pelo pai quando apresentava algum sintoma físico, um “lucro secundário” que a paciente obtinha em seu sofrimento. Este prazer no sofrimento é um sintoma. Quais são os desejos por trás desta artimanha inconsciente? Algo que se passa no campo psíquico.

No caso do Sr E., o sofrimento do corpo biológico é incontestável, mas percebemos um movimento em busca do prazer. Este movimento é pulsionalizado e quem faz este movimento é o corpo erótico libidinal. Este prazer é produto da subversão libidinal iniciada, na comunicação do adulto com a criança e marcada pelo Supereu do adulto. Nela, a interdição e a culpabilidade são introduzidas. O conflito humano se instala entre o desejo e o interdito. A moral e a dívida introduzidas são manifestas pelo sim e pelo não. O ‘sim’ ao Ideal do Eu e o ‘não’, à censura do Supereu crítico, como bem explicitado no segundo capítulo deste trabalho. Em nome de algo maior, idealizado, a renúncia. A renúncia, segundo meu entendimento, é a causa das neuroses e não a frustração. A neurose do Sr E., decorrente do sofrimento físico, não é devida apenas à frustração da amputação do seu órgão interno, mas a renúncia do seu Supereu crítico que interditou sua reação à violência sofrida. Retomemos sua fala sobre a origem causal do seu sofrimento psíquico:

“Com uma semana, eu fui assaltado. 6 jovens me assaltaram. Ai, eu procurei entender aquilo ali. Eu procurava entender porque onde eu caí, onde eles me espancaram, onde eu caí, foi perto de uma igreja evangélica e se dizia assim: Deus é amor”.

“Eu não reagi”.

Tudo iniciou no assalto e o sintoma neurótico foi originado quando o Sr E. sofreu a agressão física e não pôde reagir. Foi impedido ao movimento do “agir expressivo” (expressão de Dejours, 2001). Percebemos a renúncia à ação vingativa, embora tenha afirmado que sentiu o desejo de vingança e a escolha por algo mais elevado “o amor”. A bíblia (1993) coloca o amor como o maior dom. Dentre todos, o dom mais precioso: “Agora pois, permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três ; porém o maior destes é o amor ” (I Coríntios 13 :13). O amor é uma lembrança marcante no trauma sofrido pelo Sr E., tanto que cita que caiu perto da placa que dizia “ Deus é amor”. O Sr E., renunciou à vingança e não se permitiu (*dürfen*) quebrar as regras e se vingar de todo o seu sofrimento. Tomou o caminho do dever (*sollen*), o caminho do dever idealizado, sublimado.

Como todo clínico investigador, devemos sempre desconfiar das intenções humanas, por mais altruístas que possam parecer. No terceiro capítulo deste trabalho, demonstrei que este dever idealizado não é simplesmente altruísta, mas cheio de interesses ocultos já mencionados por Kant (2007) como “amor próprio oculto”. O raciocínio é que no Imperativo Categórico de Kant, o dever (*sollen*) é imposto de fora para dentro. Esta imposição, segundo a Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche (1988b), inicia na infância. Elas vêm de fora,

do adulto, pois durante os cuidados do corpo da criança, o adulto introduz na criança o seu próprio Supereu. O limite, o interdito são introduzidos na infância e se tornam arraigados ao Eu, do qual não pode se desvincular. Provavelmente, se o Sr E. tivesse se vingado, sofreria de culpa e de remorso.

Toda a agressão sofrida pelo paciente e a ironia do destino expresso na placa da igreja. Esta fala do senhor E. me remete a Weizsäcker (1958) quanto à eleição ao sofrimento, sobre o questionamento que o paciente faz ao médico sobre o porquê da sua doença e de seu sofrimento, de ser escolhido para sofrer.

“Não me vejo diferente, mas me sinto um escolhido”.

Uma razão sublimada, idealizada para o sofrimento. Neste dever de aceitar com resignação o destino e dele tirar algo de bom. Neste ponto, apesar do sofrimento, o gozo no sofrer pode ser percebido, no sentido de que quanto maior o sofrimento, maior a recompensa. Ou seja, quanto mais sofrer, mais será purificado. Um verdadeiro mártir.

“Porque eu posso me orgulhar assim, só nas minhas fraquezas. Porque é na fraqueza que revela a força”.

Ao contrário do Supereu crítico, as pulsões e excitações, por sua vez vem de dentro, e contra elas, não há defesas. O desejo de vingança, vem à tona sem possamos dele nos defender. Por isso desejo e interdito caminham lado a lado. O Sr E. se adapta aos sofrimentos como pode. O prazer no sofrer, apontado tantas vezes, mostra este gozo sublimado de ter sido escolhido para sofrer, por um objetivo maior. Cito o Sr E.:

“Porque isso aqui...esses problemas, antes de acontecer, eu já estava preparado. Eu já estava muito preparado”.

“Porque eu acredito o seguinte: que tudo o que eu estou passando, isso eu não sei o resultado de amanhã, mas o que eu estou passando hoje, eu sei que é uma provação e eu preciso, desse jeito que eu estou vivendo todos esses anos, eu preciso agradecer a Deus por hoje eu estar vivo. Porque não foi fácil pra mim não. Não foi fácil. Porque a minha vida foi marcada por bênçãos e maldições”.

Estas falas nos remetem à eleição ao sofrimento, já levantada por Ricoeur (1992), de ser escolhido para sofrer. Escolhido, pelo destino a sofrer por um objetivo maior, idealizado, o de aprender. Um castigo que exime a culpa, por isso, ligada ao prazer. Quanto mais o Sr E. sofria, mas era comparado a um mártir. Por isso a minha atenção se volta para este

movimento. O enigma inicial começa a se revelar. O Sr E. inicia sua fala aos sofrimentos relacionados ao estoma. Questiono se estes problemas não são decorrentes dos erros médicos, principalmente as infecções sucedidas à cirurgia de apendicite. Desta forma, ousou refletir que a deficiência física, ou seja, o estoma definitivo, foi ocasionado pelo erros médicos. O sofrimento psíquico, porém, foi desencadeado bem antes, durante o duro episódio do assalto.

A palavra mais frequentemente utilizada durante seus relatos era sobrevivência. Narrava então seu sofrimento, semana após semana e, me veio à memória as palavras de Ricoeur (2011) sobre viver até a morte e não para a morte. Nosso paciente sobrevivia cada dia dentro de um sofrimento, um luto antecipado, em vida. Um questionamento me veio à mente, durante seu relato, e lhe perguntei se era um “vivente” ou um “sobrevivente”. A pergunta o fez refletir, e no encontro seguinte, a tomada consciência. Chegamos na estação de Introjeção.

“Exatamente, eu percebi, que eu estava como você falou, no meu mundo só de sofrimento. Agora eu tento enxergar o outro lado da vida. Procurei me sentir útil pra mim mesmo. Para sair do meu sofrimento”.

Pela primeira vez, pude interferir de forma mais incisiva, provocando um espanto. Uma olhadela mais ao detalhe da fala “no meu mundo só de sofrimento” reafirma as palavras de Ricoeur (2011) quando diz que há solidão no sofrer. A seguir, a tomada de consciência e o movimento de mudança. O verbo utilizado no pretérito imperfeito “estava” evidencia uma ação que já passou. A força pulsional foi esvaziada. Percebe-se o movimento de Introjeção “eu percebi, que eu estava como você falou” e de Autocuidado “Agora eu tento enxergar o outro lado da vida”. O princípio da dura realidade da deficiência física, e as preocupações de Autoconservação, faziam com que o senhor E. vivesse em função da barriga, sem se permitir ousar viver, até mesmo se permitir desejar alguma coisa. Pouco a pouco, através do acolhimento e da escuta, ocorre um movimento pulsionalizado. Antes, não saía de casa, não tinha um convívio social. Vivia como uma planta enraizada:

“Ficava preocupado... Até minha mãe me falou outro dia... ela precisava de alguém para molhar a planta e disse: você não esquece de molhar a planta! Eu disse: pode deixar! Eu vou molhar. Acabei me esquecendo (risos) Esqueci! Eu não estou me preocupando tanto como eu me preocupava com as coisas, com coisas pequenas. Eu pensei: com certeza, eu posso me esquecer...”.

Na metáfora acima, o paciente dá um exemplo de um movimento: esquece de molhar a planta porque estava vivendo. Na verdade, esta fala é de si mesmo, ele era quem ficava literalmente “plantado em casa” e os risos na constatação de que afinal, deixa de ser planta.

Na metáfora, novamente a afirmativa de Ricoeur vêm à tona “um ver-se como, revelando um ser-como”. Existe um termo escondido nesta afirmativa. Podemos brincar com esta metáfora e dizer que “as raízes das plantas estão para o solo, assim como o corpo enfermo está para a cama”. Outra leitura diria que “as raízes no solo possibilita a vida, assim como o corpo acamado a sobrevivência”. Uma ironia fina entre vivência e sobrevivência. O “querer” do paciente em mudar de vida o leva a um movimento (literal), pois decide fazer uma atividade física, caminhada. Tem todo um simbolismo por traz desta escolha. A metáfora da planta tem um movimento pulsionalizado por traz, de autocuidado. Os verbos modais “querer” e “ousar”, no sentido de permitir-se, impulsionam este movimento.

Eu diria que houve uma “moção pulsional” (*Triebregung*), termo elucidado por Laplanche (2001) que distingue o termo de pulsão (*Trieb*) e diz: “a moção pulsional é a pulsão em ato, considerada no momento em que uma modificação orgânica a põe em movimento” (p. 286). Laplanche ainda explica que prefere usar este termo ao de “emoção pulsional”, pois está mais próximo da palavra *regung*, “substantivo derivado do verbo *regen*” (LAPLANCHE, 2001, p. 286), que significa mover. Simbolicamente e literalmente, o Sr E. se põe em movimento. Em um ato pensado, de autocuidado, se empenha em uma atividade física – caminhada. E diz:

“Eu estou fazendo caminhada pela manhã, eu vi que melhorou”.

*“Eu **preciso** dar um passo à frente”.*

Os passos literais e simbólicos do Sr E., a caminho da última estação “Autocuidado”, um movimento pensado, refletido que vê como uma necessidade mudar a direção do próprio destino. No Autocuidado o Eu ganha potência. O verbo “poder” mencionado no início era de capacidade natural (diminuída), agora o poder é de tentativa de experimento, de ousadia, de permissão moral. Agora, o paciente deixa a passividade e se torna sujeito ativo. Empodera seu Eu no sentido de ajudar os outros pacientes, ocorre uma mudança de posição.

*“Eu **preciso** passar adiante, não guardar para mim o que eu aprendi, mas sim **poder** ser útil para as outras pessoas que precisam. Que precisam ouvir o meu testemunho”.*

*“Eu **preciso** dar meu testemunho de vida para estas pessoas, porque elas **precisam** de palavras que **podem** confortar [...] Então seria bom que eu*

*fosse dar um testemunho para essas pessoas, para **poder** levar palavras de conforto, de alívio, porque não é fácil.*

O Autocuidado está presente no aumento da potencialidade do Eu através de um movimento (pulsional) que vê uma possibilidade e se permite fazer algo porque percebe que tem capacidade (sabe o sofrimento dos pacientes), e tem condições para dizer algo que conforte. Está qualificado para tal. Percebe-se, também, a iniciativa (impulso) do mesmo em fazer algo. Novamente a ousadia: não arriscando a vida como comer chocolate eviscerado na U.T.I., mas na potência de ajudar o outro. Um empoderamento do eu em que se permite “virar o jogo”.

O verbo utilizado é precisar, mas não no sentido do *müssen* (dever como necessidade natural), e sim como uma dívida para com os outros pacientes. Um dever moral (*sollen*) imposto a si, por si mesmo. Agora a posição é de um paciente modelo, um Ideal do Eu. Houve uma transformação gradativa e em processo. A introjeção foi necessária, um momento de conscientização e de aprendizado.

A Transferência

Na maioria das vezes, é no final que compreendemos melhor o que se passa na clínica, pelo conjunto da obra pois, como alertou Freud (1901/1905), as informações prestadas são sempre repletas de lacunas. Às vezes conscientemente, intencionalmente e às vezes inconscientemente, nas amnésias. Muitos pacientes são apegados às lembranças “ligadas à história da doença” (Freud, 1901/1905, p. 28). Assim ocorreu com o Sr E. Os relatos eram muito apegados às lembranças. Temos um marco na mudança de direção dos sintomas apresentados. Do corpo efetivo material (o biológico, o *körper*), para o erótico libidinal. A organização do corpo erótico passa através de um “desenvolvimento da pulsão” sobre a função fisiológica (DEJOURS, 2011). Neste ponto o andamento do atendimento segue rumo aos processos psíquicos, inconscientes. Um movimento pulsionalizado em busca do prazer. Seria todo este movimento de Introjeção e de Autocuidado resultado da catarse e da minha simples indagação provocativa à reflexão? Sabemos que não. A clínica acontece dentro da transferência. Dentro deste processo, pude perceber uma transferência positiva à minha pessoa. Este reconhecimento ocorreu em um ato falho do paciente.

*“Eu falei para a minha mãe: **quarta-feira** eu não vou, né? Eu não vim para a reunião. Você deu palestra nessa reunião? Deu? Tá vendo, eu já perdi, né?”*

O que ocorreu é que o paciente não pôde, por alguma razão de suas atividades cotidianas, participar da reunião mensal da Associação dos Ostimizados. Porém, a reunião nunca ocorre na quarta, mas às sextas-feiras. As quartas ocorrem os atendimentos no ambulatório, dos quais ele nunca faltou. O Sr E. lamenta ter perdido a reunião em que eu coordenei. Nos deparamos com o impasse da transferência. Uma transferência positiva, de afeto amoroso.

O Sr E. teve grandes progressos, suas falas tomaram um outro sentido. Não mais falava sobre o estoma, mas dos problemas domésticos – familiares. Problemas cotidianos do homem comum. Neste ponto, questiono sobre a necessidade de continuar frequentando o ambulatório, uma vez que sua vida toma outra direção: uma caminhada do “homem comum de todos os dias” constatada pelas atividades: visita aos amigos, passeios, etc. Diante da minha proposta de alta, vejamos a resposta:

“Mas eu preciso. Porque eu estou ótimo, mas eu sou necessitado ainda. Eu necessito de acompanhamento. O que adianta, por exemplo, eu deixar de vir aqui e não contar o que está se passando na minha vida, como está o meu bem estar, como está por exemplo o meu dia a dia, família, com amigos, entendeu? Então, não vai adiantar, eu vou ficar por exemplo...eu vou viver o mundo lá fora... e o que você está fazendo....o seu trabalho é muito importante. Tá sendo muito importante. Eu percebi isso, que o seu trabalho é muito importante eu valorizo isso. Eu valorizo essas coisas. As coisas boas a gente precisa valorizar”.

O discurso de um sofrimento intenso da deficiência física se transforma em sofrimentos do homem comum. Este movimento mostra que apesar de ainda se preocupar com o estoma e as limitações, por este impostas, nosso paciente não vive mais apenas em função do ventre. O Sr E. passou pela estação de Introjeção via transferência. Laplanche (2001) faz uma relação entre Introjeção e transferência em seu estudo conceitual do termo:

É difícil, porém, distinguir do conjunto deste artigo uma acepção exata da noção de Introjeção, pois Ferenczi parece utilizá-la num sentido amplo, o de uma “paixão pela transferência” que leva o neurótico a “abrandar os seus afetos livres flutuantes, estendendo o círculo dos seus interesses (p. 248).

A estação de Introjeção remete à entrada de algo que estava fora para dentro, mas esta estação apresenta também a subdivisão de Incorporação, trazendo a ideia de que o conteúdo que foi introjetado agora faz parte do si mesmo. Isto significa que não é suficiente o paciente ‘saber’ da importância do estoma, por exemplo. É preciso incorporar este saber, de modo que sua visão de mundo possa mudar. Por isso, a transferência é tão importante. Caso contrário, bastaria darmos aulas aos pacientes de como conviver com o estoma, enfatizar a importância e

tudo estaria resolvido.

Agora o enigma da pergunta “o que quer o Sr E.? Por que ele foi ao ambulatório?” foi revelado. O real motivo da ida do Sr. E. ao ambulatório não foi unicamente a difícil realidade de que sua estomia é permanente. Este fato ele já sabia, há muito tempo, pois o Sr E. é estomizado há 18 anos. Creio que o real motivo, foi o isolamento afetivo durante todos estes anos. O abandono pela família, amigos, filho, esposa. Aos poucos, durante o tempo em que frequentou o ambulatório, estas necessidades foram emergindo na fala, direcionando meu palpite sobre o real motivo da sua queixa: necessidade de amor. Vejam os exemplos:

“Eu tinha mulher, eu tinha filho, mas hoje a minha família foi, né? Me abandonou, entendeu?”

O movimento de vivente, mostra outras necessidades que vão surgindo no processo. Em uma recapitulação, às necessidades de sobrevivente eram voltadas para o estoma: os cuidados constantes do *körper*: a bolsa, a alimentação, ou seja, a função instintiva vital da pulsão. Agora outras necessidades (de vivente) aparecem: necessidade de férias, de amigos, de lazer. Uma mudança “funcional” do corpo efetivo material, da necessidade fisiológica, para a função sexual-erótica, passando pelo corpo biológico (Dejours, 2001). Necessidades prazerosas que marcam a subversão libidinal, além da pitada de humor, o *Witz*, importantíssimo no processo de cura:

“Eu preciso ter lazer, porque eu não tenho muito lazer. Ocupação lá em casa é o que não falta pra mim (risos)”.

E as necessidades continuam, incessantes e incompletas, pulsionais... [Cito paciente]:

“Assim, eu tenho, por exemplo, carência afetiva. Que homem tem, entendeu?”

Por fim, a necessidade de amor. A segunda função da pulsão: sexual erótica. Graças à subversão libidinal, a sexualidade e o amor existem. Cito Freud (1901/1905): “O sintoma significa a representação - a realização - de uma fantasia de conteúdo sexual” (p. 53).

“Porque quando eu comecei [...] você falou que eu precisava viver [...] na minha parede externa...fui pensar em buscar outras opções para a minha vida. Não ficar somente focado no meu sofrimento, no meu problema”. [Sr E.]

Viver a parede externa (a parede abdominal), não apenas o ventre, a parede interna. A parede impede a passagem ao mundo. O movimento inflacionário, do Autocuidado, de dentro

para fora: neste caso, ajudar os outros. Uma decisão, uma escolha que tem o poder de mudar um destino. Na estação de Autocuidado, o Eu ganha potência, percebemos este movimento pelo verbo páthico “poder como permissão moral” (*dürfen*). O Sr E. se permite ousar viver a vida, apesar de estomizado. Se permite tentar: retoma seus amigos, aproxima-se do filho e agora procurará uma companheira e seguirá em busca da completude, o movimento de vida do homem, sempre querendo algo. Incompleto, sempre. Finalizo esta apresentação, com uma citação de Szondi (1967) sobre o destino:

A dignidade e a responsabilidade do homem residem, entre outros, na capacidade de carregar conscientemente o próprio destino. E ele se reveste de dignidade precisamente por ser o único ser vivo que tem capacidade de conscientizar. Porém, forçado a superar antagonismos ente liberdade e compulsão, entre a própria personalidade e a herança familiar, carrega o pesado fardo da vida humana (p. 17).

Penso que estes antagonismos estão entre os verbos querer, poder e dever. A escolha consciente pode mudar o destino. Nosso paciente decide viver apesar de, e da forma que é possível viver, já que o estoma permanece lá. A partir da consciência, a decisão:

“Fui pensar em buscar outras opções para a minha vida”.

Diante do real, da barreira, busca outras formas de viver. A cura através da criação. A capacidade de reinventar a própria vida.

CAPÍTULO V

OS VERBOS PATHICOS na escuta clínica

Após a análise do fragmento do caso modelo, ousou apresentar ainda outros casos com o objetivo de ampliar o método clínico, da leitura dos verbos páthicos, através de outros exemplos nas falas dos pacientes. A propósito, a palavra “exemplo” apresenta, segundo os dicionários, o significado de tudo aquilo que pode servir de modelo, para ser imitado. Significa também aquilo que serve de lição ou ainda fatos, sentenças ou palavras com objetivo de confirmar uma regra ou uma demonstração (MICHAELIS, 1998). Neste capítulo renuncio a pretensão de ser um modelo a ser imitado, uma vez que as análises apresentam diversas lacunas.

Pouco argumento das autoridades é apresentado, pois o referencial teórico já os contempla e a relação entre a teoria e a prática está bem explicitada na apresentação do caso modelo. O que pretendo é confirmar e ampliar a demonstração da leitura dos verbos páthicos nas falas dos pacientes, além de enriquecer a discussão. Infelizmente, não tive tempo suficiente com cada uma destas pessoas a ponto de avaliar o movimento pulsional pelas diferentes estações do circuito pulsional do Eu em processo (SZONDI, 1975; SCHOTTE, 1985). De qualquer forma, são exemplos muito ricos que demonstram o sofrer humano, por esta razão não foram excluídos da análise.

Apresento ao leitor seis casos de pacientes com estomia intestinal, apenas Renata apresenta duas estomias: uma intestinal e outra urinária. O quadro 02 mostra algumas informações sobre estes participantes. Seus nomes, lugares e/ou pessoas citadas foram alterados com objetivo de manter em sigilo suas identidades. A acolhida era, geralmente, realizada no ambulatório da instituição, mas houveram situações em que os pacientes estavam debilitados e internados (como nos casos da Luíza, do Pedro e da Ana), desta forma, foi me solicitado para dirigir até a clínica (cirúrgica ou médica) e assim o fiz.

Nome	Idade	Doença de origem	Tempo de estomia	Característica quanto a permanência do estoma
Luíza	22 anos	Retocolite ulcerativa	Estomizada há 2 dias	Definitivo
Pedro	19 anos	Câncer	Estomizado há 6 meses.	Incerto
Rute	83 anos	Câncer	Rute está aguardando a cirurgia para colocação de um novo estoma, agora definitivo.	Definitivo
Marta	61 anos	Câncer	Estomizada há 6 meses	Definitivo
Renata	40 anos	Câncer	Estomizada à 4 anos (apresenta urostomia e colostomia)	Definitivo
Ana	36 anos	Câncer/ retocolite	Estomizada há 3 meses	Definitivo

Quadro 02: Informações dos pacientes participantes do estudo, conforme idade, doença e base, tempo de estomia e característica quanto ao tempo de permanência do estoma.

Conforme explicitado no primeiro capítulo deste trabalho, a palavra estomia em si não caracteriza uma doença. Trata-se de uma deficiência física, provocada por uma outra patologia de base. O termo deficiência significa, segundo os dicionários, falta; lacuna; imperfeição; insuficiência. Desta forma, deficiente seria todo aquele que tem deficiência, que é ou está incompleto e/ou imperfeito (MICHAELIS, 1998). Assim somos todos nós, incompletos sempre em busca de algo faltante. O que pretendo enfatizar neste estudo faz parte de todos os humanos, páthicos, que sofrem em seus dilemas na caminhada da vida em busca de algo. Utilizo como exemplo pessoas estomizadas, pelo motivo do grande sofrimento vivido em uma situação particular pouco explorada pelos estudiosos da mente, embora esta leitura se estenda a todos os humanos sofredores. Nestes casos específicos, o verbo poder como capacidade natural (*können*) está muito diminuído, sendo esta a queixa predominante nos pacientes. As estações mais visitadas são a Projeção e a Negação e os verbos páthicos emblemáticos são o poder como capacidade (*können*) e o dever por necessidade (*müssen*).

Optei por apresentar como categorias geral de sentido os verbos páthicos através da Estrela esquemática das categorias páthicas (Figura 02). As estações ferroviárias do circuito do Eu em processo (SZONDI, 1975; SCHOTTE, 1985) serão marcadas dentro do contexto dos verbos páthicos, pois a ênfase a estes é nossa prioridade. Não apresentarei uma análise individual de cada paciente pois o motivo deste trabalho é o de mostrar como a escuta, via verbos páthicos, pode ser feita. Creio que apresentar cada caso em particular impossibilitaria o

desenlace deste trabalho, tornando-o repetitivo e sem grandes avanços quanto ao objetivo central do estudo. Prossigamos, portanto, com o esquema das categorias páticas, iniciando pelas pontas baixas da estrela:

a) Poder como capacidade natural (*Können*):

Nesta ponta da estrela nota-se o poder de realizar atividades da vida cotidiana diminuído. Estive em uma conferência sobre deficiência física no CNAM (*Conservatoire National des Arts et Métiers*)¹⁵ e, nesta ocasião, foram levantadas duas situações estereóticas para pessoas deficientes: 1) positivas e 2) negativas. No estereótipo positivo, a coragem. Na segunda situação, o estereótipo negativo, a dificuldade, pela diminuição da capacidade, em fazer as coisas. Não é aleatória minha decisão em iniciar a presente discussão por este verbo, os exemplos são numerosos. Eu diria até que esta ponta é mais pesada do que as outras, no sentido de ter mais exemplos e reclamações dos pacientes. No caso dos estomizados, a deficiência muitas vezes é “invisível”, por ficar por baixo da roupa, escondida no ventre. Também se caracteriza por ser adquirida, ou seja, não é uma deficiência inata. Conseqüentemente, o estomizado deverá se readaptar ao corpo que já não é mais o mesmo, ajustando sua vida à esta deficiência decorrente de doenças muito graves e, não raro, crônicas; levando a queixas frequentes sobre o poder como capacidade física diminuída.

Iniciarei esta discussão pela senhora Marta de 61 anos de idade. A primeira vez que a vi, foi na ocasião de uma reunião mensal dos pacientes estomizados. Estava acompanhada da filha, carregando uma almofada. No final da conferência, ao lado da estomaterapeuta, solicitou um horário no ambulatório. O motivo para se dirigir à sala de acolhimento era o fato de a paciente, há 6 meses da cirurgia de colostomia se recusar a prestar o autocuidado em seu estoma. Marta se recusava, inclusive, a olhá-lo. A dieta da paciente também estava comprometida, pois ela só comia o que considerava (por si) ser permitido, mesmo diante de todas as explicações de que poderia, deveria inclusive variar sua dieta. A paciente estava irredutível. Negava que estivesse estável clinicamente. Na semana seguinte, no ambulatório, ela me disse:

“[...] o que eu tô mais incomodada é porque no ponto da cirurgia ainda tá um pouco abusado porque eu não posso sentar firmado. Como quem tá ainda ...firmado por dentro” [Marta].

¹⁵ Conferência “*Non-discrimination et handicap : tous acteurs*” realizada no CNAM, em 18 de novembro de 2015.

A paciente sente o poder como capacidade diminuído. Seu corpo não é mais o mesmo depois da cirurgia. Ela não sente segurança e tem medo que atividades cotidianas, mais comuns, afetem os pontos da cirurgia, daí diz que “não pode sentar firmado”. Não se sente segura ao sentar. Notem que o verbo está no particípio passado “firmado”, ou seja, uma ação que não está finda, descarregada de descargas pulsionais. Esta paciente tem muito medo das mudanças ocorridas em seu corpo, tem medo de comer quase tudo, mesmo os profissionais orientando que pode comer. A filha ainda me relatou, na ocasião da reunião, que a paciente não quer ver o estoma. Se recusa em efetuar os cuidados diretos porque sente aversão. Percebemos aqui o verbo páthico “poder como capacidade” diminuído (“não poder sentar firmada”) junto ao movimento pulsional de Negação. Na semana seguinte, vejamos o que ela disse:

“Mas não é normal, eu senti que não é normal. E com 6 meses? Não já era pra tá bem melhor? Aí pra eu tá vindo pra uma consulta, vim desprevenida, e nada eu trouxe. Só trouxe uma roupa e o documento. [Marta].

Nesta queixa a paciente reclama que seu estado de saúde não é normal. O “não” refere à estação de Negação. Como ela faz este diagnóstico de si mesma? Através dos sentidos. Ela sente, tem uma percepção de que não está bem. Ela teve dois atendimentos, no ambulatório, neste mesmo dia. Havia uma consulta, agendada há tempos, com a equipe da proctologia. Nesta consulta, ela reclama de não se sentir bem, de apresentar secreção e estar febril. A equipe opta por interná-la para exames, por isso a fala mencionada acima: “*vim desprevenida e nada trouxe*”. No sentido de que não trouxe consigo roupas e materiais de uso pessoal. Percebemos uma relutância no “querer” de Marta. Ela quer mais atenção no que se refere aos cuidados da sua saúde? Quer mesmo uma investigação mais acurada? Tenho dúvidas neste aspecto. Marta Nega e Projeta na equipe de saúde. Vejamos mais o que disse ela nesta ocasião:

“Aí agora eu fico imaginando que...sei lá...já vi passar tantos casos feio...às vezes não é culpa nem dos médicos, que acontece. Acontece de ficar uma tesoura, ficar um pedaço de pano...já viu passar na televisão? Eu já vi! Por isso que eu falei pra ele. Eu quero que o senhor me corrige bem porque eu to sentindo essa secreção, ainda pelos mês eu não tô sarada direito a ponto de eu sentar apoiada, pra onde eu vou é com almofada” [Marta].

Aqui Projeção fica ainda mais evidente no Eu somado ao predicado inacessível. A paciente projeta seus medos na cirurgia e na equipe de saúde. Na verdade tudo está bem com a cirurgia do estoma, a infecção é um outro problema de saúde, sem ligação com a estomia. Assim ela nega e projeta, alimentando a crença de que houve um erro, uma falha médica durante a cirurgia: talvez esqueceram uma tesoura, uma gaze lá dentro, daí a Negação “às vezes não é culpa dos médicos”. Na verdade, se algo assim ocorrer é falha sim, e muito grave, dos médicos. Mas na verdade não. A infecção não tem relação com a cirurgia.

No texto “*A negativa*” Freud (1925) nos alerta para o dinamismo da mente dos pacientes, cujas associações demonstram negar o conteúdo reprimido que vêm à consciência. Neste texto a Projeção e a Negação estão juntas, assim como em nosso caso clínico. Para Freud o pensamento negado é o que o paciente repudia. Freud diz: “Em nossa interpretação, tomamos a liberdade de desprezar a negativa e de escolher apenas o tema geral da associação” (1925, p. 265). Nesta mesma página o exemplo citado, na íntegra, por Freud é o seguinte: “O Senhor pergunta quem pode ser essa pessoa no sonho. Não é a minha mãe” (FREUD, 1925, p. 265). Então a leitura de Freud é afirmativa: “é a mãe dele”. Desta mesma forma ignorei a negativa da paciente quando disse “não é culpa dos médicos”. Entendemos que o ‘não’ é um ‘sim’. Então, “é culpa dos médicos”. Por isso projeta na decisão desta equipe em seus esforços para melhorar sua saúde e reclama da internação. Freud nos alerta de que este é um conteúdo de uma ideia obsessiva, um conteúdo reprimido. Cito Freud (1925):

A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que está reprimido. Podemos ver como, aqui, a função intelectual está separada do processo afetivo (p. 265-266).

Este é exatamente o que ocorreu com a senhora Marta. Houve uma separação da função intelectual do processo afetivo, o que a leva a negar que ocorreu tudo bem na cirurgia. Para ela, seu corpo não está normal, ela Projeta seu receio na equipe de saúde e embasa suas conclusões em sua percepção afetiva, um sentimento (pressentimento) e crença de que não está bem. Uma percepção da realidade em que a paciente põe para fora o que lhe é repugnante e projeta. Marta faz um julgamento baseada em sua percepção. Trata-se de um movimento iniciado dentro da estação de Negação. Segundo Freud (1925) sentir é uma atividade com carga pulsional. Logo, não é um processo passivo. Cito Freud (1925):

Julgar é uma ação intelectual que decide a escolha da ação motora que põe fim ao adiamento devido ao pensamento e conduz do pensar ao agir. [...] Ele deve ser considerado como uma ação experimental, uma apalpação motora,

com pequeno dispêndio de descarga. [...] a percepção não é um processo puramente passivo (p. 268).

O que ocorre é uma ação inconsciente em que Marta julga e age. Reprime os pensamentos que são repulsivos através de um julgamento intelectual. Este processo se faz pela percepção e Freud utiliza o termo palpação: o sentido tátil bem presente na clínica dos estomizados que sentem, na pele, o estoma. Marta se nega sentir, palpar, cuidar do seu estoma. Para ela, esta abertura lhe é repulsiva. Em seu julgamento perceptivo, acredita que não está bem. Ela expulsa de si o estoma em um movimento que o Projeta na equipe médica *“a culpa é dos médicos”*.

Eu diria que a paciente pensa assim: “tem alguma coisa que não está normal no meu abdome, os médicos devem ter esquecido alguma coisa lá dentro”. Diante do seu julgamento, Marta sente os sintomas físicos. Cito novamente Freud (1912), em um estudo que fala exatamente desse dinamismo inconsciente da mente humana: “A mente do paciente histérico acha-se cheia de ideias ativas, porém inconscientes; todos os seus sintomas procedem de tais ideias” (p. 280).

Apresento mais um exemplo na declaração de Marta relacionada ao seu poder diminuído (o poder fazer as coisas):

“Eu lembro que não sou mais mulher pra fazer nada. Nada, nada, nada, nada” [Marta].

O verbo está no presente do indicativo, em primeira pessoa; carregado de carga pulsional que marca o poder diminuído em fazer as coisas. Uma sentença que ela Nega e diminui sua existência à nada. Várias perdas, em virtude da doença, são relatadas. Marta conta algumas coisas que perdeu, pela doença. Por não poder mais cuidar da terra (ela mora no campo) tudo se acabou, bem como sua vida:

“Tinha, mas acabou. Acabou por conta da doença, não tinha quem cuidasse. Terra, acabou tudo. Acabou pela doença” [Marta].

Vejamos outro caso clínico, Renata de 40 anos. Renata tem duas estomias, uma urostomia e uma colostomia, originadas por um câncer que iniciou na tireóide. Renata é estomizada há 4 anos. No primeiro encontro, contou-me um pouco sobre sua trajetória desde que foi diagnosticada com câncer:

“...quando eu fui fazer uma cirurgia no hospital, eu já fiz dois tratamentos de iodo terapia, depois da cirurgia da tireoide, primeiro eu fiz da tireoide, 6

*meses depois que eu tirei o câncer da tireoide, a tireoide, fiz a iodo terapia, você fica isolado lá. Inclusive no primeiro tratamento que eu fiz, a médica perguntou “você quer um remédio pra dormir, alguma coisa pra ajudar?” eu falei “**não doutora, eu costumo ficar de olho aberto**” [Renata].*

Renata me procurou porque está com medo. Medo de que o câncer volte. Ela não tem o poder de impedir a morte. Neste relato do seu primeiro tratamento, ela recusa a medicação para dormir. Nossa paciente recusa este tipo de medicação até hoje. Apesar de ter tratado o câncer (tanto da tireoide, quanto da vagina e outros locais), ela permanece com medo de dormir e não acordar, por isso costuma “*ficar de olho aberto*”. Antes de voltarmos a este ponto motivador do movimento da paciente ao ambulatório, vejamos mais exemplos do ‘poder como capacidade’ diminuído nos afazeres da vida cotidiana:

*“Eu não cuido da roupa, cozinho, isso tudo **eu não dou conta** porque assim, as condições também...” [Renata].*

A expressão no presente “eu não dou conta”, é exatamente o que queremos mostrar. Tem sinonímia ao verbo ‘conseguir’. Então, como todos os nossos pacientes estomizados, Renata tem o poder como capacidade física, diminuído. Este poder diminuído é fonte de grande sofrimento. O doente deve, no sentido de ‘necessidade’, se colocar nas mãos dos médicos. Renata não tem poder como capacidade para decidir sobre seu tratamento, muito menos em interferir na acessibilidade ao mesmo, desta forma, precisou aguardar 6 meses para fazer um exame. Ainda por cima, segundo o relato, a profissional que a atendeu fez um procedimento (confiando no resultado de um exame, não confiável, segundo nossa paciente) que complicou seu estado de saúde. O poder diminuído do paciente é também representado na passividade diante do tratamento que lhe é oferecido, pois precisa deste. Vejamos o que ela disse:

“A médica fez uma colposcopia que era o único exame que podia mostrar, fez essa colposcopia, realmente eu já estava com um nódulo desse tamanho (faz o gesto) na vagina por dentro... aí ela tirou parte e fez biópsia, só que a biópsia feita em B. deu endometriose e aí ela disse assim “então vamos cauterizar”. Aí me pediu pra comprar um produto, eu comprei. Não sabia se podia, se não podia, eu fui por ela. É claro, se eu estou aqui, você vai pela pessoa que você está confiando. Você acredita na pessoa. Comprei, e quando ela cauterizou, explodiu”. [Renata].

Renata projeta seu sentimento de reação, de ousadia¹⁶ frente à injustiça e ao descaso sofridos, que frustrou suas esperanças ao bom andamento do tratamento. Ela se compara à situação brasileira, que em geral é passiva diante das questões políticas, ultimamente tem protestado nas ruas. Meu entendimento é de que Renata gostaria de protestar, de gritar nas ruas tudo o que tem sofrido durante estes anos:

“Aí...se eu vou esperar uma consulta daqui seis meses...a população vai as ruas” [Renata].

Esta é uma fala de si mesma, ela é quem sente a necessidade de protestar:

“Aí a gente vai vendo, a gente está numa situação que não tem mais para onde correr. Então, você vê, eu fiz o tratamento...perdi bexiga, perdi reto...é perdi tudo!”.

“Porque que a população está fazendo isso? Porque explodiu, de uma forma que a pessoa vai indo e não segura mais”.

A população brasileira ousou reclamar, Renata quer fazer o mesmo. Esta fala é uma identificação projetiva. Ela é quem quer por tudo pra fora porque está a ponto de explodir, por isso usa o mesmo termo do que aconteceu com ela no atendimento frustrado: o câncer explodiu.

Continuemos a falar sobre o poder como capacidade do corpo físico material (corpo biológico) diante da doença no limite da sua capacidade, a luta entre a vida e a morte. Falemos um pouco de Ana, paciente de 36 anos. Ana tem retocolite crônica (desde a infância) e agora passa pela maior dificuldade da sua vida, foi diagnosticada com câncer já em metástase. Vejamos um pouco do que ela disse sobre a história da sua doença:

“[...] desde criança sempre fui doente né? Então desde...tem 24 anos que eu consulto aqui para tratamento com retocolite” [Ana].

“[...] ficava aquela crise que eu só vivia internada, internada perdi vários anos na escola, não porque eu reprovava, porque eu ficava internada. [...] praticamente não tive minha adolescência. Viviamos mais no hospital do que...adolescência, aquela coisa que todo mundo tem, né?” [Ana].

¹⁶ Os verbos páthicos se misturam nas falas. O esquema dos verbos apresentados separadamente com cada significação tem objetivo didático, não ocorre assim no “trabalho real” (um lembrete às expressões dejourianas sobre a diferença entre o “trabalho prescrito”, a teoria e o “trabalho real”, a prática como se apresenta.

A doença acompanha Ana desde sempre em suas memórias, durante toda a sua existência. Desta forma, nem se considera como os outros (humanos) que vivem as diferentes etapas da vida, e exemplifica uma delas muito importante, a adolescência. Estas experiências da vida cotidiana são mencionadas como distantes para ela a ponto de referir a adolescência como *“aquela coisa que todo mundo tem”*, menos ela. Neste momento, a encontro em uma etapa difícil em sua vida, a doença e todo o tratamento, o poder como capacidade do seu corpo está muito diminuído:

“Acho que depois da semana que vem a reação da quimioterapia, essas coisas. [...] tô ali fazendo a quimio, mas só que não deu pra fazer que a imunidade muito baixa aí não deu pra mim fazer, mas foi até bom porque eu não ia aguentar” [Ana].

Ana vive um dos momentos mais difíceis da sua vida. A fala acima não apresenta novidades ao que temos apresentado ao longo deste trabalho. Porém, esta realidade é apresentada de forma muito dura para todos nós seres humanos. A fragilidade dos nossos corpos é real demais para ser ignorada por aqueles que trabalham em prol dos pacientes, especialmente este grupo de estomizados com doenças etiológicas tão graves. Para situar o leitor nesta história clínica, Ana foi diagnosticada com câncer já em estágio avançado. Desta forma, em primeira instância, o tratamento quimioterápico lhe foi negado. Ela e seus familiares tiveram que lutar para que Ana fosse encaixada para atendimento no hospital. Ana passou por momentos desesperadores:

“[...] porque minha prima tá ali...vocês vão deixar ela morrer à míngua? Mas ela quer fazer a quimioterapia? Claro que ela quer! Quem que não quer? Vai deixar ela morrer assim?” [Ana].

“Se fizesse logo aquela quimioterapia, quanto mais antes fizesse era melhor, né? Depois eu fui em C...eles: mas...você não fez nenhum exame quando você saiu da cirurgia... Não, eles não pediram...né...não falaram nada...então assim...era pra você tá fazendo a quimio a muito tempo... é, ninguém me fala nada...aí fica aquele jogo de empurra”. [Ana].

Estas falas reforçam ainda mais o desespero do “poder diminuído”, sem chance real. A família, por mais que ame Ana, não pode fazer muito por ela. Todos dependem do serviço de saúde. Nem mesmo a equipe de saúde pode contra a morte. As estações de Projeção e de Negação estão, mais uma vez, presentes. A Negação é o que ajusta a adaptação. Como adaptar

de forma criativa? No momento em que encontro Ana, ela conseguiu ser encaixada para fazer a quimioterapia, mas ainda não iniciou o tratamento, pois seu corpo está muito debilitado:

“Não tenho mais...eu falei: Dra H. eu não sei se eu vou aguentar tomar essa quimioterapia [...] eu não tenho mais veia...até pra puncionar uma veia normal eu não consigo! Aí tá...não tive que fazer...aí graças a Deus eles me ligaram agora pra colocar o cateter” [Ana].

Ana precisa colocar um cateter para fazer a quimioterapia, mas ela também não conseguiu colocar neste dia em que conversei com ela. Ana finaliza nossa conversa com a seguinte declaração:

*“Carregar...a gente é que fala que tem uma cruz pra carregar, mas Deus não coloca...ele vê o que a pessoa dá conta de carregar. **Até onde eu der conta de carregar...**” [Ana].*

No fundo Ana sabe dos seus limites, apesar de toda a sua vontade de fazer o tratamento e de querer viver. Ana decide, assim como Ricoeur (2011), viver até a morte.

Apresento um outro olhar da estomia frente ao poder como capacidade. Luíza paciente de 22 anos de idade, com diagnóstico de retocolite crônica se assemelha à Ana no que diz respeito à cronicidade da doença, pois trata desde os 3 anos de idade:

*“Porque assim, eu descobri essa doença quando eu ia fazer 3 anos e durante esse meio tempo eu tive muitas recaídas, **não podia sair** de casa, **não podia me divertir** com as minhas amigas e assim, depois da cirurgia... que eu coloquei essa bolsinha, **eu creio que agora eu vou poder ter uma vida, pelo menos, normal**” [Luíza].*

Notemos a utilização do verbo no passado “passei”. Findou-se um movimento psíquico da Negação (e estático do ponto de vista da vida cotidiana prática) em que, por motivo da retocolite “não podia sair de casa”, “não podia se divertir”, “não podia ter uma vida normal”. Neste momento, encontro Luíza, alegre no hospital, cheia de esperanças em razão do estoma. Ao contrário de tantos outros exemplos de queixas, Luíza tem um discurso diferente: ela considera que fez uma cirurgia de vida. Vejo nesta paciente movimentos de Inflação e de Autocuidado não presentes, `a primeira vista, nos casos estudados. Para Luíza, o estoma vai possibilitar coisas que antes lhe eram impossíveis, por isso ela diz “agora eu vou poder ter uma vida, **pelo menos, normal**”. A expressão “pelo menos” marca que ainda existe uma

limitação, mas que esta intervenção a permitirá realizar atividades de vivente. A esperança no futuro.

“Eu podia trabalhar, mas era muito difícil. Eu não estava podendo mais”
[Luíza].

Antes da cirurgia, a Negação, ela disse que *“podia trabalhar, mas que era muito difícil”*. Na verdade não podia trabalhar, não sabemos ainda se poderá. O ‘não poder por capacidade’ a impedia, também, de viver sua juventude:

*“Eu tinha muita diarreia com sangramento. Então era o tempo todo com diarreia, **eu não podia sair**...assim, pra uma festa, por exemplo, como que eu ia pra festa e toda hora ia ao banheiro, toda hora ir ao banheiro, às vezes precisava ir ao banheiro e não aguentava segurar e fazia na roupa. Sujava tudo, completamente. **Então, eu nem saía, ficava em casa.** Por exemplo, se fosse pra um cinema com meus amigos, mesmo que tenha um banheiro perto, às vezes eu não aguentava ir até ao banheiro, se chegasse lá e tivesse alguém dentro do banheiro, fazia na roupa, então não tinha como. E sair pra qualquer coisa, qualquer coisa que você possa imaginar”*
[Luíza].

O intestino doente representa aquilo que *não cessa*. O paciente tem que fazer as *necessidades* de qualquer jeito. O intestino, parte do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) tem vida própria e não é controlável, por isso que ele pulsiona a ação. O corpo é um motivador do movimento pulsional. Notem que o verbo está no passado “*tinha*”. A paciente se enche de esperança por um novo tempo. Ocorre um movimento pulsional de Luíza rumo a estação de Autocuidado. Um tempo em que poderá frequentar os lugares que quer. No exemplo ao lado, o poder diminuído é fortemente marcado.

*“Eu tinha retocolite ulcerativa. Era uma inflamação no intestino inteiro, isso aí causava diarreia. E a diarreia às vezes...assim no começo, quando eu descobri, era puro sangue, sangue, sangue. Quando começou o tratamento, aí melhorou um pouco. Diminuiu o sangue, **teve até um tempo que eu passei bem, bem, bem mesmo, que eu pensei que eu estava meio que curada.** Mas aí que veio de novo...novamente, só sangue, puro sangue. Então, depois continuou só diarreia, diarreia. Sempre que eu tava com essa diarreia eu não podia sair, não podia fazer nada. Só em casa mesmo, só”* [Luíza].

Luíza tem um problema crônico de saúde. Fez um tratamento, mas nunca foi curada. Quando teve um refresco disse “*teve até um tempo que eu passei bem, bem, bem mesmo, que*

eu pensei que eu estava meio que curada”. Meio curada, não significa que pensou que estava realmente curada. Aqui vemos a negação, de novo. Nega que estava curada. Estava melhor, mas não curada e o poder diminuído em não poder: “não podia sair, não podia fazer nada. Só em casa mesmo”. Ela quer sair desta condição. Sair de casa. Colocar a vida em movimento. Está esperançosa, por isso o verbo agora vem acompanhado de esperança.

Observamos neste verbo, ‘poder como capacidade natural’ (*können*), a concretude do corpo em suas limitações. As estações de Projeção e de Negação estão muito presentes. Nesta subdivisão didática da análise, apresentei quatro dos seis pacientes participantes do estudo (Marta, Renata, Ana e Luíza). Estes casos permitiram ampliar os exemplos do uso deste verbo no discurso. O próximo verbo também trata do corpo biológico. Apresento também Pedro e Rute, de forma que o leitor se familiarize com cada um deles, e eu possa citá-los mais a fundo nos verbos seguintes.

b) Dever como necessidade natural (*Müssen*):

O dever como necessidade natural é em nosso estudo também relacionado ao corpo efetivo material, ou corpo biológico. Este verbo representa a necessidade deste corpo que depende de cuidados para trazer qualidade de vida, conforto e segurança, dentre tantos outros. Um dos exemplos citados no referencial teórico, capítulo II deste estudo, fala das necessidades humanas básicas levantadas por Maslow (1954) e categorizadas por Horta (1979). Eu diria que este verbo se relaciona, também, ao cuidado do corpo biológico. Por isso as necessidades de oxigenação, hidratação, nutrição, sono e repouso podem ser incluídas nesta ponta da estrela.

Apresento Pedro, um rapaz de 19 anos de idade que passou por uma cirurgia para retirada de um câncer. Pedro tem estomia intestinal, há 6 meses com possibilidades de reversão. Minha conversa com ele foi na clínica cirúrgica. Foi internado por motivo de desidratação. Parecia tímido e não falava muito. Perguntei como se sentia:

“É que eu praticamente tava entrando em depressão por causa dessa estomia. Eu... difícil assim...é no caso da alimentação que eu desidratei agora e tô tomando soro aqui, é isso. Aí eu vim pra cá, e só” [Pedro].

A necessidade de hidratação foi o que levou Pedro à internação. A estomia traz um impacto grande na vida dos pacientes. Pedro tem uma ileostomia, o que dificulta ainda mais a absorção dos nutrientes além da perda de eletrólitos. Repetimos o tempo esta afirmativa de todo que o estomizado tem uma limitação física que inspira cuidados. Pedro “não pode”

comer tudo o que quer, nem a quantidade que quer, ele precisa de cuidados. O sintoma de Pedro do corpo biológico, foi facilmente identificado e tratado no hospital, mas notem que em resposta à minha pergunta, o paciente refere dois sintomas. Um relacionado ao corpo efetivo material e outro ao corpo erótico libidinal. A depressão, é listada em primeiro lugar. Para ele a depressão é a causa da desidratação. Foi por causa dela que Pedro não se cuidou como deveria. Mas a grande vilã de Pedro também não é a depressão, mas a estomia. Esta sim, é a causa de todas as suas infelicidades sofridas:

“[...] aí veio essa estomia que é muito difícil, né? E...tem que trocar toda hora, e a alimentação que é muito é...pouca, né? Em relação as coisas que pode comer, as refeições que é muito variada aí é isso” [Pedro].

Assim como o Senhor E., Pedro resume sua vida ao estoma. Vive a barriga e a Negação e a Projeção são evidenciadas. Na Projeção, a afirmação acima de que todas as dificuldades enfrentadas na vida, são culpa do estoma que , obviamente, ele não reconhece como parte de si “essa estomia que é muito difícil” e todos os cuidados necessários, muito inconvenientes, que ele tem que realizar “tem que trocar toda hora” a alimentação que é muito pouca”. Penso que Pedro, na idade de 19 anos, tem o metabolismo acelerado e sente bastante fome. Quanto a viver o estoma, a fala a seguir:

“Tenho. Só isso, basicamente o todo da minha vida” [Pedro].

Uma vida sem graça para uma pessoa tão jovem, não acham? Pedro, assim como os demais pacientes precisam por a vida em movimento. Ao final da conversa, ele reflete um pouco, agradece e diz que é a primeira vez que é abordado desta maneira no hospital. Por isso, o ambulatório de estomaterapia me fez este convite, para dar aos pacientes uma espaço de serem ouvidos.

Rute é uma senhora de 83 anos de idade. Ela já teve uma colostomia anteriormente, fez a cirurgia de reversão, mas o câncer voltou e ela fará uma nova cirurgia de colocação de um estoma definitivo. Dona Rute estava calma, muito bem cuidada, acompanhada por duas filhas. Ela me relatou que sente a necessidade de recolocar o estoma, pois está com sangramentos e grande incômodo. Assim como Luíza, dona Rute tem esperanças na cirurgia. Vejamos algumas de suas palavras:

“A dr^a A. Falou que isso só vai parar depois que tirar tudo. No caso do incômodo, né? Porque a cirurgia que fez, fez a biópsia e disse que a cirurgia não tinha ficado nada, né? Mas voltou de novo, e no mesmo lugar, né? Aí vai ter que tirar” [Rute].

Dona Rute precisa fazer a cirurgia para ter maior qualidade de vida. Ela vai remover todo o intestino grosso, talvez parte do delgado. O incômodo o qual ela se refere é uma secreção na região anal. Ela fez a última cirurgia há seis meses. Este tratamento é muito específico, os pacientes precisam de constantes monitoramentos. Por isso ela disse “estava precisando ficar”. Notem que o verbo está em *in fieri*, ou seja, em andamento. Um atividade com carga pulsional (não tão intensa quanto no presente do indicativo, *in posse*, mas está presente). A cena está em andamento. Ela está aguardando a cirurgia, em paz.

“Pois é...cheguei com aquela lembrança que ia voltar logo, mas no meu caso, tava precisando de ficar. Por que lá eu não ia saber que remédio eu ia tomar” [Rute].

Assim como dona Rute, Luíza foi fazer um exame e constatou um gravíssimo problema de saúde. Se Luíza não fosse operada a tempo, não resistiria. A necessidade da cirurgia e do estoma é indubitável, Luíza me disse:

*“[...] a Dra R, falou que era pra eu vir até aqui consultar com o proctologista daqui, com o Dr L. Chegando aqui ele falou: não, a gente vai te internar aqui porque você precisa fazer um exame. [...] **Chegando aqui, aí ele falou: não, vamos te internar. Eu falei: tá bom** [...] aí ele fez o exame, e eu fiquei dopada, eu não vi. Aí ele falou pra minha mãe: mãe, a cirurgia vai ser daqui a duas semanas. Quando ele viu a situação do meu intestino, ele falou: **se a gente não fizer a cirurgia agora, a Luíza não resiste nem mais três dias. Aí o que aconteceu? A gente correu pra cirurgia, e ele sempre do meu lado, só não me explicou nada**”* [Luíza].

Na fala da Luíza a urgência da cirurgia é marcada. Não há tempo a perder. Quando o médico disse “vamos te internar” observamos na resposta “tá bom”, uma aparente passividade. Ela sabe que precisa da cirurgia. Ela reconhece o esforço do médico que não a abandonou e salvou sua vida, mas a negação vem em seguida “só não me explicou nada”. Na verdade Luíza não é tão passiva assim e projeta na queixa de que o médico não explicou nada a ela sobre os procedimentos a serem tomados. Ela acordou com o aparelho coletor já instalado. Seria esta fala de Luíza uma Negação? O que ela nega? Na primeira apresentação desta paciente, no verbo poder por capacidade, ela parecia que aceitava de tão bom grado a estomia, alegando que agora seu Eu se empodeirara e ela teria a possibilidade de se divertir

junto com seus amigos. O que será que se esconde neste detalhe da fala de Luíza? Penso que nossa paciente não quer saber muito sobre o seu prognóstico médico. Se pensarmos um pouco, este é o mesmo diagnóstico de Ana, que evoluiu para um câncer. Vejamos um pouco mais a fala de Luíza:

“Só disse, a gente vai fazer a cirurgia. Eu também não falei nada, não perguntei porque...que médico é médico. Sempre sabe o que tá fazendo, né? Que tá fazendo o melhor pra você”.

Inclino-me a pensar que Luíza preferiu não saber que estava à beira da morte antes da cirurgia. Por isso a negação aparece na marcada na fala.

c) Dever como obrigação moral (Sollen):

Neste tópico será dada ênfase às obrigações (deveres) de ordem moral. O Supereu crítico é fortemente marcado nas falas dos nossos pacientes, uma controvérsia àqueles que pensam que a deficiência física e a doença ocupam todo o psiquismo e que são a única fonte de sofrimento dos pacientes. Neste verbo, o Ideal do Eu também é enfatizado. Por isso a escolha em nominar ‘páthicos’ os cinco verbos tratados neste estudo, tal qual Weizsäcker (1958). A diferença entre a categoria páthica e a classificação linguística (verbos modais) é que estes verbos não apenas modalizam a frase, no sentido de trazer a mudança e dar movimento a ela. Estes verbos falam, das questões do Eu e da existência, tão somente, humanas. Prossigamos aos exemplos clínicos:

A senhora Marta me intrigou diante da sua rejeição às soluções apresentadas pela equipe de saúde quanto aos cuidados com o seu corpo biológico. Ao mesmo tempo em que diz querer uma solução para o seu caso e pede ao médico para “concertar direito” o seu corpo, se recusa em aceitar as recomendações da equipe de saúde. A senhora Marta disse:

“Será meu Deus que eu posso comer farinha, se eu posso comer cusuz, aí depois de 2 mês três mês a menina, naquele dia da reunião, ela mandou eu passar pela nutricionista, ah já tá com tantos meses que eu sai do hospital eles não me indicaram nada, eu vou continuar minha dieta igual eu venho fazendo” [Marta].

Ambíguo, não acham? É certo que o ‘poder fazer as coisas’ diminui pela limitação física do corpo efetivo material, mas Marta pode comer uma porção de coisas. Ela se recusa e se refere à estomaterapeuta como uma “menina”, a profissional que tem por volta de 30 anos

de profissão. A senhora Marta desqualifica a profissional, como se ela nada tivesse a contribuir, bem como a nutricionista (que ela nem chegou a conhecer). Talvez porque seu problema seja outro, mantido em segredo. Encontrei-me com Marta na clínica cirúrgica porque ela foi internada para investigação de uma infecção. Internação que durou dois dias. Antes da alta, ela disse:

“É...pra amanhã porque....aquele médico que tava ali falou que achava que ainda ia ser hoje. Talvez mais tarde...lá pra boca da noite mais ou menos. Mas...pra quê a carreira? Eu não tô fazendo nada lá mesmo que eu não tô fazendo aqui...deitada, deitada...é o mesmo que eu tô fazendo lá...” [Marta].

Em uma ironia, a senhora Marta diz que não faz nada em casa por causa da doença, então, não há motivos para ter pressa de ir embora do hospital. Ao mesmo tempo, reclama da internação. Um paradoxo que intriga o clínico interessado nas questões existenciais. Já demonstramos ao leitor, como Marta se preocupa com a utilidade da sua existência quando disse “não sou mulher para mais nada”. Este dever ser imposto por si, demonstra valores superegóticos entranhados desde a infância. A existência, para Marta, deve ser útil para algo. Esta utilidade marca o ideal de mulher o qual ela se impõe. Algo que assinala a virtude da mulher em prol de sua família. Ela tem que ser útil para alguma coisa, caso contrário, “não é mulher pra nada”. A renúncia aos desejos e o dever marcam esta ponta da estrela que levam ao grande sofrimento de Marta. Daí a ironia, “faço aqui o mesmo que em casa, nada”. A existência de Marta está resumida, por ela mesma, a nada.

Esta discussão me remete à metáfora dos “joelhos sujos” de Freud, estudada por Martins (2016). Esta metáfora traz à tona a ambiguidade dos joelhos sujos da mulher limpa. Sim, os joelhos sujos são indicadores da pureza de uma mulher de respeito. Um julgamento moral das análises dos médicos legistas que impressionaram Freud. Esta metáfora mostra o sofrimento destas mulheres tão virtuosas que rezam ao ponto de terem seus joelhos sujos, por vezes até deformados. Renúncia que ostenta a beleza da alma diante de tão grande sacrifício. Na verdade, a sujeira do corpo carnal mostra a limpeza da alma, do ideal do Eu.

Penso que o sofrimento de Marta se estende do plano cotidiano da vida prática e da faxina que ela se sente incapaz de fazer. Não é somente este dever que preocupa a senhora Marta. Em nosso último encontro ela retornaria à sua casa que se localiza em outro estado do país. Após nossa despedida, Marta me chama de volta e faz a seguinte pergunta:

“Você acha que não vou ser mulher pra mais nada?”

Perguntei pra nada o quê?

“Mais nada como mulher pro meu marido. Eu não vou servir pra mais nada?”

“Mas ele diz direto que eu não vou ser mulher mais não. Ele diz que eu não vou ser mulher pra fazer mais nada”.

A Senhora Marta foi direta em sua dúvida sobre a sexualidade. O estoma impedirá o ato sexual? Sabemos que o estoma em si, não. Expliquei que o estoma e/ou a bolsa não impossibilitam a relação sexual. E que ela e o marido iriam reaprender a conviver. Disse pra ela comparecer às reuniões da Associação dos Ostromizados e que lá ela conheceria pessoas que vivem na mesma situação que ela. Inclusive, temos uma gestante estomizada. Nesta hora, incorporei as palavras de Ricoeur (1992) sobre a diferença entre a dor e o sofrer. Em minha ânsia por uma interpretação, deduzi que a angústia da senhora Marta não se reduz à dor dos órgãos e da doença, mas trata de um sofrimento, uma dor moral. Podemos notar o movimento pulsional da paciente do corpo biológico ao corpo erótico libidinal. O dever de Marta, agora não se resume às obrigações de cunho doméstico da boa dona de casa, da boa mãe que cuida do lar. São as obrigações que ela deve ao marido, obrigações de esposa. A propósito, a infecção que a senhora Marta tem, é vaginal e não tem relação direta com o estoma.

O rumo do nosso cuidado seguia uma direção psicanalítica mas a paciente, assim como Dora (FREUD, 1901/1905), me deixou “à ver navios”, sem poder investigar a fundo a causa do seu sofrimento e as relações simbólicas dos sintomas físicos que sentia. Que limpeza interior a senhora Marta sentia necessidade e ao mesmo tempo, impossibilitada de fazer? Esta pergunta, senhores, infelizmente não poderei responder.

Renata também se preocupa com a família, no sentido de poupar seus familiares do seu sofrimento. O verbo dever aqui é o ‘dever ser forte’. Ela é severa consigo mesma, não se permite nem mesmo um calmantezinho para aliviar sua tensão, Vejamos o que ela me disse:

“Então você tenta não passar, tenta não...as pessoas que estão em volta. No período que eu tive estes problemas eu segurei muito porque minha família é aquela família, tipo, quando você fala uma coisa a pessoa desespera, sabe?”

A paciente se reconhece como sendo mais forte que sua família. Ela passou por problemas seríssimos de saúde, tem uma filha pequena com menos de 2 anos de idade e ainda consegue manter a ordem da sua casa. Eu diria que Renata incorporou à risca o estereótipo do deficiente físico, a coragem. Ela não se desespera por qualquer coisa, nem ao menos precisa

de remédio. Mas agora, ela está cansada, exausta. Renata me procurou porque precisa desabafar, colocar “*jogar pra fora*” como ela mesma disse:

“Eu não sou assim, pode estar caindo o mundo, eu não sou de desesperar, não. Então, eu segurei muito isso, eu segurei muito...e assim...graças a Deus, por exemplo, até hoje eu nunca tomei remédio, nada, nunca tomei nada para depressão, nunca tomei nada. Nunca tomei nenhum remédio, nenhum calmante, nada. Então, eu sinto que eu preciso, como vou dizer? Jogar isso pra fora”.

Renata quer ser ouvida, cuidada. Se impôs um dever cuidar de tudo e de todos, como uma rocha. Sempre calma, sempre forte. Ela reconhece o tratamento, através do qual possibilitou que continuasse viva, mas vive um conflito entre a raiva de estar doente, e a família não reconhecer sua fragilidade. Ainda tem a dívida da gratidão pela oportunidade de poder receber este tratamento. Ela reconhece que seria difícil sobreviver depois de tudo o que passou (tantas complicações e cirurgias), mas duas bolsas é demais:

“Eu penso assim, graças a Deus eu tenho oportunidade de fazer o tratamento, mas isso mexe muito com a gente, mexe muito psicologicamente, fisicamente. Tem hora que você olha assim...quando eu fiz a cirurgia e coloquei as duas bolsas, não é?”

*“Não fico reclamando, choramingando...não fico, sabe? Uma vez uma médica (endócrina) passou um remédio. Assim, para tensão. Para dormir melhor, porque eu falei para ela que eu estava muito tensa e tudo[...]só que eu acabei não comprando nada daí...acabou passando, sabe? **Eu não comprei, porque eu não me senti muito bem com aquilo, tomar remédio**”.*

A paciente sente um peso pelo dever imposto a si mesma de carregar sozinha a sua dor, ao mesmo tempo sente culpa. Desta forma não se permite nem mesmo tomar um medicamento para aliviar este sintoma. Porque a recusa da paciente em aceitar um remédio aliviador, anestesiador de sua dor? Isso me faz pensar no conflito psíquico entre a dor e o prazer na dor (o tal ganho secundário da doença). Podemos observar, também neste caso, uma ambiguidade de sentimentos: ao mesmo tempo que Renata decide segurar sozinha a sua dor, ela quer o cuidado e o olhar da família. Renata escolhe o verbo ‘segurar’ para expressar o que está sentindo. Segurar pode ser visto como dar suporte, este é o meu palpite que Renata acaba por aceitar, respondendo afirmativamente diante da minha pergunta se ela se sente o esteio da família. Vejam o que ela disse:

“Lá em casa, de certa forma, mesmo eu passando por tudo isso, não sei porque...eles correm todos lá pra casa, pra minha casa [...] não tenho coragem de dizer “não eu não posso atender”, “eu não posso fazer isso. Eu acho que eu ficaria pior do que não fazendo, entendeu? Às vezes é por coisas tão pequenas, sabe, coisinhas...e as pessoas parecem que estão...cegas, sei lá. Não sei como é....parece que estão tampadas...é isso”.

Renata tem este papel de esteio da família que ela não delega a ninguém. O ganho secundário é o reconhecimento de ser forte e boa. Ao mesmo tempo, sente uma raiva interna em que as pessoas não veem o seu sofrimento. Uma dualidade entre a neurose e a perversão (tenho a impressão de que ela tem vontade de se vingar desse povo mal agradecido). Renata fica indignada porque o seu problema é muito maior do que todos os que são levados à sua casa. Ela luta contra a morte e ninguém percebe isso?

“Se tem uma coisa que...as vezes eu vejo as pessoas por tão pouco...Minha família mesmo, reclama tanto. Às vezes dá vontade de mandar a pessoa para aquele lugar. A gente usa de misericórdia, por que... eu já falei mesmo...porque olha pra mim!” [Renata].

Ao mesmo tempo, quando Renata cuida dos problemas dos outros ela esquece os seus próprios problemas. Quando ela ajuda os outros, ela deixa de viver em função do seu próprio ventre. Isso a conforta:

“eu procuro esquecer que eu tenho uma...sabe? Que eu tenho esse problema, que eu tenho duas bolsas penduradas na barriga...eu procuro esquecer isso, porque se você ficar preocupada, olhando pra você a vida inteira, prefiro olhar para o outro do que olhar pra mim...”.

Pedro também sente esta mesma cobrança de dever cuidar da família, no caso da mãe. Segundo seu relato, a mãe já tem problemas demais para ter mais um fardo, o filho doente e acompanhá-lo no hospital.

“Isso daqui, a minha família também que depende muito da minha mãe e ela tem problema...essas coisas...e aí isso daqui...vir pra cá toda hora...é muito difícil” [Pedro].

Em todos os encontros que tive com Pedro, ele menciona o desejo de cuidar da mãe. Um dever imposto a si, por si mesmo. Ele que precisa tanto de cuidados, quer melhorar a saúde, conseguir um emprego (faz o cálculo mental para alcançar seus objetivos) e me pergunta como fazer para ajudar a mãe a ser tratada no hospital.

Falemos um pouco de Luíza, nossa pacientezinha esperançosa pela vida. Luíza ama os pais e sente que tem uma dívida para com eles. O dever ser forte é marcado no depoimento de Luíza. Ela fala com firmeza, ao lado da mãe, que chora. Por amor aos pais e a família, que não a abandonam, ela renuncia o desespero e o sofrimento e decide ser forte, vencer na vida. Um ideal do Eu elevado. A menina modelo, forte, corajosa e que enfrenta todas as adversidades da vida. Luíza disse:

“Não vou me abater, de jeito nenhum, de forma alguma por causa disso aqui. Por esse novo...deixa eu ver...acessório, digamos assim”.

“[...]vou continuar a mesma pessoa. Brincadeira, do mesmo jeito que eu sou. Eu sou muito brincalhona, eu gosto demais de palhaçada, vou continuar do mesmo jeito. [...] Pode ser que venha alguma adversidade na vida né? Que a gente nunca sabe, por isso aqui? Não. Mãe, para de chorar! Pelo que eu passei, assim, né?”.

Luíza recusa veementemente se abater e diminui o estoma: *“não vou me abater por causa disso aqui”* - o isso, se torna pequeno (*“só por causa disso”*) e chama o aparelho coletor, de acessório. Brinca e faz um *Witz* (ironia fina) com a bolsa, um *“acessório”* (objeto de desejo das mulheres). Ela tem algo maior, uma missão na vida, trazer alegria à família (fazer rir). Luíza está na estação de Autocuidado, com grande potencia do Eu e sustenta a família, conforta até a mãe *“Não. Mãe, para de chorar! Vou continuar a mesma”*. Recusa que o estoma seja um problema e o encara como solução. Solução para as limitações que tinha antes e se enche de esperança: um futuro melhor em que pode sair, se divertir. Nega fortemente a dura realidade, pois é forte e já passou por coisas muito piores. Neste momento a mãe diz: *“Parabéns Luíza, você é muito forte!” “Você ajuda muito”*. A filha ajuda os pais, por amor, alivia o sofrimento deles e nega o seu próprio. Por amor ela se impõe obstinadamente ser forte, vencer e ser feliz. Não pode, não deve e não se permite esmorecer. Tudo, por amor aos pais.

“Eu tenho apoio da minha família em peso. Minha mãe, o tempo todo do meu lado. Meu pai, todo mundo! Meus primos, minha família, meus amigos. Eu sempre vou ter eles do meu lado. Eu tenho esta certeza. Eu acho que é isso que me faz forte. Eu acho que se eu não tivesse ninguém, eu não teria essa força, não. Mas, com eles do meu lado...meus amigos, minha família, todo mundo”.

Luíza tem uma dívida para com a família a ser paga. A família vive em função dela, pela doença. Ela deve retribuir, sendo boa menina, forte e feliz. Penso que esta atitude de

Luíza vem da forma como ela resolveu pensar a si própria e a sua vida. Um movimento de Introjeção, mais especificamente, de Incorporação. Assim, decide que permanecerá a mesma pessoa. Sabemos, obviamente, que o cotidiano vai mudar em detrimento do estoma, mas o querer de Luíza é muito forte. O querer, como diz Martins (2014), faz a realidade recuar. Ela decide viver, da forma mais divertida possível.

Em contraste com estes pacientes que muito exigem de si com deveres a cumprir, em favor da família, dos amigos, dentre outros, encontro dona Rute (paciente de 83 anos de idade), apaziguada. Esta paciente, sente que cumpriu o seu dever. Ela está tranquila diante dos frutos colhidos durante sua jornada na vida:

“Aí eu tô conformada, graças a Deus. Tô com a firmeza do nosso pai. Porque é só Ele que firma nós. Então...eu estou com essa esperança [...] Eu sempre fui uma pessoa muito sadia. Criei 13 filhos tudo em casa”.

Dona Rute utiliza o verbo *in esse* “conformada”. Ela está tranquila porque criou os 13 filhos. O esposo faleceu à 4 anos e como ela mesma disse: “os filhos já estavam todos criados”. Ela tem uma grande família, que cuida dela e está sempre presente. Inclusive, ela estava acompanhada de três filhas, muito amorosas para com ela. Vejamos mais algumas palavras de dona Rute:

“Tudo em casa. Nove homem e três mulher. Não, 10 homem e 3 mulher. Por que um, Deus levou quando ele estava com 3 anos, aí ficou 9. Então, eu agradeço muito à Deus, por isso tudo que eu já passei. Fiquei viúva, mas tem... 4 anos ou é 5, me Deus...”.

A paciente contempla sua geração com a satisfação de ter cumprido sua missão, agora ela passa o bastão para as gerações futuras:

“Terceira geração...engraçado geração, né? Gente é importante, né? Nós somos muito importante”.

Dona Rute aceita o seu dever de cuidar da casa e dos filhos, aceita o destino imposto pelo pai que não considerava que as mulheres estudassem. Ela aceita este destino, por algo maior, sublimado. O amor a Deus que como um pai cuida dos seus filhos. Assim, penso que dona Rute se projeta nesta posição: ela aceita o destino e cuida dos seus filhos com amor. Uma mãezona que agora se sente apaziguada, locupletada.

d) Poder como permissão moral (*Dürfen*):

O poder como permissão moral, marca a ponta da estrela da tentativa, do experimento. Penso que este movimento é uma prerrogativa para continuar a vida após o estoma. É necessário que o paciente experimente seu corpo, seu novo corpo. Uma segunda subversão libidinal, sendo a primeira na infância. Não sei se ocorre uma segunda na adolescência, daí esta seria a terceira, este é um ponto a discutir em estudos futuros. Esta conquista do corpo erótico libidinal é a liberdade à ditadura do corpo efetivo material. Creio que ela não ocorre apenas no *dürfen*, mas também no *sollen* e no *wollen*, embora nesta ponta da estrela, a subversão libidinal, é marcada como uma saída interessante para a continuação da vida de forma mais criativa, com menos sofrimento. Este verbo marca a liberdade, o permitir-se dos pacientes. Ao contrário do *sollen*, em que o dever e a dívida pesam a existência.

Este verbo tem a característica de trazer a leveza, a brincadeira, a ousadia, o experimento. Sabemos que a liberdade em excesso pode conduzir à delinquência, discussão levantada no terceiro capítulo deste estudo, pelas ações de: quebrar, transgredir e infringir, por exemplo. No caso dos nossos pacientes estomizados, penso que a ousadia, o permitir-se será libertador para a reinvenção da própria vida. Percebo que a maioria dos pacientes estomizados, não se permitem nem ao menos desejar alguma coisa. Como se estivessem condenados a uma prisão dentro do próprio corpo que os tornam incapazes de querer. O querer, último verbo a ser tratado aqui, é o verbo da força motriz para esta mudança, mas antes porém, é necessário permitir-se querer.

Esta ponta da estrela está pouco desenvolvida em nossos pacientes. Está mais leve que as outras que carregam grande fardo. Este é um dos desafios aos profissionais que cuidam dos estomizados: trazer a criatividade, a ousadia, a permissão. O remédio a ser prescrito contra o sintoma da incapacidade e ao ‘não poder’.

Dentre os pacientes do nosso estudo, a Luíza e o Pedro, os mais jovens são os ousam querer alguma coisa. A força do jovem e a vitalidade parecem interferir diretamente na ousadia. Trata-se de um movimento mental que tem a capacidade de mudar um destino. Vejamos as palavras de Luíza:

“Normal pra mim é poder sair com as minhas amigas, me divertir, assim, poder ter uma vida mais normal, poder trabalhar...porque eu tenho muita vontade, assim, de trabalhar”.

Luíza traz em seu discurso a normalidade cotidiana dos viventes, jovens como ela, e não de sobreviventes que vivem em função do estoma (como o caso do Senhor E.). Para este

movimento é preciso permitir-se a si mesmo. Poder realizar as atividades de sair, se divertir e trabalhar, são coisas de viventes e não de doentes. São verbos que marcam os movimentos. O verbo “sair” é o primeiro, simbolizando o movimento esperado. O Senhor E. também faz a passagem para a estação de Autocuidado por um verbo de movimento, bem literal: o verbo caminhar. Luíza espera um futuro melhor pela estomia. Ela não vê sua condição de estomizada como um problema, mas como solução para poder, finalmente, viver sua juventude. Ela faz o movimento mental do virtual para o real: ela deseja, devaneia, espera, crê, tem certeza. O verbo querer faz o cálculo com a ação já em movimento. Vejam como Luíza já está adiante em sua decisão, ela está em *in fieri* em movimento rumo aos seus objetivos de vida:

“Estou fazendo faculdade de farmácia. Aí eu quero fazer minha faculdade e ter uma vida normal como todas as minhas amigas e eu creio que agora eu vou poder ter, né?”.

O querer ter uma vida diferente e a dúvida se isso será mesmo possível, por isso ela me devolve a pergunta “eu creio que agora eu vou poder, não é?”. Ela quer algo que falta, por isso este movimento é pulsionalizado. Esta fala da Luíza me faz lembrar do movimento de concretização dos desejos expostos por Martins (2014): um movimento que vai do virtual “o desidério latino” ao “querer”, mais real e concreto. Para esta concretização do querer, é preciso poder. Primeiro poder como capacidade (*müssen*), que ela já conseguiu através do estoma, depois, permitir-se moralmente (*dürfen*), querer ousadamente. O que move a paciente nesta busca é a esperança que ela tem de que será possível. A esperança é fundamental, sem ela, não há investimento. A paciente sonha e tem esperança, isso lhe dá força e impulso para enfrentar as dificuldades que haverão pelo caminho. Luíza tem todos estes requisitos, por isso ela crê, espera e tem certeza que alcançará seu objetivo.

Meu segundo encontro com Pedro foi bem diferente do primeiro. Ele estava animado e cheio de sonhos. A ousadia e a vitalidade de um jovem de 20 anos, estava de volta. O estado clínico de Pedro não mudou, mas o movimento mental fez toda a diferença:

“Aí fiz três cirurgias também, uma do apêndice que o câncer estorou, aí depois eles fizeram a biópsia aí veio o tumor, aí fizeram outra cirurgia, duas semanas depois dessa, aí eu fiz mais essa daqui depois de quase um ano. Aí vai fazer um ano no dia 20 de outubro, no dia do meu aniversário!”

Pedro decide comemorar. Vai fazer o primeiro aniversário¹⁷ do estoma, junto com o seu de virada de uma década: 20 anos! A esperança brota em Pedro uma vontade de viver, de forma que ele vê o mundo diferente. O que mudou foi o seu olhar. Pedro gira a estrela e se permite ousar a viver a vida que tem.

“É! Vou fazer 20 aninhos! Ai é isso né! Aproveitar a vida, agora. Depois de dois meses que colocar isso daqui pra dentro. Fazer meu umbigo de novo ...até que vai dá pra botar pearcing, só que eu não vou botar (risos). Não (risos) aí eu vou fazer, eu acho que eu vou fazer uma tatuagem na cicatriz pra tampar. Ai é isso [Pedro]”.

Vejam como Pedro ousa. Ele faz um cálculo mental projetado para o futuro em que há possibilidade de fazer a cirurgia de reversão, faz planos para o que fazer com a cicatriz que vai ficar (uma tatuagem). Ele forma a imagem de como ficará o abdome após a cirurgia e modifica as ações no presente do indicativo. Sem esperança, não há motivos para desperdiçar energia pulsional. Mas a esperança, faz com que este movimento valha a pena. Pedro ousa mesmo, até brinca em escolher qual regra quebrará, para “desespero da sua mãe”, ele brinca e se diverte com a escolha entre o *piercing* e a tatuagem. Coisas de vivente!

E os planos não param por aí, a vida se faz no presente do indicativo e Pedro toma suas providências, as atividades que fará no pós alta hospitalar:

“É... eu vou viajar com a minha irmã, ela tem um sítio lá. Tomara que tenha um cavalo pra mim andar, vou pescar muito que eu adoro. E...passear, aproveitar esses meus benefícios, né?”.

Nosso paciente, que ao que me parece gosta de inovar, quebrar certas regras. Pedro se permite, ele aceita sua condição de estomizado junto com os benefícios de um deficiente físico (diferentemente de Renata, que não aceita nem a medicação para descansar um pouco). O principal benefício do qual Pedro se refere, é a isenção do imposto sobre a compra de veículos novos. Como todo garoto da sua idade, ele sonha em dirigir e agora, que já é um adulto (fará 20 anos de idade), poderá tirar carteira (já que aos 18 a doença não permitiu) e sonha com o carro. Ele se permite o gozo e fazer as coisas que gosta, adora para ser mais preciso. Questiono Pedro em toda a sua queixa do encontro anterior, lembrando que foi internado por comer demais o que não podia, como ele vai se virar no aniversário em que não poderá comer tudo o que quer. Vejam a resposta:

¹⁷ Pedro fará aniversário dentro de cinco meses, mas já comemora por antecipação.

“Nem bolo de confeitiro, nem salgado. Mas, tem presente!”

Ótima saída, não? Pedro permite-se ousar, criar e viver a vida com o que lhe é possível. Este movimento é de Autocuidado. Para Pedro, nada mais justo. Vai comemorar o seu aniversário, de qualquer jeito e aproveitar o que lhe é possível.

Em um exemplo não tão animador, do ponto de vista dos pacientes, mas desafiador para nós, profissionais que cuidamos e nos preocupamos com a existência deles, retomo o caso da Marta. Esta paciente que segue a lei do dever ser, servir para alguma coisa. Quando pergunto sobre diversão, lazer, a resposta de Marta é a seguinte:

“Pra diversão não tem minha amiga...o que eu podia ter aprendido fazer é o crochê, eu não aprendi...a paciência não deu pra aprender no tempo de nova... modo da roça não deixou...seis filhos criados na roça...num lugar sem ganho, sem recurso é meio difícil. Olha eu só aprendi a mexer com coisa de roça. Coisa de roça de tudo eu sei fazer”.

O dever imposto pela vida. A paciente não se permite ter sequer um lazer. Uma vida marcada pela renúncia. A esperança de Marta está nas gerações futuras, pois ela não acredita que ainda pode mudar o seu próprio destino:

“Ai tá vindo um filho, tá vindo um neto, tá vindo um bisneto...não é só eu que preciso, né? “

A paciente não sonha nem ousa mais nada. O movimento *in fieri* é feito pelas gerações futuras, o bisneto que está vindo.

e) Querer como vontade voluntária (*Wollen*):

Optei por deixar o verbo ‘querer’ por último não apenas pela sua grande importância na mudança de um destino, um verbo impulsor da ação, mas também por ser um verbo do consciente humano. O “*Wollen*” é voluntário. No capítulo III, o qual destaquei cada verbo páthico em particular, dividi o ‘querer’ em duas categorias: 1) de intenção e 2) de execução. A intenção é a vontade que faz o cálculo mental do verbo poder (como capacidade) para executar a ação (a segunda função deste verbo).

Durante a escuta de cada paciente estomizado do ambulatório, a pergunta que mais me instigava a conhecer era exatamente o verbo querer por trás da queixa de cada um. Em minha

ânsia por ajudar os pacientes, tinha a convicção de que o investimento neste verbo poderia ser crucial no destino destas pessoas.

É sabido porém que estamos falando de destinos humanos e não de máquinas biológicas. Portanto, tudo se faz em processo. Cada pessoa tem um tempo e condições diferentes para mudar o rumo da própria vida. Penso ser importante, também, destacar a importância de cada estação do Circuito Pulsional do Eu em Processo visitada por nossos pacientes. A estação de Introjeção, em sua subcategoria de Incorporação é fundamental. Introjetar, neste contexto, não significa apenas introduzir algo. Introjetar traz, também, o sentido de incorporar, de fazer com que aquele conteúdo faça parte do si. Por isso é um trabalho processual e não intelectual, caso contrário bastaria darmos aulas de como mudar um destino ou uma receita milagrosa de regras práticas, e tudo estaria perfeito. Sabemos que este discurso, do “trabalho prescrito” (expressão dejouriana), não funciona no mundo real.

O verbo ‘querer’ tem esta força toda, porque é um ato consciente, já refletido, calculado. Por este motivo, o considero o verbo mais racional das categorias páticas. Quanto mais consciente for a vontade, mais forte será o querer. Prossigamos a análise do querer de nossos pacientes, tarefa difícil pois na maioria das vezes, os humanos não têm clareza do que realmente querem. Este não é o caso da Luíza, vejamos o que ela disse:

“Tenho muita vontade, assim, de trabalhar” .

O querer da paciente é alcançar sua autonomia. O trabalho traz uma emancipação às pessoas e tem um significado que vai além da independência financeira. O trabalho tem tanto a função social, quanto psíquica. Nesta última função, o trabalho permite a construção da identidade (DEJOURS, 2008). A doença é marcada pela necessidade constante de cuidados com o corpo biológico, este fato levou Luíza a depender dos pais nos cuidados mais simples, até hoje. Luíza quer emancipar-se, quer se libertar, crescer, viver a vida. Este querer de Luíza é consciente e muito forte. Luíza já está na categoria de execução do verbo querer, a ação está em andamento (*in fieri*), rumo aos seus objetivos:

“Então assim, é isso que eu quero de agora pra frente, né? Eu quero, estou fazendo minha faculdade”.

O verbo “querer” no presente do indicativo, carregado de carga pulsional. Luíza quer e conjuga o verbo na primeira pessoa “eu quero”. O querer é forte, é consciente e racionalmente calculado para conseguir seu objetivo, um movimento no gerúndio (*in fieri* – em se fazendo)

ela diz “estou fazendo minha faculdade”. Sim ela está em movimento, um movimento de vida, adaptado de Autocuidado. Um querer forte, capaz de enfrentar todas as adversidades impostas pela limitação física. Ela diz:

“Vou continuar a mesma”.

“Quem conheceu a outra Luíza, entre aspas, só porque eu não tava com essa bolsa, não quer dizer que agora eu vou mudar, vou...não. Vou ficar a mesma pessoa”.

Esta afirmação de Luíza faz parte da decisão que ela tomou para o seu destino. Ela sabe que seu corpo mudou, agora ela é estomizada, mas declara que o estoma não afetará sua alegria de viver. Luíza se recusa veemente se abater. Uma menina forte. Diminui o tamanho do estoma e disse:

“Não vou me abater, de jeito nenhum, de forma alguma por causa disso aqui. Me sentindo menos que as outras meninas por esse problema...problema não, né?”.

Luíza recusa que o estoma seja um problema, o encara como solução. Solução para o problema que tinha antes e se enche de esperança: um futuro melhor em que pode sair, se divertir, se emancipar e trabalhar. Nossa paciente ganha uma nova oportunidade, via cirurgia, de continuar vivendo e agarra com todas as forças à esta esperança e decide que vai viver.

A maioria dos estomizados, quando se faz a pergunta do que querem, a resposta é por unanimidade e de imediato: Se livrar do estoma. Este querer, em muitos casos, não é possível. Uma readaptação da vida precisará ser feita. Como todo clínico-investigador, a dúvida paira mesmo diante das respostas, às mais óbvias perguntas. Aqueles que se interessam pelas questões da existência humana me compreenderão melhor, quando digo, que a resposta a pergunta: “O que querem os pacientes estomizados?” muitas vezes ficará sem resposta. Este é o caso da senhora Marta. Não compreendi o que realmente ela quer e por qual motivação interna me procurou. O que será que a senhora Marta deseja? Qual o ganho, se é que ele existe, na doença? Há uma ambiguidade dos sentimentos e nas falas da paciente:

“Eu falei pro médico, que eu queria que ele me corrigisse direitinho”
[Marta].

O verbo querer, conjugado no pretérito imperfeito, nos dá a impressão de que a própria paciente sabe que este querer é irreal. Irreal no sentido de possibilidade e não de um desejo.

Ao mesmo tempo em que a senhora Marta busca ajuda no ambulatório, consultando-se com vários profissionais, ela é resistente ao tratamento e recusa seguir as orientações da equipe de saúde. Me questiono se isso não tem a ver com o não querer ser útil ao marido (questionamento levantado no item ‘c’ deste capítulo, que trata do verbo dever como obrigação moral). Esta dúvida paira diante dos sintomas somáticos apresentados pela paciente: não melhorar da cirurgia da estomia e a secreção, justo vaginal. Esta ambiguidade também foi identificada por Groddeck¹⁸ (grande autoridade no assunto da psicossomatização). Na leitura da obra de Groddeck, Ávila (1998) assevera: “todo o objeto traz em si seu próprio contrário” e que “no encadeamento dos sentimentos, a ambivalência é a lei” (p. 59). Desta forma a pergunta, que ao meu ver, paira no ar é “de quê e/ou de quem” a senhora Marta quer se livrar, da doença ou do marido?

Diante da impossibilidade de resposta ao querer da senhora Marta, um querer que faz parte do inconsciente humano em que somente uma análise profunda poderá ter acesso, passemos ao caso da Renata cujo querer é bem possível e eu diria até que se trata de uma dívida que temos com nossos pacientes. Vejamos o que Renata me disse:

“Às vezes... em casa, às vezes...eu começava a conversar com meu esposo, daí ele fala “para com isso, você não pode chorar, você não pode ficar assim. Então com isso a gente vai se sentindo assim...a gente vai segurando, segurando. Tem hora que a gente fecha a porta do quarto...vai chorar 3 dias, chorar 3 dias. Então, por um lado isso não...isso é bom...mas por outro...a cabeça da gente vai se reprimindo”.

Creio que esta é a grande acolhida que podemos dar aos nossos pacientes, um espaço em que eles tem a ‘permissão moral’ (*Dürfen*) de dizer. Renata me procurou porque precisava dizer tudo o que estava entalado na sua garganta. Ela precisava de um espaço, não apenas para catarse dos seus sentimentos, mas um lugar que a acolhesse, que desse a ela suporte para continuar a vida. O movimento projetivo de Renata é que ela buscava alguém que a sustentasse assim como ela vinha fazendo por sua família. Renata precisava deste espaço oferecido pelo projeto da estomaterapia, e ela reconhece isso:

*“Que bom, a gente pode falar e vocês não vão brigar!
(risos)*

¹⁸ Digo também comentada por Groddeck porque Freud levantou esta questão no texto, já citado neste assunto, intitulado “A negativa”. In: O Ego e o Id e outros trabalhos. Imago: Rio de Janeiro. Obras completas, v. XIX, 1925).

Neste momento, o querer de Renata é ser ouvida. Digo neste momento, porque o movimento mental é pulsionalizado, e muda a todo instante. Uma vez saciada esta necessidade, outras virão. E assim espero, porque assim são os viventes!

Finalizo este tópico com Ana e sua vontade de viver. O poder como capacidade está diminuído e a paciente sente, na pele, que não vai aguentar. Apesar do seu querer fazer a quimio ser tão forte, ao ponto de ela dizer que nada sentiu, agora vê que seu corpo não está aguentando. Ana quer uma segunda chance de viver:

“Viver. Força de vontade de viver. A gente tem força de viver, mas quando você recebe uma notícia que tá com câncer a primeira coisa que vêm na sua frente é: Ai, eu vou morrer” [Ana].

“A primeira coisa que vem na sua frente. Então, assim, parece que vem uma vontade de viver maior ainda, né se vê que a vida...não sei te explicar que todo mundo tem vontade de viver, mas quando você está doente...alguma coisa parece que vem aquela força maior. Você quer viver mais” [Ana].

A dura realidade que Ana enfrenta a faz sentir o desejo de viver até o limite de todas as suas possibilidades. Penso que nós, profissionais de saúde devemos ouvir o pedido dos nossos pacientes. Toda esta discussão teórico-clínica, me remete ao pedido feito pelas autoridades mencionadas, não do ponto de vista acadêmico de suas declarações, mas a humanidade das mesmas diante da própria doença e morte. A decisão de Freud, em viver até o limite suportável da dor, e a de Ricoeur até o limite possível da existência (“até a morte”). Ana quer viver e o verbo querer está no presente do indicativo, carregado de carga pulsional, conjugado na primeira pessoa do singular:

“Então é assim que eu sinto, quero viver mais”.

Ana quer viver hoje, no tempo onde se passa a vida. Amanhã, veremos depois. Amanhã é outro dia.

CONCLUSÃO

Neste estudo abordamos o acolhimento, por meio da escuta aos pacientes estomizados do Serviço Ambulatorial de Enfermagem em Estomaterapia (SAEE) do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Durante o acolhimento, percorremos por diferentes usos da palavra ‘sentido’: a doença *sentida* na pele, no corpo efetivo material (*körper*) limitando a existência, passando pela produção de *significados*, fruto de uma reflexão interna, até a criação de novos *sentidos* de direção de vida. Os sentidos são carregados de afetos e pulsionalidade que traduzidos em palavras, podem ser compartilhados.

À vista disso, nosso objetivo foi dar sentido à fala de pacientes estomizados através da análise do emprego dos verbos páthicos (querer, poder e dever), facilitando assim, a compreensão do processo mental e da existência humana.

O esquema da Estrela páthica orientou nossa discussão tanto teórica quanto prática. Em nossa Estrela páthica os verbos ‘poder por capacidade’ (*können*) e ‘dever por necessidade’ (*müssen*) são particularmente marcados nos pacientes estomizados. Estas duas pontas da estrela são “corporificadas” ou seja, são materializadas no corpo efetivo material. O ‘poder como capacidade’ se encontra diminuído em virtude da deficiência física. Os pacientes não podem comer o que querem, por exemplo. O ‘dever como necessidade’ (*müssen*) foi, dividido em duas categorias: a de sentir em ato (*feeling*) e a necessidade, aquilo que “não cessa”, tal qual a pulsão. O ‘dever como necessidade’ é evidenciado na dependência dos pacientes no que tange os cuidados do corpo efetivo material e, conseqüentemente o uso dos dispositivos e acessórios para o estoma, sendo o aparelho coletor o mais marcante destes.

Os conflitos e sofrimentos humanos porém, não se restringem aos *können* e ao *müssen*. O ‘dever moral’ (*sollen*), trata da obrigação, da regra e do interdito. O ideal do Eu e Supereu crítico se encontram nesta categoria páthica. Este verbo, o ‘dever moral’, é marcado pelo ‘sim’ e pelo ‘não’. O sim, mostra as qualidades do ‘*sollen*’ na adequação às regras sociais. O ‘não’, aponta o peso deste verbo nas exigências impostas por si mesmo, presente na renúncia humana, origem causal das neuroses.

O ‘poder’ (*dürfen*) se caracteriza pela liberdade, pelos atos de ousadia e de autopermissão. O ‘poder como permissão moral’ (*dürfen*) se opõe ao ‘*sollen*’, permitindo a criação e a quebra das regras. Este verbo também apresenta uma dualidade que pode ir desde a criação e ousadia, capazes de mudar uma realidade, até à delinquência e baixaria, sintoma comum em casos de perversão.

O verbo ‘querer’ (*wollen*), por sua vez, tem a força impulsora motriz do movimento, trazendo os sentidos de intenção e de execução capazes de mudar um destino. Creio na tese de que quanto mais consciente for o querer, mais forte será a vontade e a determinação. Conseqüentemente, o alcance do objetivo estará mais próximo da sua concretização.

A pulsão é um estímulo representado na ação, desta forma, considero a Estrela Páthica uma estrela pulsional. A própria polissêmia do termo ‘*Trieb*’, investigada por Hanns (1999), contempla os verbos modais (querer, poder e dever), mesmo que no momento de sua investigação, o autor não tenha se dado conta deste fato. Nossa estrela mostra um movimento do vir-a-ser de cada um. Desde as questões morais e deônticas, manifestas nos verbos ‘*sollen*’ e ‘*dürfen*’, às naturais, marcadas pela capacidade e necessidade natural do homem. Por isso utilizamos, para designá-la, o termo ‘personação humana’.

Através de um caso modelo, demonstrei o percurso dado pelo Sr E. durante o período em que frequentou o ambulatório. Dois grandes movimentos foram verificados: 1) A experiência do corpo efetivo material: viver o estoma e 2) O movimento de automanutenção: viver apesar do estoma. Estes dois grandes movimentos foram comparados à uma viagem de trem pelo circuito pulsional do Eu em processo de Szondi (1975) e Schotte (1985). Em cada estação visitada pelo nosso paciente (Projeção, Negação, Introjeção e Autocuidado), os verbos páthicos se fizeram presentes ilustrando nosso pensamento.

A escuta atenta é capaz de dar significação (*signification*) ao que é dito para além da palavra, ao seu contexto, como ocorre nas figuras de linguagem. No exemplo apresentado, a metáfora da planta, demonstra o movimento pulsionalizado, do Sr E., em mudança de seu próprio destino. Um movimento de direção. Para tanto, foi preciso ousar e recriar a própria vida, diante das possibilidades do seu *körper*. Se o acolhimento dado resultou na transformação do sofrimento intenso diante do estoma, em uma infelicidade comum, sentir-me-ei uma satisfação inquestionável. Um sentimento de “dever cumprido”, este Ideal do Eu elevado, comum aos profissionais exigentes consigo mesmos.

Diferentemente do caso modelo, no qual demonstrei o movimento pulsionalizado através das estações ferroviárias do circuito do Eu em processo (SZONDI, 1975; SCHOTTE, 1985), nas quais os verbos páthicos se apresentaram dentro de cada estação; nos demais casos apresentados fiz um movimento inverso. Toda atenção se voltou para os verbos páthicos: querer, poder e dever. O movimento dos pacientes foi relacionado aos verbos e os processos de defesa apresentados dentro de cada ponta da nossa Estrela páthica. Alguns deles coloco em destaque, como: Renata no sentimento de ‘dever ser forte’ e o ‘querer’ ser ouvida; Marta e o ‘dever servir’ ao marido; Rute e o ‘dever cumprido’ na caminhada da vida; Pedro e a ‘ousadia

na quebra das regras'; Luíza e o 'poder viver sua juventude' graças ao estoma e, por fim, Ana e o 'querer viver até a morte'.

Durante a escuta dos pacientes, o verbo 'poder' muito me chamou a atenção. Como é sabido, o 'poder como capacidade' diminuído e o 'dever por necessidade' são muito marcados nas falas dos pacientes. Creio que a mudança do olhar para o estoma, faz toda a diferença neste processo rumo ao Autocuidado e empoderamento do Eu. Luíza, nossa paciente de 22 anos, fez esta passagem. Para ela o estoma, ao invés de ser responsável pelo 'não poder', é uma "gambiarra" (expressão de Pedro) que possibilita a vida. Ao invés do 'não poder', o paciente passa a 'poder' realizar uma porção de atividades da vida cotidiana, que antes do estoma não eram possíveis. Coisas de viventes como poder ir ao cinema, sair com os amigos, viver. O 'poder como ousadia', é representado pelo empoderamento do Eu em recriar a própria vida e colocá-la em movimento. Viver graças ao estoma apesar da doença, ameaça mortífera ao sofrido homem.

Espero ter cumprido o 'dever' de demonstrar o sofrimento vivido pelos pacientes estomizados, bem como contribuir para uma escuta empática para aqueles que desejam mais um instrumento de apoio para tal. Um estudo cheio de incompletudes, pois feito em processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONIO, P. S.; ARAÚJO, C.L.O. A mutilação do corpo na estomia: compreensão do sofrimento psíquico no cuidado humano. In: ALBERTO TRIMBOL et al. (Org.). **Salud Mental: Interdisciplina e Inclusión social como ejes de intervención**. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, 2013, p. 3-480.

ARISTÓTELES. **Poética**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007. 124 p.

ÁVILA, L. A. **Isso é Groddeck**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988. 186 p.

BÍBLIA. N. T. I Coríntios. In: **BÍBLIA**. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993. p.135-146.

BRASIL, **Lei nº 12738/12**. Torna obrigatório o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de utina com conector pelos Planos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas** – normatiza o atendimento à pessoa ostomizada no SUS, 2009.

BRASIL, K.C.T.R. **Corpo e sensação na clínica psicossomática: uma investigação teórico-clínica exploratória dos pacientes portadores de psoríase**. 2005. 243f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil, 2005.

BRÉAL, M. **Dictionnaire étymologique latin**. Paris: Librairie Hachette et C^{ie}, 1906.

BROWN, H.; RANDLE, J. Living whith a stoma: a review of the literature. **Journal of Clinical Nursing**, U.S.A, v. 14, p. 74-81, 2005.

BURY, M. Doença crônica como ruptura biográfica. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Ciências Sociais em Saúde**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 41-55, 2011.

CANESQUI, A.M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/ Fapesp; 2007. 149 p.

CESARETTI, I.U.R.; SANTOS, V.L.C.G.; VIANNA, L.A.C. Qualidade de vida de pessoas colostomizadas com e sem uso de métodos de controle intestinal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 16-21, 2010.

CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba: Editora Pinti, 1997. 218 p.

DEJOURS , C. **Le corps, d'abord**. Paris: Petite Bibliothèque, 2001. 213 p.

DEBRAY, R. ; DEJOURS, C. ; FEDIDA, P. **Psychopathologie de l'expérience du corps**. Paris: Dunod, 2002. 170 p.

DEJOURS, C.; SZNELVAE, L.; LANCMAN, S. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 345 p.

DEJOURS, C. **Les dissidences du corps**. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2009. 240 p.

DEJOURS, C. Le corps entre “courant tendre” et “courant sensuel”, **Revue Française de Psychosomatique**, Paris, n. 40, p. 21-42, 2011.

DICIONÁRIO DE SINÔNIMOS, Editora Nova Fronteira. 3 ed, 1981, p.221-222.

FERENCZI, S., GRODDECK, G. (1921-1933). **Correspondance**, Paris: Payot, 1982. 162 p.

FERENCZI, S. (1927-1933). **Confusion de langue entre les adultes et l'enfant**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2004. 96 p.

FERREIRA, A.B.H. **Pequeno dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 11 ed. Rio de Janeiro: Editoda Civilização Brasileira S.A, 1969.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2011. 80 p.

FREUD, S. (1893/1895) **Estudos sobre histeria**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 350 p. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. II).

_____. (1900) **A interpretação dos sonhos (I)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 363 p. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. IV).

_____. (1901/1905) Fragmento da análise de um caso de histeria. In:_____. **Um caso de Histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-116.(Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. VII).

_____. (1907/1908). Escritores criativos e devaneio. In:_____. **“Gradiva”de Jensen e outros trabalhos (1906-1908)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 133-143. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. IX).

_____. (1912) Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise. In:_____. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 275-279. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XII).

_____. (1913) Sobre o início do tratamento. In:_____. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 137-158. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XII).

_____. (1915) Os instintos e suas vicissitudes. In:_____. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 117- 144. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XIV).

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In:____. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-75. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XXVIII).

_____. (1923) O Ego e o Id. In:____. **O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-80. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XIX).

_____. (1925). A negativa. In:____. **O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 263-269. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XIX).

_____. (1929/1930) O mal-estar da civilização. In:____. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar da civilização e outros trabalhos (1927-1931)**. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 67-148.. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XXI).

GARCIA, S.R; MARTINS, F. Lógica conversacional e técnica psicanalítica. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.5, p. 249-270, jul/dez. 2002.

GUILLAUME, G. **Temps et Verbe**: théories des aspects, des modes et des temps, avant propôs de Roch Valin. Paris: Librairie Honoré Champion Editeur, 1965. 212 p.

GUIMARÃES, R.M.; BENTO, V.E.S. O método do “estudo de caso” em psicanálise. **PSICO**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 91-99, jan/mar, 2008.

HANNS, L.A. **A teoria pulsional na clínica de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999. 232 p.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.3, n. 24, p. 363-372, 2006.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU – Editora da Universidade de São Paulo, 1979. 99 p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. **Dicionário Houaiss**: sinônimos e antônimos. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

JONNES E. **Vida e Obra de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1989. 420 p. v. 2.

KANT. I. (1871). **Prolegômenos**. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Os Pensadores).

_____. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa / Portugal: Edições 70, 2007.

KERBRAT-ORECCHIONI, C. **La Enunciación:** de la subjetividad en el lenguaje. Buenos Aires: Hachette, s/d.

KIERKEGAARD, S. **O desespero humano.** São Paulo: Martin Claret Ltda., 2001. 128 p.

LAPLANCHE, J. *et al.* **A pulsão de morte.** São Paulo: Escuta, 1988a. 110 p.

_____. **Teoria da Sedução Generalizada e outros ensaios.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988b. 125 p.

LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J.-B. **Fantasia originária, fantasias das origens, origens da fantasia.** Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990. 99 p.

_____. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.

LAPLANTINE, F. **A antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo.** Petrópolis / RJ: Vozes, 2010. 101 p.

LOBATO, O. O problema da dor In: FILHO, J.M. (Org). **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p.165-178.

MACHADO, J. P. **Dicionário etimológico da língua portuguesa.** Lisboa: Livros Horizonte, 1987.

MARCELO, G. A inovação semântica na obra de Gonçalo M. Tavares. **Expressões da Analogia,** Lisboa, p. 233-240, 2009.

MARTINS, F. **Psicopatologia II Semiologia clínica:** Investigação teórico clínica das síndromes psicopatológicas clássicas. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2003. 396 p.

_____. **Psicopatologia I:** Prolegômenos. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2005. 338 p.

_____. **O aparentar, o dever, o pensar e o devir:** ensaios analíticos-existenciais sobre figuras exemplares do cinema e da literatura. 1 ed. Brasília: FINATEC- Editora Universidade de Brasília, 2007. 76 p.

_____. **A pulsão: sua ancoragem na ‘tormenta e pressão’ dos românticos.** [Texto inédito], 2012.

_____. **Os nove sentidos de Sinn.** [Texto inédito], 2013a.

_____. **O Irrealis e o Real.** In.: Semana Universitária, 2013b, Universidade de Brasília, DF.

_____. **O ato pulsional:** a semiótica pulsional na estátua de moisés de 'o moisés de michelângelo'. [Texto inédito], 2014.

_____. **As metáforas de Freud I (1892-1899).** Brasília: Academia de Letras de Brasília, 2016. 283 p.

MASLOW, A.H. **Motivation and Personality**. New York: Evanston, and London: Harper & Row Publishers, 1954. 370 p.

_____. **Introdução à psicologia do ser**. Rio de Janeiro: Eldorado, s/d. 279 p.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

NEVES, M. H. M. **Texto e Gramática**. 1. ed. 3. reimpressão. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2011. 335p .

RICOEUR, P. Imagination et métaphore. **Psychologie Médicale**, Paris, n.14, 1982.

_____. **O si-mesmo como um outro**. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1991. 496 p.

_____. La souffrance n'est pas la douleur. **Psychiatrie Française**: França, n. spécial. 1992.

_____. **A metáfora viva**. São Paulo: Edições Loyola, 2000. 500 p.

_____. **Vivo até a morte**. Lisboa: Edições 70, 2011. 116 p.

_____. **A Simbólica do Mal**. Lisboa: Edições 70, 2013. 380 p.

ROUDINESCO, E. PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAMI-ALI. **Corpo real e corpo imaginário**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 147 p.

SANTOS, V.L.C.G.; CEZARETI, I.U.R.; RIBEIRO, A.M.; FILIPPIN, M.J.; LIMA, S.R.S. Métodos de controle do hábito intestinal em estomizados: auto-irrigação e sistema ocluser. In: CREMA, E.; SILVA, R. **Estomas: uma abordagem interdisciplinar**. Uberaba: Editora Pinti, 1997. 218 p.

SANTOS, V.L.C.G., CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. São Paulo, Atheneu, 2015. 624 p.

SCHOTTE, J. Une Pensée Du Clinique – L'Oeuvre de Viktor von Weisäcker, notas dirigidas por Philippe Lekeuche e revistas pelo autor, por ocasião do **Curso de Questions Approfondies de psychologie Clinique** 1984-85, Louvain – La Neuve – Bélgica, Centro de Psychologie Clinique UCL [Texto inédito], 1985.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 316 p.

SCHUR, M. **Freud: vida e agonia uma biografia**. Rio de Janeiro: Imago, 1981. 714 p. 3 v.

SILVA, A.L.; SHIMISU, H.E. **Estomias intestinais: da origem à readaptação**. Rio de Janeiro: SENAC Rio e Difusão Editora, 2012. 184 p.

SPITZER, C. **Dicionário analógico da língua portuguesa**. Porto Alegre: Editora Globo, 1958.

SWAN, E. Colostomy, management and quality of life for the patient. **British Journal of Nursing**, Reino Unido, v. 19, n. 21, p. 1345-1351, 2010.

SZONDI, LIPOT. **Introdução a psicopatologia do destino**: liberdade e compulsão no destino do homem, na escolha da profissão, amigos, esposa, doenças. São Paulo: Manole, 1975. 279 p.

TAVARES, G.M. **Aprender a rezar na era da técnica**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. 356 p.

TOUSSAINT. M. Du temps et de l'énonciation. **Langages**, **18 année**, Paris, n. 70, p. 107-126, 1983.

WEIZSÄCKER, VIKTOR. **Le Cyrle de La Structure** (Der Gestaltkreis), tradução para o fr de Michel Foucault e Daniel Rocher, Paris, Desclée De Brouwer, 1958. 279 p.

WIDLÖCHER, D. La recherche clinique: principes généraux. In: BOURGUIGNON, O.; BYDLOWISKI, M., (Direction). **La recherche Clinique en psychopathologie**: perspectives critiques. France: Presses Universitaires de France, 1995. p. 9-35.

APÊNDICE I – DISPOSITIVOS E ACESSÓRIOS PARA COLOSTOMIAS E UROSTOMIAS

1) PROTETORES CUTÂNEOS OU BARREIRAS PROTETORAS DE PELE

Podem ser de resina mista ou sintética; placa, pasta ou pó. Têm a função de manter as condições fisiológicas da pele em termos de pH, pelo bloqueio do efluente, além da ação cicatrizante. Cada produto tem diversos graus de aderência, flexibilidade e duração para reter a luminosidade e calor. As pastas destinam-se ainda, a preencher as pregas e irregularidades da pele e criar barreiras ao redor da ferida. O pó é usado para proteger tecidos expostos ao efluente e na pele escoriada, com objetivo de absorver a secreção, antes de aplicar outros protetores.



2) APARELHOS COLETORES (BOLSAS PARA ESTOMIAS)



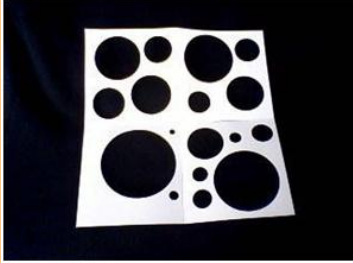

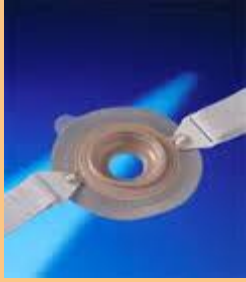

Dispositivos com características físicas peculiares, que, adaptado ao estoma intestinal ou urinário, permite a coleta do efluente eliminado. Podem ser de sistemas de uma ou duas peças, nas categorias: aberta ou drenável e fechada. Todas as bolsas fechadas são providas de filtro de carvão ativado, que permite a eliminação dos gases já desodorizados. Existem bolsas com válvula anti-refluxo. Para estomas urinárias, estas bolsas são abertas ou drenáveis, com torneira de descarga ou mecanismo valvular de saída. São de material plástico, anti-odor, não tóxico, hipoalergênico, nas cores transparente ou opaca.



2.1) TIPOS DE APARELHOS COLETORES (TIPOS DE BOLSAS PARA ESTOMIAS)

Bolsas fechadas	Usadas para fezes formadas e semi-formadas, com filtro (obrigatório) para gases e protetor de pele peristomal. Recomenda-se a troca, no máximo, 2 vezes em 24 horas.	
Bolsas drenáveis	Para fezes líquidas e frequentes ou urina. São abertas na parte inferior, facilitando a higienização sem ter que retirá-la. Em média a troca é de 3 e 6 dias. Utilizadas em adultos e crianças.	
Sistemas de 2 peças	São bolsas com dispositivos separados. Deve haver compatibilidade entre bolsas e placas.	
Bolsas para uso urológico	Devem ser principalmente transparentes e possuir sistema anti-refluxo e mecanismo valvular de drenagem. Para uso adulto e infantil.	

3) PRODUTOS ACESSÓRIOS

Cinto elástico-ajustável	Servem para a fixação das bolsas coletoras, proporcionando maior segurança.	
Presilhas	Servem para ocluir as bolsas drenáveis, possibilitando a vedação adequada.	
Guia de mensuração	É indispensável na avaliação do tamanho do estoma.	
Filtro de carvão ativado	Assegura a eliminação dos gases retidos na bolsa fechada, ou mesmo drenável, sem odor desagradável e é resistente à água.	
Aro plástico ou anel para fixação do cinto	Pode ser usado, quando o sistema de bolsa indicado não dispuser de hastes para a fixação do cinto.	
Disco convexo	Especial para uso em bolsa de duas peças de barreira plana. A finalidade deste é formar a convexidade no sistema coletor, a fim de promover maior contato entre a placa de proteção e a pele periestoma irregular ou nos casos de estoma retraído, ajudando na prevenção de vazamentos.	

<p>Cinta de proteção para hérnia paraestomal</p>	<p>É usada tanto para prevenir como para proteger a hérnia.</p>	
<p>Oclusores de estoma</p>	<p>É apresentado no sistema de uma e duas peças. Consta basicamente de uma haste de espuma de poliuretano envolta por uma película de polivinil alcoólico. Ao contato com a umidade e temperatura da alça intestinal, a película se dissolve e a espuma se expande, levando à oclusão da alça. Seu uso é limitado, devendo ser prescrito somente após avaliação especializada.</p>	
<p>Sistema de irrigação da colostomia</p>	<p>Objetiva a exoneração intestinal por meio de um enema programado. É composto pelos seguintes equipamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Irrigador: deve ser plástico e transparente. Capacidade mínima de 1.500ml, dispositivo coletor. Pode ser avulso ou acoplado à bolsa. - Manga coletora: comprimento mínimo de 80cm, transparente, anel plástico para fixação do cinto, avulso ou acoplado à bolsa. Pode ser compatível para encaixe em placa ou peça única. 	

APÊNDICE II - ANÁLISE DOS VERBOS PÁTHICOS NAS FALAS DOS PACIENTES

LUÍZA - 22 ANOS

Estomia intestinal definitiva – recente: 2 dias de estomizado
Doença de origem: Retocolite ulcerativa

“Eu tinha retocolite ulcerativa. Era uma inflamação no intestino inteiro, isso aí causava diarreia.”

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER CAPACIDADE

FALAS

“Hoje, creio que estou bem melhor do que eu já passei”.

“Porque assim, eu descobri essa doença quando eu ia fazer 3 anos e durante esse meio tempo eu tive muitas recaídas, não podia sair de casa, não podia me divertir com as minhas amigas e assim, depois da cirurgia.. que eu coloquei essa bolsinha, eu creio que agora eu vou poder ter uma vida, pelo menos, normal”.

“Eu podia trabalhar, mas era muito difícil. Eu não estava podendo mais”.

“Eu tinha muita diarreia com sangramento. Então era o tempo todo com diarreia, eu não podia sair...assim, pra uma festa, por exemplo, como que eu ia pra festa e toda hora ia ao banheiro, toda hora ir ao banheiro, às vezes precisava ir ao banheiro e não aguentava segurar e fazia na roupa. Sujava tudo, completamente. Então, eu nem saía, ficava em casa”. “Por exemplo, se fosse pra um cinema com meus amigos, mesmo que tenha um banheiro perto, às vezes eu não aguentava ir até ao banheiro, se chegasse lá e tivesse alguém dentro do banheiro, fazia na roupa, então não tinha como. E sair pra qualquer coisa, qualquer coisa que você possa imaginar”.

“Eu tinha retocolite ulcerativa. Era uma inflamação no intestino inteiro, isso aí causava diarreia. E a diarreia às vezes...assim no começo, quando eu descobri, era puro sangue, sangue, sangue. Quando começou o tratamento, aí melhorou um pouco. Diminuiu o sangue, teve até um tempo que eu passei bem, bem, bem mesmo, que eu pensei que eu estava meio que curada. Mas aí que veio de novo...novamente, só sangue, puro sangue. Então, depois continuou só diarreia, diarreia. Sempre que eu tava com essa diarreia eu não podia sair, não podia fazer nada. Só em casa mesmo, só”.

ANÁLISE

Verbo no passado “passei”. Findou-se um movimento. Um marco para u novo movimento, agora de estomizada “estou melhor” verbo no presente em que marca o movimento de vida e de esperança (inflação e de Autocuidado). Antes do estoma, a doença era marcada. O poder diminuído da doença que impede a vida da paciente. E a esperança de ter uma vida normal “agora eu vou poder ter uma vida, pelo menos, normal”. Apesar do estoma e da limitação física, vai poder realizar atividades de vivente.

Aqui vemos a negação. Na verdade não podia, por capacidade física, trabalhar.

Notem que o verbo está no passado “tinha”. A paciente se enche de esperança por um novo tempo. Um tempo em que poderá frequentar os lugares que quer. No exemplo ao lado, o poder diminuído é fortemente marcado.

Luiza tem um problema crônico de saúde. Fez um tratamento, mas nunca foi curada. Quando teve um refresco disse “teve até um tempo que eu passei bem, bem, bem mesmo, que eu pensei que eu estava meio que curada”. Meio curada, não significa que pensou que estava realmente curada. Aqui vemos a negação, de novo. Nega que estava curada. Estava melhor, mas não curada e o poder diminuído em não poder: “não podia sair, não podia fazer nada. Só em casa mesmo”. Ela quer sair desta condição. Sair de casa. Colocar a vida em movimento.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER NECESSIDADE

FALAS

“Foi, a cirurgia foi. Eu tava internada no hospital de Taguatinga, aí a minha médica a Dra R, falou que era pra eu vir até aqui pra consultar com o proctologista daqui, com o Dr L. Chegando aqui ele falou: não, a gente vai te internar aqui porque você precisa fazer um exame. Aí eu fiquei internada, isso foi na quinta. Não, isso foi na quarta, que eu vim. Já de tardezinha”. “Chegando aqui, aí ele falou: não, vamos te internar. Eu falei: tá bom. Aí ele fez a preparação para fazer a colonoscopia pra ver como é que tava o aparelho intestinal. Aí a gente foi, e eu passei a noite inteira me preparando porque tem uma preparação, tem que limpar o intestino. Quando foi na quinta-feira, eu fui fazer o exame de manhã, aí chegando lá, aí ele fez o exame, e eu fiquei dopada, eu não vi. Aí ele falou pra minha mãe: mãe, a cirurgia vai ser daqui a duas semanas. Quando ele viu a situação do meu intestino, ele falou: se a gente não fizer a cirurgia agora, a Luíza não resiste nem mais três dias. Aí o que aconteceu? A gente correu para cirurgia, e ele sempre do meu lado, só não me explicou nada”.

“Só disse, a gente vai fazer a cirurgia. Eu também não falei nada, não perguntei porque...que médico é médico. Sempre sabe o que tá fazendo, né? Que tá fazendo o melhor pra você”.

“Aí foi na correria. Aí a gente correu pra cirurgia. A cirurgia correu tudo bem, aí na sexta eu já estava aqui me recuperando, e agora estou bem melhor. Não sinto dor, só sinto dores assim, porque o corte foi muito grande. Foi daqui até aqui o corte. Então assim, mas dor qualquer outro tipo de dor, não sinto. Nem qualquer outro tipo de reação não. Graças a Deus”.

“E quanto a bolsa, tá aí...e vai ficar aí até quando, não sei...porque ele falou assim que ia analisar o meu caso. Talvez, dependendo do que for, vai poder tirar a bolsa e voltar o intestino. Se não, também pra mim se isso por acaso não ocorrer, se e precisar continuar com a bolsa pelo resto da vida, eu continuo normal. Pra mim é uma coisa normal, agora. Faz parte da minha vida. Como se fosse...não sei...uma parte do corpo agora”.

ANÁLISE

Aqui a paciente conta como foi a cirurgia do estoma. Uma emergência, uma necessidade da qual não pôde se refutar. A cirurgia do estoma é vista pelos profissionais de saúde como a cirurgia da vida, pois ela possibilita o paciente a continuar a viver. Uma luta contra a morte. Assim Luíza precisa da cirurgia, necessita do estoma e não pode viver sem. O médico toma a decisão de interná-la e ela passivamente aceita: “aí ele falou, não, vamos internar. O ‘não’ aqui é que não podia voltar para a casa. Tinha que internar, era preciso. A paciente responde “tá bom”. Aceita, passivamente. Ela repete as palavras do médico: “se a gente não fizer a cirurgia agora, a Luíza não resiste nem mais três dias”.

Neste ponto chamou-me a atenção a confiança da paciente no médico. E este na posição de suporte. Ela disse: “e ele sempre ao meu lado”. Esta confiança a acalma. “sempre”, isso é importante ao paciente. O clínico junto, na descida do Aqueronte. Uma pontinha de negação na aparente passividade “só não me explicou nada”, esta fala representa a impotência do paciente. Precisa do tratamento, confia no médico, só não participou do processo decisório. Na verdade, a negação aqui é bem marcada: o não saber da Luíza é na verdade um não querer saber. Ela não queria saber que estava à beira da morte.

Nesta fala a paciente aceita sua condição e decide confiar. “sempre sabe o que está fazendo” “tá fazendo o melhor pra você”. Ela aceita e se conforta. Coloca sua vida nas mãos do profissional: o grande Outro que sabe o que faz. E a confiança de que o médico se preocupa com ela, por isso, faz o que é melhor. Assim, Luíza descansa e se entrega nas mãos do médico que fará a cirurgia. O médico lhe dá a esperança de que este é o melhor caminho.

Após a decisão, a ação rápida para salvar a vida da paciente. A cirurgia foi rápida. Correu tudo bem. Ela confiou e está confiante. Se sente cuidada, não sente dor, está se recuperando bem. Um alívio poder continuar viva. Entre a vida e a morte, a decisão de continuar a viver, se for via estomia, Luíza não se importa nem se preocupa no momento. Vive este momento, que é crucial: a necessidade do estoma. Está feliz porque está viva. Apaziguada. Depois de toda a tensão a calmaria. Diante da morte, o estoma ficou pequeno: foi para longe. Refuta este problema e o torna pequeno: diante da morte, o que é um estoma?

Ela aceita o estoma e o toma para si: “uma arte do corpo, agora”.

MOVIMENTOS/VERBOS - QUERER

FALAS

"tenho muita vontade, assim, de trabalhar".

"Então assim, é isso que eu quero de agora pra frente, né? Eu quero, estou fazendo minha faculdade".

"Vou continuar a mesma".

"A mesma pessoa de sempre. A pessoa alegre, que eu sou. Não vou me abater, de jeito nenhum, de forma alguma por causa disso aqui. Me sentindo menos que as outras meninas por esse problema...problema não, né? Por esse novo...deixa eu ver...acessório, digamos assim. Não vou me sentir...vou continuar a mesma pessoa. Brincadeira, do mesmo jeito que eu sou. Eu sou muito brincalhona, eu gosto demais de palhaçada, vou continuar do mesmo jeito. Acho que não vou mudar, não. Não por isso. Não por isso. Pode ser que venha alguma adversidade na vida né? Que a gente nunca sabe, por isso aqui? Não. Mãe, para de chorar! Pelo que eu passei, assim, né?"

"Por esse novo...deixa eu ver...acessório, digamos assim".

"Por mais que, às vezes eu tava mal lá em casa, ruim, ruim, ruim...chegava as meninas olhavam pra mim: e aí como é que você tá? To bem. Aí começava fazer palhaçada, brincar com elas, mas elas viam que eu tava mal, mas...falava que eu tava bem, né? Quero as pessoas à minha volta, bem. É isso que eu quero. "Vou continuar sendo a mesma pessoa. Não vou mudar nada, nada, nada, nada. Quem conheceu a outra Luíza, entre aspas, só porque eu não tava com essa bolsa, não quer dizer que agora eu vou mudar, vou...não. Vou ficar a mesma pessoa. Pra mim isso aqui é...eu nem to sentindo...isso aqui pra mim, a única coisa que eu to sentindo é a dor da cirurgia. Então, assim, vai passar, eu sei que vai passar. Já estou me sentindo assim um pouco mais forte. Agora mesmo eu não estou sentindo quase nada de dor, vai passar e eu vou continuar sendo a mesma pessoa".

ANÁLISE

O querer da paciente de autonomia. O trabalho traz uma emancipação às pessoas, tem um significado que vai além da emancipação financeira. A doença é marcada pela necessidade constante de cuidados com o corpo biológico. Uma emancipação deste corpo é preciso. A própria Luíza fala deste desejo, de se livrar desta dependência de cuidados constantes do corpo efetivo material para poder fazer coisas de vivente: sair com as amigas, se divertir, atividades de viventes "ter uma vida mais normal".

O verbo "querer" no presente do indicativo, carregado de carga pulsional. Luíza quer e conjuga o verbo na primeira pessoa "eu quero". O querer é forte, é consciente e em seguida ela já faz o cálculo para conseguir seu objetivo, um movimento no gerúndio (in fieri – em se fazendo) ela diz "estou fazendo minha faculdade". Sim ela está em movimento, um movimento de vida, adaptado de autocuidado. Um querer forte, capaz de enfrentar todas as adversidades impostas pela limitação física.

O querer viver de Luíza é forte. Ela toma uma decisão. Diminui, forclui o estoma, o coloca para longe e decide "vou continuar a mesma". No sentido de não se abater. Obviamente seu corpo mudou, mas ela se recusa a se abater.

Ela se recusa veementemente se abater. Uma menina forte. Diminui o tamanho do estoma: "Não vou me abater, de jeito nenhum, de forma alguma por causa disso aqui, me sentindo menos que as outras meninas por esse problema...problema não, né?". Recusa que o estoma seja um problema, o encara como solução. Solução para o problema que tinha antes e se enche de esperança: um futuro melhor em que pode sair, se divertir. Nega fortemente a dura realidade, pois é forte e já passou por coisas piores.

Ela recusa se abater e diminui o estoma: "não vou me abater por causa disso aqui" - o isso, pequeno. "só por causa disso" e chama o estoma, a bolsa de acessório. Brinca e faz um Witz com a bolsa, um acessório (muitas vezes, grande objeto de desejo das mulheres). Ela tem algo maior, uma missão na vida, trazer alegria à família. (fazer rir). O Autocuidado, com grande potência do Eu.

O quer é forte. Ela toma a firme decisão de que será uma menina modelo. Uma menina como os pais sonharam, cheia de vida e feliz. Assim, apesar de todas as amarguras da vida, de todos os problemas, eles têm a recompensa de ter uma filha modelo. Ela decide. Sente dor e nega dizendo "eu não estou sentindo quase nada de dor, vai passar e eu vou continuar sendo a mesma pessoa".

Na verdade, ela sente dor, mas nega e diz que vai passar. Vai continuar sendo a mesma pessoa, embora já tenha dito que é outra Luíza. Sim é outra, algo mudou em seu corpo. Ela decide que viver. Ganha uma nova oportunidade, via cirurgia, de continuar vivendo e agarra com todas as forças a esta esperança. Decide que vai viver, vai ser feliz.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER OBRIGAÇÃO

FALAS

"Pode ser que venha alguma adversidade na vida né? Que a gente nunca sabe, por isso aqui? Não. Mãe, para de chorar! Pelo que eu passei, assim, né? Vou continuar a mesma".

Mãe diz: Parabéns Luíza, você é muito forte!

Luíza: Obrigada.

Mãe: Você ajuda muito.

"Eu tenho apoio da minha família em peso. Minha mãe, o tempo todo do meu lado. Meu pai, todo mundo! Meus primos, minha família, meus amigos. Eu sempre vou ter eles do meu lado. Eu tenho esta certeza. Eu acho que é isso que me faz forte. Eu acho que se eu não tivesse ninguém, eu não teria essa força, não. Mas, com eles do meu lado...meus amigos, minha família, todo mundo".

"Eu quero tá bem, pra ver eles bem, porque eu sei que quando eu to mal, eles ficam mal também. Então eu quero estar sempre bem, sempre sorridente, sempre alegre."

ANÁLISE

O dever ser forte é marcado no depoimento de Luíza. Ela fala com firmeza, ao lado da mãe, que chora. Por amor aos pais e a família que não a abandona, ela renuncia o desespero e o sofrimento e decide ser forte, vencer na vida. Um ideal do Eu elevado. A menina modelo, forte, corajosa e que enfrenta todas as adversidades da vida.

Neste momento a mãe diz: "Parabéns Luíza, você é muito forte!" "Você ajuda muito". A filha ajuda os pais, por amor, alivia o sofrimento deles e nega o seu próprio. Por amor ela se impõe obstinadamente a ser forte, a vencer e a ser feliz. Ela não pode, não deve, não se permite esmorecer. Tudo, por amor aos pais.

Luíza tem uma dívida para com a família a ser paga. A família vive em função dela, pela doença. Ela deve retribuir, sendo boa menina, forte e feliz. Ela não está só, sabe disso. Deve, portanto, retribuir.

Por amor, ela decide viver.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER OUSADA

FALAS

"Normal pra mim é poder sair com as minhas amigas, me divertir, assim, poder ter uma vida mais normal, poder trabalhar...porque eu tenho muita vontade, assim, de trabalhar".

"Estou fazendo faculdade de farmácia. Aí eu quero fazer minha faculdade e ter uma vida normal como todas as minhas amigas e eu creio que agora eu vou poder ter, né?".

"Eu ficava mais em casa, daí, como minhas amigas são muito amigas mesmo, são várias e...assim...elas são muito compreensivas, então elas sempre estavam lá em casa me animando, aí a gente brincava, conversava, ficava por ali mesmo...mas era só isso, só em casa mesmo, eu e elas, elas e eu. Minhas primas também, tenho umas primas maravilhosas, são duas. Gêmeas. Nossa senhora elas...assim...são minhas companheiras e o que eu não podia fazer, elas também não faziam pra mim...elas sabiam que eu não podia fazer...elas falavam, não vamos fazer porque a Luíza não pode fazer. Também minha outra prima que tem uma bebezinha, que é minha afilhada, que é um amor de pessoa também. Minha tia, minha família toda sempre me apoiando muito, bastante. Sempre perto me acompanhando".

ANÁLISE

Poder sair, se divertir, trabalhar. Verbos que marcam os movimentos. O verbo "sair" é o primeiro, simbolizando o movimento esperado. Ela espera e se permite sonhar, devanear com uma vida mais ativa e feliz.

O querer ter uma vida diferente e a dúvida se isso será mesmo possível, por isso ela me devolve a pergunta "eu creio que agora eu vou poder, não é?". Este aspecto me faz lembrar o movimento de concretização dos desejos expostos por Martins em seus seminários: um movimento que vai do virtual "o desidério latino" ao "querer" mais real e concreto. Para esta concretização do querer, é preciso poder. Não poder como ousadia, penso que nossa pacientinha é corajosa bastante e ousada para isso, mas o poder como capacidade física. E ela lança a pergunta sobre esta capacidade: "será que agora, depois da cirurgia e o estoma, vou mesmo poder realizar meus desejos?". Para que este movimento ocorra, é primeiro necessário o "permitir". Permitir-se querer alguma coisa, para o movimento. O que move a paciente nesta busca é a esperança que ela tem de que será possível. A esperança é fundamental, sem ela, não há investimento. A paciente sonha e tem esperança, isso lhe dá força e impulso para enfrentar as dificuldades que haverá pelo caminho. Para isso é necessário negar a dificuldade do estoma, colocá-lo para longe. Minimizar seus efeitos, diminuir seu tamanho.

Luíza fala da vida que "tinha", usa o verbo no passado "ficava mais em casa". Agora pensa que não ficará mais. A negação está presente pelos usos do "não" pela capacidade diminuída. A negação desta condição é marcada pelo uso do "mas" e diz: "mas era só isso mesmo". Ela quer mais, quer viver sua juventude. Nega este destino. Reconhece o apoio recebido pela família, amigas...mas quer viver mais. Luíza é jovem, não mencionou nenhum namorado, por exemplo. Ela quer viver lá fora, quer sair. Sair da parede abdominal (como o Sr E). Quer viver a vida! Está cheia de esperanças.

PEDRO - 19 ANOS

Estomia intestinal não sabe se é definitiva – recente: alguns meses
Doença de origem: Câncer

“Foi muito difícil porque a cirurgia de câncer, eu não sabia assim o que eu tinha e também começou há um ano, e teve apendicite, estourou aqui dentro e...criou pus, teve que abrir uma vez, aí depois foi no Hospital em C., aí depois teve que fazer outra cirurgia porque o câncer voltou, aí fizeram a biópsia da apendicite daí descobriram daí voltei pra cá e teve que fazer outra cirurgia. Três cirurgias”.

“[...] e esse câncer é muito raro na minha idade”.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER CAPACIDADE

FALAS

“Tudo basicamente. Por causa dessa estomia é muito difícil”.

“Uma pessoa normal, assim. Bem todo dia...o que eu faço...só uns probleminhas”.

“Nem bolo de confeitiro, nem salgado...”

ANÁLISE

Quando pergunto o que mudou na sua vida em detrimento do estoma é esta a resposta: tudo. Toda a rotina diária foi alterada.

Novamente a negação. Tem a vida normal, “só uns probleminhas”. Na verdade não é só uns probleminhas. Pedro teve um câncer raro e que voltou, agora está estomizado.
No aniversário, não vai poder comer tudo o que gostaria.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER NECESSIDADE

FALAS

“[...] aí veio essa estomia que é muito difícil, né? E...tem que trocar toda hora, e a alimentação que é muito é...pouca, né? Em relação as coisas que pode comer, as refeições que é muito variada aí é isso”.

“É que eu praticamente tava entrando em depressão por causa dessa estomia. Eu... difícil assim...é no caso da alimentação que eu desidratei agora e to tomando soro aqui, é isso. Aí eu vim pra cá, e só”.

“Trocar toda hora, esse negócio sai toda hora, é as fezes, esse negócio de sonda...hospital toda hora. E é a quarta vez e nada!”.

“Pelo menos é uma idade assim...bastante razoável, né? O médico falou que também que é raro ter esse câncer. E tem gente aí de 50 anos e ainda era jovem e eu 19. É muito difícil. Mas, fora essa depressão, e a alimentação, tá tudo bem, agora”.

“É com sinta aqui ó. Fica bem melhor, firma mais, né? Pra andar e não descola, ela não vaza. Aí tá saindo só...esses líquidos mesmo aqui, aí de vez em quando vêm amarelado...vem agurado mesmo, só água”.

ANÁLISE

A necessidade de cuidados constantes com o estoma. O verbo dever, como necessidade, expresso pelo “ter que”. Deve ter cuidado com o estoma e não deve comer tudo o que quer.

O paciente preciso de tomar soro, pois não teve os cuidados necessários com a alimentação e o estoma. Um problema, também, do verbo poder como capacidade. Não pode fazer o que quer, comer o que quer. Tem uma limitação física.

Pedro reclama dos cuidados diários do estoma “toda hora” é um cuidado constante que altera todo o cotidiano.

Negação: na verdade não está tudo bem. Pedro adoeceu muito cedo, 19 anos: “fora a depressão e a alimentação, está tudo bem, agora”. A palavra agora, mostra que passou por problemas difíceis, desde o diagnóstico da doença, as cirurgias e agora, os cuidados em casa. É por causa destes cuidados que precisou internar no hospital.

Pedro ainda precisa de muitos cuidados e dos equipamentos para o estoma para ter melhor qualidade de vida, e retirar a gambiarra da barriga.

MOVIMENTOS/VERBOS - QUERER

FALAS

“Não, só estudando. À distância, mas tá legal”.

“Que esta estomia é passageira, né? A minha pelo menos é. Em novembro eu já tiro. Provisória e isso aqui é basicamente tudo da minha vida [...] eu fui lá no ambulatório e ela colocou isso daqui, mas antes de chegar em casa descolou. (mostra o adesivo do aparelho coletor), eu tirei e coloquei uma do tipo dessa daqui (mostra o aparelho coletor) ela era quadrada...lá em C. eles fizeram uma gambiarra aqui, o Dr. O falou que foi muito difícil minha cirurgia...”.

“Tenho. Só isso, basicamente o todo da minha vida”.

“É ...porque vai financiar, pro carro de lá de casa, e o carro que a gente quer é 26 mil, 32 mil, aí só paga...não é 62 mil aí só paga 31 mil. Fica isento também, não pago mais nada, IPVA. EU vou fazer faculdade, pra ser funcionário público, que é melhor, né? Ai...é isso. Fazer que nem minha irmã vai ter, teve um concurso, agora domingo. Só não sei se ela passou.”

ANÁLISE

O querer de Pedro está comprometido pela doença. A negação está presente no querer impedido. Pedro estuda e logo acrescenta “à distância”, ou seja, não é um curso presencial, em contato com outros jovens da sua idade, por isso o “mas”(a negação) quando diz: “mas tá legal”, na verdade não está. Não era exatamente assim que gostaria de estudar.

Quando pergunto se tem namorada responde que sim e acrescenta “só isso, basicamente o todo da minha vida”. Pedro está descontente com a sua vida. E resume sua vida a “só isso”.

O querer de Pedro é se livrar do estoma. Tem esta esperança de que em novembro irá retirá-la (só uns 2 meses). Quer se livrar do estoma e da gambiarra que colocaram na sua barriga.

Neste dia, o paciente Projeta. Toda a sua vida e infelicidade é causada pelo estoma. Projeção.

Pedro está contente e cheio de esperanças, sonha em poder ajudar a família, comprar um carro, depois a faculdade e o trabalho. Pedro quer muito viver. Autocuidado.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER OBRIGAÇÃO

FALAS

"Isso daqui, a minha família também que depende muito da minha mãe e ela tem problema...essas coisas...e aí isso daqui...vir pra cá toda hora...é muito difícil. As minhas irmãs também, porque vir pra cá é muito longe, moro em S...é isso basicamente".

"[...] de Letras e RH. Aí dá, que nem minha irmã fez. Aí dois funcionários público na família aí é bom né? Cuidar da mãe, né? Ganhar muito dinheiro, ficar bastante em casa, viajar ...aí construir casa, também. Uma casa pra mim e uma pra ela. Ela tira a carteira dela. Ela tem problema de coluna. Você sabe um hospital bom pra catarata?".

ANÁLISE

O paciente sente-se um peso para a mãe: não pode ajudá-la, ainda por cima a necessidade de sempre estar no hospital, no ambulatório. Uma vida resumida à doença, como vimos no caso modelo.

Em todos os encontros que tive com Pedro, ele menciona o desejo de cuidar da mãe. Um dever imposto a si, por si mesmo. Ele que precisa tanto de cuidados, quer melhorar a saúde, conseguir um emprego (faz o cálculo mental para alcançar seus objetivos) e me pergunta como fazer para ajudar a mãe a ser tratada no hospital.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER OUSADA

FALAS

"É... eu vou viajar com a minha irmã, ela tem um sítio lá. Tomara que tenha um cavalo pra mim andar, vou pescar muito que eu adoro. E...passar, aproveitar esses meus benefícios, né?".

"Aí fiz três cirurgias também, uma do apêndice que o câncer estourou, aí depois eles fizeram a biópsia aí veio o tumor, aí fizeram outra cirurgia, duas semanas depois dessa, aí eu fiz mais essa daqui depois de quase um ano. Aí vai fazer um ano no dia 20 de outubro, no dia do meu aniversário!"

"Nem bolo de confeitiro, nem salgado..."

"Mas tem presente!"

"É! Vou fazer 20 aninhos! Aí é isso né! Aproveitar a vida, agora. Depois de dois meses que colocar isso daqui pra dentro. Fazer meu umbigo de novo ...até que vai dá pra botar pearcing, só que eu não vou botar (risos). Não (risos) aí eu vou fazer, eu acho que eu vou fazer uma tatuagem na cicatriz pra tampar. Aí é isso".

"Obrigado. Eu vou te visitar lá no ambulatório. [...] essa bolsa também tava enchendo muito, tava mais de 2.400, agora tá 1.500, certinho. Tô tomando emoseque, tava tomando carbonato de cálcio, só que tava me fazendo vomitar muito. Ele é muito grande".

"Tirar a carteira, comprar carro, trabalhar".

ANÁLISE

O paciente estava muito animado e assim que me viu começou a falar rapidamente várias coisas, arrumei rapidamente o gravador e tentei retomar a conversa. Está feliz porque vai viajar. Ele permite-se o gozo e fazer as coisas que gosta, adora para ser mais preciso. Também o paciente permite-se "aproveitar" dos benefícios do governo. Está feliz porque vai poder comprar um carro novo, com redução do imposto. Ele "se" permite ousar, e criar. Viver a vida com o que lhe é possível. Movimento de Autocuidado. O ganho secundário da doença, ele assume isso sem o menor remorso. Depois acrescenta todo o seu sofrimento: as várias cirurgias, quase um ano de luta. Nada mais justo vai comemorar o seu aniversário.

Quanto a comemoração do aniversário, o paciente fala do poder diminuído: não poder comer as coisas gostosas das festas, mas logo acrescenta com ânimo, as outras coisas que ele pode nesta data tão especial: vai ter presente! O paciente se permite e quer gozar a vida, do jeito que der e não está muito preocupado com os problemas. Está cheio de esperanças. Espera pela cirurgia de reversão e agora está feliz porque vai viajar. Até brinca com a cicatriz do estoma, um pearcing...uma tatuagem...

Está muito feliz, inclusive disse que vai ao ambulatório, mas só pra me visitar mesmo porque está se sentindo muito bem.

Pedro, cheio de esperanças, devaneia.

RUTE - 83 ANOS

Clinica cirúrgica

A paciente está aguardando a cirurgia para recolocação estoma, agora definitivo

A cirurgia foi cancelada.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER CAPACIDADE

FALAS

"Bem mais melhor. Desde que começou, não, desde que fez a cirurgia nunca parou de sair aquela secreção atrás. Ai, saia direto, dia e noite".

"Então aquela pessoa que não dá conta de salvar aquela vida é porque tinha mesmo de viver. Aquele chamado dele, já tava chegando, porque quando nós nasce, Deus faz um chamado, quando nós gera dentro do ventre da nossa mãe já Deus chama nós por nome. Então nós tem aquele chamado, sem o chamado não tem pra onde ir. Por que médico não fez isso, não fez aquilo, então é porque chegou a hora do chamado do Pai, né? É triste, é assustante. Todo mundo assusta, não precisa ser parente, porque quando sabe que o fulano morreu, a gente já leva aquele susto, né?".

"To segura na mão de Deus. Não é fácil. Porque cirurgia pode ser ela o tamanho que for, é cirurgia. Então, a gente tem que fazer, mas confiada no Pai. Confiada no Pai. A gente vê o esforço do médico, da médica, a gente vê mas já aquele esforço do médico da médica é Ele quem dá. Ele é quem dá. Se você dissesse: eu vou fazer isso, eu vou fazer, eu quero fazer".

ANÁLISE

A impotência do homem diante da morte assusta.

Diante da sua impotência, dona Rute se apega a quem é maior do que ela: Deus. Ela confia, se sente segura e se entrega à equipe de saúde. Ela ressalta isso com os verbos querer e fazer: em uma tradução eu diria: você pode querer fazer coisas, mas lembre-se de que é humano e mortal. Uma reflexão (movimento de Inflação). A paciente, apaziguada das suas conquistas da vida, não ousa mais nada. Agora faz um balanço do que viveu, do que sofreu e do fruto que deixará para sua geração. Pelo que entendi, a paciente quer deixar o dom supremo maior, o amor. Para ela isto é o que fica: o amor e o cuidado. O resto, não tem importância. Algo maior, idealizado de uma mulher que renunciou na vida em favor da família. Em seu balanço, valeu a pena.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER NECESSIDADE

FALAS

"Porque já vai fazer 6 meses que eu fiz essa cirurgia e nunca parou de sair. É dia e noite. Eu lá dentro de casa e eu forro o paninho".

"A Dra A. Falou que isso só vai parar depois que tirar tudo. No caso do incômodo, né? Porque a cirurgia que fez, fez a biópsia e disse que a cirurgia não tinha ficado nada, né? Mas voltou de novo, e no mesmo lugar, né? Ai vai ter que tirar".

"Pois é...cheguei com aquela lembrança que ia voltar logo, mas no meu caso, tava precisando de ficar. Por que lá eu não ia saber que remédio eu ia tomar".

ANÁLISE

A necessidade constante com o corpo biológico. O movimento inverso ao da emancipação libidinal da infância, a paciente deve fazer atenção à excreção constante. Agora, com o retorno da doença, tem sangue e dor.

O câncer da paciente, que já havia tratado anteriormente, voltou. Assim, ela necessita da cirurgia. A cirurgia da vida, deve tirar o tumor.

MOVIMENTOS/VERBOS - QUERER

FALAS

"Estou pegando muito com Deus para esta cirurgia sair logo porque ela disse que vai tirar. O ânus não vai ficar, só mesmo por aqui. Mas, eu ficando livre dessas coisas, dessa secreção saindo, porque isso também enfraquece a gente. Não é? Porque já vai fazer 6 meses que eu fiz essa cirurgia e nunca parou de sair. É dia e noite. Eu lá dentro de casa e eu forro o paninho".

"Ontem, eu tava...eu tava assim...eu achava que eu tava até mais animada porque eu não tava pensando que eu ia ficar". (Não quer ficar internada).

ANÁLISE

O querer da paciente é de se livrar dos incômodos sofridos, através da cirurgia e recolocação do estoma. A paciente já havia feito uma cirurgia para colocar o estoma, fez a cirurgia de reversão mas, como o problema voltou fará outra cirurgia para recolocação do estoma. Agora permanente. A paciente está aguardando (verbo in fieri) esta cirurgia e se apegando na esperança em Deus "estou pegando muito com Deus" (verbo no in fieri – em se fazendo). O movimento pulsional tem uma intensidade, não tão forte quanto em in posse, mas está presente, em andamento, neste momento.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER OBRIGAÇÃO

FALAS

"Aí eu to conformada, graças a Deus. To com a firmeza do nosso pai. Porque é só Ele que firma nós. Nós sem a firmeza Dele, nós não fazemos nada. Então...eu estou com essa esperança. Eu estou segura na mão Dele. Sei que eu vou vencer essa batalha, em nome de Jesus." "Mas graças a Deus, eu não tenho diabete, eu não tenho anemia, eu não tenho colesterol alto, graças a Deus. Eu sempre fui uma pessoa muito sadia. Criei 13 filhos tudo em casa".

"Tudo em casa. Nove homem e três mulher. Não, dez homem e três mulher. Por que um, Deus levou quando ele estava com 3 anos, aí ficou nove. Então, eu agradeço muito à Deus, por isso tudo que eu já passei. Fiquei viúva, mas tem... quatro anos ou é cinco, meu Deus...".

"Que meu esposo faleceu. Meus filhos já estava tudo criado, eu já tinha meus bisnetos. Eu tenho 9 bisneto. Fora os netos, né? Lá em casa, dia de sábado o povo fica com vergonha de ir que a casa tá cheia de gente, mas é tudo da família, tudo. Tudo da família. E eu louvo muito a Deus, agradeço muito a Deus pelo carinho que a minha família tem comigo. E todas que eu fico conhecendo, eu agradeço a Deus pelo carinho que as pessoas tem comigo. Então é um motivo, só tem que agradecer a Deus. Que eu até não mereço a bondade de Deus pra mim. Eu não mereço. Porque Deus cuida de todos nós. Deus é bom e é Pai de todos. Nós não vive em riba desta terra sem o amor. Que seria de nós, em cima dessa terra se não fosse Ele. Então é o motivo que eu estou aqui e esperando e Ele mesmo vai estar no controle. Desde o começo e vai ficar até o fim. Agradeço muito a Deus por isso. Eu já estou com meus 83 anos, mas sou feliz".

"Que Deus fez o mundo muito lindo pra colocar os filhos dele é por isso que não existe o castigo e nem a mão pesada de Deus. Eu acho até ruim, porque eu sou uma pessoa que eu não sei ler. Não aprendi". "Naquele tempo o pai não punha pra aprender porque achava que mulher não precisava de aprender a ler, né? Nem nada...então as mais novas, tudo aprendeu, mas as mais velhas não. Eu não sei ler, mas graças a Deus a minha memória é boa. Eu guardo, né? Então, Deus com nós, é igual nós com nossos filhos. Nós não quer nada ruim pros nossos filhos, e pode ser o que for, a mãe quer falar, mas não quer que ninguém fala, não é mesmo? Então, assim é Deus com nós. Eu acho ruim as pessoas falar que aqui é inferno e falar que Deus castiga com a mão pesada. Se Deus castigasse nessa época que nós estamos agora, não sei o que seria de nós não".

"Terceira geração. Não tem mais muita...longe...engraçado geração, né? Gente é importante, né? Nós somos muito importante".

"Em paz, confiando em Deus". "Eu to completa mesmo".

ANÁLISE

O verbo está in esse. A paciente, de 83 anos está conformada em fazer nova cirurgia e recolocar o estoma. Ela tem esperanças de sair bem desta cirurgia e ter uma qualidade de vida melhor, sem sangramentos, secreções e dor. A paciente está tranquila e sente o dever cumprido. Criou 13 filhos. Inclusive, em minhas observações, ela estava acompanhada de três filhas, muito amorosas para com ela. Muito bem cuidada.

Ela está feliz, viveu todo este tempo ao lado do esposo, há três anos ficou viúva (corrigiu depois a data).

A paciente espera em Deus (verno in fieri "esperando") Calma. Sente que o seu dever já foi cumprido: os filhos, os netos e agora os bisnetos. A descendência da dona Rute vai bem. Ela sabe que seus dias estão no fim confia que Deus que esteve desde o começo estará com ela até o fim (in esse).

Dona Rute acrescenta "Eu já estou com meus 83 anos, mas estou feliz". Ela diz que apesar de todas as amarguras, Nega a infelicidade e se diz feliz.

Dona Rute aceita o seu dever de cuidar da casa e dos filhos, aceita o destino imposto pelo pai que não considerava que as mulheres estudassem. Ela aceita este destino, por algo maior. O amor a Deus que como um pai cuida dos seus filhos. Assim, penso que dona Rute Projeta nesta posição: ela aceita o destino e cuida dos seus filhos com amor. Uma mãezona que agora se sente apaziguada com se dever cumprido.

Mais um exemplo de como dona Rute se sente apaziguada e com seu dever cumprido - a sua geração mostra isso a ela que pode ver sua terceira geração.

A paciente está apaziguada.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER OUSADA

FALAS

ANÁLISE

MARTA - 61 ANOS

Estomia intestinal é definitiva – recente: 6 meses

Doença de origem: Câncer

Ambulatório HUB

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER CAPACIDADE

FALAS

"[...] o que eu tô mais incomodada é porque no ponto da cirurgia ainda tá um pouco abusado porque eu não posso sentar firmado. Como quem tá ainda de... firmado por dentro".

"Mas não é normal, eu senti que não é normal. E com 6 meses? Não já era pra tá bem melhor? Ai pra eu tá vindo pra uma consulta, vim desprevenida, e nada eu trouxe. Só trouxe uma roupa e o documento. (PROJEÇÃO) Ai agora eu fico imaginando que...sei lá...já vi passar tantos casos feio...às vezes não é culpa nem dos médicos, que acontece. Acontece de ficar uma tesoura, ficar um pedaço de pano...já viu passar na televisão? Eu já vi! Por isso que eu falei pra ele. Eu quero que o senhor me corrige bem porque eu to sentindo essa secreção, ainda pelos mês eu não to sarada direito a ponto de eu sentar apoiada, pra onde eu vou é com almofada".

"Com a força de Deus, com a experiência dos médicos que estudou, eu não to desanimada não. To animada, to animada, mesmo. Eu tava dizendo pra meus filhos: desde o dia que eu internei, eu não tive nervoso pra entrar em pânico de choro, eu não. Deus me acompanhou e tá me acompanhando, eu nunca esmoreci não. Eu só me esmoreço, porque a gente nunca sabe como é que a doença começa. Ninguém sabe. Eu tava falando com a menina aqui hoje, que doença não é segredo pra ninguém. Que doença não tem segredo, todo mundo pode saber que fulano tá doente. Porque às vezes a gente nunca pensa, nunca sabe que existe e estoura na pessoa, que nem esse caso que aconteceu comigo. Eu nunca tinha ouvido falar na minha vida, não. Com 61 anos que eu tenho, tem muito tempo que eu caminho aqui pra Brasília, mas eu nunca sabia que é isso aqui". (NEGAÇÃO)

"Me encaixou nos exames, me encaixou ne tudo que eu precisar, só que demorou um pouco porque de setembro pra outubro que ela ia me operar, ela viajou. Ela tava de recesso fora. Ai, eu fui operada no dia 16 de outubro. O dia da minha operação. Mas esse dia não prestou não. Ficou todo mundo esmorecido. Que não ia passar por isso mais não. Não ia escapar dessa não. Todo mundo esperava que eu não ia escapar". (NEGAÇÃO, PROJEÇÃO)

"Eu fiquei em pânico. Fiquei desesperada. Imaginar que toda vida fui uma mulher sofredora, mas nunca fui mulher de judiar de meu corpo, não. Nunca fui mulher de judiar. Eu trabalhava de roça, criei 6 filhos, mas eu nunca judiei de mim, não. Nunca fui mulher perversa, de nada, de nada, de bebida, nem se cigarro, de nada, nunca fumei. E aconteceu essa coisa, eu tem hora que tem dar um sentido à Deus, porque é que aconteceu uma coisa dessas? Ninguém pode saber...só pode ser o destino da vida mesmo".

"Eu lembro que não sou mais mulher pra fazer nada. Nada, nada, nada, nada".

"Ele lava roupa, ele faz comida, ele limpa a casa". "O mais novo, o caçula meu tá com 28 anos. Ele é quem lava minhas roupas".

"Mas ele diz direto que eu não vou ser mulher mais não. Ele diz que eu não vou ser mulher pra fazer mais nada. No costume de casa, né...no seu dia, de cuidar de uma casa, que a casa lá é no interior, e...lavar uma roupa pesada, caminhar assim em lugar distante, mesmo de carro. Eu caminhava de carro, de moto, de bicicleta e agora nem dentro de carro eu não posso viajar porque da minha casa pra casa de minha mãe, é roça. Ai as estradas é ruim, não pode viajar de carro. Só quando eu sarar mesmo...pra eu poder viajar, onde está ela". (PODER DIMINUIDO LEVA À QUEIXA, SEGUNDO RICOEUR).

"Não, ele não incomoda não. Ele incomoda assim, de dizer que eu vou ficar doente, não vou ser mulher pra sentar apoiada, pra ir pra algum lugar, pra sentar firme igual as outras mulher, fica lembrando disso". (NEGAÇÃO).

"Tinha, mas acabou. Acabou por conta da doença, não tinha quem cuidasse. Terra, acabou tudo. Acabou pela doença".

"Depois de velha enfrentar tudo por baixo de Deus e de tudo porque não tem quem resolve a não ser eu. Estive lá em casa em B (outro estado)...pra ver esse negócio desse dinheiro. Ai eu tive por lá, foi que resolveu o dinheiro pra poder transferir pra aqui, pra ficar tirando aqui pelo INSS, aí eu fui lá pra transferir pra qui. Porque eu não posso tá indo lá direto, direto...aí eu transferi pra aqui". (PROJEÇÃO).

"(risos) é isso é de menos. Hoje eu tava conversando com uma menina. Ué menina, o povo diz que barriga, não esconde que é nove mês e cachaça não engana. Quando a pessoa é cachaceiro, pode beber uma sozinho que o povo conhece que ele bebeu. E bem assim é a menina, a moça pode virgem como a flor, da hora que o menino pulou dentro da barriga, só esconde 2 mês. Dos 3 pra frente, ela não esconde mais. Bem assim é a doença. Ninguém esconde doença não. Não tem segredo pra doença. O segredo é não adoecer".

"E pedir a Deus: não morre. Que depois que eu to aqui, morreu uma senhora nova. Toda comida por dentro dessa doença. E era gente da mesma região que eu moro, só que ela não morava perto. Mora muito distante, mas aconteceu esse causo com ela lá. Depois que eu já estava internada, depois que operei, morreu essa mulher com essa doença. Mulher trabalhadeira, tinha muita coisa, negócio de fazenda, roça, ela fez quase um tipo de Ana Braga e ela não teve saúde, não teve médico...o médico declarou logo por filhos dela que não...e eu vim pra aqui no mês de abril, quando foi no mês de setembro, ela morreu. Ela veio aqui, descobriu a doença, melhorou e voltou pra casa. Quando ela chegou...ela tornou a voltar pra aqui, quando ela chegou aqui o médico falou que era tarde demais. Não teve como salvar essa mulher que ela tava toda comida por dentro. Só tinha a pele por fora que tava mais ou menos. E tem filho mais ou menos, tem filho bom de condição, mas não teve como".

ANÁLISE

A paciente sente o poder como capacidade diminuída pelo corpo não ser mais o mesmo depois da cirurgia. Ela não sente segurança com seu corpo e tem medo que atividades cotidianas comuns afetem os pontos da cirurgia, daí diz que "não pode sentar firmado". Não se sente segura em sentar com segurança. Esta paciente tem muito medo das mudanças ocorridas em seu corpo. No dia em que a vi pela primeira vez, ela refere que sua dieta foi totalmente modificada. Tem medo de comer quase tudo, mesmo os profissionais orientando que pode comer. A filha ainda me relatou, nesta ocasião, que a paciente não quer ver o estoma. Se recusa em efetuar os cuidados diretos ao estoma, sente aversão.

Aqui vemos a Projeção e a Negação. A paciente projeta seus medos todos na cirurgia. Na verdade tudo está bem com a cirurgia do estoma, a infecção é um outro problema de saúde, sem ligação com o estoma. Assim ela ega e projeta, alimentando a crença de que houve um erro, uma falha médica durante a cirurgia: talvez "esqueceram uma tesoura, uma gaze lá dentro". Daí a Negação "às vezes não é culpa dos médicos", na verdade se algo assim ocorrer é falha sim dos médicos, mas na verdade não. A infecção não tem relação com a cirurgia. A paciente ainda projeta na equipe de saúde que neste dia decidiram pela sua internação para tratar a infecção e diz que veio desprevenida, só uma roupa e o documento.

A impotência diante da morte à espera do atendimento. A paciente fica literalmente nas mãos da médica, que está em viagem. Não resta outra alternativa a não ser esperar. Ela precisa da cirurgia para viver. O poder está diminuído pela doença. Não sabe se vai CONSEGUIR viver ou não.

Novamente o poder diminuído. Nem mesmo a vida regrada impediu a doença e ela questiona o por que. Por que isso foi acontecer logo com ela. Um duro destino que ela não tem o poder de mudar.

Poder como capacidade diminuído para fazer as coisas.

A esperança de sarar.

Projeção e Negação.

Verbo in esse, movimento terminado, findo.

A Negação, mesmo a médica dizendo que ela pode andar, pode fazer tudo, até dançar.

Marta nega e desconfia dos médicos. Toma seus remédios caseiros por conta própria. Tem uma crença sobre a doença e sobre o estoma e faz seus cuidados como lhe vêm a cabeça. Mesmo a estomaterapeuta orientando os cuidados, a dieta...a paciente recusa.

“Eu tinha medo é porque o corte é muito profundo...mulher com 61 anos com o intestino todo revirado, eu pra mim não é fácil pra sarar, não”.

“Logo na tripa, logo no ponto mais fino da pessoa, sei não...pra meu entendimento, eu não acho que já era pra ter sarado não e nem eles me passou remédio pra mim tomar. No dia que eu saí do hospital, eles passaram foi dipirona, paracetamol e comprimido pra infecção. Não vou dizer que é muito em quantidade que eles marcaram...foi uma cartela de remédio e pronto.”

“Eu não posso comprar remédio em farmácia que eu não sei qual é o que me serve. E, eu nunca ouvi falar que sumo de algodão e mastruz pudesse fazer mal a alguém, foi o que eu dei pras minhas filhas, foi o que tomei”.

“Agora essa coisa desse trem ficar do nada aí, se for pro resto da vida, me esmorece demais. Não posso é fazer nada. Tenho que aceitar o que Deus me fez, que eu tenho que receber, mas que é muito complicado é”.

“Eu fico lembrando uma hora sabe de quê? Às vezes vem uma dor de barriga, que a gente sente, não sente? Que remédio eu vou tomar, meu Deus pra dor de barriga com esse trem do lado!”.

“Será meu Deus que eu posso comer farinha, se eu posso comer cuscuz, aí depois de 2 mês três mês a menina, naquele dia da reunião, ela mandou eu passar pela nutricionista, ah já tá com tantos meses que eu sai do hospital eles não me indicaram nada, eu vou continuar minha dieta igual eu venho fazendo”. (Poder diminuído, Projeção Negação).

“Quando a pessoa tá engehada, tá encruzada, tá torto, mas ele tá vivendo, tá bom. Mas a pessoa não vai no lugar que ia, não veste mais uma roupa ligada no corpo, que nem era de costume, aí perde até a vontade de andar. Perde a vontade de andar. (Negação, o movimento: “perde a vontade de andar” de continuar). Mas eu espero pra Deus que quando eu tiver com um ano de operada, eu tenha alguma diferença. Eu acho que eu tenho diferença, não sei. Posso não ter diferença da bolsa porque tá do lado, mas eu acho que eu vou ta bem melhor. (Negação).

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER NECESSIDADE

FALAS

“Eu fiquei preocupada por isso, aí...eu não achei ruim de ter ficado aqui não, achei foi bom. Eu achei foi bom, ter ficado aqui. Se eu faço a consulta e vou me embora, eles não iam saber qual era o remédio que ia passar pra mim, eu tano eles sabem qual é o remédio que pode tomar. Não deu mais febre, se tiver a febre, é pequena porque eu não senti febre mais não. Agora meio dia já comi um pouco, e não tava comendo”. (INTROJEÇÃO).

“Aí é aquela coisa, né? Acho que ter ficado aqui é bem melhor. Primeira coisa o transporte que eu não tenho. Quando eu venho é dois ônibus. Você sabe esses coletivos como é que eles rodam com as pessoas. O ônibus que eu vim mesmo ontem, vinha mais de 200 pessoas num ônibus só. Aqui e acolá parando. Aquele baque. Aquele vai e vêm”.

“Mas toda vez que eu ia no banheiro, aí vinha raja de sangue nas fezes. Aí eu tomei medo. Aí eu conversei com minha menina por telefone. Ela disse: mãe, vem embora pra cá mãe. Porque aqui tem pra onde a senhora correr atrás da saúde”. (metáfora do movimento).

“Aí quando ela marcou um outro exame, outro retorno, ela descobriu que a minha doença era esta. (diagnóstico, “esta” palavra usada para o câncer). mas ela não falou pra mim. Falou pra minha menina. Aí eu tava com a minha menina quando eu descí da cama assim, ela chamou minha menina e disse: Olha G., sua mãe pode saber porque ela não vai ficar sem saber, mas o caso dela é um câncer, só que tá começando. Tá em tempo de curar. Tá em tempo de curar. Tá em tempo de curar e você sendo atendida no Hospital, ela vai tirar esse caroço”. (NOVAMENTE A QUESTÃO DO ESCONDER, ESCONDER DE QUEM?)

“Por conta dessa doença, ela não morre. Porque ela já tá operada, ela já tá bem. Se ela não operasse, seria pior. Ia acontecer uma coisa que você não espera. E ela tá de parabéns, porque ela cortou o mal pela raiz, que tava começando. E logo num lugar que se rende, não tinha cura. E ela tá bem, e por essa operação não vai acontecer nada com ela não. E se ela não opera, aí ia acontecer. Igual tá acontecendo com muitos e ela deu sorte porque ela começou e...logo, logo foi atendida e tem tantos que tá aí na espera. Aí ele conformou”.

“Foi, foi. Foi uma benção que eu oro a Deus todo dia, digo de ter me jogado pra cá. Porque sempre a gente vê passar que é os melhor hospital daqui. Tá sendo excelente, de atendimento, de tudo. Até a médica me garantiu que até a casa de apoio, se eu quisesse ficar aqui uns mês, uns tempo, tinha lugar pra mim ficar. Mas como eu tenho minha menina em A., disse eu vou pra casa da minha filha...aí se fosse pra eu fazer a quimioterapia, era modo de eu vir toda quarta-feira do mês de fevereiro até no mês de maio. Toda quarta-feira eu tinha que vim fazer quimioterapia. Mas quando eu recebi os resultados dos exames que eu fiz no mês de janeiro, o médico me disse que tinha passado por uma equipe, e eles falaram que eu não ia precisar da quimioterapia, não”.

“Pois é...cheguei com aquela lembrança que ia voltar logo, mas no meu caso, tava precisando de ficar. Por que lá eu não ia saber que remédio eu ia tomar”.

ANÁLISE

A paciente necessita dos cuidados da equipe de saúde, para tratar de uma infecção. Novamente a Negação “eu não achei ruim ter ficado aqui não, achei foi bom”. Ela mesmo já havia reclamado porque estava desprevenida. Depois a paciente mesmo reflete e conclui que mesmo não querendo, a decisão dos médicos de que ela fique será melhor para ela, um movimento de Introjeção.

Novamente a necessidade, a paciente tem que enfrentar o duro trajeto ao hospital para receber o tratamento. Ela Projeta.

A paciente pede ajuda, um movimento de quem necessita. Pede ajuda à filha, e faz a primeira consulta, depois é encaminhada ao serviço especializado.

A grave doença, a necessidade de tratamento rápido. É preciso, é necessário tratar o câncer. É necessário que a paciente saiba: a questão do esconder. O tempo é crucial para salvar a vida da paciente. Um questão de vida e morte.

A necessidade da cirurgia. A cirurgia da vida, logo em seguida a Negação: uma cirurgia também de morte, não servirá para mais nada (para o marido). Nega: não se conformou.

A necessidade do tratamento.

MOVIMENTOS/VERBOS - QUERER

FALAS

"Eu falei pro médico, que eu queria que ele me corrigisse direitinho. Porque eu tava sentindo alguns pontos que tava incomodando e a Dra C. falou que esses pontos ia cair tudo. Mas mesmo assim tem algumas coisas que como ainda tá grudado".

"Desde quando eu operei, minha vida é essa. Desde outubro eu nunca tive carro selecionado pra voltar pra casa, ou pra vir ou pra voltar. Ai tem hora que eu penso assim, que às vezes, essa infecção que deu né mim é por causa disso. Desse repuxo, de baque de ônibus. Quem sabe? É a idade...mas eu to bem melhor hoje. Melhor mesmo, eu tava preocupada que eu não tive contato com ninguém hoje lá de casa". (PROJEÇÃO, NEGAÇÃO).

"Mas...eu agradeço muito quem puder me ajudar, quem me puder fazer alguma coisa, só a paciência, a delicadeza de vir conversar comigo pra mim já é um caminho de saúde. Que estou assim a conversar, aquela hora ali parece que tá aliviando tudo na pessoa".

"Ai eu imaginava, que essa bolsa que eu ia usar, depois de operada...a sobrinha de meu esposo disse assim: Tia, lá perto tem um homem que tá quatro anos que tá com essa bolsa. E eu não sabia. Vim saber agora, depois que a senhora operou. Mas ele tem um tempo determinado pra tirar".

"Disse: minha filha, Deus é quem sabe, se for permitido por Deus...eu uso ela uns tempos e às vezes vou...e se for permitido por Deus às vezes vou morrer com ela ai do lado, dependurada. Mas eu não sei...porque a médica lá de C. disse: Olha, a senhora ainda tem uma chance porque a sua é do lado esquerdo. Mas se essa bolsa fosse do lado direito era pro resto da vida. Agora não sei até que tempo é que vou ficar com esse trem aí dependurado".

"Ai agora eu espero que Deus...Deus vai me curar com as forças de Deus, com a experiência que Deus deu pros homens e a mulher...estou esperando essa bênção que Deus vai me dar. Que se a gente não confiar nele...".

"Ontem eu fiz exame de sangue e exame de urina. E a tomografia eu ia fazer era hoje. Ai deu esse erro aí...". (PROJEÇÃO).

"Ontem, eu tava...eu tava assim...eu achava que eu tava até mais animada porque eu não tava pensando que eu ia ficar".

"Ai eu me acho assim, que Deus me dando uns dias mais, como a médica prometeu e a gente bota fé, essa bolsa do lado não me doendo e não vindo uma coisa mais atrás, acho que dá pra mim viver mais uns dias. Acho que dá, não sei, Deus é quem sabe. (Negação)".

"E espero em Deus que quem sabe com os anos que eu vou viver pra frente, se essa [...] não volta pro mesmo lugar. Não sei. Por que...triste por não saber que tinha esse tipo de coisa e eu como mãe também não sabia."

ANÁLISE

Quer que o corpo volte a ser como era antes, o que é impossível.

A paciente quer ser cuidada. Reclama bastante da sua condição e das dificuldades enfrentadas.

A paciente necessita ser ajudada e pede ajuda.

O querer da paciente: um tempo determinado pra tirar a bolsa, tirar o estoma, tirar algo que faz parte do si. ela diz que aceita o que vem acompanhado de um mas, ou seja, um não. Ela não quer ela nega o estoma e o chama de "trem" esta coisa que fica pendurada. O querer é de se livrar do estoma.

Quer se livrar do estoma e tem esperanças.

Marta ainda nega e projeta o fato de ter uma mudança nos seus planos e "ter que" ficar internada "esse erro aí".

Marta quer viver.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER OBRIGAÇÃO

FALAS

"É...pra amanhã porque...aquele médico que tava ali falou que achava que ainda ia ser hoje. Talvez mais tarde...lá pra boca da noite mais ou menos. Mas...pra quê a carreira? Eu não to fazendo nada lá mesmo que eu não to fazendo aqui...deitada, deitada...é o mesmo que eu to fazendo lá. Lá não faço nada...eu não to fazendo...".

"Mas a gente tando em riba desse chão, a gente tem que ta preparada pra tudo. A gente não pode tá preparada só pra uma riqueza, né? A riqueza é difícil, a riqueza é só quando Deus marca. Quando Deus marca, se não tá fazendo nada ele chega porque foi prometido por Deus. Às vezes a pessoa tá tão tranquila, fazendo tanta cara, com tanto plano, sabe bem mesmo ali bate o carro e mesmo morre, não é assim?".

"Porque um bandido, ele entra numa casa toda equipe que nem essa, ele entra pra roubar, ele está esperando o que? Ele não está esperando uma morte? Né? Porque não conforma com o que ele tem? Mas não...essa que é as coisas que chega antes da hora, a morte matada. Mas eu tenho essa fé que quando tiver com um ano de operada, eu to recuperada. Não pra fazer tudo, mas algumas coisinhas leve de casa, tomar conta da minha cozinha, às vezes eu não quero limpar uma casa porque é pesado, eu posso pagar uma pessoa, lavar às vezes uma colcha, lavar às vezes um tapete, eu sei que eu to operada. Então eu tenho que modificar os pesos no modo de eu viver mais uns dias".

ANÁLISE

O conflito ente o querer, o poder e o dever. A paciente deve aguardar, precisa do tratamento e faz um chiste diante da impotência vivida: "não estou fazendo nada mesmo".

O dever aceitar o destino. "tem que estar preparado para tudo".

Deve aceitar o seu destino, mesmo não querendo. Faz uma comparação com um ladrão que não espera outra coisa a não ser a morte, por não se conformar com o que tem. Ela deve se conformar, é possível viver como está, então, deve aceitar as limitações impostas.

Desliguei o aparelho e me despedir. Quando ia saindo ela me chamou de volta e perguntou: "Você acha que não vou ser mulher pra mais nada?". Perguntei: pra nada o quê? "Mais nada como mulher pro meu marido. Eu não vou servir pra mais nada?". Expliquei que o estoma e/ou a bolsa não impossibilitam a relação sexual. E que ela e o marido iriam reaprender a conviver. Disse pra ela comparecer às reuniões da Associação dos Estomizados e que lá ela conheceria pessoas que vivem na mesma situação que ela. Inclusive, temos uma gestante estomizada. O médico que estava lá fora o qual a paciente se referiu me disse após a entrevista que a bolsa da paciente é permanente. Eu disse à ele que ela não sabe disso.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER OUSADA

FALAS

"Ai eu não sei, se eu ainda vou mexer com os homens ainda hoje, eu não sei".

"Pra diversão não tem minha amiga...o que eu podia ter aprendido fazer é o croché, eu não aprendi...a paciência não deu pra aprender no tempo de nova... modo da roça não deixou...seis filhos criados na roça...num lugar sem ganho, sem recurso é meio difícil. Olha eu só aprendi a mexer com coisa de roça. Coisa de roça de tudo eu sei fazer".

"Ai tá vindo um filho, tá vindo um neto, tá vindo um bisneto...não é só eu que preciso, né?".

ANÁLISE

Preocupação: sexualidade, ato falho

O dever imposto pela vida. A paciente não se permite ter sequer um lazer na vida. Uma vida marcada pela renúncia.

A paciente não sonha nem ousa mais nada. O movimento in fieri é feito pelas gerações futuras, o bisneto que está vindo.

RENATA - 38 ANOS

Patologia de origem: câncer

Estomizada à 4 anos

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER CAPACIDADE

FALAS

"Tem período que eu acordo de noite parecendo que...eu estou segurando uma coisa enorme...eu tenho medo da situação se misturar...deixa a gente...eu não sei se posso dizer que seja medo (choro), mas tenso".

"[...] quando eu fui fazer uma cirurgia no hospital, eu já fiz dois tratamentos de iodo terapia, depois da cirurgia da tireoide, primeiro eu fiz da tireoide, 6 meses depois que eu tirei o câncer da tireoide, a tireoide, fiz a iodo terapia, você fica isolado lá. Inclusive no 1 tratamento que eu fiz, a médica perguntou "você quer um remédio pra dormir, alguma coisa pra ajudar?" eu falei "não doutora, eu costume ficar de olho aberto".

"Minha vida, era uma vida praticamente normal, o meu corre-corre. Eu não sou de parar, estou em casa...banco...parte de casa mesmo. Eu não cuido da roupa, cozinheiro, isso tudo eu não dou conta porque assim, as condições também...pra você pagar uma pessoa direto não dá, não é? Então eu tenho uma pessoa duas vezes por semana que passa, que limpa a casa...eu não me sinto bem quando eu faço isso, entendeu? Então eu tiro aquilo que eu não me sinto bem".

"Mas às vezes, eu acho que eu preciso disso. Eu até falo com o X. eu acordo de noite e pareço que eu estou lá na U.T.I."

"É...é como se você...tivesse ali de novo. Eu acordo tensa...quando eu estou muito assim, eu tento...eu não sei...se seria um remédio...um tratamento psicológico...eu não sei. Mas sem falar da situação, sem chorar...não...eu não consigo. Na minha vida foi um...uma mudança muito grande. Então assim, eu até...mesmo pra estar comendo...tem hora que você cansa. Dá vontade de sentar no canto e deixar o barco correr...não ir mais atrás. Daí começa de novo...".

"Dá vontade de parar no canto...de deixar as coisas acontecerem sem ...buscar...sem nada. Ainda bem que são só momentos, porque passa...passa e você começa tudo de novo. Cansa. Tem hora que você vê e diz "meu Deus!". O último tratamento eu disse: meu Deus, eu não dou conta mais não, sabe? Daí eu fiz a cirurgia e o médico retirou mais 7 nódulos...tinha 21, na verdade, mas 7 eram comprometidos".

"Sim, foi quando eu fui diagnosticada. A médica fez uma colposcopia que era o único exame que podia mostrar, fez essa colposcopia, realmente eu já estava com um nódulo desse tamanho (faz o gesto) na vagina por dentro... aí ela tirou parte e fez biópsia, só que a biópsia feita em C. deu endometriose e aí ela disse assim: Então vamos cauterizar! Aí me pediu pra comprar um produto, eu comprei. Não sabia se podia, se não podia, eu fui por ela. É claro, se eu estou aqui, você vai pela pessoa que você está confiando. Você acredita na pessoa. Comprei, e quando ela cauterizou, explodiu".

"Aí...se eu vou esperar uma consulta daqui seis meses...a população vai as ruas". Aí a gente vai vendo, a gente está numa situação que não tem mais para onde correr. Então, você vê, eu fiz o tratamento. Perdi bexiga, perdi reto...é perdi tudo!".

"Porque que a população está fazendo isso? Porque explodiu, de uma forma que a pessoa vai indo e não segura mais".

"Quando eu fiz, o meu médico disse que ia reverter: Não, isso tem jeito, vamos fazer a reconstrução. Então, eu tinha que fazer mesmo...só um ano depois que eu recuperei e da cirurgia da tireoide, tudo, inclusive quando descobriu para voltar a fazer a tireoide, eu estava voltando para religar...aí ele falou: Não, tem que resolver isso aqui primeiro, porque é um câncer".

"Aí ele tentou fazer um alargamento pra ver se passava, se tinha como. Daí ele falou: Olha, não tem jeito, na realidade a gente tenta, mas as chances são pouco demais, você pode ficar com incontinência fecal para o resto da vida".

"Dr R. assim...ele fez tudo o que podia, sabe doutora, para a reversão: Se vocês quiserem, eu faço. Eu falei pra vocês que eu fazia, eu faço. Os médicos: Não vai ter jeito, fizemos tudo o que podia fazer. Não tem resposta, não está voltando. Ele disse: Não tem jeito".

ANÁLISE

Renata está cansada, e não aguenta mais tudo o que sofreu. Não pode mais suportar todo o sofrimento vivido, de novo.

O poder diminuído da paciente que tenta controlar a doença. Com medo da morte ela não dorme, fica de olho bem aberto.

A paciente não pode fazer todas as atividades da casa, pelas limitações físicas impostas. Ela dá o seu jeito e não fica parada. As atividades que não pode fazer, paga uma pessoa. A vida fica "praticamente" normal.

O medo de voltar para a UTI, ela acorda de noite com a sensação de que ainda está lá.

Renata está cansada. Foram muitas mudanças na vida cotidiana, além do mais, a busca pelo tratamento é muito cansativa. Ela está cansada em ter que recomeçar a sua saga. Está com medo de que o câncer tenha voltado.

Vida e morte. A paciente está cansada.

Nossa paciente ficou na mão dos médicos, do sistema de saúde. Precisou aguardar 6 meses para fazer um exame. A médica que a atendeu, fez um procedimento que complicou e muito seu estado de saúde. O poder diminuído da paciente que precisa aceitar o tratamento lhe proposto.

Ela fala das dificuldades do tratamento e do povo brasileiro, que nesta época se manifestou nas ruas contra os desmandos do governo. A população ousou reclamar. A paciente é mais passiva e projeta seu desejo de reclamar, de gritar às ruas. Ela é quem está explodindo, explodindo por dentro.

O poder diminuído, o médico não pode fazer a cirurgia de reversão.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER NECESSIDADE

FALAS

"Eu não consigo me libertar muito das lembranças dos problemas que eu tive, principalmente à noite. Durante à noite eu acordo assim...sabe...eu acordo tensa... pensando...parece que você está vivendo tudo de novo, sabe? Então eu acho que é algo assim que eu devido à correria...de cirurgias de ficar no limite...Não é só...eu tive problema da pelve, uma cirurgia grande que eu fiz, na tireoide, então, tratamentos assim, muito rápidos...eu não tive tempo...eu não tive nenhum acompanhamento psicológico. Todo esse tempo. Eu sinto assim, que eu preciso de um acompanhamento...pra por um pouco pra fora, porque às vezes eu acordo de noite...Tem período que não. Tem período que eu passo tranquilo".

"Parece que você está caminhando, mas você não sabe como é que vai ser".

"Eu acho que me senti...meio pra esse lado. Sem ter...não posso dizer que é falta de apoio...não. Meu esposo sempre me ajudou muito, sabe? Inclusive ele se segurou muito, ele segurou muito a situação. Mas eu vejo, do lado da minha família, do tipo de estrutura...eu sinto que minha família não tem muito...pra segurar as coisas... eu senti muito para esse lado. Por isso eu segurei muito, daí você vai prendendo, então eu acho que eu preciso...é uma das coisas, eu acordo à noite, graças à Deus não, tem período que é tranquilo, que eu passo bem".

"No início o médico tinha me dado uma expectativa muito grande de tirar, pelo menos a de colostomia. Bom, eu fiz a cirurgia porque ele me deu essa expectativa e agente conversou, eu e meu esposo e vimos que tinha que fazer. Ai, depois começamos a correr atrás pra ver se conseguia tirar...ai os médicos...que devido a radio que eu fiz não tinha chance nenhuma de tirar porque se tirasse seria muito arriscado para mim, pela cirurgia que eu tinha passado, entendeu? Tã...tudo bem...você vai aceitando as coisas, não é? Você sofre com isso".

"Não adianta dizer que não porque a gente sofre".

"Eu preciso. Eu sei que eu preciso. Eu já falei com ele que eu que eu preciso. Preciso buscar ajuda porque não dá pra ficar assim não. Como diz meu pai "tampar o sol com a peneira" não adianta. A gente tem que ajudar, mas pra isso a gente tem que estar bem também. Por isso eu vim aqui hoje".

"É um tratamento que precisa de urgência".

ANÁLISE

Renata pede ajuda porque se sente necessitada. Está com medo, medo de que o câncer volte.

O verbo caminhar, exemplificando o movimento vivido. O verbo está in fieri, em se fazendo. A paciente caminha (metáfora) na vida, mas não sabe onde vai dar. Está com medo e pede ajuda.

A paciente recebeu ajuda do esposo, sem ele não seria possível passar pelo tratamento. Ela necessitou dele, agora a família. Ela é o esteio da família, o apoio, mas necessita ser amparada.

Negação, na verdade Renata não aceita a dura realidade de ter que usar as duas bolsas.

Esta foi a resposta da Renata diante da minha pergunta : Você que cuida de todo mundo agora quer ser cuidada, não é?

MOVIMENTOS/VERBOS - QUERER

FALAS

"Se tem uma coisa que...às vezes eu vejo as pessoas por tão pouco...minha família mesmo, reclama tanto. Reclama de uma coisa, reclama de outra. Às vezes dá vontade de mandar a pessoa para aquele lugar. As vezes dá vontade, sabe! A gente usa de misericórdia, por que... eu já falei mesmo...porque olha pra mim!".

"eu fiquei com problema porque o médico, quando ele fez a cirurgia, eu fiquei com a expectativa de voltar, de religar novamente a colostomia, então, ele não tirou. Eu fiquei...ai...a expectativa é essa, ficar com dor o resto da vida. Se ...eu não sei. Essa dor pode ser de alguma outra coisa?"

"Não sei...esperança a gente não perde...não perde (choro)...de jeito nenhum. Agora eu tenho a opção de escolher vou continuar assim ou arriscar. Então, nós optamos por não fazer , mas não é fácil".

"Eu fui no hospital do Paranoá um dia, e estou lá, quando chegou uma senhorazinha e sentou do meu lado. Eu perguntei quanto tempo de estomizada, ela disse 28. Então estou bem, né? (risos)Eu gosto muito de conversar, onde estou eu puxo. A senhora veio fazer o retorno? "olha minha filha, três amigas minhas que fizeram o retorno, todas três morreram" (risos). Todas três morreram! (risos) Eu falei "olha...eu to correndo então, vou embora" (risos). A gente ...é caminhar mesmo...eu acho que...Eu não perco a esperança, se um dia o médico, se Deus quiser, se Deus me der a graça de quem sabe reconstruir em dois anos e que eu tiver bem, tiver parado pelo menos um pouco esses exames pelo menos de 1 ano, aí eu quero voltar novamente, fazer um check-up, porque você faz uma avaliação. Se eu tenho alguma chance de voltar, qual a chance que eu tenho. Mas enquanto isso, mas eu não perco a esperança não. A esperança de fazer, de voltar pelo menos essa de colostomia, sabe? Apesar de...o que tiver de ser, Deus vai providenciar...se não tiver de ser eu vou carregar a minha cruz, se Deus quiser".

ANÁLISE

Quer ser cuidada, amparada, ouvida. Está cansada de ser forte e reclama que a família não vê, não percebe seu sofrimento.

O querer da Renata é fazer a cirurgia de reversão da colostomia, pelo menos. Agora se vê diante de um medo maior, a volta de um câncer no cérebro.

O querer é de fazer a cirurgia de reversão.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER OBRIGAÇÃO

FALAS

“Eu não tive, graças a Deus, porque eu sou uma pessoa que tem muita fé, mas foram tratamentos....coisas que aconteceram sem, como se diz, de uma forma muito rápida. Eu fiz uma cirurgia, por exemplo, a cirurgia da pelve e você tenta se segurar o máximo possível, não é?”

“Principalmente quando você tem uma filha de 1 ano e 8 meses”.

“Então você tenta não passar, tenta não...as pessoas que estão em volta... no período que eu tive estes problemas eu segurei muito porque minha família é aquela família, tipo, quando você fala uma coisa a pessoa desespera, sabe? Então eu segurei muito isso. Eu não sou assim, pode estar caindo o mundo, eu não sou de desesperar, não. Então, eu segurei muito isso, eu segurei muito...e assim...graças a Deus, por exemplo, até hoje eu nunca tomei remédio, nada, nunca tomei nada para depressão, nunca tomei nada...nunca tomei nenhum remédio, nenhum calmante...nada. Então, eu sinto que eu preciso, como vou dizer? Jogar isso pra fora”.

“Eu penso assim, graças a Deus eu tenho oportunidade de fazer o tratamento, mas isso mexe muito com a gente...mexe muito psicologicamente...fisicamente....tem hora que você olha...assim...quando eu fiz a cirurgia e coloquei as duas bolsas, não é?”

“Mas as pessoas não merecem a gente ficar jogando em cima delas, não é? Então, eu me seguro muito por esse lado”.

“Não fico reclamando, choramingando...não fico, sabe? Agora eu vejo que desse lado eu preciso...uma vez uma médica (endócrina) passou um remédio para eu tomar, sabe? Assim, para tensão. Para dormir melhor, porque eu falei para ela que eu estava muito tensa e tudo. Daí ela me passou um remédio, só que eu acabei não comprando nada daí...acabou passando, sabe? Eu não comprei, porque eu não me senti muito bem com aquilo, tomar remédio”.

“O que me trouxe aqui, foi mais, realmente para conversar...eu não sei....”.

“Eu vejo que um pouco é tensão mesmo, preocupação, incerteza. Você já deita, já deita...parece assim...(risos). Às vezes eu acordo de noite e eu estou segurando, acredita?”.

“Eu sempre pensei em olhar para os meus problemas...quando você começa a olhar para os lados...tem gente que por causa de uma xícara, parece que é um balde. Eu tento, pelo menos, diminuir o problema. Porque se você aumenta ainda mais, ele já não é tão pequeno. Daí você aumenta, deixa maior do que ele é, daí fica mais difícil ainda. A vida fica mais difícil. (choro)”.

“Eu estou andando, pelo menos estou andando, estou vivendo”.

“Lá em casa, de certa forma, mesmo eu passando por tudo isso, não sei porque...eles correm todos lá pra casa, pra minha casa. Não sei, também eu não acolho...eu sei que eu não sou responsável, mas também não tenho coragem de dizer: não eu não posso atender, “eu não posso fazer isso. Eu não tenho coragem de dizer. Eu acho que eu ficaria pior do que não fazendo, entendeu? Às vezes é por coisas tão pequenas, sabe, coisinhas...e as pessoas parecem que estão...cegas, sei lá. Não sei como é...parece que estão tampadas...é isso”.

“Mas aí é porque também eu ...você acaba comendo o que não deve, né? Extravagando para o lado da comida. Eu sei que é falta de controlar a alimentação também, né? Aí eu...agente vai comentando...eu há muito tempo a T. lá da estomia em P. pedindo que eu me consultasse com o médico. Com o doutor...como é que diz.... professora, pensa numa coisa que está ruim é a minha memória. Esses dias mesmo de domingo ... quinta feira para cá, eu senti umas dores, sabe? Na cabeça. Ela parece que sobe”.

“Você está bem, de repente, quando você fica nervosa dá aquele pique, sabe? E a cabeça vai esquentando, dói. Aquela dor de cabeça, sabe? Eu...inclusive assim, eu fiquei...assim...dói do tipo...por aqui, sabe? Aí vai assim...aí...quando foi sábado de manhã, domingo de manhã vomitei muito, sabe? Eu pensei...eu... pensei...se fosse alguma coisa neurológica nessa área, sabe?”.

“Mas eu estou tendo ardência na barriga, queimando por dentro na barriga...então...estou vendo o que vai dar. Onde que vai parar...pensei de...o que me preocupa mais é...neurológica, sabe? Devido ao tratamento que eu estou procurando...se piorar a gente corre”.

“É. Na verdade, não é nem a questão de tumor...se for outro câncer...isso não sabe? O que eu me preocupo mais é que eu senti a minha cabeça muito cansaço...eu penso muito em ser um derrame, uma coisa assim. Minha família tem muita tendência a isso...os sintomas...eu não sou muito assim de...me desesperar. Se piorar, corre. Eu vou fazer o quê, né? Mais eu senti que eu melhorei. Eu estou tomando uns chás em casa, to tomando remédio também, eu senti que eu melhorei mais. Foi bom o dia que eu estive aqui...que a gente conversou, melhorou bastante emocionalmente, eu senti que eu melhorei”.

“Eu procuro esquecer que eu tenho uma...sabe? Que eu tenho esse problema, que eu tenho duas bolsas penduradas na barriga...eu procuro esquecer isso, porque se você ficar preocupada, olhando pra você a vida inteira, prefiro olhar para o outro do que olhar pra mim...”.

ANÁLISE

Ela não teve tempo nem ao menos para refletir sobre tudo o que viveu. Se impõe um “dever ser forte” para segurar tudo, mas agora desaba. Quer ser cuidada.

Renata quer ser ouvida, cuidada. Se impôs um dever cuidar de tudo e de todos, como uma rocha. Sempre calma, sempre forte.

O conflito da paciente em Negar a doença, a raiva de estar doente e dever ser grata pela oportunidade de poder receber este tratamento.

O dever ser forte imposto por ela mesma.

Porque a recusa da paciente em aceitar um remédio “aliviador”, anestesiador de sua dor? Isso me faz pensar no conflito psíquico entre a dor e o prazer na dor (o tal ganho secundário da doença).

De qualquer forma, o sofrimento está grande e ela procura alguém, um desconhecido para este desabafo.

Forclui o problema.

O movimento in fieri, em se fazendo. A paciente está se arrastando, mas nega a ficar parada.

Renata se coloca na posição de defensora, de cuidadora da família. O ganho secundário em ser forte e boa. Mas sente uma raiva interna em que as pessoas não a veem em seu sofrimento. Uma dualidade entre a neurose e a perversão (não sei se ela tem vontade de se vingar desse povo mal agradecido).

Agora vejo o real motivo que levou Renata ao ambulatório. Ela faz um desvio para sua memória. Ela está com medo, medo de uma volta do câncer em um local fulminante, um local que não dá para arrancar fora, como o útero, abexiga, parte do intestino, mas o cérebro!

Diante desta fala pergunto: A sua preocupação é que seja grave?

Sim, esta é a sua preocupação desde o começo. Ela está com medo de um tumor no cérebro. Nega dizendo que a família se desespera facilmente, mas ela é quem está desesperada. Diante da dificuldade, não permissão de compartilhar este medo com os mais próximos, ela me procura no ambulatório. Despeja seus medos, chora, reclama e se sente aliviada.

Forclui.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER OUSADA

FALAS

"Que bom, a gente pode falar e vocês não vão brigar!" (risos).

"As vezes... em casa, às vezes...eu começava a conversar com meu esposo, daí ele fala "para com isso, você não pode chorar, você não pode ficar assim". Então com isso a gente vai se sentindo assim...a gente vai segurando, segurando. Tem hora que a gente fecha a porta do quarto...vai chorar 3 dias, chorar 3 dias. Então, por um lado isso não...isso é bom...mas por outro...a cabeça da gente vai se reprimindo".

"O corpo mesmo, mas quando a gente começa essa correria do tratamento.... (choro)...dá vontade de desanimar. Dá vontade de ficar em cima de uma cama e esperar a morte chegar. A verdade é essa. Tem hora que dá vontade de fingir que não está acontecendo nada (choro) a pior coisa do tratamento do câncer é isso".

"Quando eu estava na U.T.I. ele ia me visitar 3x por dia. Ele disse: não tem jeito, eu não aguento, eu vou ficar aqui nem que seja na porta. Aí os médicos deixaram. Ele entrava 09 da manhã, 3 da tarde e 9 da noite (risos). Entrava e podia ficar 1h, aí ficava. Acho que foi das coisas que me fez sair da UTI. Eu ria, sabe? Cada vez que ele ia...foi engraçado...sabe...cada vez que ele ia...ia com uma roupa diferente e arrumado. Ele chaga lá e dizia "você volta pra casa logo" e eu só ouvia, não conseguia falar, sabe (risos)...acho que a sedação..."você precisa voltar pra casa logo, bem" "você vai ficar boa logo, você vai sair logo". Cada vez que ele ia, ele ia com uma roupa diferente. Aí quando eu melhorei eu perguntei "porque cada vez que você ia, você ia com uma roupa diferente?" ele se arrumava, sabe, como se tivesse indo pra uma festa (risos). Aí eu perguntei pra ele e ele disse "era pra você ver o que você estava perdendo" (risos).

"Minha recuperação foi muito rápida, com 4 meses depois eu já estava dirigindo".

"Passar duas horas dentro de uma máquina de tomografia, sabe...duas horas ali...cansa. Eu sinto mais cansada...é dos nervos. Parece que é os nervos da gente que acaba. Talvez dá uma reação de medo de tudo, de desespero. Eu acho que eu não vou me aguentar não, sabe? As pessoas não tem culpa e você também não...não dá para explodir em cima das pessoas".

"Três coisas eu pedi muito pra mim depois que eu fiquei doente: que servisse na minha conversão, que servisse pra conversão da minha família, pela salvação da minha família e que servisse pra ajudar alguém".

"Eu creio que o médico que fez a minha cirurgia, que foi a primeira, que ele fez".

"Então assim, eu creio que da experiência que ele teve, da cirurgia que ele fez comigo, vai ajudar muitas pessoas. Então, eu acho que eu já vi as três coisas que eu pedi para Deus. Graças a Deus, tive muita oportunidade de dar meu testemunho, de falar tudo o que eu passei, da presença de Deus na minha vida, muito perto de mim através das pessoas, através dos médicos, principalmente da oração de amigos ...então acho que...eu tenho que agradecer".

ANÁLISE

Renata não se permite chorar em público, nem ao menos parecer que está fraquejando, chora às escondidas e aceita a censura do marido, na verdade é ela mesma que se impõe tal situação "você não pode chorar". (Projeção, Negação).

O Witz do marido.

Diferente da outra paciente que com 6 meses de cirurgia, clinicamente mais simples, não se permite as atividades cotidianas, nem as mais simples.

O sofrimento tem o dever de servir para alguma coisa.

Foi a primeira vez que o médico fez uma cirurgia dessas. A ousadia do médico em tentar salvar a paciente.

ANA - 36 ANOS

Clínica Médica

Câncer/ retocolite

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER CAPACIDADE

FALAS

"Hoje estou sentindo bem, de todos os problemas que eu já enfrentei...hoje estou bem. Graças a Deus. Igual eu tava falando, desde criança sempre fui doente né? Então desde...tem 24 anos que eu consulto aqui para tratamento com retocolite".

"[...] ficava aquela crise que eu só vivia internada, internada perdi vários anos na escola, não porque eu reprovava, porque eu ficava internada. Então passei...passou os anos e quando foi em...2000 mais ou menos minha crise passou. Eu acho que eu tive uma qualidade de vida melhor...porque praticamente não tive minha adolescência. Vivia mais no hospital do que...adolescência, aquela coisa que todo mundo tem, né?".

"Acho que depois da semana que vem a reação da quimioterapia, essas coisas [...] to ali fazendo a quimio, mas só que não deu pra fazer que a imunidade muito baixa aí não deu pra mim fazer, mas foi até bom porque eu não ia aguentar".

"Não tenho mais...eu falei: Dra H. eu não sei se eu vou aguentar tomar essa quimioterapia, porque tem que ficar 3 dias internada. Aí ela: É...a agora vamos ver o que a gente pode fazer. Porque eu falei: eu não tenho mais veia...até pra puncionar uma veia normal eu não consigo! Aí tá...não tive que fazer...aí graças a Deus eles me ligaram agora pra colocar o cateter [...] aí não preciso ficar levando furada. Então é isso...muitos bocados que eu já passei na vida, então eu to enfrentando mais um obstáculo, né? Sei que eu vou vencer" (choro).

"Carregar...a gente é que fala que tem uma cruz pra carregar, mas Deus não coloca...ele vê o que a pessoa dá conta de carregar. Até onde eu der conta de carregar...".

"Aí...aí meu Deus, vontade de tomar uma coca bem gelada...mas não pode. Mas dessa vez eu não to sentindo mais gazes. [...] a vida continua. Eu não podia comer nada...tem um mês...eu só perdendo peso, perdendo peso, eu comia normal, não segurava...toda sexta-feira eu passava mal. Parecia que tinha um vício...toda sexta-feira".

ANÁLISE

Ana me conta sua saga desde a infância, na história da doença atual. Ela conta o que perdeu da vida, por causa da doença. Perdeu a própria vida, a adolescência, por exemplo. Ela, então, não é como todo mundo "adolescência, aquela coisa que todo mundo tem, né?".

O poder como capacidade está diminuído e a paciente sente agora que não vai aguentar. Apesar do seu querer fazer a quimio ser tão forte, ao ponto de ela dizer que nada sentiu, agora vê que seu corpo não está aguentando.

O querer é forte, cheio de carga pulsional, mas as dificuldades são muitas e a carga pulsional diminui um pouco, o verbo no in fieri mostra isso ("estou enfrentando mais um obstáculo").

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER NECESSIDADE

FALAS

"Passou, fiquei bem, to ótima. Aí agora, quando foi em 2000...agora 28 de maio tive que fazer outra cirurgia emergencial, tive que fazer colectomia total estou usando a bolsa, e...tive que remover todo o meu intestino grosso e um pedaço do delgado. Aí...tamo tudo bem, embora...me alimentando bem, aí com 2 meses que saiu a biópsia, porque o hospital tava em greve. Aí o Dr L. pediu para que fizesse fora. Aí com 2 meses...eu recebi...deu positivo. Câncer do intestino, e aí venho lutando, né?".

"Se fizesse logo aquela quimioterapia, quanto mais antes fizesse era melhor, né? Depois eu fui em C...eles: mas...você não fez nenhum exame quando você saiu da cirurgia... Não, eles não pediram...né...não falaram nada...então assim...era pra você tá fazendo a quimio a muito tempo...é, ninguém me fala nada...aí fica aquele jogo de empurra, empurra, aí quando foi dia...assim logo quando eu recebi a notícia, eu já não tava muito bem, eu tava vomitando já. Até falei para o Dr L., ele falou que era normal. Aí...já desde o início...finalzinho de julho até agosto, eu só vomitando, vomitando, vomitando e...não parava de vomitar aí até que chegou um tempo que fiquei internada 16 dias, fiquei na clínica médica e a barriga só inchando, inchando e o vômito não passava, e eu lutando logo pra fazer a quimio...aquela coisa...toda, mas tinha que esperar uma vaga...pra ver se encaixava...aquela burocracia toda e aí minha mãe, né...ficou ali...desesperada (choro)...foi que ocorreu... (choro) veio e conversou com os médicos, na verdade era policial, tem muito conhecimento das pessoas pobres pediu ajuda (choro)...pediu ajuda até que chegasse a ordem judicial, que ia levar para o Ministério da Saúde. Nisso, quando eu recebi, o câncer já tava espalhado ... choro".

"Aí já veio a equipe da procto: Não, isso não tem nada a ver com apendicite. Seu intestino tá obstruído, tá fechado. Não tem como, é cirurgia mesmo".

"Aí a primeira pergunta que eu fiz: eu não vou usar aquela bolsa, né? Infelizmente, você vai usar a bolsa. Eu não queria aceitar...ah...eu não vou usar isso. É, mas infelizmente, você vai ter que usar".

"Aí foi então que ele me falou que removeu todo o meu intestino grosso, mais o intestino delgado...e...eu já sabia que tava com a bolsa, mas...é muito estranho quando você acorda...(desculpa tá até fazendo barulho), quando você acorda e vê aquela coisa no seu corpo...eu não quis aceitar, eu até mesmo rejeitava. Veja eu to fedendo, to fedendo: Não tem nada fedendo aí, é coisa da sua cabeça. Mas graças a Deus, tem 3 meses que eu to usando, to acostumada já me adaptei, com o tempo você vai se adaptando e realmente se adapta, agora eu não sei se vai ser definitiva...porque ele falou pra mim que seria 6 meses, né...então...como eu não to mais tratando com ele, ele me deu alta, eu não sei se ligam pra mim pra voltar fazer cirurgia de novo, mas vai abrir tudo de novo pra fazer? Tudo de novo. Não sei se eu aguento não. Aguento fazer isso não. Porque eu não sei, eu não tenho mais intestino grosso".

"Aí eu não sei se eu vou ficar usando, se eu não vou...não perguntei pra eles também".

"[...] meu medo é porque assim, eu coloquei um pra fazer a MPT. Nossa eu sofri demais de dor! Não aguentava, doendo aquele negócio me incomodando, doendo, doendo. Não conseguia nem levantar o braço. Então pedi o Dr J. até ver se estava na posição certa, ele: não, depende de cada organismo. Ele falou assim que meu

ANÁLISE

A necessidade da cirurgia. Não tem outra saída. O intestino está obstruído.

A necessidade da bolsa. A negação, recusa da paciente.

Novamente a Negação: bem forte, ela rejeita a bolsa e chama de "aquela coisa". Depois os sentidos (eu estou fedendo), depois ainda a negação: ela diz que está adaptada e logo fala em cirurgia de reversão. Na verdade, não está adaptada.

O não saber de Ana, na verdade é um não querer saber.

A paciente duvida se vai conseguir colocar o cateter. Sua vida depende disso e ela está muito apreensiva e com medo.

A necessidade de acompanhante, o marido precisa trabalhar.

Não deu certo porque o poder como capacidade do corpo biológico não suportou.

organismo pra dor é muito sensível. Qualquer dorzinha aquela coisa...aí eu não sei”.

“Aí eu tenho que apelar para o meu marido, né? Não tem como. É difícil, né? Não...não é não. É porque assim, ele tá matando serviço, né? Aí este é que é o problema. Hoje mesmo, ele não trabalhou. Amanhã, ele não vai trabalhar. Aí já é dois dias já perdido”.

“É do intestino que eu fiz...aí eu to usando uma bolsinha. Não dou conta de carregar isso...Aí tem que ir no banheiro pra fazer xixi, aí às vezes tem que ir no banheiro pra lavar a bolsa, então eu preciso de ajuda pra pegar água...essas coisas”.

“Aí voltei no domingo pra colocar o cateter, aí não deu certo”.

“Ah...eu to sentindo...porque as coisas não estão dando certo...não consegui colocar o cateter”.

MOVIMENTOS/VERBOS - QUERER

FALAS

“Dra H. falou que ia ver o que podia fazer, minha prima falou: Não, eu quero uma posição hoje! Porque se vocês não me derem, vou levar para o Ministério da Saúde, porque minha prima tá ali...você não vai deixar ela morrer à míngua? Mas ela quer fazer a quimioterapia? Claro que ela quer? Quem que não quer? Vai deixar ela morrer assim?”

“Eu sei que bateram lá, brigaram, choraram lá...aquela coisa toda. Sei que por muito custo, aí no outro dia não sei o que aconteceu, não...vamos deixar pra fazer... vamos fazer os exames pra ver se ela está em condições e aí até que no outro dia já começou a fazer a quimioterapia. Graças à Deus, Não precisou levar nada ao Ministério da Saúde, não sei como lá, eles devem ter me encaixado lá de qualquer jeito aí eu fiz a quimioterapia. Então assim, fiz. Deu certo”.

“Não senti nada, ficou de boa, aí eu fui pra casa...só fiquei meia fraca, né?”.

“Hoje eu to bem. Graças a Deus, eu to bem, to bem. Eu to um pouco meio nervosa porque eu vou colocar um cateter, eu fico meio ansiosa aquela coisa toda. Mas, eu to bem, graças a Deus, to bem. To ótima”.

“Pelo menos eu senti bem. A primeira vez que eu tomei, eu sentia muito gases, muito gases, aí a barriga inchava e quando inchava eu vomitava. Enquanto eu não vomitar, não vai dar conta, aí começava aquela coisa, depois era aquele inchaço, de novo aquela coisa ruim. Aí quando eu tomei a primeira dose, desinchou. Desinchou mais um pouco, só que ainda continua...ela disse que isso aí é normal...né da barriga tá inchada...é normal dar gases. Ela disse que como você teve um câncer de intestino é muito...difícil de lidar, essas coisas, e dá essas coisas que eu to sentindo. Ela disse que é normal. Porque todo mundo tem gases, né? Tem gases, tem essas coisas...só que no caso...não sei...porque você não controla tudo...quando você dá um arrotto você não vai nem pensar, aí vai dar mesmo...sai pela bolsa”.

“Viver. Força de vontade de viver. A gente tem força de viver, mas quando você recebe uma notícia que tá com câncer a primeira coisa que vem na sua frente é: aí, eu vou morrer”.

“A primeira coisa que vem na sua frente. Então, assim, parece que vem uma vontade de viver maior ainda, né se vê que a vida...não sei te explicar que todo mundo tem vontade de viver, mas quando você está doente...alguma coisa parece que vem aquela força maior. Você quer viver mais. Então é assim que eu sinto, quero viver mais. Não deixar a doença me abater, não to doente, eu vou viver, eu vou vencer, eu to lutando”.

“Ela não falou, ela só falou se eram 6 meses, ela só falou essa, que eu vou tomar 6 doses. Seis sessão dessa. Se não tiver resultado, aí vai trocar por outra. Agora...deve ter mais forte, né? Se não tiver resultado...espero que tenha uma mais forte do que a que estou tomando, né...não sei...também não perguntei pra ela, se era 6 meses”.

“Eu não durmo, não durmo [...] eu vejo tudo o que ele tá fazendo. Na cirurgia, eles me deram anestesia geral, e me aplicaram anestesia nas costas. A raqui. A raqui, eles perguntam: você tá sentindo a perna? [...] Ele me falou que também me deu anestesia geral. EU dormi”.

“Eu não consigo dormir. Acho que tenho medo de dormir e não acordar mais. Não sei, não penso nisso não, mas acho que o inconsciente da gente, pensa ...dormir e não acordar mais”.

“Eu quero ficar boa, quero minha família de volta”.

“Eu não vou desistir não”.

“Mãe, vou ficar careca, vou ficar careca! Ana, se você ficar careca, vai nascer de novo! Vai nascer de novo, não te preocupa! Mas eu não quero ficar careca”.

“Um dia, assim a gente vai morrer, mas eu mesma...eu não aceito morrer com essa doença”.

“Não sei, eu tomei morfina quando eu fiz a cirurgia. Eu não sei se a morfina faz o cabelo cair, depois que eu tomei a morfina, caiu bastante”.

ANÁLISE

A paciente quer tentar, ela quer fazer a quimioterapia, quer viver. Uma luta entre a vida e a morte.

O querer viver é muito forte, a paciente se agarra a esta oportunidade e diz com segurança “deu certo”. Nós profissionais temos dificuldades em dizer algo nestas condições, como prometer que tudo correrá como o esperado?

A Negação: o querer é tão forte que ela nega sentir qualquer reação da quimioterapia.

Ana está com medo, na verdade não está bem, mas nega e diz o contrário: “estou ótima!” com bastante ênfase. Ela está preocupada porque este cateter permitirá que ela faça a quimioterapia. Está preocupada se vai ou não conseguir, pois está muito fragilizada. Caso ela não consiga colocar o cateter, a quimioterapia será cancelada.

Ana quer tanto que seu tratamento dê certo que até se sente melhor com ele, ou melhor, nega os sintomas , os efeitos colaterais da quimio. Em nossa conversa anterior, disse que não tinha sentido nenhuma reação adversa, mas na verdade, sentiu.

A paciente prefere não saber dos detalhes do seu tratamento.

O medo de dormir e não acordar mais. Nega tanto a doença que alega que o cabelo caiu pela morfina, mas na verdade, foi a quimio.

MOVIMENTOS/VERBOS - DEVER OBRIGAÇÃO

FALAS

“Ele falou: Ana, relaxa não coisa na sua cabeça, não vai fazer aquele escândalo que você fez quando você fez da primeira vez”.

“Ele falou assim que como eu sou a mais nova, eu vou ser a última, né? Porque acho que são quatro pessoas...são três idosos na frente. Eu falei: tá bom, fazer o que né? Esperar”.

ANÁLISE

Ana não deve fazer escândalo. Ela deve aguentar firme.

A espera aumenta a angústia da paciente.

MOVIMENTOS/VERBOS - PODER OUSADA

FALAS

"Cada dia que passa...é um dia. Como uma escola que vai vivendo e aprendendo."

"Acho que minha ansiedade afeta, afeta o P. (marido)...eu não tenho coragem de apresentar o trabalho...na frente! Quando eu estudava, eu apresentava o trabalho de costas, porque eu não tinha coragem de virar e encarar os meninos, não gosto. Professora, vou virar pro quadro. Apresentava virada pro quadro! Não tinha coragem. Uma vergonha, uma timidez, sei lá...magina lá na faculdade virada pro quadro".

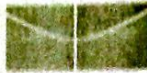
"e às vezes eu ficava sem nota porque tinha que apresentar e na hora, não conseguia. Não é...não é que eu não quero apresentar, é porque eu não conseguia...mas você lê você vai fazer o resumo, mas eu não consigo eu não entendo nada do que eu acabei de ler".

"Não sei...o que é que eu pensava, não sei. Não era só eu não, tinha outros alunos que era do mesmo jeito. Tímida, eu sempre fui tímida. Sempre fui assim mais... nunca fui de ficar em grupinho [...] eu tinha umas amigas, fazia amizade, tudo, mas sempre eu era mais reservada. Sempre fui assim. Nunca fui aquela pessoa... popular. Sempre fui mais quieta, não era de conversar, mas tinha o grupinho das meninas lá e eu conversava com elas, só. Desde o pré, sei lá. Os alunos do primeiro ano, na quinta, sexta, eu sempre fui assim. Aí fui indo...assim, aquela coisa, na faculdade...eu não ateno coragem de fazer faculdade".

"Você apresenta como? Virada pro quadro. Aí eu virava e falava. Mas não olhava para os alunos. Não sei, acho que eu tinha uma insegurança de mim mesma. Ou tinha, ou ainda tenho. Não sei...mas eu tirava até nota boa. Mas não tinha coragem de olhar pra ele não, não sei o que que eu pensava, não sei, não consigo lembrar o que...mas aí...tirava nota boa".

"Então a gente tem que viver o hoje. Não o amanhã, o amanhã...já é outro dia. Pertence à Deus. A gente não vive no futuro, é claro que a gente pensa no futuro, no sentido assim de ter algo melhor...mas planos...né...a gente vive fazendo planos. Eu mesma...vivo fazendo planos, mas...a gente nunca sabe o que pode acontecer daqui a 20, 30 min, uma hora...então, o amanhã pertence à Deus. E assim vai...o passado é passado".

ANÁLISE



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 033/12

Título do Projeto: "Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sofrimento psíquico a estomizados."

Pesquisadora Responsável: Priscila da Silva Antônio

Data de Entrada: 10/04/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **033/12** com o título: "Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao sofrimento psíquico a estomizados.", analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 08 de maio de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 19 de julho de 2012.

Prof. Natália Menezes
Coordenadora do CEP-FS/UnB