



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JOSAFÁ LIMA RAMOS

**ELABORAÇÃO PSÍQUICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: uma reflexão a
partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade.**

**MANAUS
2016**

JOSAFÁ LIMA RAMOS

ELABORAÇÃO PSÍQUICA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: uma reflexão a partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Processos Psicológicos e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

**MANAUS
2016**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

R175e Ramos, Josafá Lima
Elaboração psíquica de pacientes oncológicos: uma reflexão a partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade / Josafá Lima Ramos. 2016
161 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Debise Machado Duran Gutierrez
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Elaboração psíquica. 2. Psicossomática. 3. Funcionamento operatório. 4. Tratamento oncológico. I. Gutierrez, Debise Machado Duran II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

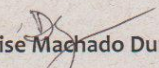
JOSAFÁ LIMA RAMOS

“ELABORAÇÃO PSÍQUICA DE PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA E DA CONTEMPORANEIDADE.”

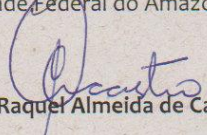
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na **Linha de Processos Psicológicos e Saúde.**

Aprovada em 12 de dezembro de 2016.

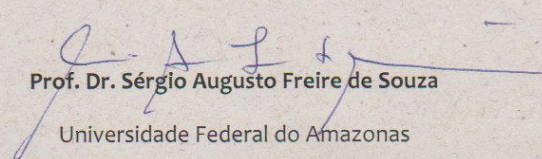
BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Dr.ª Denise Machado Duran Gutierrez

Universidade Federal do Amazonas


Prof.ª Dr.ª Raquel Almeida de Castro

Universidade Federal do Amazonas


Prof. Dr. Sérgio Augusto Freire de Souza

Universidade Federal do Amazonas

Dedico aos pacientes onco-hematológicos que enfrentam no curso da vida uma doença complexa e implacável. Alguns a vencem e se tornam mais fortes; outros se tornam mais brandos e descansam, talvez para recomeçar.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Denise Duran Gutierrez, pelas orientações, competência, sabedoria, maestria e fino trato no acompanhamento e supervisão durante todo o mestrado.

Ao Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro, pela atenção e pela boa notícia da aprovação no mestrado.

À Dra. Raquel de Almeida Castro, pela gentileza, afabilidade e relevantes contribuições na qualificação, na orientação do estágio de docência e pela participação na banca de defesa.

Ao Prof. Dr. Sérgio Augusto Freire de Souza, por compartilhar seu saber no campo da Análise de Discurso e torná-lo ainda mais atraente e possível.

Ao Dr. Rodrigo Sanches Peres, pela atenção, sugestão e apoio nessa empreitada.

A um anjo chamado Queziel, por apontar um caminho possível, quando algo parecia perdido.

Aos profissionais do Departamento de Atendimento a Paciente do Hemoam.

As psicólogas Carla Cristina Nazareth e Rosângela Castro da Silva, pelo apoio.

Ao meu amigo Cleber Alexandre, pelos diálogos sobre pesquisa, artigos e assuntos diversos nos cafés filosóficos.

Ao diretor presidente do Hemoam, Dr. Nelson Fraiji, pelo incentivo durante o mestrado. Admiro e reconheço Dr. Fraiji como um exemplo de dedicação aos pacientes, um líder apaixonado pelo cuidado, comprometido e sensível à dor do outro.

À coordenadora do Departamento de Atendimento a Paciente, Socorro Sampaio, pela colaboração e auxílio.

Ao diretor técnico Rodrigo Leitão, pela confiança, suporte e compreensão.

Aos estagiários e estagiárias de Psicologia, pelo auxílio nas nossas atividades diárias de atendimento psicoterápico aos pacientes hematológicos e onco-hematológicos.

Aos colegas do mestrado, de modo especial a Flávia Dias, Fabiane Rodrigues e Nayandra Stéphanie, pelas confabulações, trocas acadêmicas e afetivas.

À Nayleide, pelo afeto, amor, amizade, carinho e companheirismo, desde a minha chegada a Manaus até os dias atuais junto à sua família, também minha.

A Jaime Olavo Ramos e Joaquim Vicente Araújo, pelas boas recordações deixadas no coração.

Elaboração psíquica de pacientes oncológicos: **uma reflexão a partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade**

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender a elaboração psíquica de paciente onco-hematológico à luz dos conceitos da psicossomática psicanalítica e dos processos de subjetivação contemporâneos. Tendo como apoio a concepção do processo de saúde-doença, a abordagem Psicossomática abarca conhecimentos dos aspectos biológicos da doença e de um conjunto de saberes, envolvendo os enfoques do ser humano enquanto ser psicológico e social. Para tanto, o método que se propõe utilizar é interdisciplinar, orientado pela Psicossomática e pela Análise de Discurso. O intuito é ressaltar os acontecimentos como um processo complexo e articulado entre as dimensões clínica e psicossocial, por meio da linguagem. No percurso da discussão entre corpo e mente, vários estudiosos, sobretudo do campo da Psicanálise, têm feito empenhos para erguer um campo teórico sólido apropriado na tentativa de elucidar o saber psicossomático. Assim, ganham destaque as ideias dos perfis psicossomáticos da Escola de Psicossomática da Escola de Chicago, representadas por Helen Flanders Dunbar, nos estudos sobre os conflitos emocionais psicogênicos, e por Franz Alexander, quando da inauguração das doenças psicossomáticas. Nas últimas décadas, a proposta de tratamento psicoterápico de doentes somáticos, possibilitou o surgimento do conceito de funcionamento operatório, desenvolvido pela Escola de Psicossomática Psicanalítica de Paris, representada por Pierre Marty. Partindo de uma questão norteadora, buscamos clarificar como acontecem as vivências afetivas, a elaboração psíquica de pacientes onco-hematológicos frente à eclosão da doença e do tratamento. Nessa disposição, cinco pacientes com leucemia aguda, hospitalizados, participaram do estudo na Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas. Foram achados dados significativos relacionados ao histórico de perdas e lutos não elaborados, aspectos atuais da vida como condicionantes do processo de adoecimento, insuficiência psíquica elaborativa, a relação de assujeitamento e sofrimento no trabalho, característica de complacência psicossomática, abolição dos próprios desejos e vontade, numa espécie de alheamento do corpo a serviço das demandas externas. Há indicação de potencializadores do apagamento afetivo, comumente apresentados por pacientes somáticos frente ao drama da doença, do tratamento e hospitalização. Esse processo dramático, potencializado pelo medo da morte, foi nomeado como “vida nua”, conceito original de Agamben (2002), aqui entendido como a vida biológica em jogo com incremento da pulsão de morte e a ausência aparente da restrição afetiva, vivenciados pelos pacientes desta pesquisa acometidos por câncer.

Palavras-chaves: Elaboração psíquica. Psicossomática. Oncologia. Funcionamento operatório.

Psychic elaboration of cancer patients: a reflection from the psychoanalytic psychosomatic and contemporaneity

ABSTRACT

This work aims at understanding the psychic elaboration of leukemia patients based upon the concepts of both psychoanalytic Psychosomatic and contemporary subjectivity processes. Having as support the concept of health-disease process, Psychosomatic deals with the knowledge of the biological aspects of the disease and the knowledge of a set of ideas involving the approaches to human beings both as social and psychological beings. Therefore, the method that is proposed is interdisciplinary. It is guided by the principles of Psychosomatic and of Discourse Analysis. We do so in order to highlight the events as a complex process, articulated throughout the clinical and psychosocial dimensions, via language. In the realm of the discussion involving body and mind, many scholars, especially from Psychoanalysis, have made commitments to build a solid theoretical field in an attempt to elucidate psychosomatic knowledge. Thus, the ideas of psychosomatic profiles of Psychosomatic School of the Chicago School stand out, represented by Helen Flanders Dunbar, with her studies on psychogenic emotional conflicts, and Franz Alexander, when he first points out psychosomatic illnesses. In recent decades, the proposed psychotherapeutic treatment of somatic patients has allowed the emergence of the concept of operative functioning, developed by Psychoanalytic Psychosomatic School of Paris, represented by Pierre Marty. From a guiding question, we try to clarify how the affective experiences and the psychic development of leukemia patients happen when they have to cope with the outbreak and the treatment of the disease. For this purpose, five hospitalized patients with acute leukemia took part in the study, held at the Foundation of Hematology Hospital of Amazonas. Significant data have been found related to: the history of losses and not prepared bereavements, current aspects of life as determinants of the disease process, elaborative psychic failure, subjection relationship and suffering at work, psychosomatic compliance feature, abolition of desires and will. It was also identified affective deletion, which is commonly found in somatic patients facing the disease, its treatment and hospitalization. This dramatic process, made stronger by the fear of death, was named as "naked life", the original concept coined by Agamben (2002), here understood as the biological life interfacing with an increase of the death drive and the apparent lack of emotional constraints, experienced by the cancer patients involved in the research.

Keywords: Psychic Development. Psychosomatics. Oncology. Operative functioning.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 QUADRO TEÓRICO	19
1.1 Modelos monista e dicotômico dos conceitos de corpo e mente.....	19
1.2 Elaboração psíquica e modos de subjetivação de paciente oncológico.....	31
1.3 O silenciamento de pacientes oncológicos frente à morte iminente.....	44
2 QUADRO METODOLÓGICO.....	61
2.1 Tipo de pesquisa.....	61
2.2 Participantes	64
2.3 Local da pesquisa.....	66
2.4 Instrumentos	67
2.5 Procedimentos de coleta de dados	68
2.6 Procedimentos de análise de dados	70
2.7 Procedimentos éticos.....	72
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS NA ÓTICA DA PSICOSSOMÁTICA	73
3.1 Descrição do quadro sócio demográfico	73
3.2 Afrodite: deusa do amor, da dor e da separação.....	80
3.2.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos.....	80
3.3 Dâmocles: sob a espada, em face com a morte	87
3.3.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos.....	87
3.4 Sísifo: o eterno retorno na busca por significação.....	90
3.4.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos.....	90
3.5 Dionísio: deus do vinho, da festa e da impulsividade	94
3.5.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos.....	94
3.6 Apolo: deus da razão, da força e inteligência.....	96
3.6.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos.....	96

4 SÍNTESE GERAL NA PERSPECTIVA DA PSICOSSOMÁTICA	98
5 ANÁLISE DE DISCURSO.....	108
5.1 Caracterização da análise.....	108
5.2 Quadro analítico organização e dinâmicas mentais – modos de subjetivação	109
5.3 Interpretação da organização e dinâmicas mentais – modos de subjetivação	110
5.4 Quadro analítico – modos de funcionamento habituais e atuais	115
5.5 Interpretação dos modos de funcionamento habituais e atuais.....	120
6 DIÁLOGO ENTRE A PSICOSSOMÁTICA E A ANÁLISE DE DISCURSO.....	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES.....	153
Apêndice I – Roteiro semiestruturado para entrevista psicológica	154
Apêndice II – Termo de consentimento livre esclarecido	157
Apêndice III – Consentimento pós-informação	158
ANEXOS.....	159
Carta de anuência institucional.....	160
Carta de aprovação da pesquisa.....	161

INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos que deram origem a psicossomática são oriundos da Psicanálise. Eles estão relacionados à psicogênese de determinadas doenças somáticas, de pesquisas sobre a gênese inconsciente das enfermidades orgânicas. Atualmente, a Psicossomática é conceituada como uma integrante de todas as patologias tratadas de forma multidisciplinar, intrincadas com o paradigma biopsicossocial em uma inovadora visão da interação mente-corpo, com diversos saberes no campo clínico e da saúde (MELLO, 2010).

No final do século XIX, Sigmund Freud (1856-1939) provoca uma mudança de paradigma com a descoberta do inconsciente e a fundação de uma nova teoria sobre os processos psíquicos. A partir dos revolucionários estudos sobre a histeria realizados com o psiquiatra francês Jean Martin Charcot, Freud propõe outros parâmetros acerca do adoecimento, não apenas decorrente de aspectos biológicos, mas também desencadeado pelas vicissitudes da mente (TEIXEIRA, 2006; VOLICH, 2000).

A partir da Psicanálise, houve um momento na história do desenvolvimento da pesquisa e construção do conhecimento inicial em Psicossomática em que se levantou a questão das psiconeuroses. Por psiconeuroses compreende-se o estudo dos sintomas ou das doenças de causas mentais que têm origem na infância nos quadros da histeria e da neurose obsessiva (PERES, 2006).

As proposições freudianas provocaram uma mudança de paradigma ao superar o reducionismo biológico imposto pela tradição cartesiana. Esses estudos inspiraram outros autores em suas tentativas de identificação dos determinantes emocionais das doenças orgânicas. Foi a psicanálise freudiana a responsável pelo surgimento da Psicossomática psicanalítica, inicialmente a partir da utilização do conceito de psiconeurose e de complacência somática. Atualmente, a Psicossomática elabora uma nova perspectiva, realizando uma releitura das neuroses atuais.

Dessas formulações se originou a Psicossomática. Ela aparece como disciplina dentro da Escola Psicossomática de Chicago, da Escola de Boston e, sobretudo, da Escola de Psicossomática Paris, esta última reconhecida como a possuidora de um arcabouço teórico/metodológico mais consistente no campo da Psicossomática psicanalítica.

Com o início da psicanálise, Freud propõe outro modo de pensar o presente, marcado pela racionalidade médico-psiquiátrica do final do século XIX. Ele inaugura um espaço para

que a história do corpo do sujeito encontre expressão de seu sofrimento, anteriormente banalizado. Freud se depara, especialmente no atendimento as pacientes histéricas, com um corpo que detém uma verdade e um saber sobre si mesmo, com um corpo representado (MELLO, 2010; VOLICH, 2013).

O caos corporal da histeria, aparentemente desordenado, funciona situado em um corpo representado e não no corpo anatômico, físico, para perplexidade dos médicos. A imagem do corpo do histérico é a responsável na produção de seus sintomas somáticos em contraponto a materialidade orgânica. Nessa concepção, o corpo é representado, libidinizado, sendo o seu investimento erótico. Essa circulação da sexualidade no campo da representação estaria em questão na produção dos sintomas das psiconeuroses. Nas neuroses atuais, a excitação sexual provocada no corpo biológico não teria relação com o corpo representado, não circulando em um quadro das representações. O seu mecanismo é somático, sem a participação da elaboração mental da excitação (DEJOURS, 2013; TEIXEIRA, 2006; FERRAZ, 2007).

Os estudos iniciais sobre a ligação entre corpo mente tiveram início na Grécia, mas a visão grega foi abandonada no decorrer da história. Com o advento da Psicanálise, Freud mostra que o psíquico podia ocasionar processos físicos. Partindo desses pressupostos, a Medicina Psicossomática e a Psicologia da Saúde abriram o caminho para a Psico-oncologia, hoje muito apoiada pela Psiconeuroimunologia, que avança com trabalhos sem as dicotomias entre os processos psíquicos e físicos (MELLO, 2010).

Na utilização dos postulados metapsicológicos, na tentativa de identificar os determinantes emocionais das doenças orgânicas, o psicanalista Pierre Janet (1859-1947) apresenta uma ideia psicodinâmica para um processo que acreditava ser psicossomático. Janet afirma que o quadro dissociativo provinha de uma energia psicológica deficiente (CERCHIARI, 2000).

Sándor Ferenczi (1873-1933) e o Georg Groddeck (1866-1934) se apropriaram das premissas psicanalíticas acerca da etiologia da histeria. Eles explicam as possíveis causas das doenças orgânicas como decorrentes do produto simbólico de um mecanismo puramente mental: a conversão. Ferenczi se interessava pelas relações entre a libido e o somático. Discípulo de Freud, ele começou a propor algumas inovações na técnica psicanalítica, sendo um dos precursores da Psicanálise a acreditar na eficácia do método psicanalítico no tratamento de doenças orgânicas. Seus estudos delineiam algumas perturbações

monossintomáticas de caráter neurótico, processo inconsciente, desencadeadoras de doença em determinado órgão do corpo (DEL VOGO, 1998; PERES & SANTOS, 2006).

Groddeck, por sua vez, desenvolve conceitos próprios. Diz o autor que o mecanismo da conversão histérica “poderia ser generalizado para outras doenças somáticas como uma expressão simbólica de desejos inconscientes manifestados no corpo do paciente” (MULLER, 2006).

Johann Christian August Heinroth (1773-1842), importante psiquiatra, tem sua obra relacionada com questões da insônia. Nela, ele aborda a ideia de uma influência das “paixões sexuais” sobre patologias como o câncer, a tuberculose e outras. É ele quem cria o termo *psicossomático* para expressar a integração dos aspectos físicos e psíquicos quando o ser humano adoece (MELLO, 1992; 2010).

Um novo movimento psicossomático inspirado no pensamento freudiano começou a surgir a partir de 1930 com o húngaro Franz Alexander (1891-1964). Ele discorria sobre determinados conflitos psíquicos responsáveis pela origem de disfunções do sistema nervoso autônomo e alterações nos músculos lisos que produzia secreções glandulares desordenadas (SANTOS FILHO, 1993). Conforme Haynal e Pasini (1983), as doenças orgânicas poderiam ser descritas como respostas fisiológicas exacerbadas irrompidas por estados de tensão emocional de processos mentais inconscientes desprovidos de significado simbólico.

Alexander conduz importantes pesquisas articuladas aos trabalhos de Freud. Em 1930, ele se torna professor na Universidade de Chicago. Em seguida, funda o Instituto de Chicago. Preocupa-se com as doenças denominadas psicossomáticas, passando a estudar a articulação entre corpo e psique, estruturando seus estudos nas questões puramente psicológicas. Para isso, procura a gênese das doenças em determinantes psíquicos inconscientes (PERES, 2005).

De acordo com Peres e Santos (2006), as proposições psicossomáticas de base psicofisiológica de Alexander foram questionadas nas décadas seguintes por autores contrários ao modelo pautado por uma visão dualista do homem. Diversos psicanalistas franceses se organizaram com o intuito de redesenhar uma nova via de formação das manifestações corporais do sofrimento emocional.

Felix Deutsch (1894-1963) é o psicanalista que resgata o termo psicossomático de Heinroth em um congresso do qual participa em 1920. Aplica ao termo em questão à ideia de indivíduo integrado em seu funcionamento corpo-psique e fomenta uma medicina psicossomática a partir dessa percepção. Nos Estados Unidos, Deutsch cria a Associação

Psicanalítica de Boston, juntamente com Alexander. Posteriormente, inicia os estudos, Sifneos da Escola de Boston sobre a dificuldade de alguns pacientes em identificar e nomear os sentimentos, denominada de *alexitimia* (CASETTO, 2006).

O estudo desse conceito foi reforçado na década de 1950 por Pierre Marty (1918-1993) e Michel de M'Uzan (1921-), da Escola de Paris. Mais tarde, em 1962, eles propõem o conceito de *pensamento operatório*. Para Marty (1998), o pensamento operatório está vinculado a dinâmica mental quando faltam representações por insuficiência ou indisponibilidade – os estímulos internos e/ou externos e suas sobrecargas não podem ser elaborados, simbolizados e integrados à atividade psíquica, decorrendo a somatização e uma desorganização progressiva, caracterizado o surgimento de doenças graves (PERES, 2006; CERCHIARI, 2000).

Conduzida por Marty, a escola francesa entendia que pacientes somáticos se caracterizam por um modo de funcionamento psíquico distinto daquele apresentado por neuróticos e psicóticos. Postulava que as doenças orgânicas devem ser analisadas a partir de uma perspectiva de continuidade evolutiva e funcional entre o corpo anatômico e o corpo erógeno (VIEIRA, 1997; VOLICH, 2000).

De acordo com Peres (2006), o modelo formulado por Marty e seus colaboradores é apontado pela literatura científica especializada como uma das vertentes psicossomáticas mais consistentes. Ele possibilita o esclarecimento de alguns dos complexos processos subjacentes à interação mente-corpo (FERRAZ, 1997; HORN & ALMEIDA, 2003; SANTOS FILHO, 1994; SILVA & CALDEIRA, 1993). Faz-se necessário salientar que a Psicossomática psicanalítica não se restringe a esse modelo. Nas últimas décadas, vários autores se empenharam em repensar o papel do psíquico como dimensão constitutiva do processo saúde-doença. A maioria deles enveredou por percursos teóricos distintos, em maior ou menor grau, daqueles preconizados por Marty.

Uma teórica que se destaca nesse contexto é Joyce McDougall. Neozelandesa radicada na França, ela é uma das expoentes da Psicossomática psicanalítica na atualidade (PERES, 2009) por demonstrar capacidade eclética, alheia a sectarismos, e por transitar por diversas escolas teóricas. McDougall (1996) busca responder a muitos questionamentos junto a autores de linha similar e de autores de teses paradoxais. Problematisa suas próprias ideias quando se depara com os impasses inerentes à prática clínica, buscando investigar hipóteses e formular novos aspectos sobre as facetas psíquicas das doenças orgânicas (PERES, 2006).

Dessa maneira adota uma trilha análoga aos estudos de Marty com pacientes somáticos (1998). McDougall (1996), contudo, considera que as somatizações são uma das respostas psíquicas mais comuns ao sofrimento mental que qualquer sujeito pode se valer. Isso acontece quando escapa à capacidade de tolerância habitual de processamento e de municiar um sentido afetivo aos acontecimentos o paciente somático tende a esvaziar a palavra de sua significação afetiva.

Pensar no adoecer orgânico não conversivo, a partir da psicanálise, implica considerar a unidade psicossoma, bem como o reconhecimento da etiologia multifatorial das patologias. Ao abrir as portas da investigação clínica ao corpo doente, Freud coloca em xeque as convicções dualistas soma-psique, ao garantir que os sintomas psíquicos desempenham função na economia subjetiva manifestando-se no corpo. Desse modo, institui o conceito de pulsão localizado entre o somático e o psíquico como operante da organização e dinâmica subjetivas (TEIXEIRA, 2006).

As repercussões subjetivas decorrentes da doença somática constituem um campo de desafios à clínica psicanalítica, constituindo-se pela não implicação do sujeito em seu sofrimento, por um corpo marcado pela angústia, bem como por prescrições biomédicas e representações aterradoras acerca da doença. A construção de discursos pelo sujeito sobre sua dor de existir pode aparecer suprimida, impronunciável, pois o corpo inteiro padece. É nesse sentido que a clínica psicossomática psicanalítica questiona a atuação psicoterápica junto a esses pacientes. Uma vez que constitui árduo o desafio de tornar implicado o sujeito-corpo-doença no jogo simbólico que não se reduz ao biológico, mas às dimensões da vida do sujeito (TEIXEIRA, 2006; BIRMAN, 2007).

Em síntese, a Psicossomática é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de Saúde. É um campo de pesquisas sobre essas ocorrências. Concomitantemente, é uma prática e uma práxis de cuidado integral. Nesse aspecto, há uma gama de atividades do que se chama de Psicossomática ou de Psicologia Médica, que abarca o ensino, a pesquisa e a assistência de qualquer tipo de fenômenos de saúde e de interações entre pessoas, como as relações entre profissionais-pacientes, relações entre familiares e instituição de saúde, bem com a doença e as repercussões emocionais, adaptativas ao adoecer, a possibilidade da morte e os recursos terapêuticos (MELLO, 2010).

Nesse aspecto, a Psicossomática se define como o estudo sistemático das relações existentes entre os transtornos orgânicos, psíquicos e processos sociais. Consiste em um ramo

do conhecimento que estuda e trata dos processos humanos, tendo como um dos seus princípios a recuperação de um diálogo interdisciplinar e transdisciplinar entre os saberes pertencentes às Ciências Biomédicas, Humanas e Sociais (CAMPOS & RODRIGUES, 2005).

A proposição interdisciplinar com pacientes oncológicos é defendida nesse trabalho por considerar na literatura científica especializada uma alusão bastante restrita de pesquisas voltadas à psico-oncologia em interface com a psicossomática psicanalítica. Na revisão da literatura há indicativos de pesquisas, por exemplo, de alguns estudos que apontam a etiologia do câncer atribuída à determinada personalidade tipo C e na ótica das doenças psicossomáticas causas por determinantes restritamente psíquicos (SOUZA, 2003).

A partir da leitura do livro a “Exclusão do afeto e alienação do corpo”, de Rodrigo Sanches Peres e Manoel Antônio dos Santos (2006), passei a observar na minha prática clínica no contexto hospitalar, elementos reflexivos da psicossomática psicanalítica à atuação com pacientes onco-hematológicos. Concordava que pacientes somáticos em atendimento na enfermaria e ambulatório apresentavam em algum grau um “apagamento” nos relatos verbais dos seus afetos, propensos ao funcionamento ou pensamento operatório, cujas características se vinculam a uma vida operatória automatizada, apresentando acentuada dificuldade de elaboração psíquica e um escasso contato com os desejos. Conforme aponta os teóricos da Escola de Paris de Psicossomática, pacientes somáticos, hipoteticamente, verbalizam pensamentos superficiais e restrição da afetividade. Manifestam circunscrições e ausências de aspectos simbólicos e subjetivos, fantasias, associações e representações mentais. Tais pacientes somáticos são aparentemente direcionados aos fatos e realidades concretas, expressando na maioria das vezes um discurso uniforme sem indicação da tonalidade afetiva, as palavras desconexas dos afetos.

Desse modo, a Psicossomática psicanalítica tem ajudado a entender determinados aspectos do funcionamento psíquico dos pacientes onco-hematológicos. Contudo, com algumas leituras a mais e com acompanhamento diário dos pacientes com leucemia, passei a interrogar alguns conceitos do aporte teórico da Psicossomática psicanalítica do ponto de vista apenas centrados na psicodinâmica do paciente. No contexto do hospital, as relações estabelecidas com o diagnóstico, tratamento e hospitalização, com a família e equipe de saúde, são elementos importantes a ser considerados como alguns potencializadores do “funcionamento operatório” ou “vida operatória”, bem como a noção de trauma nesse contexto podem ser vinculados ao câncer e às suas intercorrências. Além disso, as restrições

da afetividade e o empobrecimento da linguagem encontradas no sujeito podem também estar correlacionados a um determinado momento da cultura e aos modos de existir na contemporaneidade, não sendo resultante tão somente de aspectos psicodinâmicos, ou de uma estrutura apontados pela Escola de Psicossomática de Paris.

O funcionamento operatório dos pacientes oncológicos pode ser incrementado pela doença, terapêutica quimioterápica e internação. Pode também advir das propostas e modos de subjetivação contemporâneos encontrados na cultura pós-moderna, que fragiliza o processo de elaboração psíquica, e ser derivada da postura profissional biomédica, acentuando ou produzindo, talvez, a dificuldade de um dado sujeito tratar das questões emocionais e afetivas. Em geral, num hospital os processos são objetivados, mensuráveis e quantificáveis tolhendo um *setting* mais favorável para um atendimento mais profícuo a escuta do paciente. Nesse espaço, por inúmeras variáveis, a falta da expressão da subjetividade tende a fortalecer as características do funcionamento psicológico precário e uma ineficiente elaboração dos afetos pode impregnar no corpo do paciente com leucemia um maior latejamento. Concomitante aos precipitados psíquicos que não se dissolvem, não encontram ventilação, desenvolvem-se formas de má mentalização que podem se manifestar e se manter por algum tempo a energia pulsional, que pode se tornar excessiva precisamente pela impossibilidade de achar vias de elaboração. Com o impacto traumático de um diagnóstico de câncer, o tratamento quimioterápico e o processo invasivo de hospitalização podem colaborar para a continuidade de uma atitude de perplexidade do paciente diante da concretude da morte que sobressalta no seu corpo.

Além disso, o meu interesse se deve ao contraponto das reflexões que têm privilegiado a investigação sobre variáveis do funcionamento e adaptação psicológica dos sujeitos acometidos por câncer com a ênfase nas características de personalidade de modo reducionista, centrados puramente nos aspectos psicológicos sem considerar os processos intersubjetivos e o contexto social onde se inserem o sujeito. Nesse sentido, a linha teórica mais utilizada pelos autores nos estudos em questão se pauta pelo aporte teórico cognitivo-comportamental, em detrimento da abordagem psicanalítica e dos recursos metodológicos de coleta e análise dos dados. O número de pesquisa na perspectiva no campo da psico-oncologia em interface com a Psicossomática psicanalítica ainda é considerado limitado e escasso.

Vale ressaltar que a investigação da elaboração psíquica de paciente onco-hematológico, numa perspectiva da Psicossomática psicanalítica em interface com uma leitura

mais social da psicanálise e teóricos da contemporaneidade, poderá contribuir para um aprofundamento da compreensão biopsicossocial do sujeito somático, complementando o enfoque puramente psicodinâmico. No mesmo escopo, nos propomos trilhar por um método mais complexo que articula a linguagem, a ideologia e o sujeito. Para tanto a Análise de Discurso se mostrou um método entrelaçado à Psicanálise, cujo objetivo não é exclusivamente a compreensão de uma narrativa, mas reconhecer fundamentalmente o seu sentido, a sua importância e sua interdependência do sujeito com os determinados contextos.

Desse modo nos propomos à compreensão de um sujeito acamado, vinculado ao contexto sócio-histórico, aos processos de subjetivação atuais, na tentativa de favorecer novas ênfases e indicação de investigações teórico-metodológicas sugeridas por Peres e Santos (2006) e apontadas Dejours (2013) à Escola de Psicossomática de Paris, no entanto, sem perder de vista a suas relevantes contribuições.

A proposta desse estudo se justifica pela escassa literatura e discussão sobre a temática direcionada aos processos de elaboração psíquica de paciente acometido por câncer, à luz da Psicossomática psicanalítica e da Psico-oncologia. Tal pesquisa é necessária como contraponto às investigações vigentes orientadas, de um lado, por métodos quantitativos e psicométricos descontextualizados e, de outro, pautada por enfoques reducionistas acerca da constituição da subjetividade.

Foram realizados levantamentos na base de dados da Bvpsi, em que se encontram a) Index Psi vinculado ao Conselho Federal de Psicologia e Pontifícia Universidade Católica de Campinas; b) PePSIC, um portal de periódicos eletrônicos de Psicologia, fonte da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia; c) SciELO, uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros; d) Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica e; Portal da Capes vinculada ao MEC. Foram utilizados os cruzamentos de descritores “elaboração psíquica” e “câncer”. Não tivemos achados significativos. Dois trabalhos nesse intento foram encontrados. Quando utilizados os verbetes “psicossomática psicanalítica” e “câncer” apenas os trabalhos de Rodrigo Sanches Peres e Manoel Antônio dos Santos, (2012) e Sidnei José Casetto (2006) atenderam aos requisitos de busca, de acordo com a proposta desse estudo. Foi realizada a busca com o descritor “Psicossomática” (214) na BVPSI. Os resumos encontrados, 160 aproximadamente, dão ênfase às ideias da Escola de Psicossomática Chicago, perfil de personalidade, doenças psicogênicas. Quando utilizados os verbetes Psicossomática

psicanalítica na Bvpsi apenas 22 trabalhos são encontrados, dos quais se destacam os já elencados acima, de Peres e Santos. Com “Psicossomática” e “câncer”, 18 trabalhos foram contabilizados, fazendo referência ao conceito de resiliência, qualidade de vida, estresse, ajustamento, suporte familiar, intervenções. Na Medline foram pesquisados os mesmos descritores: “Psicossomática”, “câncer” (35). A maioria desses estudos tangencia as perspectivas das abordagens cognitivas comportamentais e é pautada por metodologias acentuadamente quantitativas e reducionistas, tendo como exceção o trabalho no campo psicanalítico de Marília Aisenstein. Além disso, no Google acadêmico foi encontrado um trabalho na perspectiva da Psicossomática psicanalítica aplicada a pacientes oncológicos, de Juliana Pereira Landim Clemente e Rodrigo Sanches Peres.

É a partir desta perspectiva que desejamos compreender inicialmente a elaboração psíquica de paciente onco-hematológico à luz dos conceitos da Psicossomática psicanalítica. Traremos à reflexão alguns elementos dos modos de subjetivação contemporâneos para melhor entender o sujeito e as intervenções da clínica atual. Para tal fim, buscamos a) discutir as concepções teóricas da Escola Psicossomática Psicanalítica de Paris, com ênfase na segunda tópica freudiana e nos condicionantes psicossociais na eclosão da doença oncológica; b) refletir sobre os conceitos de “pensamento operatório” e de “depressão essencial”, frente à dinâmica do adoecer do paciente onco-hematológico e; c) desenvolver uma reflexão sobre os processos subjetivos do paciente onco-hematológico em uma perspectiva da prática clínica de orientação psicanalítica relacionada ao cuidado de si.

Desde os trabalhos de Elizabeth Kübler Ross, a questão da assistência ao paciente somático e terminal ganhou novo fôlego, maior interesse da psicanálise que tem fomentado diversos trabalhos e reflexões nesse campo (MELLO, 2010).

A discussão sobre a elaboração psíquica de paciente onco-hematológico terá o aporte da Psicossomática psicanalítica da Escola Francesa e comentadores, sobretudo Peres e Santos que tem desenvolvido uma série de discussão nesse campo com pacientes somáticos. O momento contemporâneo dos modos de subjetivação serão discutidos por Joel Birman, Enriquez Dias, Dany-Robert Dufour e Michel Foucault, dentre outros pensadores psicanalistas ou não que abordam questões da atualidade.

Para tanto, iniciamos a nossa tarefa fazendo um recorte dentro do processo de saúde-doença. **No primeiro capítulo**, recorreremos à história para enfatizar os descompassos monista e dicotômico dos conceitos de corpo e psique, relacionados ao cuidado de si, desde a

antiguidade até os dias atuais. Nessa compreensão, a proposta da psicossomática como uma abordagem teórica articula as dicotomias históricas reforçadas por paradigmas epistemológicos na separação do corpo e alma, razão e emoção, vida e morte, etc. Tais realidades disjuntivas provocam a adequação da nossa prática clínica com pacientes somáticos, a qual a Escola de Paris lança um “novo olhar” e um inquietante desafio na tentativa de englobar na atuação no âmbito hospitalar os aspectos biopsicossociais.

No **segundo capítulo**, refletimos sobre a noção de elaboração psíquica e os modos de subjetivação de paciente oncológico. Dessa maneira, discutimos os processos de subjetivação indicam uma concepção mais contemporânea da subjetividade e perpassa o sujeito na sua estrutura psíquica de forma crítica aos pressupostos da vertente que defende o conceito de “natureza humana” e psicologização descolados dos elementos externos e da cultura.

No **terceiro capítulo**, refletimos sobre um dado emergente nas análises relacionado às questões da morte e suas implicações difíceis para doentes, familiares e profissionais da saúde. Ponderamos que dado ao silenciamento do paciente frente às repercussões da doença, a clínica psicanalítica no contexto hospitalar tende a provocar afetos negativos no psicoterapeuta, já apontados por Joyce Macdougall. Pacientes somáticos frequentemente impõem uma série de obstáculos ao processo terapêutico, evadindo do contato com a própria subjetividade e recorrendo a uma linguagem de impregnação simbólica restrita. Daí a importância de um modelo psicoterápico de apoio, pautado na psicoterapia breve e na proposta descrita pela Psicossomática psicanalítica, que seja capaz de dar suporte ao sujeito diante do *Real* impactante na experiência oncológica.

Na seção seguinte aos capítulos, realizamos uma breve **descrição do perfil sociodemográfico acerca dos sujeitos amazônidas da pesquisa**, contextualizando sobre alguns aspectos sociais considerados mais relevantes para o estudo e dados epidemiológicos sobre o câncer e a leucemia no mundo, no Brasil, na Região Norte e no Amazonas.

Após as discussões teóricas, apresentamos **os casos clínicos e as análises nas perspectivas da Psicossomática Psicanalítica de Paris e da Análise de Discurso - AD** de linha francesa. Por fim, apresentamos as considerações finais, retomando alguns elementos fundamentais da base teórica-metodológica utilizados para a compreensão da elaboração psíquica de pacientes oncológicos.

1 QUADRO TEÓRICO

1.1 Modelos Monista e Dicotômico de Corpo e Mente

Eu sou corpo e alma' – assim fala a criança. E porque não havemos de falar como as crianças? (...) O corpo é uma grande razão, uma multiplicidade com um só sentido, um estado de guerra e paz, um rebanho e seu pastor. Essa pequena razão a que dás o nome de teu 'espírito', ó meu irmão, é apenas um instrumento do teu corpo, e um bem pequeno instrumento, um brinquedo da tua grande razão. (...) O eu sente alegria e se pergunta como há de fazer para experimentar ainda muitas vezes a alegria – é para esse fim que lhe deve servir o pensamento.

(Zaratustra, de Nietzsche)

Este capítulo tem como objetivo apresentar alguns modelos e paradigmas acerca da unidade e da dicotomia entre corpo e mente dentro do processo de saúde e doença. Faremos uma linha do tempo, desde a Antiguidade até os dias atuais, com a proposta da Psicossomática, no intuito de reforçar a indissociabilidade do sujeito entendido como biopsicossocial.

A história do pensamento humano, originado na Grécia, sobretudo, com Sócrates e Platão, separa corpo e mente, os aspectos racionais dos afetivos. Nietzsche atesta que a história do pensamento ocidental é a história da negação da vida e do devir. Ao longo da filosofia e de algumas correntes científicas foram suprimidos, os cheiros, sabores, o corpo, a arte, os afetos. Os pensamentos e ideias de determinadas lógicas dicotômicas que tiveram origem na antiguidade ainda perduram hegemonicamente no momento contemporâneo dividindo corpo-mente, razão-afetos, saúde-doença (MARTINS, 2000).

Nessa perspectiva, procuramos identificar algumas ponderações acerca do processo-saúde doença, numa perspectiva da indissociabilidade mente-corpo, vinculado ao devir e aos movimentos da vida. Buscamos também apontar as dicotomias e dualismos presentes no

decorrer da arena da história antiga, moderna e contemporânea que ora perdem força, ora predominam no curso do pensamento biomédico, orientando estudos, pesquisas e concepções simplistas de ciência, distante do processo histórico, não passível de erros, reformulações e contestações (SANTOS 2003). Contudo, buscamos dar relevo ao percurso da Psicossomática a uma proposta mais complexa vinculada aos aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença, a partir da abordagem da Escola de Psicossomática Psicanalítica de Paris, subsidiada pela compreensão de relevantes aspectos das intrincadas afinidades entre corpo, mente e laço social tecidos e estruturados pela linguagem (QUINET, 2009; PERES & SANTOS, 2006).

Do ponto de vista monista, de acordo com Straub (2013), na antiguidade o processo de adoecimento era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais sobre o sujeito. Esse sujeito deveria buscar a cura em rituais mágico-religiosos. Nesse contexto religioso-mitológico, o adoecer era resultante de transgressões de caráter individual ou coletivo. Desse modo, as práticas de cuidado de si e as concepções terapêuticas estavam vinculadas às crenças, mitos e às religiões. Curandeiros, pajés e sacerdotes sabedores dos princípios simbólicos, das forças sobrenaturais e das alternativas medicinais que intermediavam o processo de tratamento entre o paciente e as entidades míticas (VOLICH, 2013; CASTRO, ANDRADE & MULLER, 2006).

Foi de Hipócrates a primeira tentativa no sentido de eliminar as causas sobrenaturais das doenças, passando a atribuir a elas uma causa natural. A partir dos ensinamentos de Hipócrates, considerado o início da medicina científica, gradativamente se inicia a desvinculação da doença do paradigma mítico-religioso (RIBEIRO, 1996; TOMAZELLI, 1998; VOLICH, 2013; HEGENBERG, 1998; JEAMMET, REYNAUD & CONSOLI, 2000).

Desde as primeiras discussões filosóficas, a questão acerca de como se dá a relação entre a psique, simbólico e o corpo, matéria, sempre geraram perplexidade, reducionismos e dicotomias no âmbito da saúde-doença. A teoria dos humores, desenvolvida por Hipócrates e aperfeiçoada por Galeno, era uma tentativa de lidar e estabelecer associação coerente, monista, entre as enfermidades do corpo e da mente. O equilíbrio da saúde dependeria desses fatores. Assim, a doença é considerada um desequilíbrio do estado organizado da unidade viva (PERES, 2006; VOLICH, 2013; BORGES, 2008).

Para Platão a unidade, o organismo, era dividido em corpo e alma. Alma para esse filósofo grego era uma essência espiritual, imaterial desvinculada das emoções, responsável pelo comando do corpo. Nessa visão platônica, para Freire (2000), inicia-se uma postura

dualista composta da separação entre mente e corpo em contraponto à corrente monista, defendida por Hipócrates, que perde força, passando as ideias de Platão a vigorar. De qualquer forma, para Freire (2008), a reflexão entre mente e corpo, razão e emoção são consideradas temáticas fundamentais e ainda bastante fecundas na história da ciência (CAPITÃO & CARVALHO, 2006).

Na história da filosofia não é raro encontrar sistemas que privilegiam a alma e relegam ao corpo um papel secundário, como defendia os pós-socráticos. Nesse aspecto, o cuidado de si implicava no cuidado essencialmente da alma, como aludia Platão. Alocava assim a primazia da alma em relação ao corpo em seus diálogos e defesas. Talvez por isso esse filósofo seja um dos principais alvos de crítica de Nietzsche, por afirmar e indicar o exercício racional e o conhecimento da verdade unicamente pelo acesso a razão, descartando o sensível, o corporal (BORGES, 2008; MARTINS, 2008).

O século V ao século XV, época dominada pela Igreja Católica, foi um período fortemente marcado pela linha platônica de cisão do corpo e mente, havendo a continuação da ideia de supervalorização da razão em detrimento das emoções. O cristão deveria aceitar com resignação toda dor e doença como expiação dos pecados. Nesse período, a assistência médica deveria se coadunar com as ideias religiosas e ser tutelada pela Igreja. Tais ideias enfatizavam o conhecimento pelo paradigma da superioridade da alma e a doença como provação em um corpo religiosamente depreciado. Na Idade Média, a carne tornou-se depositária das culpas, dos pecados e das imperfeições, enquanto que a alma passou a figurar como o lugar em que habitam os valores supremos, a filiação divina e a racionalidade. Promover a distinção hierárquica entre corpo e psique é uma tendência fortemente propagada nessa época depois incorporada pelo paradigma científico (FREIRE, 2008; BORGES, 2008; CHAÚÍ, 2002; STRAUB, 2013).

O corpo passa a ser o abrigo do pecado. O corpo é o depósito dos males, um objeto que não deve ser privilegiado. A relação estabelecida entre o sujeito consigo mesmo se orientará pela lógica de submissão aos dogmas e pela observância interna dos maus pensamentos para expurgá-los de si. Dessa prática resultou uma herança de interiorização intimista de fortalecimento da separação entre alma e corpo e que encontrará na Modernidade modos de expressão e produção de subjetividades originadas da lógica binária, que promove os fundamentos com que se procura constituir a identidade e definir a verdade, na tentativa de

impossibilita o surgimento da diversidade que a linguagem sempre propiciou (FOUCAULT, 2006; BERNARDES, 2012; GOULART, 2003).

No Renascimento, o conhecimento da anatomia revelou-se fundamental para a compreensão do adoecer e da terapêutica. A visão de René Descartes (1596-1650), sua concepção dualista, tendeu a priorizar a lógica, valorizando a base racional em prejuízo dos aspectos emocionais. Descartes postula a separação entre mente e corpo por considerá-los substâncias de naturezas diferentes, ressaltando, assim como a Igreja, a racionalidade e o sujeito cognoscitivo em detrimento da afetividade e de um corpo sensível (VALENTE & RODRIGUES, 2010).

O modelo biomédico ou mecanicista tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento. Platão e Descartes são quem influenciam todo o pensamento ocidental na construção de uma filosofia do conhecimento que será um dos pilares do modelo científico predominante até os dias atuais, passando a ser considerados as referências das ideias dualistas de separação entre psique e corpo, razão e emoção (VOLICH, 2000; PERES, 2006; BORGES, 2008).

De acordo com Martins (2000), Nietzsche apresenta o período denominado Modernidade como um estágio de empobrecimento, cujos sintomas já tinham sido percebidos ainda na Grécia Antiga com Platão. De acordo com o filósofo o instinto e a vontade de viver dionisíaca fora modificada pela razão apolínea. No mesmo sentido, a ética platônica fora incorporada pelo cristianismo, que suprimiu as pulsões vitais, os afetos e a comemoração da vida. A história da civilização ocidental foi marcada pela lógica de uma razão castradora e uma moral dogmática dificultando o sujeito de dizer sim a si mesmo e fazer valer toda vontade de poder abafada em suas pulsões (BORGES, 2008).

Borges (2008) aponta ainda que dentre as dicotomias atacadas por Nietzsche encontra-se a separação e distinção entre corpo e alma, o aspecto inteligível e o sensível como uma das mais danosas para vida. Além de fazer uma crítica à postulação do dualismo, Nietzsche critica veementemente a ênfase dada ao “mundo inteligível” em detrimento do “sensível”. Para Nietzsche, corpo e alma não são coisas diferentes e separadas, a alma é parte do corpo que não é outra coisa senão luta de impulsos, que não lutam apenas por conservação, mas por superação, por mais vigor. Para o filósofo o corpo é pluralidade de impulsos que combatem entre si em busca de potência, de vida. Esses impulsos que lutam entre si, segundo Nietzsche, caracteriza o que é um corpo sadio e o que é um corpo doente (MARTINS, 2008).

No auge da modernidade, no século XIX, as ciências naturais reforçam a concepção de Descartes. A tendência ao reducionismo e ao esquadramento na busca de uma causa específica para uma doença apropriou-se do entendimento vigente por meio das descobertas de Louis Pasteur (1822-1895). Químico e biólogo francês, Pasteur introduz o conhecimento da existência da vida microscópica dos germes, o estudo das origens da vida, com passos decisivos na análise da estrutura molecular dos corpos. Descobre a ação transmissora e o campo de propagação dos micro-organismos, fundando uma nova era para a etiologia das moléculas infecciosas. Cria as vacinas antirrábica e anticólera. As descobertas científicas de Pasteur, realizadas com o uso do microscópio, trouxeram um desvendamento do corpo humano e do universo que o circundava de forma surpreendente. Apesar de o ambiente ter sido incluído como participante ativo das questões relacionadas à doença e à saúde, o corpo e a psique pareciam ser compreendidos e estudados separadamente (STRAUB, 2013; PERES & SANTOS, 2006; VOLICH, 2013).

O projeto moderno de cuidado de si torna-se, nesse quadro, um dos focos de tecnologias políticas, uma estratégia de controle das infecções importantes. No entanto, esse projeto evanesce as práticas de si no âmbito de uma estética da existência. O discurso biomédico torna-se uma das ferramentas que contribuem para estratégias voltadas para o indivíduo-corpo, ampliando aptidões e melhorando suas condições de utilidade. O indivíduo na relação com o seu corpo-máquina passa a assumir uma experiência de uma existência anônima, sem o seu potencial afetivo, autônomo, singular e social, adquirindo a feição estatístico e taxionômico (FOUCAULT, 1999; BERNARDES, 2012).

Nesse contexto, Freud (1856-1939), com a Psicanálise, produz uma grande ferida narcísica, atingindo o saber ocidental ao produzir o deslocamento da razão e o modelo biomédico. A Psicanálise possibilitou a derrubada da razão e da consciência do lugar sagrado em que se encontravam. Ao fazer da consciência um mero efeito de superfície do inconsciente, Freud operou um contraponto a inversão cartesiana (GÁRCIA-ROZA, 2009; VOLICH & FERRAZ, 2013; ÁVILA, 2002).

Além disso, a proposta de escutar o inconsciente, a invenção da psicanálise rompe com a medicina da época, a qual buscava uma correspondência exata da doença com achados orgânicos. Modelo científico que predomina do século XIX até os dias atuais, privilegiando a anatomia patológica, centrado no discurso epistemológico positivista de ciência que também

propõe a separação entre o sujeito pesquisador e o seu objeto de estudo (SANTOS, 2003; ÁVILA, 2002).

A racionalidade que se desenvolve nessa perspectiva baseia-se agora na razão de um sujeito cognoscente que não se confunde com o objeto que pretende dominar pelo conhecimento. A separação radical entre sujeito e objeto é uma das marcas distintivas da ciência moderna. Aliás, conforme Maturana (2002), o pensamento ocidental, sempre opôs o biológico ao não biológico, ao social e cultural. Na mesma perspectiva dualista que reaparece continuamente com vários nomes: corpo x mente espírito x matéria, natureza x história, indivíduo x sociedade. Essas discussões bailam constantemente de forma bastante ruminante no pensamento crítico na perspectiva de superação de envelhecidos paradigmas científicos dicotômicos. Latour (1994) enfatiza que o estabelecimento de lógicas dicotômicas buscou atender a uma reclamação de purificação dos objetos, colocada pelo projeto epistemológico da modernidade. No entanto, tal purificação jamais foi possível ou alcançada.

Sob o impacto da Primeira Guerra Mundial, Freud (1915/1996a), acometido por um forte sentimento de perplexidade e desilusão diante da desrazão que afluía no comportamento da civilização europeia, coloca em suspensão todas as conquistas intelectuais e científicas da cultura moderna. Nessa perspectiva, com as leituras de Le Bon, revisa a sua teoria do aparelho psíquico, saindo de uma perspectiva puramente técnica e psicodinâmica da primeira tópica, passando a englobar aspectos filosóficos e sociológicos nos seus estudos. Ampliando os trabalhos de entendimento individual para abarcar os fenômenos coletivos (FARR, 1999).

Paulatinamente um novo paradigma vai despontando em torno das ideias de superação das dicotomias, da ordem, da mensuração e da objetivação. Surge outra concepção de ciência, que possibilita uma articulação conceitual e interdisciplinar entre a ordem e o caos, subjetividade e objetividade, corpo e mente, causa e efeito. Fundamentado em bases críticas ao reducionismo, o paradigma complexo rompe com o esquema de pensamento que preconiza a separação e a divisão das partes para tentar explicar o todo e em reduzir metodologicamente os elementos em interação de forma a simplificar e realizar previsões matemáticas (MORIN, 2002; NASSER, 2008).

Cedendo lugar à complexidade Morin (2002), a racionalidade não seria mais sinônimo de certeza garantida. A ideia de complexidade constituiria uma busca de saídas para superação do paradigma da simplicidade. Assim, excita a dar conta do carácter

multidimensional de toda realidade estudada. Nesse sentido, os fenômenos biopsicossociais se apresentam no campo da saúde como complexos e multidimensionais numa relação sempre próxima instável e em permanente mudança.

O psicanalista Plastino (2003) apresenta importantes reflexões a respeito da mudança paradigmática instaurada pela crise da modernidade e sobre o percurso da Psicanálise. Nesse sentido faz uma densa análise pautada, sobretudo nos pensamentos de Boaventura Sousa Santos (2003), especialmente na obra *Conhecimento prudente para uma vida decente* e Edgar Morin (2002) em *Ciência com consciência*. A partir dessas leituras, o psicanalista compreende e coloca a psicanálise como mais um dos interstícios ocorridos nos pilares do paradigma moderno em relação à construção do conhecimento. Desse modo, ratifica a impropriedade dos dualismos defendidos pela modernidade que expressam a supremacia de um sobre o outro, bem como a concepção do corpo como máquina e da mente objetivada (NASSER, 2008).

Consoante Dejours (2013) com o início da psicanálise e o tratamento da histeria proposto por Freud, surge uma nova compreensão acerca dos sintomas, da subjetividade e do corpo biológico. Freud, ao pronunciar uma teoria da sexualidade, inicia uma revolução na concepção de corpo. Estrutura a partir do corpo biológico, a noção de corpo erógeno, inserindo-o na linguagem, na reminiscência, na significação e na representação.

Historicamente, a histeria se caracteriza como sinal de falência do método anátomo-clínico, que marcou o advento da medicina moderna, no início do século XIX. É relevante recordarmos que a histeria é um ponto de ruptura para a racionalidade médica, na medida em que ao exibir uma variedade de sintomas corporais, ela não aceita a redução à racionalidade da medicina, abortando o seu anseio clínico de articular os sintomas com lesões anatômicas específicas (NASSER, 2008, VOLICH, 2013). É nesse contexto de corte com a cultura da anatomopatologia que instaura a possibilidade de uma clínica da escuta (BERLINCK, 2000; FOUCAULT, 2006).

Canguilhem (2006) faz uma dura crítica à medicina e a biologia científica moderna. Para ele, elas buscam objetivar e mensurar os processos vitais. Nessa lógica, destaca que o biológico, à medida que se assenta como espaço do palpável, do empírico, do controlável, passa a ser a matéria de investimentos de políticas, em que a subjetividade perde sua dimensão simbólica. Desse modo, a materialidade permite ao discurso biomédico ascender a um status de veridicidade e confiabilidade.

Numa perspectiva similar, pautados em pressupostos simplícistas, as abordagens psicossomáticas da Escola de Chicago contribuíram muito para disseminar a causa psicológica a determinadas doenças. Desse modo, ganham maior visibilidade quando surgem os trabalhos de Dunbar sobre o perfil de personalidade e doença psicossomática e os de F. Alexander sobre a especificidade de algumas doenças tidas como psicossomáticas (SANTOS FILHO, 1993; HAYNAL & PASINI, 1998; MELLO FILHO, 2002; MACKINNON & MICHELS, 1992).

Freud, embora sem finalidade clara de desenvolver uma proposição psicossomática, monista, proclama o sujeito do inconsciente a partir dos estudos sobre a histeria (VOLICH, FERRAZ & ARANTES 2013). Sua obra representa um grande salto na compreensão do significado do sintoma e marca o surgimento da Psicanálise. Os estudos das neuroses atuais, distinto da histeria e da neurose obsessiva, constituirão o grupo composto pela neurastenia, neurose de angústia e hipocondria. Nessas neuroses atuais não se encontra uma representação inconsciente, como nas psiconeuroses, mas um mal estar atual no sujeito, provocado por uma excitação que foi desviada do psíquico, que causa profundas ressonâncias no corpo biológico. Esse desvio operado pelo aparelho psíquico tem a finalidade de controlar as excitações que chegam até ele, cuja acumulação pode ser danosa para o corpo. O trabalho mental consiste em domar e integrar as excitações no psiquismo estabelecendo entre elas associações, sem essa atividade de elaboração o corpo fica desprotegido do excesso pulsional, o que potencializa o adoecimento somático (FREUD, 1914; MARTY, 1998; BIRMAN, 2007).

Para Mello Filho (1992; 2010), foi o psiquiatra alemão Johann Christian Heinroth (1773-1843) quem introduz o termo *psicossomático* em 1818 e, posteriormente, o termo *somatopsíquico*. A ideia de psicossomática faz referência à influência das paixões nos quadros de tuberculose, epilepsia e câncer. Já o segundo conceito refere-se às doenças nas quais o fator somático modifica o estado psíquico e emocional (HAYNAL, PASSINI & ROCHA, 1998). Essas proposições foram consideradas um avanço teórico para a época. No entanto, para a prática clínica, foram pouco relevantes. No decorrer da metade do século XX, o termo '*psicossomático*' estava praticamente abandonado

Contudo, os conceitos derivados da teoria psicanalítica, a partir dos sintomas somáticos relacionados à dinâmica psíquica, as psiconeuroses e as neuroses atuais, a dimensão econômica do funcionamento psicossomático, foram referenciais para o desenvolvimento das teorias psicossomáticas atuais na perspectiva de articular e integrar

corpo e mente (ÁVILA, 2002). Nesse arcabouço teórico, a doença passa então a ser vista como um acontecimento na história do paciente inserida em um conjunto de relações que inclui o indivíduo, seu contexto social, seus modos de subjetivação, seu corpo e sua vida (CRUZ & PEREIRA JUNIOR, 2011).

Atualmente, Mello (2010) propõe três formas de entender o conceito “*psicossomático*”; a) dentro da medicina, psicossomática surge como reação a exclusão do sujeito pela ciência, ao tentar focar a medicina em seu conjunto de tratamento integral; b) a partir da psicossomática como ciência autônoma da Escola de Paris, que inclui a medicina psicossomática; c) na perspectiva do fenômeno psicossomático referente a transtornos orgânicos cuja causalidade ou evolução não respondem a lógica das enfermidades biomédicas.

Valas (2003) defende que as teorias psicossomáticas têm se orientado majoritariamente entre duas correntes: a) Os fenômenos psicossomáticos têm um sentido, assim como na neurose histérica. De acordo com essa concepção, a doença pode se referir a uma causalidade psíquica original, pautada na psicogênese, ideias defendidas pela Escola de Chicago; b) Os fenômenos psicossomáticos não têm sentido psíquico ou simbólico, posição defendida pelo Instituto de Psicossomática Psicanalítica de Paris. Para os representantes desta Escola, os fenômenos psicossomáticos vinculam-se a uma verdadeira carência das atividades de representação.

Peres (2006) proclama o modelo formulado pela Escola de Paris, cujo representante é Pierre Marty, como uma das vertentes psicossomáticas mais consistentes registradas pela literatura científica especializada, pois possibilita o esclarecimento de alguns dos complexos processos subjacentes à interação mente-corpo (FERRAZ 1997; HORN & ALMEIDA, 2003; SANTOS FILHO, 1994; SILVA & CALDEIRA, 1993).

Os pressupostos da psicossomática psicanalítica dão subsídio ao entendimento de relevantes dimensões que se constituem entre corpo e mente. Tal abordagem tem si tornado bastante consistente em decorrência da proscrição das teses cartesianas e dos modelos dualistas. Para o autor, a psicossomática psicanalítica defende a continuidade entre o funcionamento mental e o funcionamento orgânico, muito embora reconheçam a multifatorialidade do adoecimento, os limites do reducionismo psicológico. No entanto, não aludem a outros condicionantes do processo saúde-doença (PERES & SANTOS, 2006).

Em outras palavras, as proposições de Pierre Marty apontadas por Dejours (2013), Peres e Santos (2006) fornecem relevantes contribuições para o entendimento dos aspectos estruturais da subjetividade dos pacientes somáticos. Muito embora não possibilitem o esclarecimento de outros fatores associados aos aspectos constituintes do psiquismo dos sujeitos e dos possíveis fatores etiológicos, condicionantes do adoecimento.

A unicidade corpo-mente pode ser analisada e discutida à luz de arcações teóricas distintos da concepção psicossomática (PERES, 2006). Para tanto, estudos sistemáticos das relações existentes entre os processos psicossociais, alteração das funções orgânicas ou corporais, poderão fortalecer a recuperação de um diálogo profícuo entre os saberes interdisciplinares e complexos (MORIN, 2002).

Dejours (2013) considera indevido o prosseguimento de um juízo dualístico entre a psique e o corpo. Embora partindo dos importantes estudos de Pierre Marty que o nortearam, posteriormente ele elabora algumas críticas ao solipsismo teórico da psicossomática psicanalítica de Paris. Considerado que a psicossomática caracteriza-se como uma atitude na promoção de saúde, se pode postular uma visão integrada, na sua unidade irreduzível corpo-mente, ambiente físico e socioeconômico-cultural (CAMPOS & RODRIGUES, 2005).

Eksterman (2010) defende que a psicossomática integre três perspectivas: a doença com sua dimensão psicológica; a relação médico-paciente com seus múltiplos desdobramentos; a ação terapêutica voltada para a pessoa do doente. Em síntese que articule os aspectos entendidos como biopsicossociais na assistência ao paciente somático.

Canguilhem (2006) advoga o caráter vitalista, imanente e monista nas reflexões do processo de superação das dicotomias e dualismos. Para tanto, defende pensar a existência como um debate dinâmico entre indivíduo e contexto social integrado. Para Rodrigues (2015), Canguilhem busca se afastar da noção positivista da ciência moderna ao compreender que a vida, entendida como criação, requer um tipo de conhecimento que não seja dogmático. O autor considera que a vida tem um tipo de estabilidade que é sempre provisória, portanto, irregularidades e anomalias não são concebidas como acidentes, mas como próprios da existência. Para o autor, o processo saúde e doença é singularidade da vida, é normatividade, estar em constante movimento de criação de novas normas vitais, por conta da pluralidade de formas, escapa de concepções redutoras.

O entendimento de Canguilhem (2005) acerca do monismo encontra grande semelhança com as ideias do filósofo Spinoza, como algo inseparável, imanente. Spinoza não

faz a separação entre corpo e alma, como na filosofia dualista de Platão e Descartes. Ele entende que o mundo corpo e mente coexistem numa mesma substância. Canguilhem, na perspectiva monista, ressalta que a saúde traz o sentido de um poder do corpo, que age sem limitações. É uma permissão de viver e de agir pela vontade corpórea. Apesar disso, no contexto dessa teoria, a saúde ininterruptamente perfeita é anormal, visto que a experiência do sujeito sempre inclui a doença (RODRIGUES, 2015).

Apesar dos relevantes conceitos da psicossomática e da clínica psicanalítica no âmbito da saúde ainda terem sido utilizados com frequência, o entendimento da psicogênese e da conversão, sem ponderação dos recursos escassos de elaboração psíquica advindos do alheamento do corpo, da compreensão dos processos somáticos e psíquicos relacionados às práticas social e cultural dos indivíduos vão ganhando espaço (HAYNAL, PASINI & ARCHINARD, 2001). O enfoque psicossomático mais propagado se limitou ao reducionismo psicológico e emocional sem a preocupação de associar outros fatores do processo da saúde doença numa perspectiva “bio-psico-histórico-social”, conforme aponta (STRAUB, 2013). Dessa forma, a doença é ao mesmo tempo uma realidade orgânica, psíquica, somática e social (CANGUILHEM, 2005; RODRIGUES, 20015).

As contribuições de George L. Engel (1997), inspirado na teoria geral dos sistemas, a chamou de biopsicossocial, com os conceitos de Danilo Perestrello (1996) sobre a chamada Medicina da Pessoa, uma prática clínica ancorada nos métodos das ciências culturais. Neles, os nexos causais são substituídos por nexos de significado, assim como a concepção mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), definida como “equilíbrio biopsicossocial”, possibilitou à Psicossomática assumir uma função integradora, multidisciplinar e interdisciplinar no campo da saúde (MELLO, 2010). Dessa maneira, o estudo de alguma doença necessita abranger o sujeito, seu corpo e seu espaço circundante como elementos biopsicossociais ativos de um sistema total, único e singular (ENGEL, 1997).

Debray (2001) afirma que é injustificado separar nos sujeitos o que atua na cena psíquica e corporal do que se vive na superfície do social. De fato, a antiga dicotomia psique/soma, objetivo/subjetivo não resiste a essa proeminência de que somos seres psicossomáticos respirando continuamente cultura. Freud (1913/1996) pensava o sujeito como engendrado pela ordem da cultura, como discutido em “Totem e tabu” e um permanente desamparado, como afirma em seu “Mal-estar na civilização” (FREUD 1930/1996). Ou seja,

para Freud um ser marcado pelo conflito entre os registros da pulsão e da faceta social (BRANT, 2001).

Freud (1930/1996) indica os riscos de assujeitamento, submissão e serialização da subjetividade, uma vez que o aparelho psíquico é o resultado da interação e embate entre o aspecto pulsional e o código social. De certo modo, o psiquismo, para a Psicanálise, já pressupõe a ação da cultura sobre a dimensão pulsional do indivíduo. Desse modo, cada sujeito deve encontrar uma forma de autonomia e produção de si, técnicas para viver (ENRIQUEZ, 2005).

Vale lembrar que Foucault (2004) retoma o cuidado de si, vinculado à saúde na Antiguidade Clássica grega e romana onde era um imperativo. O cuidado de si é uma proposição ética que implica relações complexas com os outros. Tratava-se de uma filosofia da estética da existência que correlaciona práticas de cuidados alimentares, exercícios físicos, práticas reflexivas, transcendentais, dentre outras (FOUCAULT, 2006; BERNARDES, 2012).

Cabe ressaltar que as técnicas de si ligadas ao cuidado de si na antiguidade se distinguem das técnicas contemporâneas. As primeiras eram multidimensionais, englobavam os aspectos biológicos, a saúde, o cuidado com o corpo, com os aspectos psicológicos, com os outros, com a transformação da vida, uma estética da existência em contraponto à normalização e imposição de modelos. As segundas, as técnicas de si atuais, são implementadas de forma a produzir padronização, hegemonia, afastando o sujeito de si mesmo, de sua autonomia e dos laços afetivo e social, evidenciando a sua precariedade na constituição sujeito e no processo de adoecimento (NARDI & SILVA, 2009).

Ao abordar a relação entre o pensamento de Canguilhem e Winnicott, Rodrigues (2015) e Estellita-Lins (2007) indicam que apesar de todos adoecermos, o cuidado de si apresenta um ilusório fracasso na experiência da doença que envolve também um aspecto normativo, um esforço de adaptação, um movimento de indagação de novos modos de existência, embora com graus variáveis da eficácia da capacidade criativa. O sentido existencial que a doença manifesta ao doente aponta para o fato de que a enfermidade se endereça mais cedo ou mais tarde a qualquer organismo globalmente. Disso decorre o entendimento monista e a necessidade de se ponderar, repensar a vida a partir de um trabalho possível de cuidado e elaboração de si (CYMROT, 1997), que discutiremos no próximo capítulo, sobre a elaboração psíquica e os modos de subjetivação do paciente oncológico.

2.2 Elaboração psíquica e modos de subjetivação de paciente oncológico

Diante da dor (...) podemos construir uma teia de símbolos: (...) somos como aranhas, que vivem sobre o abismo em teias tecidas com fios que elas tiram de dentro do seu próprio corpo...

Rubem Alves

A elaboração psíquica, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), é um conceito descrito por Freud para denominar, em diversos contextos, o trabalho realizado pelo aparelho psíquico a fim de conter a excitação, cuja acumulação pode propiciar agravos à saúde. O trabalho de elaboração consiste em incorporar ao psiquismo as energias livres, concebendo entre elas conexões associativas, a fim de minimizar a vulnerabilidade somática.

A Escola de Psicossomática de Paris advoga suas teses a partir das concepções psicanalíticas das neuroses atuais para pensar a doença somática como resultado da impossibilidade de elaboração psíquica promovida pelos escassos recursos mentais do indivíduo advindo de uma estruturação mental e emocional deficiente (PERES, 2006).

O modelo teórico proposto por Marty (1993; 1998), um dos fundadores da Escola de Psicossomática de Paris, ressalta que um mínimo de elaboração psíquica corresponde a uma condição elevada de risco para o surgimento de uma doença orgânica. Um sujeito, por exemplo, que diante de um traumatismo apresente uma atividade mental pouco desenvolvida pode não dispor de recursos mentais suficientes para lidar com o excesso de energia pulsional e decifrar as exigências que chegam ao aparelho mental (CYMROT, 1997).

Dentro da abordagem da psicossomática psicanalítica, vários autores compartilham a ideia de que a doença somática aparece onde há carência de elaboração psíquica e falhas de simbolização. Isso possibilita a necessidade de descarga pulsional através do corpo. Se as excitações persistem em demasia, há uma desorganização progressiva e o aparelho mental transborda, abrindo caminho para as somatizações e doenças somáticas (MARTY, 1998; MCDUGALL, 1996; PERES & SANTOS, 2006).

Em vista de cessar o processo de desorganização do corpo, o trabalho de elaboração acontece com a fusão das representações que ocorre no pré-consciente. O pré-consciente se organiza como sistema que vincula as representações mentais constituídas das representações de coisa e as representações de palavra. A superficialidade das representações, reduzidas às

coisas, sem afeto e simbolização constituem, de acordo com Marty (1998) algumas das características dos sujeitos mal mentalizados (PERES & SANTOS, 2012).

A elaboração psíquica que sucede por meio das pulsões de vida, de acordo com Freud (1914/1990), constituiria a força de ligação, organização das representações no aparelho psíquico, em oposição à pulsão de morte, indicada como a força de desligamento e ruptura do psiquismo. A pulsão de morte se apresenta contrária a qualquer possibilidade de representação no psiquismo. Por falta de elaboração, a sua tendência é de descarga completa da energia psíquica, levando a um esvaziamento e destruição dos afetos. Assim, a pulsão de morte age de forma muda prejudicando o funcionamento psicossomático do sujeito. A pulsão de morte se expressa de forma indireta, por meio dos fenômenos da compulsão à repetição, da reação terapêutica negativa, do sentimento inconsciente de culpa e da agressividade (MEZAN, 1990; VIEIRA, 1997).

Em “Recordar, repetir e elaborar”, Freud (1914/1990) articula a compulsão à repetição derivada da pulsão de morte a um tipo de resistência, quando faz uma distinção entre a recordação e a repetição. A repetição como resistência leva o paciente a repetir em vez de recordar. A repetição substitui a rememoração, não possibilitando o trabalho mental de forma eficaz (ALMEIDA & ATALLAH, 2008; FERRAZ, 2005).

Nessa perspectiva, Pierre Marty e Michel de M’Uzan (1994) sugeriram a noção de *pensamento operatório* como uma forma denotativa da falta de trabalho psíquico distinta da estrutura de neurose e da psicose. O pensamento operatório descreve, conforme os autores supracitados, um modo consciente de funcionamento mental desprovido de qualquer profundidade, sentidos múltiplos, metáforas, atos falhos e anteparos pelos afetos que indicam a superficialidade do discurso e do processo de transferência nas relações sociais.

As características das representações operatórias encontram-se fundamental apoio no plano externo, nas convenções sociais, nos discursos aprendidos e repetitivos, nas descrições impessoais, uniformes, cronológicas e descoloridas do paciente. Semelhante a um pintor sustentando-se no seu próprio pincel, como se o sustentáculo do psiquismo estivesse nessa superfície (CASETTO, 2006).

Marty (1998) desenvolveu sua teoria a respeito da precariedade das mentalizações pautado nas relações mãe-bebê durante o desenvolvimento infantil. Ele atribuiu o empobrecimento mental em relação às representações, como sendo um resultado de uma falha anterior na função materna. Ao afirmar que as insuficiências das representações psíquicas

localizam sua procedência no início do desenvolvimento do sujeito, Marty aponta que a função materna distorcida possibilita a formação de uma estrutura psicossomática, caracterizada por um ego frágil, com limitações em sua capacidade de simbolização.

Roussillon (2006) destaca que o psiquismo infantil se organiza de modo pré-linguístico. O corpo do bebê, em contato com o da mãe, recebe uma primeira escrita. Em alguns casos incide uma separação entre a linguagem e o corpo, de tal modo que o ato, e/ou a somatização, ocupa a função de comunicação.

Tanto Freud como Lacan entendem que o processo de elaboração psíquica está ancorado na capacidade de pensar e simbolizar advindos da constituição subjetiva derivada do laço social, da linguagem. Inicialmente, como sugere Lacan, somos necessariamente alienados a nomeação do “Outro” em relação aos nossos estados afetivos e corporais. O “Outro” do discurso me causa, me fixa como sintoma, como algo estranho e repetitivo de obter o “gozo”. Nesse sentido o eu é definido a partir do registro imaginário, dentro da ordem simbólica, onde, também, o sujeito, a posteriori, pode se redefinir na relação com os desejos de si (FINK, 1998; PINHEIRO, 1999).

Na formação do sujeito, este é tomado por dois espaços de fala de acordo com Fink (1998). Eles surgem de dois lugares psicológicos diferentes o eu e o Outro. Por vezes acreditamos que o “eu” é quem tem o controle, quem pensa, sente, nomeia e age, como nos alertava Freud (1915-1996b), de que não somos senhores e senhoras da nossa casa, mas o inconsciente na maioria do tempo nos rege na linguagem, nos discursos que funcionam em nós. A linguagem precede o nosso nascimento e certamente se manterá viva, depois da nossa morte (FINK, 1998).

Ao nascer, a criança entra em um universo simbólico dos pais e da cultura. Em um primeiro estágio de choro, período da sensação de indiferenciação das necessidades, desejos e pulsões são moldados conforme a identificação dos pais sobre as demandas particulares do infante em forma de palavras que não necessariamente correspondente a sua expressão legítima. Em síntese, os cuidadores tentam adivinhar e nomear os estados afetivos da criança em palavra e ação. Quando um bebê chora, por exemplo, o sentido desse ato inicialmente é definido pelos pais (KAMERS & BARATTO, 2004).

Para alguns psicanalistas, a linguagem nos violenta. No entanto, ela também nos produz. Para Lacan (1998), todo sujeito que fala é um alienado, produto da linguagem. Na linguagem podemos realizar o desejo e paradoxalmente não desejar, nomear um possível

sentimento ou sensação, mas não estar seguro dele ou até senti-los como estranhos a nós mesmos. Os discursos, as falas, os desejos dos outros são internalizados, por vezes permanecendo elementos estrangeiros, alheios à subjetividade, um corpo estranho ao sujeito. A linguagem é inscrita, cravada no corpo, a fisiologia dar lugar ao significante. Em outras palavras o sujeito é essencialmente, de acordo com Lacan (1998), uma relação com a ordem simbólica (PISETTA & BESSET, 2011).

Freud (1930-1996) chama atenção sobre a possibilidade da origem de um primeiro sentimento ou sensação corporal denominado de “sentimento oceânico”, descrito como uma sensação de ‘eternidade’, um sentimento de algo ilimitado, sem fronteiras. É um sentimento de vínculo indissolúvel, de indiferenciação do sujeito com meio envolvente, de ser uno com o mundo externo. Para Lacan tal momento é definido como Real, o que ainda não foi simbolizado ou resiste à simbolização (LACAN, 1998; FINK, 1998). O Real, pode ser entendido, o que é distinto da realidade, é um efeito do Simbólico: o que o Simbólico expulsa (VANIER, 2005).

Ocorre que nem sempre estamos certos dos nossos sentimentos, do nosso eu, dos tipos de vínculos estabelecidos com o mundo. Inicialmente o ego não aparece como algo autônomo e unitário, distintamente demarcado de tudo. Pelo contrário, o ego é indiferenciado em relação ao mundo circundante, sem delimitação nítida, uma entidade mental inconsciente, o id, à qual o ego serve como uma espécie de fachada. Uma criança recém-nascida ainda não distingue o seu “eu” do mundo externo como fonte das sensações que fluem sobre ela. Aprende gradativamente a fazê-lo com o suporte social, por meio da mediação simbólica da linguagem, desse processo surge a disposição de elaboração psíquica frente aos estímulos internos e externos (FREUD 1930-1996; PISETTA & BESSET, 2011).

Hanna Segal (1991) defende que a simbolização ou elaboração necessita da capacidade de pensar e simbolizar tendo em vista o trabalho de lidar com as ansiedades mobilizadas pela relação com o objeto, superação de perda, às angústias e o Real em contraponto a negação e a fixação. Bion (1962) já aludia que o desenvolvimento da personalidade se dá conforme o alcance do sujeito para pensar suas experiências emocionais em vez de desviar-se delas. Para tanto, carece no início da vida de um cuidador com capacidade psíquica de acolher, acalantar, metabolizar e devolver decompostas ao bebê com um significado emocional as experiências afetivas iniciais que este projeta nele. Para Lacan (1998), o que não é simbolizado retorna no Real. Desse modo, a elaboração é um trabalho

contínuo de alguma espécie de luto, fruto da dor que deve ser acalentada, elaborada ou simbolizada.

Podemos ressaltar a importância da capacidade de elaboração psíquica para a saúde na perspectiva que sanidade está relacionada à capacidade para elaborar, organizar e utilizar símbolos inconscientes com nitidez e eficácia, semelhante ao apontado por Bion (1970) como “linguagem de êxito”. Tal conceito diz respeito a substituição psíquica de uma “coisa” por uma linguagem que designa algo novo na vida do sujeito (HOFFMANN, 2007).

Maia (2005) acredita que sujeitos que apresentam falhas na capacidade de elaboração podem promover sentimentos de ‘vazios’ atrelados à comunicação por meio de palavras esvaziadas de significados, evidenciando um ausente contato com as emoções. O contato com as emoções e apreensão de significados surgidos das experiências é possível via elaboração psíquica, da representação simbólica que atua como uma espécie de acionador que abre novas redes afetivas. A abertura destas redes leva ao alargamento das capacidades simbólicas na direção à condições de pensamento cada vez mais evoluídos.

Green (1988) destaca que em todas as configurações clínicas atuais o mecanismo dominante é o luto insuperável e as reações defensivas que ele suscita, e sugere que o luto como mecanismo estruturante está ligado às pulsões de vida, pois permite a simbolização, a elaboração, e superação das fixações. Em contrapartida, todas as estruturas que estão infiltradas pelas pulsões de morte caracterizam-se por lutos impossíveis, revelando o aspecto desatado das pulsões.

A elaboração teórica do conceito de pulsão de morte em além do princípio do prazer possibilitou um desvio crucial da obra de Freud (1920/1996). Quando Freud concebeu a existência de uma pulsão sem representação, como a pulsão de morte, a questão da representação perdeu o privilégio teórico que detinha anteriormente na metapsicologia freudiana. Com isso, se deslocou para o primeiro plano do discurso psicanalítico o conceito de pulsão como força e como exigência de trabalho que é realizada sobre o outro e sobre o psiquismo, que é uma exigência de ligação, de regulação da subjetivação da força pulsional. Enfim, a força pulsional se insere na exterioridade do sistema de representações e da linguagem (BIRMAN, 2007; FERRAZ, 2010).

De acordo com Carvalho (2004), a falta de elaboração psíquica está dentre as principais características dos pacientes somáticos apontadas por diferentes teóricos da psicossomática psicanalítica, assim como estariam a ausência de sintomas como formação de

compromisso, a carência de um mundo fantasístico operante por meio do qual os derivados do recalco pudessem se manifestar e a tendência à atuação por falta de recursos mentais.

A falta de um trabalho psíquico, para alguns autores da Psicanálise, é própria das psicopatologias contemporâneas, relacionadas ao gozo e ao excesso pulsional, em oposição à vertente do conflito, ligado ao desejo e à fantasia inconsciente. Todas essas características parecem refletir a manifestação da pulsão de morte na atuação e ausência de sintomas simbolizáveis, indicariam uma relação com o aspecto desprendido da libido sujeitada ao processo primário, ao princípio de prazer e à compulsão a repetição, evidenciando assim os traços da redução das tensões e da descarga pulsional via ao ato (BIRMAN, 2001; CARVALHO, 2004).

Apesar da distinção entre a psicose originada na infância de toda neurose atual, de origem contemporânea, a psicossomática de Paris defendida por Marty (1998), não vincula nem menciona a relação de contemporaneidade como condicionante do processo de adoecimento. O termo atual, conforme observaram Laplanche & Pontalis (2001), deve ser adotado no sentido de uma atualidade no tempo. Nesse sentido considerar os ciclos de vida, sobretudo da vida adulta conforme apontados por Kohl (2004), dar relevo ao momento do sujeito em contraponto aos aspectos regressivos, embora sem negligenciá-los. Os ciclos de vida são culturalmente organizados de passagem dos sujeitos pela existência humana podendo ser definidos a partir dos tipos de atividades próprias de cada etapa em que os sujeitos estão envolvidos e os correspondentes instrumentos, signos e modos de pensar e agir associado ao período característico. Além disso, o termo atual expressa uma ausência da mediação simbólica tão comum na contemporaneidade, comumente encontrada na formação dos sintomas da psicose em outras épocas como o deslocamento e a condensação (FERRAZ, 2010).

Muito embora, conforme Carvalho (2004), o recalco da sexualidade infantil continue sendo o fator fundamental na constituição do psiquismo, pode ser reducionismo separar os aspectos da sexualidade infantil. No entanto, pode ser relevante, como apontam alguns teóricos, trazer à baila outras dimensões da contemporaneidade, potencializadoras do empobrecimento simbólico presente nas relações líquidas (BAUMAN, 2004), na dimensão do trabalho, no câncer como uma doença temida na atualidade, dentre outras questões relevantes para compreender o sujeito dentro do seu contexto histórico (BRIMAN, 200; ENRIQUEZ, 2005; TAVARES, 2010; DUFOR, 2007).

Dufour (2007) acredita que o momento atual criou novas configurações produtoras de sujeitos dessimbolizados, empobrecidos, alienados, acrílicos e psicotizantes, com sérias insuficiências na vida afetiva e na capacidade de pensamento. Ancorado nessa reflexão, Marcuse (1973) já concebia o mundo moderno como constituído por máquinas, das quais os homens e mulheres contemporâneos tendem a ser meras reproduções mecânicas, coisificados, tendo suas vontades e desejos produzidos pela racionalidade tecnológica. Nessa lógica, o sujeito está cada vez mais imerso a uma camada de coisas concretas dentro de um dispositivo bem-sucedido que compromete a vida, a partir de um modo de pensamento e comportamento unidimensionais (PISANI, 2004). Essa realidade, não obstante, está na gênese e potencialização dos fatores causadores de doenças, sofrimento humano, angústia e melancolia, já apontados por Freud (1930/1996).

A reflexão freudiana sobre a metapsicologia da angústia pode servir de elemento para as discussões contemporâneas sobre a aflição que escapa à elaboração psíquica que se refugiando no corpo, como nos quadros da economia psicossomática, nos processos de somatização e doenças graves como as oncológicas (CRUZ & PEREIRA JÚNIOR, 2011). Lacan (2003) defende que a angústia é um afeto por excelência em estado bruto quando não elaborado, lapidado, pode ser a fonte de um mutismo irrepresentável ou não-simbolizável.

Ao contrário do processo de conversão na histeria que opera sobre o corpo erógeno, o representado, a somatização recai sobre o corpo biológico, somático, em que não há representação. Nesse ponto, aparece o papel da pulsão de morte na eclosão das doenças vinculadas ao registro do real. Onde não existe a elaboração haverá o *acting*, a motricidade ou a descarga sobre o soma em detrimento do pensamento e da linguagem como amparos e expressão dos afetos (FERRAZ, 2010).

Schwartzman (2004) sugere que a incapacidade de mentalização ou simbolização não deve ser caracterizada como um traço de personalidade, mas sim relacionado à dinâmica do psiquismo circunscrita a alguns períodos críticos da vida, sujeitado às influências socioculturais dos tempos atuais.

Conforme Ferraz (2013), a produção social atual tem lançado quantidade elevadíssima de estímulos e exigências que se impõem ao sujeito num processamento do tempo e das informações praticamente impossíveis de tolerar e elaborar psiquicamente, deixando assim o sujeito exposto a distintas modalidades de sofrimento e traumas, não representáveis ou não interpretados em curto prazo. Nessa mesma lógica de pensamento, Dufour (2007) aponta que

vigora na sociedade contemporânea o sujeito subjugado, consumido, reduzidos ao estado de produtos. As características atuais apontam para uma nova configuração social que “reduz as cabeças”, as mentes e empobrece a afetividade criando novos modos de subjetivação.

As condições sócio-históricas organizam as formas de subjetivação na atualidade, caracterizando novos modos de mal-estar na cultura. A compreensão dos engendramentos do sujeito só é possível ser pensados nas teias dos seus vínculos consigo mesmo, com o outro, com as suas condições de existência, limites e possibilidades, sobretudo considerando o seu contexto atual (BIRMAN, 2007).

De acordo com Birman (2001), no momento atual, a sociedade pós-moderna apresenta características de exibicionismo, esvaziamento das trocas intersubjetivas e dessimbolização. Fragmentaram e capturaram a subjetividade no registro do imaginário, em detrimento do Simbólico. Levando o sujeito a cair numa rede sem sentidos ou com sentidos líquidos (BAUMAN, 2004). Desse modo ficam desprotegidos, sem mediações, tomados por intensas angústias e mal-estar na contemporaneidade.

O “mal-estar” é um fenômeno individual e coletivo pode ser visto como um fenômeno de caráter tanto clínico como cultural. Ele tem suas raízes não apenas nas condições de trabalho do capitalismo globalizado, mas na própria transformação recente da cultura que é seu produto. O sujeito passa por uma situação de incerteza e apreensão sobre o modo de se conduzir, pensar e sentir em relação à vida e em relação à morte (TAVARES, 2010).

Dejours (1994) propõe, por exemplo, a hipótese de que a organização do trabalho taylorista é capaz de neutralizar e bloquear completamente a vida mental durante o trabalho, levando o trabalhador a perder suas potencialidades simbólicas. Essa organização torna o trabalhador obrigado a funcionar como uma estrutura comportamental, onde não existe trabalho simbólico. Devido ao choque com a organização do trabalho, as aptidões ligadas à mentalização e à produção de fantasias seriam as melhores defesas contra a tensão imposta pela economia psicossomática, não obstante esvaziadas pelo desgaste e complacência ao trabalho.

Zimmerman (1999) cita que o pensamento operatório ou funcionamento operatório é uma característica presente nos pacientes somatizantes caracterizado por um estado mental de investimento da libido em tudo que existe de concreto, sobretudo em seus sintomas corporais. Tende a responder com a ação ao invés do pensar devido à falta de condições do inconsciente expressar-se por meio das representações às suas angústias e pulsões.

A psicossomatização pode ocorrer em qualquer sujeito diante de uma carga exagerada de afetos que não consegue manejar nem manter o equilíbrio psíquico quando as defesas neuróticas e psicóticas fracassam ou tropeçam em seu funcionamento (MARTY, 1993; MCDOUGALL, 1996). De acordo com Bergeret (1998), as psicossomatizações, embora possam existir em qualquer estrutura de personalidade, estão mais próximas das organizações borderline.

Diante da incapacidade de suportar psiquicamente uma carga demasiada de sentimentos e pensamentos, o sujeito tende a responder abolindo a sua capacidade de pensar dada à deficiência de condições psíquicas para expressar-se através das representações. Diante de traumas e situações conflitantes o adulto somatiza como um bebê, demonstrando que ambos possuem o mesmo funcionamento psíquico diante de dolorosas emoções, reagem apenas psicossomaticamente, por meio de significantes não verbais (MCDOUGALL, 1996).

Para Bauman (1998; 2004), a modernidade em transição para a atualidade pós-moderna nos coloca a percepção, talvez, mais apurada de algumas nuances produtoras de “mal-estar” a que estamos submetidos habitualmente. Com suas transições simbólicas e seus dispositivos intrínsecos, exige do sujeito atuações contínuas, tendo essas a característica principal da valorização de uma capacidade de se desligar do seu mundo subjetivo, de si mesmo e de tudo que seja duradouro e sólido. Esse é o ponto principal do estilo de existência instigada pela Pós-Modernidade (TAVARES, 2010).

De acordo com Birman (2007), a subjetividade se vincula às produções sócio-históricas produzidas em sociedade. Desse modo, a particularidade da doença deve ser entendida como experiência subjetiva em intersecção entre o indivíduo e o laço social. Seguindo esse raciocínio, Figueiredo (2003), sem negar outros elementos constituintes do adoecimento, indica que uma das origens das doenças se deve à “cultura traumática”, decorrente das “condições socioculturais contemporâneas”. Nessa perspectiva, a doença pode servir como formas de defesa contra a grande intensidade de angústia não elaborada.

Decorrente desse funcionamento, Volich (2013) menciona constatações de diversos autores que indicam a diminuição concomitante do funcionamento do sistema imunológico em pessoas enlutadas e deprimidas, bem como sua correlação com a incidência ou o risco de câncer conforme apontavam os estudos de Bartrop, Lazarus, Luckhurst, Kiloh e Penny (1977). Bandeira e Barbieri (2007) assinalaram que um agressivo e intenso quadro de angústia

e mal-estar, bem como de estresse ou luto não elaborados pode reduzir a função imune do organismo.

O Instituto Nacional de Câncer – INCA – (2012) define o câncer como um processo altamente complexo do qual vários fatores de risco herdados e fatores de risco ambientais, tais como a alimentação, o hábito de fumar, a ocupação e a exposição à radiação e a agentes químicos. O câncer pode ser desencadeado seja por agentes físicos, biológicos ou químicos.

De acordo com Bandeira e Barbieri (2007), a psico-oncologia amplia a gênese do câncer considerando os fatores biopsicossociais, os fatores externos, trabalho, as substâncias químicas, alimentação e afins e os eventos significativos para a vida psíquica do sujeito. Com relação aos fatores internos, além das modificações genéticas, estão correlacionadas características subjetivas e estados afetivos, no processo de alteração das condições imunológicas, conforme evidenciado em pesquisas da Psiconeuroimunoendocrinologia (CAETANO, CAETANO & KRÄMER, 1999).

Assim como a psico-oncologia, a psicossomática psicanalítica, embora não enfatize, reconhece a multifatorialidade do adoecimento orgânico, atribuindo grande importância aos aspectos biopsicossociais na etiologia e desenvolvimento do câncer, (GIMENEZ, 1994; PERESTRELLO, 1996; PERES & SANTOS, 2006).

De acordo com González Reis (2006), quando uma pessoa recebe o diagnóstico de uma doença cuja representação social é extremamente negativa, via de regra, sua resposta subjetiva é extremamente angustiante, sobretudo quando as doenças são associadas à morte iminente, considerando o caráter de interdito e sem opções com que se tem enfrentado o tema da morte no imaginário social. O momento do diagnóstico e tratamento nas fases iniciais, por exemplo, de um tipo de câncer, pode ser muito significativo para o estudo, tanto das representações sociais, quanto dos modos de subjetivação frente a doenças estigmatizantes.

Costa Júnior (2001) reconhece que, apesar dos avanços tecnológicos, o câncer ainda é uma doença culturalmente estigmatizada e com representações simbólicas negativas bastantes compartilhadas. A passagem pelo tratamento oncológico produz no sujeito novos modos de significação, novas organizações do dizer, novos processos de identificação, outras modalidades de subjetivação.

A pessoa não entra neutra na experiência do câncer, pois a sua vida “organizada” subjetivamente participa de forma ativa nos processos e modos como vivencia a doença. As diferentes representações e crenças a respeito do câncer estão presentes no campo social, estas

têm impacto nos diferentes sentidos subjetivos, se organizando de modo diverso em cada paciente. Para González Reis (2011), a categoria do sentido subjetivo diz respeito a constituição histórica no âmbito da subjetividade e nas diferentes dimensões da vida e relações significativas que constrói o sujeito.

Receber um diagnóstico de câncer comumente desencadeia na pessoa um quadro de angústia de forma inconsciente. Isso se relaciona à sua própria finitude, ao temor da morte e ao drama do tratamento. O tratamento pode marcar subjetivamente o paciente produzindo medo do sofrimento causado pela enfermidade e terapêutica extremamente invasiva e hostil ao organismo (FERREIRA et al., 2008).

Desde a fase de investigação clínica e da hipótese diagnóstica de um provável câncer, o sujeito aparentemente demonstra intenso sofrimento e sinais de angústias, passando por várias transformações, de ordem física, social ou emocional. Já durante o tratamento, de acordo com Gaspar (2011) o câncer parece destruir a pessoa, levá-la para um campo de batalha. Daí surge as expressões vinculadas a um momento de guerra e luta desenvolvida em torno do tratamento oncológico, metaforicamente utilizadas pelos pacientes e equipe de saúde.

Diante da confirmação da doença oncológica, das fases iniciais do tratamento ou de um provável mau prognóstico, há uma situação de luto e perda que abala qualquer base simbólica cuja função é de aportar o sujeito e de acalmá-lo. Faltando essa medição o sujeito fica exposto, passa a apresentar quadros emocionais intensos com possíveis alterações da personalidade (BANDEIRA & BARBIERI, 2007).

O processo de luto, pela perda da saúde, sinaliza para abertura de uma necessária elaboração psíquica frente à falta ou suspensão da representação para a má notícia recebida. O sujeito prostrado reclama a atenuação da dolorosa e inominável experiência de descobrir um câncer no próprio corpo. Atravessar esse árduo momento pode levar o paciente a um determinado mutismo por apresentar certo descarrilhamento da cadeia significante (LACAN, 1998).

Por algum motivo, quando os significantes, suportes do sujeito, não são satisfatórios e desabam, o sujeito também desmorona. Essa desarticulação de uma cadeia significante pode ser desencadeada em momentos de conflito, quando a vida fica nua, sem significantes. A vida nua se apresenta para o sujeito como algo que se esquia ao processo de simbolização, excedendo ao campo das representações, *bíos* reduz-se à *zoé*, da vida operatória, do tempo

normativo, passa à condição de vida nua frente a possibilidade da morte iminente (INCA, 2014; AGAMBEN, 2002; SCHRAMM, 2009)

O paciente que enfrenta um câncer, via de regra, apresenta-se em condição subjetiva de desproteção, de desamparo, de vida nua, entendida como mera vida biológica, desprovida de elementos “políticos” num sentido de escolhas, sentidos e significações. A vida nua deixa o sujeito durante algum tempo sem referências do corpo erógeno, do corpo simbólico. A vida nua brota do eclipse da autonomia do paciente diagnosticado e hospitalizado para o tratamento oncológico, tendo em suspensão parte da sua liberdade e o declínio da linguagem numa tentativa aterradora de descrever o real (SCHRAMM, 2009).

A vida nua pode ser caracterizada em Lacan (1998a) como o encontro com o Real, ao nos reportar aos múltiplos momentos do tratamento do câncer, as intercorrências, a morte do outro, não exclusivamente ao recebimento da má notícia do diagnóstico. Em Freud (1918/1996), o conceito de real pode se articular a ideia de trauma, o que incide em algo inesperado escapando à simbolização, inapreensível ao sujeito que demandará um trabalho mental. Algo pode ser considerado traumático quando surge uma visão nua e crua do real, quando o véu imaginário não consegue descrever, dá conta da sua cobertura, deixando o real fendido (LACAN, 1998b).

Os modos de subjetivação são disparados quando se depara com o Real do câncer, frente a uma agonia inexprimível, sem imagens para representar o que lhe ocorre e palavras para significar a experiência do que lhe passa. Assim o sujeito tende a entrar num quadro de mudez, algumas vezes, desapropriado de si pode tentar substituir a representação da angústia por atos (SELDES, 2008; BIRMAN, 2007).

O mal-estar físico ocasionado pela doença pode deixar o paciente bastante entrelaçado nela, levando-o a um desinteresse em relação a qualquer outro aspecto da vida, dado a proporção de sua manifestação. Tal posição aponta para uma possível constatação de que o sujeito não está na disposição de quem exporá uma demanda afetiva conforme sugere Freud (1914/1996b) sobre o narcisismo.

Na experiência de tratamento do câncer, algo esquiva à elaboração mental, permanecendo como um excesso inefável para o sujeito, no início da doença para muitos pacientes, embora alguns se arrisquem outros não encontram palavras que consiga bancar a experiência oncológica por completo. O que aparentemente pode apaziguar esse sofrimento é a tentativa e o esforço do sujeito de procurar construir algum sentido mínimo e algumas

alternativas perante a realidade que abalou suas referências subjetivas (LACAN, 1998c; SIMONETTI, 2004).

Freud (1927/2006) indica que se um determinado sujeito apresenta poucos recursos ou um único suporte, não se pode despojá-lo do que tem sem ter alguma coisa melhor a lhe proporcionar em troca. Desse modo, entre a realidade e a fantasia que sustenta o mundo imaginário de cada sujeito, existem possibilidades e limites que necessitam ser reconhecidos e cogitados diante do sofrimento dos sujeitos somáticos.

Conforme Carvalho (2004), as representações de coisa frente ao real oncológico tende a ser mais mobilizadas pelo aparelho psíquico, embora não participe de forma significativa do processo de associações de ideias. Aos poucos o sujeito a partir da linguagem poderá trazer as representações de palavra mescladas as representações de coisa, adquirindo significados e contribuindo para a instauração de uma comunicação simbólica interna e externa.

A Sociedade Moderna tem propagado e acentuado diversas e densas transformações nos modos de vida e nas novas formas de subjetivação desencadeados a partir do rápido crescimento urbano e demográfico, do desenvolvimento dos sistemas de comunicação de massa, potencializando uma vida acelerada, calcada no imediatismo, na busca excessiva e exibicionista pela suposta felicidade. Dessa forma os sujeitos são convocados a uma completa “passividade subjetiva”, alienados de si e de suas reais necessidades e desejos. De maneira geral os sujeitos não vivem o cotidiano, mas são vividos por ele (TAVARES, 2010; DUFOUR, 2007).

Maia (2004) afirma que o perfil da demanda clínica vem se modificando: os 'casos difíceis' tornavam-se cada vez mais frequentes. Suas principais características específicas seriam o “esvaziamento da interioridade, empobrecimento linguístico e fantasístico ou até mesmo um certo anestesiamiento diante de si e do mundo.

No próximo capítulo vamos refletir sobre outra forma de negação, apontada pelo silenciamento de paciente somático, oncológico, decorrente da dificuldade de elaboração psíquica diante da angústia da doença e do medo morte iminente.

1.3 O silenciamento de pacientes oncológicos frente à morte iminente

Para isso fomos feitos: para lembrar e ser lembrados. Para chorar e fazer chorar. Para enterrar os nossos mortos... Por isso temos braços longos para os adeuses... Dedos para cavar a terra... Pois para isso fomos feitos: Para a esperança no milagre. Para a participação da poesia. Para ver a face da morte. De repente nunca mais esperamos... Hoje a noite é jovem; da morte, apenas nascemos, imensamente.

Vinicius de Moraes

Este capítulo aborda o tema da morte, procurando retratar as experiências de pacientes oncológicos, silenciados por um lado em decorrência do “Real” e do apagamento dos afetos produzidos pela pulsão de morte e por um desajuste na economia afetiva, de um lado, e, por outro, devido às concepções acerca da morte escamoteadas pelo contexto sócio-histórico e cultural. Além disso, buscamos apresentar alguns impasses técnicos vinculados à transferência e contratransferência da equipe de saúde, sobretudo do psicoterapeuta no atendimento a sujeitos somáticos no contexto hospitalar.

Não é raro encontrar um paciente, após um diagnóstico, recidiva e prognóstico oncológico, diante da fantasia inconsciente da morte, emudecido. Dessas realidades podem surgir um aparente empobrecimento e limitação da linguagem do paciente de forma temporária em alguns casos, nem sempre estrutural conforme prescreve a hipótese defendida pela Escola de Psicossomática de Paris. Essa Escola postula que pacientes somáticos comumente são incapazes de manter contato com as emoções. Isso acontece, segundo os representantes da escola supracitada Marty e Muzam (1994), porque o sujeito apresenta uma estrutura psicossomática que se situa entre a neurose e a psicose.

Para Kubler Ross (1998), as experiências com pacientes hospitalizados, em função de uma doença grave, sobretudo o câncer, trazem tantos acontecimentos expressos que o impedem a pronúncia de palavras e de sentidos. As experiências oncológicas são vivências difíceis de ser traduzidas verbalmente. Falar sobre os afetos no início de um diagnóstico e tratamento de câncer implica em entrar em contato com o assustador medo inconsciente de

morrer. Deparar com a possibilidade da morte desencadeia no paciente uma intensa angústia, uma sensação de desamparo e um aparente esvaziamento da linguagem. O câncer geralmente é apreendido como uma doença acompanhada de dor e sofrimento intoleráveis que induz inexoravelmente à morte (KOVÁCS, 2002).

O esvaziamento da linguagem no enfrentamento ao câncer pode ser acréscimo de uma forma de silêncio produzida da intensidade e ruptura com a vida mediante o diagnóstico oncológico, tratamento e hospitalização. Nela, o sujeito tem a voz abafada, submergida pelo impacto traumático. Há também um tipo de silêncio do afeto assumido como uma forma de resistência, de defesa e proteção. Com Freud (1919/1996), temos o conceito de trauma concernente ao Real na leitura lacaniana. Ele consiste em algo que escapa à simbolização, sendo, portanto, inapreensível ao sujeito. Emerge na forma de sobressalto instaurando a dimensão do espanto, do encontro com o inesperado. É uma experiência tida, às vezes, como desorganizadora da vida do sujeito que o deixa sem proteção, sem amparo e sem fala.

Para a Psicanálise, o silêncio do paciente oncológico é indicador de sentido, uma posição discursiva, que pode manifestar conteúdos do inconsciente aparentemente limitado e empobrecido afetivamente, perante um tratamento oncológico agressivo e impactante. Aliado à doença, mesmo não sendo expresso, silenciado, o medo da morte ou de morrer pode ter um significado, inicialmente indizível, interditado, talvez caçado pelo paciente silenciosamente. O real da história, dialeticamente afeta e é afetado pelo simbólico, por ser a linguagem intermediária entre sujeito e suas narrativas, mesmo não ditas (ORLANDI, 2002 e 2005; PÊCHEUX, 1997).

Dentro desse contexto, Pitta (1999) declara que esse silêncio pode ser também uma forma de expressão, e como tal, possui suas condições de produção e apresenta diversos sentidos, da supressão do afeto à resistência velada. Para Kubler-Ross (1998), apesar do emudecimento e dos estágios emocionais decorrentes do adoecimento e da iminência da morte, os pacientes oncológicos ainda mantêm em funcionamento subjetivo um fio de esperança, possivelmente originada da pulsão de vida.

As reações emocionais decorrentes do câncer, já desde o início do diagnóstico e tratamento produz um pavor que a própria palavra “câncer” socialmente é recusada não devendo ser dita, mencionada. Alguns pacientes após diagnóstico tentam silenciar sobre a sua doença, sente-se acanhados de revelar o seu mal. Possivelmente, tais reações sejam produtos dos modos de subjetivação do sujeito, do tipo de enfermidade e dos aspectos culturais que

envolvem as representações acerca de uma doença estigmatizante não são somente de uma estruturação psíquica. Além disso, para Kovács (1992), a tomada de consciência da morte, da finitude do ser humano, constitui-se em uma ferida narcísica aterrorizante. O câncer está sempre associado à ideia de morte iminente, a uma natureza destrutiva que corrói os afetos e algumas formas de pensar (KUBLER-ROSS, 1998).

De onde vem o pavor de morrer? O paciente diagnosticado com câncer assume uma posição de sujeito próximo à morte, talvez por isso alguns emudeçam por não saber lidar com a sensação de pânico decorrente da possível falta de vitalidade, da falta da própria vida. Além disso, morte de si tem sido impensável na contemporaneidade (KOVÁCS, 2003a; 2003b).

Durante um longo período na história, observamos uma aturada representação acerca da morte de forma natural. A morte nessa perspectiva era domesticada, íntima e familiar. A morte na antiguidade era uma contemplação pública que ninguém pensava em esconder. Porém a morte, ou sua representação, transformou-se. Até a Idade Média, se reconhece a morte de si mesmo. A partir do século XVIII, ela passa a ser, predominantemente a morte do outro, uma violação a vida, uma ruptura, um interdito. Desse modo, a morte é a reafirmação de que a felicidade pode estar ameaçada, na impossibilidade de impedi-la, a morte é calada (ARIÈS, 2003).

As predisposições defensivas e o acanhamento na atualidade com que socialmente as pessoas reagem a encontros com doentes e com o tema da morte são comparáveis às reações dos sujeitos frente às discussões de aspectos sobre a vida sexual na era vitoriana, a morte passa a ser algo vergonhoso e imoral, um tabu (ELIAS, 2001).

Barbosa e Francisco (2007) defendem que pacientes oncológicos que se submetem a procedimentos invasivos, comumente são acompanhados do registro de “sentença de morte”. Isso acontece por que a doença oncológica nas representações sociais é vinculada a possibilidade de morrer, podendo caracterizar um momento de crise, onde a experiência traumática do diagnóstico, tratamento e hospitalização irrompem na vida do paciente, quebra violentamente a sua rotina, produz e incrementa a falta de significantes (MOHALLEM & SOUZA, 2000).

Botega (2002) assinala que a ideia de morte aciona inúmeras defesas psicossociais, vários quadros emocionais e sentimentos angustiantes. A forma de enfrentá-la não depende da morte em si, mas sim do morrer decorrente de um câncer, com dor, falta de ar, receio de isolamento e abandono.

O paciente oncológico passa por uma sucessão de crises que se inicia pelo impacto da comunicação diagnóstica, com todas as representações sobre a doença, seguido da carga emocional esgotada durante o tratamento quimioterápico. Essas crises tendem a dificultar a adaptação do paciente ao câncer que dependerá muito de quem ele é, de suas atitudes filosóficas diante da vida, de seus antecedentes educacionais, étnicos, sociais, religiosos, da sua idade, sexo, posição que ocupa na vida e de variáveis psicológicas, enfim de sua construção subjetiva (BARBOSA & FRANCISCO, 2007).

Para Souza (2009), apesar de doente, o ser humano em determinados momentos consegue expressar e manifestar em palavras a angústia da morte. Os ritos familiares e a concisão melancólica de um fim anunciado, tratados com dignidade sem fugas ou falsificações, a morte não era inaudível e imperceptível, mas tornou-se. A morte se comprimiu no imaginário, no mundo dos sonhos, tornando-se projeções, por vezes fetiches que residem no fascínio da morte do outro (ARIÉS, 2003).

De acordo com Kubler Ross (1998) e Kovács (2005), a morte nunca é possível quando se trata de nós mesmos. A morte ainda se constitui como um acontecimento assombroso, aterrador, uma aversão universal. Não raro, contemos nossas expressões, negamos e projetamos os nossos medos para longe de nós desse acontecimento inexorável. Apesar de pressentida, dentro de um contexto hospitalar, geralmente tem sido encarada como uma proibição, onde os debates e falas sobre ela são inexistentes ou consideradas mórbidas. Muitos pacientes demoram a mencionar as palavras morte ou morrer, por vezes falam de modo velado por um bom tempo.

Talvez possamos entender o silenciamento do paciente oncológico na fase inicial do tratamento, através do que Kübler Ross (1998) nomeou de *fase de negação*, visível nos pacientes que recebiam a notícia no começo de suas doenças consideradas graves. A negação é usada por quase todos os pacientes, nos primeiros estágios do tratamento oncológico, logo após a confirmação diagnóstica. Às vezes, numa fase posterior, os pacientes podem considerar a possibilidade da própria morte durante certo tempo, mas podem deixar de lado tal pensamento e determinados sentimentos para lutar pela vida. A necessidade da negação é mais frequente no começo de uma doença estigmatizada do que no fim da vida.

É preciso salientar que pacientes somáticos lidam diariamente para organizar os pensamentos e afetos, especialmente quando se trata de um câncer. Alguns apresentam acentuadas dificuldades de discorrer sobre as possíveis angústias decorrentes do medo da

morte, como subprodutos apresentam sentimentos ou condutas agressivas, raiva, revolta, inveja e ressentimento de forma intensa e até crônica. Tais dificuldades impossibilitam uma boa adaptação e aceitação da enfermidade que quebra o tempo normativo e interrompe bruscamente as atividades da vida do sujeito (SIMONETTI, 2004).

Frente à morte inconsciente ou não nomeada, é comum encontrar pacientes somáticos lendo a Bíblia, assistindo programas produzidos por igrejas ou nas conversações fazer muitas referências religiosas na tentativa de controlar ou diminuir as suas angústias e, talvez, produzir sentido para um momento tão aterrador. Esse comportamento, via de regra, está articulado à fase de barganha como uma tentativa de adiamento da morte e melhora da doença. Geralmente a barganha é uma negociação ou promessa do paciente feita a Deus, na maioria das vezes mantidas em segredo, ditas nas entrelinhas e podem estar associadas a um forte sentimento de culpa (KUBLER-ROSS, 1998).

A morte, sobre a qual não se fala mesmo nos ambientes de saúde, é um acontecimento terrível, negativo, perturbador, talvez por isso seja encarada como um fracasso perante os meios técnicos e o saber científico hoje existentes e se torna, além de um evento apavorante, um objeto de demasiado pudor (ELIAS, 2001). Pitta (1991) também compartilha de que na hospitalização existe um processo compelido a acobertar os sentimentos mais intensos, do paciente: a angústia da morte. Para a autora o hospital é um lugar onde as pessoas se tratam e se curam; onde se nasce e se morre e onde, paradoxalmente, a morte é denegada, tal qual era a sexualidade.

A morte é uma possibilidade concreta percebida por quem atravessa um tratamento quimioterápico e radioterápico. Tal realidade aponta para perdas reais, imaginárias e rompimento de possíveis vínculos e projetos, de forma irreversível. Nessas circunstâncias, o paciente pode passar por uma fase de isolamento e interrupção ou lacuna da linguagem provisoriamente, talvez numa tentativa de elaboração desse processo emocional geralmente reativo, em alguns casos, raramente psicopatológico. Na mentalidade da morte interdita não se autoriza a expressão de emoções, levando ao adoecimento a um incremento de reações emocionais, sobretudo da depressão (KOVÁCS, 1992).

Freud (1915/1996b) argumenta que o inconsciente não arquiteta nossa própria morte, mas a nossa imortalidade. Desse modo justifica a nossa dificuldade de falarmos da morte de si, pois só o outro morre. Para ele o inconsciente não retém reproduções e representação propriamente direta da morte, pois ninguém passou por tal experiência de forma plena. Além

disso, como a oposição entre representações é um atributo do processo secundário e, portanto, do sistema pré-consciente ou do ego, não poderia haver, no inconsciente, uma representação da morte.

De qualquer forma, não podemos negar que o câncer traz uma ruptura com a temporalidade do sujeito situada no futuro. O sentido subjetivo da morte faz a temporalidade aparecer como “morte sentida”, é um elemento muito importante da representação social do câncer. A morte, nessa perspectiva, deixa de ter um significado vindouro, distante, com o qual transitamos num plano intelectual, para converter-se em uma angústia muito próxima frente ao Real, ao inominável (GONZÁLEZ REY, 2011; LACAN, 1998).

Essa falta de nomeação também pode estar circunscrita à pulsão de morte, que não encontra representação no psiquismo. Porém, está no cerne de seu funcionamento. A pulsão de morte, diferentemente de um desejo de morrer, deve ser entendida como uma potencialidade traumática para o aparelho psíquico, necessitando ser unida e representada. A partir da teoria psicanalítica, a associação da morte com o conceito de pulsão de morte é inevitável (CAMPOS, 2013).

Além do mais, a pulsão de morte, segundo Campos (2013), é contra toda a possibilidade de representação no psiquismo, uma vez que ela é a tendência de descarga absoluta da energia psíquica, o que levaria em última instância a um esvaziamento e destruição do próprio psiquismo. Assim, a pulsão de morte age de forma muda no psiquismo, sabotando-o em surdina. As pulsões de vida comporiam a força de ligação no interjogo no aparelho psíquico, em oposição à pulsão de morte, considerada a força de desligamento. Tudo que é representação e tentativa de organização é expressão da pulsão de vida, enquanto toda ruptura e traumatismo à organização psíquica é expressão da pulsão de morte.

Garcia-Rosa (1999) menciona a pulsão de morte no sentido do apagamento das diferenças, na perspectiva do desaparecimento da unidade. Já a pulsão de vida se dirige à construção de totalidades organizadas. A pulsão de vida encontra-se contida ao simbólico, disposta e investida de significantes. A pulsão de morte se esconde e silencia, remetida ao que não se inscreve no simbólico, ancorada na dimensão de Real indicada por Lacan (1998). O Real marca o que escapa ao simbólico, concebido como um resto indomável não coberto pela rede de significantes.

A separação da pulsão de vida da pulsão de morte que se encontra livremente no sujeito pode levar a situações de sofrimento, manifestar-se nas áreas somática, mental e

social. Essa predominância de isolamento das pulsões pode induzir à morte afetiva e a própria morte do corpo, por meio das somatizações graves (CAMPOS, 2013).

Nesse aspecto, a pulsão de morte esgarça a rede representacional e alimenta a compulsão à repetição. É considerada necessariamente traumática quando encontra um espaço psíquico desprovido de representações, provavelmente por isso, haja incapacidade de atar-se e refreá-la adequadamente. Vale ressaltar que o amparo dessa força é fundamental e a sua inscrição no universo da representação seria então o que inaugura o sujeito como intérprete da força pulsional, fundamentalmente vital para sua existência (OLIVEIRA; WINOGRAD & FORTES, 2016).

No percurso anterior à Modernidade, as amarras sociais representadas pelos ideais culturais garantiam certa contenção, ligação e simbolização da pulsão de morte. Nos dias atuais, parece que a configuração social pós-moderna ou da modernidade tardia favorece uma explosão dessa pulsão na forma de violência, levando a um narcisismo extremamente danoso aos sujeitos. O narcisismo pós-moderno pode ser entendido como uma tentativa de ligação do excesso traumático da pulsão de morte por meio de um vínculo social frouxo e dessimbolizado (BIRMAN, 2007; CAMPOS, 2013).

A concepção de uma morte domada regulada por uma rede simbólica que produziam um ambiente social para a morte, promovendo a sua elaboração individual e coletiva, progressivamente foi perdendo lugar para condutas que isolavam a morte do processo vital. Representando a marca do empobrecimento do sujeito da modernidade, a morte passa a ser ocultada, não obstante frente aos avanços tecnológico e científico. A morte perdeu a sua inserção social e seu enfoque afetivo para ser silenciada e afastada das relações sociais, impedindo a simbolização da angústia (KOVÁCS, 2003a, 2003b).

Campos (2013) defende a hipótese de um narcisismo mortífero como modo de estruturação da cultura atual performática que possibilita entender não só a ideia de uma morte silenciada, mas o seu próprio paradoxo concomitante a banalidade e o fascínio sádico pela morte do outro exposta e escancarada.

Do ponto de vista psicológico, os pacientes oncológicos tipicamente apresentam um comprometimento devido ao contato com a própria finitude que se impõe a partir do adoecimento. Afinal, o câncer, para Chiattonne (1998), mostra ao sujeito que sua existência está ameaçada e elimina a sensação inconsciente de onipotência frente à morte que caracteriza os seres humanos. Desse modo, muitas vezes desencadeia sintomas de estresse, ansiedade,

depressão e estado de mutismo, que podem contribuir para a acentuação de conflitos psicológicos prévios, para a eclosão de transtornos psiquiátricos e até mesmo para o surgimento de pensamentos suicidas (GRANER, CEZAR, & TENG, 2008).

Dada essa realidade imperiosa, Ribeiro (2005) ilustra algumas diferenças importantes entre o trabalho do psicólogo em um hospital e do realizado em um consultório, local de atuação mais tradicional para esse profissional. Para a referida autora, as diferenças básicas se organizam em três eixos distintos: o sujeito, o *setting* e a presença da morte.

No que tange ao primeiro eixo, deve-se esclarecer que o sujeito hospitalizado geralmente apresenta questões orgânicas como a principal temática do sofrimento, o que não é comum em um sujeito que procura um consultório psicológico. Já em relação ao segundo eixo, vale mencionar que o *setting* é distinto essencialmente porque o trabalho do psicólogo hospitalar é efetivado, muitas vezes, em um ambiente de privacidade comprometida e tem início a partir de encaminhamentos, e não de uma demanda espontânea. Por fim, a propósito do terceiro eixo, é preciso enfatizar que, no hospital, a presença da morte é concreta, em contraste com o que ocorre em um consultório psicológico (RIBEIRO, 2005; RAMOS & PERES, 2013).

De qualquer forma, independentemente do local e do contexto que se está inserido o psicoterapeuta trabalha com a linguagem, por meio da fala. Dessa maneira o Real pode ser tratado pelos significantes, pelo retorno à palavra e aos afetos do sujeito (LACAN, 1998b). Daí a importância de tolerarmos as demandas do paciente, aprender a ouvi-lo, sabendo que o alívio proveniente do fato de externar suas vivências e emoções contribuirá para melhor aceitar as fases difíceis da vida. No acompanhamento psicoterápico de paciente oncológico poderemos fazer isso, escutá-los. Não obstante, é necessário estarmos compenetrados de nossas próprias defesas e ter enfrentado o nosso próprio medo da morte (KUBLER-ROSS, 1998).

Elias (2008) considera que dentro de um hospital para tratamento somático com demanda terapêutica voltada as intercorrências orgânicas, o sofrimento, as angústias e demandas subjetivas, embora transcendam o biológico, são geralmente nomeados no corpo e, como efeito natural, dirigidas ao médico. O atendimento psicoterápico a pacientes hospitalizados com câncer representa um desafio a uma prática clínica dentro desse contexto. No entanto, o paciente tem sempre algo a dizer, mesmo não falando, pode readquirir seu desejo proferido nos múltiplos sintomas vinculados à doença (SIMONETTI, 2004).

Marty e M'Uzan (1994) forjaram a noção de pensamento operatório a partir da prática clínica no contexto hospitalar. Os autores postularam que pacientes somáticos usualmente apresentam um funcionamento psíquico operatório que se situa entre as neuroses e as psicoses, na fronteira ou *borderline*. Vale ressaltar que o pensamento operatório não é apenas uma modalidade de pensamento e, sim, um tipo de dinâmica mental (PERES, 2006). Essa dinâmica mental operatória tende a se desdobrar em um marcante apagamento de toda expressividade emocional, suscitar uma orientação demasiada à realidade externa e um apego exorbitante à materialidade das ocorrências.

Moura (1996) define o hospital como um contexto “real insuportável” ao indagar continuamente sobre a nossa atuação frente ao insuportável no qual somos instigados a incorporar novos saberes e novas reflexões sobre o que fazer e proferir diante da dor, do sofrimento e da morte. O autor nos propõe a dessubjetivação, o ausentar-se enquanto pessoa para poder escutar o sujeito somático em sua singularidade dentro de uma cadeia de significantes que o remete à sua própria história.

O que mantém nossa atitude diante de uma demanda secundária se ligaria à ética do desejo, condição fundamental para uma atuação eficaz e produtora de novos sentidos. Assim o desejo de escutar poderá possivelmente despertar no outro o desejo de ser escutado (MORETTO, 2013).

Freud (1919/1996), ao pensar sobre a necessidade da extensão da prática da Psicanálise para além dos limites dos consultórios, nos alertou da necessidade de adequar a técnica às novas condições. Nesse aspecto, é importante destacar os aportes da Psicanálise ao conjunto das técnicas psicoterapêuticas (FIORINI, 2013).

O trabalho clínico, de psicoterapia de apoio de orientação psicanalítica, no contexto hospitalar, pode se apresentar como uma das abordagens bastante proficuas no acolhimento e acompanhamento do paciente oncológico após ser diagnosticado ou hospitalizado para realizar o protocolo quimioterápico. Muito embora alguns pacientes possam apresentar um vazio de palavra, o que implica oferecer-se sem esperar uma questão pronta, pode ser que na produção de condições, durante algumas visitas ao paciente internado uma demanda talvez possa ser dirigida ao psicoterapeuta. A condição fundamental, na Psicanálise, é disponibilizar-se como objeto da transferência, em que dificilmente saberemos em que medida o sujeito no ambiente de saúde nos solicitará (KUBKER-ROSS, 1998; SIMONETTI, 2004; MORETTO, 2013).

Em geral, nos espaços de saúde, a demanda é realizada por um terceiro, médico, familiar ou por algum membro da equipe de saúde. Nesses casos, o psicoterapeuta deixa ao paciente a livre escolha de aceitar ou não o acompanhamento psicoterápico que lhe é oferecido, pois a psicoterápica não pode ser-lhe imposta apenas pelo fato de alguém ter solicitado. Ao oferecer sua escuta, o psicoterapeuta abre espaço para a “associação livre” e possível intervenção (MORETTO, 2013; MOURA, 1996).

Contudo, Ferenczi (1992) nos propõe no acompanhamento psicoterápico o “tato”, na perspectiva de evitar algum efeito desastrado, indesejável e iatrogênico provindo de um acompanhamento psicoterápico. Tato para Ferenczi é sentir com, colocar-se no diapasão do paciente, sentir com ele suas dores medos e angústias. É se colocar no lugar do outro a partir da lógica de subjetivação desse outro. O “sentir com” é estar em reciprocidade afetiva, deixa-se afetar numa atitude de compaixão (MAIA, 2003).

O psicoterapeuta articula continuamente o “sentir com”, a auto-observação e a atividade de ponderação. A interpretação não foge da pressuposta necessidade de “tato” em psicoterapia breve. A falta de tato pode se dá quando se excede no ato de interpretar, quando há, conforme Ferenczi, uma predisposição maníaca de interpretação. Para tanto propõe uma economia da interpretação, consentindo que o paciente realize o trabalho sozinho ou com leve suporte do psicoterapeuta (FERENCZI, 2003).

A Psicanálise é uma clínica da fala. Possibilitar a fala é uma condição da escuta, pois pela escuta a fala se organiza. Freud (1912/1996) elabora a regra da associação livre, método de acesso à produção do inconsciente e que marca o início do processo analítico. Pela associação livre a regra fundamental da Psicanálise pode fazer trabalhar a realidade psíquica do paciente de colocar em palavras tudo que lhe vier à mente, livremente o paciente deve discorrer, sem julgamento ou seleção prévia dos conteúdos, imagens ou fatos (FIGUEIREDO, 1997).

Outra regra mencionada por Figueiredo (1997) consiste na produção de um modo de fala através da transferência. Ela diz que a transferência é o movimento do sujeito que apresenta ao psicólogo algo de sua realidade através da fala. O fenômeno da transferência pode se apresentar de forma tão sutil no contexto hospitalar que muitas vezes pode passar despercebida pelo profissional, mesmo por aqueles que têm certa familiaridade com o conceito (NALI, 2002). Isso decorre da permeabilidade no campo hospitalar de outros elementos envolvidos e implicados no corpo e no campo afetivo do paciente somático.

A transferência, de acordo com Pinheiro (2013), pode ser definida como um processo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do paciente referentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação com o psicoterapeuta. O sujeito, como dizia Freud (1912/1996), atualiza na transferência os seus conflitos subjetivos ou determinados afetos acompanhados por um ofuscamento. A interpretação do psicoterapeuta é crucial e pode ser feita inclusive por meio de um silêncio atento, compreendendo em que lugar o paciente o coloca (CHEMAMA, 1995).

A transferência, definida por Freud (1915//1996b) como a reedição de afetos infantis dirigidos à figura do psicoterapeuta, inaugura o momento no qual o psicólogo passa a ser incluído nas associações psíquicas do paciente, momento no qual o paciente reedita afetos reprimidos e os envia ao profissional.

Conforme Nali (2002), muitos teóricos discutem sobre os impasses teóricos e clínicos em relação à transferência nos leitos dos hospitais e nos ambulatórios institucionais. Há uma variedade teórica que tem trazido muitos benefícios, bem como alguns conflitos na forma da condução do processo psicoterápico (MORETTO, 2013; FIGUEIREDO, 1997; SIMONETTI, 2004; FIORINI, 2013).

O lugar “desconfortável” que o psicoterapeuta enfrenta no hospital corrobora alguns complicadores que podem dificultar a aplicação do método clínico psicodinâmico no hospital. Um pode surgir do dilema do uso da transferência como regra no tratamento psicoterápico breve de orientação psicanalítica. Freud (1912/1996) já chamava atenção para as diferentes escutas em diferentes lugares e afirma que, em instituições onde o paciente é tratado de modo não analítico, as relações transferenciais apresentam-se mais intensas e de diversas formas, podendo ser manejada inadequadamente. Não podemos esquecer de que quando um paciente está no hospital, ele inicialmente, chega pela via da transferência com o ambiente institucional e/ou com o saber médico (MORETTO, 2013; MOREIRA & DIPAOLO, 2003).

Por esse motivo, no hospital, em decorrência das demandas biomédicas, a transferência provavelmente não seja dirigida logo ao psicoterapeuta. Entretanto, a presença do mesmo sinaliza a possibilidade de um encontro distinto, beneficiando o advir de novos processos de subjetivação. Desse modo, percebe-se que a transferência tem que ser entendida dentro do contexto de tratamento e recuperação de um quadro clínico, em que os procedimentos, que fazem parte da rotina de um hospital oncológico, traz intercorrências, tempo de internação, angústias acerca da finitude e até mesmo restrições institucionais

incorpora ao processo. Por isso trata-se de uma clínica em extensão, o que demanda habilidade e adaptação por parte do psicoterapeuta para lidar com os diversos elementos envolvidos no contexto hospitalar (MOURA 1996; MORETTO, 2013).

Pode ressaltar ainda que a transferência é um meio e não um fim do processo analítico (NALI, 2002). No entanto, ao menos a observância e compreensão do fenômeno transferencial por parte do profissional em formação pode ser de grande relevância clínica. É desejável que o psicólogo seja capaz de compreender a vertente transferencial da comunicação do paciente, embora opte por não trabalhar com esse aspecto explicitamente na psicoterapia breve (YOSHIDA & ENÉAS, 2004).

Knobel (1986) resalta que, em um processo de psicoterapia breve a transferência deve ser compreendida e manejada de forma diferente de como acontece em uma psicoterapia de longa duração, na tentativa de evitar o estabelecimento da neurose de transferência, a qual só dissiparia em um trabalho psicoterápico de extenso prazo. No entanto, na psicoterapia breve, o psicoterapeuta não deve ignorar a transferência. O psicoterapeuta deve conhecê-la e aprender a captar as suas nuances e manifestações, tanto em seus aspectos positivos como nos negativos.

Braier (2008), no uso da psicoterapia breve, orienta não desenvolver a regressão, incrementar a transferência, inclusive propõe o controle dentro do possível da intensidade dos fenômenos regressivos e transferenciais. Disso deriva uma série de medidas técnicas que conferem perfis próprios à terapêutica breve, inclusive o vínculo que se estabelece com o paciente tende a ser mais realista e definido.

Por parte do psicoterapeuta hospitalar existe uma maior proximidade afetiva, cuja expectativa atue positivamente sobre o processo psicoterapêutico, ao contrário do que acontece no tratamento psicanalítico ortodoxo. Espera que se estabeleça rapidamente um bom *rapport*, em uma psicoterapia cujo tempo é circunscrito. Nesse sentido deve-se promover o rápido desenvolvimento de uma aliança terapêutica, condição fundamental para almejar ao êxito do processo. O psicoterapeuta deverá mostrar-se suavemente cálido, oferecendo uma imagem confiável e demonstrando interesse genuíno pelos problemas do paciente.

Nas psicoterapias breves, de acordo com Braier (2008) a função ativa que o psicoterapeuta exerce para o alcance de bons resultados a partir do vínculo, que possibilita a manutenção de uma transferência positiva. Outros elementos importantes para essa prática centrada na brevidade se deve as intervenções vinculadas à formulação de perguntas,

assinalamentos, sugestões, informações, etc. Às vezes o psicoterapeuta terá de tomar a iniciativa na comunicação propondo algum tema a ser tratado. Em relação às interpretações são geralmente desaconselhadas ou utilizadas fundamentalmente no esclarecimento da conflitiva focal trazida pelo paciente (AISENSTEIN, 2005; SANTOS FILHO, 1993).

A relação terapêutica exige a sustentação de um delicado afeto, tendendo a uma relação transferencial positiva sublimada ao longo do processo psicoterápico. Desse modo o paciente poderá assumir uma atitude de colaboração e possa aceitar e utilizar com proveito as intervenções. A percepção visual, entre paciente e psicoterapeuta frente a frente pode contribuir a situar o sujeito na realidade. Tal disposição revela um processo de conversação, mais próximo de um diálogo em curso que o determinado pelo processo psicanalítico ortodoxo (BRAIER, 2008; SANTOS FILHO, 1993).

Marty (1993) alega que, na clínica psicanalítica com pacientes somáticos que apresentam as características típicas de um funcionamento mental circunscrito, com dificuldade de nomear e comunicar os afetos, o psicoterapeuta deve garantir nos primeiros contatos uma proximidade bilateralmente identificatória. Propõe nesse sentido a realização das sessões em situação face a face, nas quais o uso de interpretações será restrito. Para ele a indicação de psicanálise clássica não é indicada para pacientes somáticos por causa das frustrações que ela naturalmente implica (CLEMENTE & PERES, 2010).

Recomenda que apenas uma sessão psicoterápica por semana, é o mais adequado na maioria dos casos de atendimento a paciente somático. Comumente evita-se o prolongamento excessivo dos silêncios, pois pode incrementar a ansiedade e a conseqüente regressão. Além disso, se trata de aproveitar operativamente o tempo disponível. Os silêncios espaçados do psicoterapeuta podem provocar angústia transferencial decorrente da frustração produzida (SANTOS FILHO, 1993; BRAIER, 2008; FIORINE, 2013).

Na perspectiva de beneficiar a prática de pensar do paciente, o uso de temas cotidianos e o uso sistemático de intervenções explicativas poderão ser capazes de auxiliar na compreensão de aspectos básicos do funcionamento mental e afetivo, pois são consideradas estratégias importantes. Em compensação, a interpretação somente terá lugar quando não houver o risco a exposição da insuficiência representacional do paciente (AISENSTEIN, 2005; SANTOS FILHO, 1993).

Aisenstein (2005) propõe instrumentalizar o paciente a identificar e expressar seus afetos, sobretudo em suas nuances e sutilezas. Para tanto a exploração de correspondentes como as sensações corporais representa um extraordinário ponto de partida.

Já no que se refere ao uso da interpretação e transferência não são consideradas ferramentas adequadas em psicoterapia breve. Do mesmo modo, a associação livre na psicoterapia de curto prazo tem sido desencorajada por não ser um instrumento essencial dado o contexto e a realidade do paciente somático. A associação livre pode conduzi o paciente à dispersão, levado pelo curso de suas associações, ele se desvia excessivamente das situações conflitivas a serem tratadas sem maior aproveitamento do tempo em função do problema central do tratamento oncológico. Somado a isso, pode se permitir que aflore material vinculado a outros conflitos relativamente alheios ao foco que não poderão ser tratados em decorrência das variáveis do contexto hospitalar, como tempo de internação, as intercorrências, as altas médicas, transferências para outras unidades, dentre outras, inclusive o fato da morte.

Há algumas situações em que a associação livre poderá ser fomentada. Sua aplicação pode ser especialmente útil quando se trata de pacientes com excessiva tendência à intelectualização. Fiorini (2013) defende a aplicabilidade do que chamou de “associações intencionalmente dirigidas” para o autor, a focalização rege a trabalhar nessa perspectiva em detrimento da associação livre.

McDougall (1991) defende que o psicoterapeuta funcione como um filtro, tentando regular o fluxo de excitações do qual o paciente somático tende a se livrar, por não ter acesso às palavras que poderiam torná-lo dizível apela à descarga corporal. Trata-se de exercer a função materna, mediante a decodificação de uma modalidade de comunicação cuja impregnação afetiva é escassa (CLEMENTE & PERES, 2010).

A clínica psicanalítica com pacientes somáticos deve se preocupar em promover a introjeção de uma figura materna benevolente, paraexcitação, agente do desenvolvimento da capacidade de simbolização. A função materna consiste em um acompanhamento não exclusivamente verbal, mas também como presença, que margeia, segue de perto os estados e moções do sujeito (MARTY, 1993).

Sabemos que a psicoterapia de orientação psicanalítica não é para todos, e nem para todos os momentos. O trabalho psicodinâmico é para quem necessita, deseja e pode suportá-lo. A elaboração da perda, o reencontro com novos caminhos para o desejo, leva certo tempo

e envolve algum pesar. A psicoterapia de base psicanalítica articulada a psico-oncologia pode apontar questões que permitem estabelecer vinculações possíveis entre a psicodinâmica e a subjetividade de pacientes oncológicos como uma valiosa contribuição para se repensar a clínica no contexto do tratamento oncológico (MCDOUGALL, 1991; PERES, 2006; CYRILLO & PAZOTTO, 2000).

Para tanto uma questão que se apresenta ao psicoterapeuta se vincula a capacidade técnica e a compaixão, bem como a abertura para a reflexão da própria finitude com serenidade, para assim ajudar os pacientes a expressar os seus anseios e medos mais íntimos (KUBLER-ROSS, 1992).

Ferenczi (1992) é um defensor categórico do que ficou conhecida como a segunda regra fundamental da psicanálise, que orienta o psicoterapeuta a necessidade de manter-se em análise, de cuidar de si. O cuidado de si entre outros benefícios permite ao psicoterapeuta aproximar-se do seu paciente, capacitando-o a ter uma melhor sintonia com sua aflição, com suas consternações, sem embarçar nos seus conteúdos pessoais, íntimos, separando o que lhe pertence do que é do outro, na perspectiva de reduzir as reações contratransferenciais frente ao desamparo do sujeito produzido pelo câncer, pela angústia inicial, pelo medo da morte.

McDougall (1991) pondera que a clínica psicanalítica com pacientes somáticos tende a provocar afetos negativos no psicoterapeuta. Tais pacientes frequentemente impõem uma série de obstáculos ao processo terapêutico, evadindo do contato com a própria subjetividade e recorrendo a uma linguagem de impregnação simbólica restrita. Depois de algum tempo, o profissional tende a se sentir refreado pela inércia psíquica característica da desafetação, perdendo o encanto antes associado à prática de sua profissão (CLEMENTE & PERES, 2010).

Para auxiliar na superação desse desafio inerente à clínica psicanalítica com pacientes somáticos, se propõe inicialmente dá ênfase a sintomatologia orgânica dos próprios pacientes, possibilitando a inserção no contexto de uma história pessoal a sua reconstrução mediante o acesso de seu palco do corpo para mente através da linguagem (MCDOUGALL 1991; CLEMENTE & PERES, 2010).

Nossa atitude pode ser a de deixar que o paciente exteriorize seu pesar, se assim o desejar. Conversar sobre o que desejar, inclusive sobre a morte e o morrer, como parte intrínseca da vida. A psicoterapia de curta duração, não requer necessariamente a intervenção, mas a postura de uma pessoa compreensiva, disponível de tempo para se sentar e ouvir. As

sessões de psicoterapia com pacientes oncológico são irregulares na frequência e na duração. São programadas individualmente, dependendo do estado físico do paciente, da capacidade e da disposição de falar num determinado momento (SIMONETTI, 2004).

É de extrema relevância para este trabalho lembrar que os mais famosos casos clínicos freudianos foram experiências de psicoterapia breve. Por terem sido estudados com tanta profundidade, puderam formar a base sólida da psicanálise atual. Isso mostra a importância de um trabalho de psicoterapia breve e o quanto pode contribuir para o estudo da psicanálise em geral (PIMENTEL & BARROS, 2009).

O psicólogo no ambiente hospitalar se oferece para escutar o sujeito adoentado falar de si, da doença, da vida, da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja, do que quiser falar (SIMONETTI, 2004). Interessa a psicologia dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina por vezes lhe afasta (MORETTO, 2013).

McDougall (1991) sugere que o fato de um indivíduo teoricamente poder se beneficiar da psicanálise ou de outras modalidades psicoterápicas de orientação psicanalítica não o torna efetivamente um possível indicado ao processo psicoterápico. Para tanto, o sujeito deve ser capaz de reconhecer a existência do próprio sofrimento psíquico e demonstrar disposição para tentar compreender seus determinantes inconscientes.

Além disso, é imprescindível a existência de uma estrutura egóica minimamente organizada. Ela é necessária para que se possa tolerar as angústias intrínsecas à situação psicoterápica. Na mesma perspectiva, o sujeito deve estar pronto para receber ajuda, se colocar em uma situação de dependência, sem temer a frustração potencialmente intrínseca a qualquer relação interpessoal (CLEMENTE & PERES, 2010; PERES, 2006).

As questões da doença e da morte são difíceis para doentes, familiares, também para os profissionais que cuidam. Cada intercorrência, vulnerabilidade e morte de um paciente pode representar contratransferencialmente para o profissional sua impotência, sua incapacidade, seu fracasso, principalmente, sua própria mortalidade (KOVÁCS, 2003a; PITTA, 1998).

Não há dúvidas sobre o silenciamento da morte nos hospitais, que coincide com a situação contemporânea em que se vê a morte como fracasso, como inimiga, oculta, vergonhosa, que fere a onipotência do sujeito moderno. Por ser um tema interdito, pode provocar entraves e limitações na comunicação entre pacientes, familiares e profissionais.

Torrano-Masseti (2000) e Almeida (1999) descrevem que pacientes somáticos, onco-hematológicos comumente não conseguem se proteger de forma adequada do sofrimento psíquico provocado pelo adoecimento. A doença orgânica, sobretudo as oncológicas, as Leucemias Agudas, diferentemente das Leucemias crônicas que acometem os pacientes, desencadeiam uma intensa quantidade de ansiedades que pode produzir como subproduto a desorganização do sistema defensivo. Em contraponto a Peres & Santos (2006), as Leucemias Agudas, em muitos casos, se afiguram como uma ameaça potencial e concreta à sobrevivência dos sujeitos, especialmente nas fases iniciais de indução/consolidação e recidivas, possibilitando à restrição da habilidade de simbolização. Concluir-se preliminarmente que o funcionamento defensivo inoperante de alguns sujeitos pode se encontrar intimamente associado à falta de elaboração decorrente também das intercorrências e medo inconsciente da morte.

Segue, nesse sentido, o quadro metodológico dos elementos encontrados para discussão, a partir dos percursos teóricos interdisciplinares da abordagem qualitativa associada aos métodos da Psicossomática de Paris e da Análise de Discurso Francesa. Os achados dos sujeitos diagnosticados e tratados de Leucemia Aguda foram localizados na fase inicial do tratamento Indução/Consolidação nos primeiros meses de tratamento quimioterápico.

2 QUADRO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de pesquisa

O estudo proposto se pautou pela abordagem qualitativa, pelo método clínico articulando a prática psicológica à pesquisa. As abordagens qualitativas se apresentaram como opção deliberada para o pesquisador incorporar categorias teóricas analíticas e explicativas para além dos números ou dados estatísticos (MINAYO, 2000).

Essa pesquisa qualitativa orientou-se por uma visão epistemológica baseada no paradigma da complexidade, que reconhece a realidade como dinâmica e multifacetada. Esse paradigma trata o conhecimento como relativo às condições de observação e de produção científica, o que implica numa relação sujeito e objeto de interação indissociável. Desse modo, não existe uma realidade independente do observador, sendo o conhecimento uma construção social por diferentes sujeitos e observadores em determinados contextos e épocas (VASCONCELOS, 2002).

Outro ponto fundamental na pesquisa qualitativa importante foi a recusa do distanciamento entre sujeito pesquisador e sujeito participante da pesquisa. Tal característica rompe com os procedimentos metodológicos propostos pelo modelo tradicional de pesquisa que supõe uma pseudoneutralidade e objetividade (MINAYO, 2004).

A pesquisa qualitativa para Denzin e Lincoln (2006) pode ser considerada como um arcabouço de práticas interpretativas que tentam tornar compreensível a realidade. Nesse ponto de vista, o conhecimento resultante nesse tipo de pesquisa é determinado pelas relações sociais, sistemas de crenças e valores que influenciam os dados obtidos pelo pesquisador e por ele são influenciados. Para a abordagem qualitativa, os significados e os sentidos das ações são mais valorizados em detrimento dos dados matemáticos, dos processos de mensuração e da quantificação. Muito embora tais dados quantitativos, estratégias mais convencionais, também são utilizadas em pesquisa qualitativa, em alguns momentos, eles não se opõem, se complementam (MINAYO, 2004; VASCONCELOS, 2002).

A definição da pesquisa qualitativa deve ser contextualizada dentro do complexo campo histórico que esta atravessou em cada momento histórico. No entanto, pode-se oferecer uma definição genérica da pesquisa qualitativa como uma atividade situada que localiza o

observador no mundo (DENZIN & LINCON, 2011). Bourdieu (1983) define a pesquisa qualitativa como o campo ou arena de uma diversidade de saberes e práxis sociais. Nesse campo está incluso uma diversidade de agentes, grupos, autores e correntes de diversas orientações, temáticas e propostas possíveis de diálogos: interdisciplinar e transdisciplinar (MORIN, 2002).

Segundo Denzin & Lincoln (1998), o uso interdisciplinar de compatibilidades teóricas e multimétodos dentro da pesquisa qualitativa pode ser visto como um tipo de bricolagem. Lévi-Strauss (2006) foi o primeiro autor a utilizar o termo bricolagem nas ciências sociais, para definir um tipo de conhecimento até então chamado de primitivo. O conceito de bricolagem, utilizado na pesquisa valoriza a dinâmica de um mundo complexo, tendo como centro a interdisciplinaridade, a criatividade, e a possibilidade de um conhecimento polissêmico.

Essa característica de atividade do pesquisador não se ateve apenas na fase de coleta de dados para o estudo, mas também no momento de analisá-los e interpretá-los dentro de uma perspectiva de multiplicidade de referenciais que pudessem embasá-los.

Em síntese, a postura epistemológica seguida nesse trabalho se orientou pela complexidade proposta por Morin (2002), em contraponto ao paradigma cientificista e instrumental dominante que tenta expurgar a subjetividade dos processos de conhecimento, separando objeto/sujeito, teoria/prática pautado pelo suposto princípio da neutralidade/objetividade em detrimento dos afetos.

Nessa proposta, considerando o ambiente hospitalar e os estágios emocionais desencadeados pelo diagnóstico tratamento e internação, bem como os procedimentos técnicos necessários na abordagem ao paciente, utilizamos o método clínico psicanalítico, empregado nas ciências humanas e também nas ciências da saúde. O método clínico pautado na investigação faz uso de um conjunto de técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos relacionados à vida do sujeito no *setting* dos cuidados com a saúde (TURATO, 2008).

Na sua origem, o termo “clínico” diz respeito ao processo investigativo a partir da observação clínica dos aspectos relevantes e entrevista psicológica realizada com o paciente à cabeceira do leito. Essa prática de coleta de dados se inscreve numa perspectiva de estabelecimento de vínculo, iniciado pelo *rapport* e empatia de acordo com o entendimento de (FERENCZI, 1992).

O pesquisador orientado pelo método clínico é movido por uma atitude de compaixão, “sentir com”, de acolhida às angústias e ansiedades da pessoa participante do estudo. Em geral a pesquisa de enfoque clínico procura um enquadramento da relação face a face com o sujeito investigado. Valoriza as trocas afetivas mobilizadas na interação pessoal pela escuta da fala do sujeito, sobre o processo saúde/doença, sentidos e significados atribuídos neste momento crucial da vida do paciente oncológico (TURATO, 2008).

O método clínico numa fundamentação psicanalítica não visa atribuir puramente um sentido. Ao contrário, deve ampliá-lo, fazendo circular, no psiquismo e no espaço de transferência, representações ou significantes que ofereçam novas possibilidades de simbolização ao sujeito (BLEGER, 2000).

A pesquisa clínica em Psicanálise é de natureza intersubjetiva, indica o fundamento da prática psicanalítica correlacionada à investigação na perspectiva da complexidade e singularidade do caso pesquisado. Nesse aspecto, a individualidade do caso relaciona-se ao conteúdo inconsciente e a constituição do psiquismo entrelaçados com a alteridade representante da cultura, expressa na relação transferencial. Para Elia (2000), toda pesquisa em Psicanálise é uma pesquisa clínica, não por utilizar a clínica como campo, mas por ser a clínica a forma de acesso ao sujeito do inconsciente. Para Costa e Poli (2006) o sujeito do inconsciente é resultante de um laço discursivo, que vai ser reproduzido na transferência.

Para Caon (1994), a transferência é o fundamento comum ao tratamento e à situação psicanalítica de pesquisa. A diferença entre essas duas situações está no manejo do processo transferencial: no tratamento a transferência deve ser diluída, já na situação de pesquisa deve ser instrumentalizada para produção do texto metapsicológico. Iribarry (2003) define a transferência instrumentalizada como o processo por meio do qual o pesquisador se dirige ao dado de pesquisa situado pelo texto, procurando elaborar impressões e as suas expectativas diante do problema de pesquisa consonante as fornecidas pelos participantes na forma de dados coletados. A transferência é um fenômeno relacional que surge, em maior ou menor intensidade, em todas as relações interpessoais. Na situação de entrevista, a transferência deve ser utilizada como instrumento técnico de observação e compreensão das reedições do inconsciente, da passagem ao ato, das repetições e das ressonâncias contratransferenciais (ROUDINESCO & PLON, 1998, LA PLANCHE & PONTALIS, 2001).

Segundo Bleger (2000), os dados psicanalíticos nascem de uma relação interpessoal na qual o psicanalista se vê incluído, configurando em certa proporção o caráter da coleta de

dados. É impossível ter acesso ao fenômeno tal como ele é, já que os dados obtidos resultam da relação que se estabelece entre pesquisador e pesquisado. Portanto o observador é considerado parte integrante do campo que condiciona os fenômenos que ele mesmo vai registrar.

2.2 Participantes

Os participantes do presente estudo foram selecionados no processo de atendimento psicológico realizado nas enfermarias e ambulatórios da Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas. Tivemos cinco participantes no estudo com diagnóstico de Leucemia Aguda em tratamento quimioterápico na fase inicial do tratamento indução/consolidação do protocolo clínico prescrito. Entrevistamos quatro homens e uma mulher com idade entre 22 a 52 anos, dentro de um universo etário mais homogêneo em relação a doença, período de tratamento e considerando a proposição de Kohl (2004), os ciclos de vida. Para o autor, eles são os ciclos culturalmente organizados de passagem dos sujeitos pela existência humana, definidos a partir dos tipos de atividade em que os sujeitos estão envolvidos com determinados instrumentos, signos e modo de pensar próprio da vida adulta, bem como de produzir, trabalhar, constituir relações familiares e projetos de vida mais estruturados. Dentro do processo de coleta de dados nos orientamos pelo critério da saturação estabelecido para interromper a coleta por não haver novos dados, pois não emergiram outras informações que fossem alterar a compreensão do fenômeno estudado.

Para melhor identificar os participantes da pesquisa, por meio das suas histórias e feitos narrados acerca da eclosão da doença e início do tratamento, os correlacionamos pela convergência de temas vivenciados pelos deuses gregos. Em uma espécie de alegoria, de máscara, pinçamos os acontecimentos dos mitos com algumas vivências dos pacientes, através do que Freud e Jung, na psicologia, abriram a possibilidade de perceber nas alegorias mitológicas diferentes caminhos temáticos e simbólicos de identificação pessoal por guardarem semelhanças com a realidade humana (BRANDÃO, 1996; ELIADE, 1972).

Além do mais, a ascensão do racionalismo grego coincide com a dicotomia corporeamente e com a crítica cada vez mais corrosiva a mitologia, dada a sua relação com a arte, com o caos, com os afetos. A lógica racional censura o mito por ser o relato de um acontecimento ocorrido no tempo arcaico, ser o relato tido como uma história verdadeira, apesar das

variações, ocorrida nos princípios temporais com a interferência de entes divinos na realidade que passou a existir (ELIADE, 1972).

Afrodite, nossa participante na pesquisa, apresenta temáticas históricas semelhantes ao mito, os quais se referem aos acontecimentos vinculados ao sofrimento da perda e separação do filho. Tem o seu peito atingido por uma lança, pela doença quando o filho é apartado dela.

Dâmocles, ao que parece na mitologia, era um cortesão bastante bajulador na corte de Dionísio I de Siracusa - um tirano do século IV. Quando, Dâmocles, durante uma eventual refeição na corte, olha para cima e percebe uma espada afiada suspensa diretamente sobre sua cabeça por um único fio de rabo de cavalo, imediatamente perde o interesse e alegria por tudo. O nosso paciente trabalhava desenfreadamente por solicitação da empresa, apresentava acentuadas dificuldades de negar os pedidos do chefe. No entanto, se alegrava muito no final do mês, quando da posse do montante maior de dinheiro, devido aos extras realizadas. Acometido pela doença oncológica, Dâmocles, passa a ter a sensação de que uma espada está sobre sua cabeça. Chora diariamente, desamparado apresenta desinteresse por tudo a sua volta e a sua alegria se esvai.

No mito de Sísifo, a personagem é condenada a repetir sempre a mesma tarefa de empurrar uma pedra até o topo de uma montanha. Toda vez que estava quase alcançando o topo, a pedra rolava novamente montanha abaixo até o ponto de partida, extinguindo totalmente o duro esforço despendido na ação. Após ter passado por vários protocolos quimioterápicos, Sísifo sempre tem voltado a fase inicial do tratamento, apesar do esforço e do gasto de energia para superar cada quimioterapia. A princípio seria apenas uma quimioterapia para que o paciente pudesse realizar o Transplante de Medula Óssea. Não obstante, foram feitas inúmeras e a doença continua refratária, resistente fazendo a situação se repetir, fazendo oscilar no paciente um desejo renovado de vencer e um cansaço aparentemente insuportável e sem sentido.

Dionísio, o deus dos ciclos vitais, das festas, do vinho, da insânia, da intoxicação associada às festas e às atividades relacionadas a impulsividade ao prazer material. Com os sinais e sintomas da doença, Dionísio recusava o diagnóstico, o tratamento e a hospitalização. Com alusão diária de viver um tempo apropriado a juventude de diversão, festa, bebidas e curtidão com a turma, muito embora, aparentemente, com dores pelo corpo e apesar da gravidade diagnóstica, Dionísio preferiu viajar a ficar hospitalizado para iniciar o tratamento. Após algum tempo, volta ao hospital em situação muito vulnerável. Internado, para fazer os

protocolos de quimioterapia, apresenta um quadro de intensa revolta, impulsividade e negação da doença. Escondido no banheiro joga diariamente a medicação fora e se recusa a continuar o tratamento.

Apolo, o deus grego, é descrito como um jovem fisicamente forte, alto e bonito, além de simbolizar a ordem, a racionalidade e inteligência e possuir muitos atributos e funções. Buscando ter as imagens características de um corpo bonito e atlético, propagado pela mídia, Apolo entra numa academia e passa a fazer uso de anabolizante ou de suplementos sem orientação médica. Rapidamente ganha massa muscular. Nesse período mantém de forma disciplinar os seus estudos e o comportamento de forma comedida e ponderada, sem frequentar festa ou sair com amigos. Passa a trabalhar e a fazer inúmeras tarefas solicitadas pelos parentes. Nesse período, descobre a doença que apesar de tê-lo deixado com reações de humor triste, tudo indica que soube de forma prudente e equilibrada lidar com a nova realidade.

Vale lembrar que, conforme os critérios de inclusão na pesquisa, foram circunscritos aos participantes que não tiveram antecedentes psiquiátricos, suspeitas de déficit intelectual, quadros demenciais, transtornos ou dificuldades da comunicação, capazes de comprometer a interação com o pesquisador.

2.3 Local da pesquisa

A pesquisa se desenvolveu na Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM). A instituição é vinculada à Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Amazonas, responsável pelos processos de captação, coleta, tratamento e distribuição de sangue. Atua na capital e nas Unidades de Coleta e Transfusão no interior. Integra a rede nacional de hemocentros e segue as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue) do Ministério da Saúde.

O Hemoam é um centro referencial de diagnóstico e tratamento de doenças hematológicas localizado na região Norte. Conta com enfermarias e ambulatórios que oferecem tratamentos médico e de enfermagem especializados, realiza atendimento de urgências, serviço odontológico, fisioterápico, nutricional, psicológico, pedagógico e social à

pacientes hematológicos e onco-hematológicos, bem como realiza terapia transfusional para os portadores de hemopatias.

No campo acadêmico e científico, a Fundação Hemoam está empenhada na qualidade da formação de profissionais da área e no estímulo à pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico da Hematologia e Hemoterapia como forma de garantir o compromisso de fornecer sangue e atender aos que dele necessitam com qualidade e humanização.

O Hemoam é cadastrado como Instituição de Pesquisa junto ao CNPq e à FAPPEAM e desenvolve atividades de ensino técnico, de graduação e pós-graduação. Tem convênio de estágio com universidades públicas e privadas do Amazonas, além de possuir em seu quadro um corpo de pesquisadores composto por doutores, mestres, especialistas e acadêmicos das mais diversas áreas de atuação, envolvidos na assistência, ensino e pesquisa.

2.4 Instrumentos

A coleta de dados do trabalho foi realizada, mediante a anuência do sujeito (Apêndice I), por meio de conversações, tendo como suporte uma entrevista psicológica semiestruturada. Em se tratando das conversações, Vieira Filho (2010) fez uso dessa técnica para estabelecer uma prática dialógica com os profissionais da saúde, familiares e com pacientes pesquisados. Tal técnica pressupõe rompimento com a posição tradicional de pesquisa, colocando o pesquisador mais próximo dos sujeitos pesquisados. Para tanto, foi encorajado o relato espontâneo do paciente sem dirigi-lo, tendo como objetivo detectar as manifestações do funcionamento mental em suas dimensões verbais, não verbais, as produções discursivas, representativas, oníricas e de fantasias, modos de expressão, as atitudes corporais, as mudanças de ritmos e as enunciações ao longo das conversações. Os dados esperados foram surgindo de acordo com o entendimento e história singulares dos sujeitos. Alguns tiveram dificuldade de falar livremente, assim assumimos uma conduta mais diretiva.

A entrevista é um procedimento mais usual no campo de pesquisa social. É usada para estabelecer contato entre pesquisador e pesquisado como um procedimento no intuito de garantir os dados para análise. Para Minayo (2004), a entrevista não significa uma conversa despreziosa e neutra, mas o meio de coletar dados relatados pelos atores, sujeitos participantes da pesquisa, que expressam determinada realidade investigada. Nesse sentido

Pope e Mays (2009) dizem que o pesquisador precisa documentar suas impressões acerca das realidades, sentimentos e reações pessoais às observações feitas se incorporando ao campo.

A entrevista semiestruturada apresentou tópicos com questões fechadas e, ao mesmo tempo, permitiu respostas subjetivas, sem perder os elementos essenciais de análise dos dados. O entrevistador seguiu um guia de questões, mas procurou escutar livremente quando o sujeito pautado pela associação livre rememorava a sua história de vida, quando o sujeito não incorporava essa proposta, fazíamos uso da técnica da conversação, estimulando o sujeito ao diálogo, seguimos esta proposta perfazendo cinco encontros diários ou intercalados durante um tempo aproximado de 30 minutos. O objetivo da associação livre, por um lado, nessa prática, teve como intuito deixar emergir o sujeito do inconsciente, sentidos e significados produzidos pelo entrevistado. Por outro lado, pela conversação, buscamos assegurar o enquadre necessário às respostas para as questões elaboradas previamente (BRITTEN, 2009).

Utilizamos a técnica da observação livre com registro em Diário de Campo e anotações do diálogo do entrevistado. Nosso intuito era o de complementar e validar as informações fornecidas e construídas no processo da pesquisa. De acordo com Silva (2013), o diário constitui ferramenta importante da pesquisa, para registramos as impressões subjetivas, os aspectos informais, os gestos, os comportamentos, as expressões emocionais percebidas no decorrer da pesquisa e as percepções tidas ao longo da entrevista.

As conversações foram transcritas para poderem ser analisadas em toda sua extensão. No momento das anotações, os nomes verdadeiros dos (as) entrevistados (as) foram protegidos para intencionalmente garantir o sigilo ético, fundamental nas pesquisas de campo.

O roteiro de entrevista para auxílio às conversações foi composto pelas seguintes seções: 1) Identificação; 2) Eixo Mental; 3) Eixo Comportamental; 4) Eixo Somático; 5) Eixo Psicossocial 6) Eixo Eventuais Condicionantes do desenvolvimento da doença, (Apêndice I). Por fim, foram feitos alguns atendimentos piloto com a intenção de esclarecer e qualificar o processo de conversação com o paciente e refletir sobre o tempo, o *setting* e aplicabilidade da pesquisa correlacionada ao método proposto.

2.5 Procedimentos da coleta de dados

Os cinco participantes do presente estudo foram abordados individualmente, após anuência institucional (Apêndice II) e anuência dos pesquisadores assinadas, (Apêndice III).

Adotamos um cronograma previsto para o desenvolvimento das atividades e uma preparação anterior ao campo (Apêndice IV). Além de um roteiro de entrevista semiestruturado como suporte para garantir os elementos necessários para análise, buscamos compreender a história de vida do paciente intrincada com o processo de adoecimento. Partimos de alguns dados de identificação, preservando todo o sigilo. Investigamos o momento da comunicação diagnóstica fornecida pelo médico hematologista, quando da indicação para início do tratamento quimioterápico e hospitalização (Apêndice V). Os participantes da pesquisa foram informados previamente sobre o estudo. Para tanto, assinaram anuência, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, (Apêndice VI). A entrevista ocorreu na enfermaria quando os pacientes estavam em condições clínicas favoráveis

Quando clinicamente mais vulneráveis, com dor e sonolência, à base de medicamentos de analgesia ou pós-quimioterapia com reações físicas intensas, os pacientes não foram incomodados. Somente estando estáveis e com disposição foram abordados para participar da ou continuar a pesquisa. Em alguns casos, já participando e apresentando intercorrências ou alguma instabilidade, a pesquisa chegou a ser interrompida até que o paciente estivesse em condições para continuar a fornecer os dados solicitados.

A coleta de dados foi realizada em aproximadamente cinco encontros, em alguns casos foram dois a três encontros por semana para cada caso num período de tempo de 30 minutos aproximadamente, considerando a estabilidade, as condições clínicas e o desejo do paciente.

Iniciamos o estudo a partir do *rapport*, apresentação, conhecimento do paciente e solicitação para a participação dos estudos em aproximadamente dois encontros ou três encontros. Apenas o primeiro caso, Afrodite, foi convidada no primeiro encontro, pois estava aparentemente bem, sem queixas, sem quimioterapia. Dâmocles foi convidado após o terceiro encontro, pois estava muito fragilizado emocionalmente. Foi necessário fornecer apoio psicoterápico para, posteriormente, quando estivesse mais estável, ser convidado a participar do estudo, como foi feito. Dionísio foi convidado após ter passado por sua primeira internação. Apresentava-se em uma fase de revolta incomum. Desse modo optamos pela psicoterapia de apoio, até atenuação do quadro. Sísifo já era um paciente que recebia apoio emocional, mas continuava na fase de indução e consolidação do tratamento. Apollo era um paciente atendido anteriormente pelo setor de Psicologia. Embora estando na fase inicial do tratamento, também aceitou fazer parte da pesquisa. Na maioria dos casos, os pacientes concordaram sem hesitação, não demonstraram aparentemente nenhuma resistência para

participarem da pesquisa. Tivemos nesse processo de identificação e coleta de dados, durante o *rapport*, duas pacientes aterrorizadas com o diagnóstico e tratamento. Nesses casos, optamos pelo apoio emocional, pois consideramos humanamente invasivo e iatrogênico propor a participação em uma pesquisa em um momento tão crucial entre a vida e a morte. É um período quando o paciente apresenta várias dúvidas e angústias frente a doença e ao tratamento, além da gravidade clínica manifestada por dores e sintomas diversos, por isso não foram convidadas para o estudo. Uma foi acompanhada durante um mês e a outra durante duas semanas aproximadamente. Nesses períodos faleceram.

Outras duas pacientes foram diretamente abordadas para participar da pesquisa após melhora do quadro clínico. Uma iniciou após o diagnóstico, tratamento e hospitalização num estado absoluto de mutismo. Após passar do mutismo para a fala monossilábica e, posteriormente, para a construção de frases, a convidamos para participar da pesquisa. Dadas as informações preliminares, ela aceitou. No entanto, passou logo em seguida por algumas intercorrências e ficou algum tempo sem internação hospitalar. Desse modo, não fez parte deste estudo.

A outra paciente abordada aceitou o acompanhamento psicológico, mas optou por não fazer parte da pesquisa. Dessa maneira, respeitamos a paciente, mantendo o apoio emocional durante à hospitalização, não a incluindo na pesquisa.

2.6 Procedimentos de análise dos dados:

Os dados foram analisados de acordo com a teoria psicossomática psicanalítica e pela técnica da Análise de Discurso Francesa (AD). Pelo aporte da teoria da psicossomática de Pierre Marty, buscamos compreender o funcionamento psicossomático do participante da pesquisa em quatro aspectos: dimensão mental, comportamental, somático e psicossocial. Na entrevista com o paciente, organizamos as questões seguindo seis eixos de referência como: 1. Identificação; 2. Organização e dinâmicas mentais do paciente (estrutura fundamental); 3. Modos de funcionamento habituais e excepcionais em sua vida particular e relacional; 4. Condições do adoecimento do paciente e as mudanças de sua vida a partir desse acontecimento; 5. Relações da doença atual com a sua história de vida e 6. Eventuais condicionantes do desenvolvimento da doença atual conforme. Buscando descrever as

estruturas fundamentais, as particularidades habituais e as características atuais (VOLICH, 2013).

O processo de análise discursiva buscou interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção verbais e não verbais. A AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido a partir da materialidade, do seu *corpus* (ORLANDI, 2009). Nesse aspecto, *corpus* significa a delimitação discursiva, textual do enunciador, em que se identificam as marcas e a saturação dentro do alcance do dispositivo analítico, na perspectiva de decidir e construir propriedades de discurso considerando os objetivos da análise e sua compreensão. Consonante a autora supracitada, o discurso é parte integrante de um processo discursivo mais abrangente que recortamos para determinar o modo da análise e o dispositivo teórico da interpretação. A análise supõe atividade do analista para converter o *corpus* bruto em um objeto teórico, passando da superfície linguística para o objeto do discurso e concomitantemente para o processo discursivo.

Na interpretação, lembramos de que somos intérpretes. Realizamos uma leitura discursiva influenciada pelo afeto, pela posição, escolhas, crenças, experiências. Desse modo, não pretendemos uma interpretação absoluta e única, mas abrir para heterogeneidade do campo da linguagem, em contraponto a uma homogeneidade imposta pelo discurso linear que preza pelo sentido único, consensual, esfacelando as diferenças (ORLANDI, 2012).

Pêcheux (1997) assegura que o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, não existe por si só, colado ao significante. Para ele, esse sentido é paradoxalmente determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual são produzidas.

Na AD, não é necessário analisar tudo que aparece na entrevista, pois se trata de uma análise vertical e não horizontal. Como enfoque analítico dado à pesquisa partimos de uma perspectiva psicanalítica clínica e social. A partir da seleção de poucas marcas linguísticas para interpretação, procuramos identificar no texto os sentidos ausentes. Realizamos a análise apenas de alguns elementos discursivos fecundos vinculados à posição dos sujeitos oncológicos e da formação ideológica adotada por eles nesse momento da existência (SOUZA, 2014).

Assim, optou-se por descrever a organização e o funcionamento mental dentro da perspectiva dos processos ou modos de subjetivação ancorados aos determinados momentos sócio-históricos atravessados pelos sujeitos acometidos por Leucemia Linfocítica Aguda.

Para análise dos dados em AD, seguimos a proposição de Souza (2014). A partir de uma leitura flutuante do material para tentar captar as primeiras hipóteses, os conceitos análises. Antes de montarmos o *corpus* trouxemos os conceitos análise *a priori* elencados pela psicossomática, acima descrito. Nossa proposta teve como foco nos conceitos análise: organização e dinâmicas mentais – modos de subjetivação que apontam para os processos subjetivos em movimento com ênfase no momento atual; modos de funcionamento habituais e excepcionais, condições do adoecimento, relação com a doença e os condicionantes do desenvolvimento da doença. Assim três orientações heurísticas foram adotadas para nortear a análise de discurso proposta por Souza (2014): a) Encontrar o conceito-análise no texto pelas marcas do discurso; b) Identificar no corpus como se constrói o conceito-análise; c) Correlacionar ao discurso a que pertence o conceito-análise construído no texto.

2.7 Procedimentos éticos:

De acordo com as normas contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos, a participação dos sujeitos na pesquisa foi de caráter voluntário, livre de qualquer forma de remuneração, com a assinatura da anuência do sujeito participante da pesquisa. Foram explicados detalhadamente a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios e riscos, bem como os prováveis incômodos que poderiam acarretar. A anuência foi assinada em um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo III), autorizando a participação sujeito na pesquisa. Através destes cuidados, se procurou garantir, a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, bem como a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou famílias, comunidade ou contexto socioeconômico do sujeito (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE Resolução 466/2012). Nesse sentido a pesquisa atendeu aos critérios do CONEP Resolução do CNS/MS n. 466/12 com o CAAE: 49699215.7.0000.0009, dado o Número do Parecer: 1.276.894 em situação do parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS NA ÓTICA DA PSICOSSOMÁTICA

3.1 Descrição do quadro sócio demográfico

Quadro I. Dados sócio demográficos dos sujeitos da pesquisa.

Suj.	Sex.	Id.	Grau de instrução	Profissão.	Estado civil	Diagnóstico	Religião
Afrodite	F	51	Ensino Fundamental Incompleto	Zeladora	União estável	¹ LLA	Evangélica
Dâmocles	M	45	Ensino Fundamental Incompleto	Motorista	Casado	LLA	Católico
Sísifo	M	23	Ensino fundamental incompleto	Estudante	Solteiro	LLA	Católico
Dionísio	M	22	Ensino Médio Incompleto	Auxiliar de marcenaria	Solteiro	LLA	Não manifestou
Apolo	M	20	Ensino Médio Incompleto	Atendente	Solteiro	LLA	Evangélico

Essa seção busca descrever e contextualizar alguns aspectos acerca dos sujeitos da pesquisa pertencentes à sociedade Amazônica. Os sujeitos desse estudo são oriundos: dois são do interior do Amazonas, dois de Manaus, capital do Estado e, um do interior do Pará. Todos estão situados na Amazônia Ocidental, Região Norte do país.

Dos cinco sujeitos da pesquisa, um se apresenta, por autoidentificação no prontuário eletrônico, como pertencente à raça negra; três são descritos como pardos e um não foi especificado. Contudo, quatro dos sujeitos entrevistados apresentam traços fisionômicos indígenas e um, além dos traços físicos, apresenta referenciais étnicos simbólicos. Vale destacar que a condição de diluição identitária do pardo, que parece não se prender a nenhuma identificação mais específica ao mesmo tempo, permeia todas elas, sobretudo a ameríndia no contexto amazônico (BELTRÃO, OLIVEIRA & OLIVEIRA 2009).

Compete lembrar como um dado histórico que a Amazônia, ao contrário do que foi apregoado por alguns historiadores (FUJIHARA, 2005), nunca foi um vácuo, um vazio demográfico. Além da riqueza da biodiversidade, a Amazônia, desde a pré-história, já era um

¹ Leucemia Linfóide Aguda - LLA

cenário diversificado de sociedades humanas conforme descrevem os achados arqueológicos (SOUZA, 2001).

A Amazônia possuía a sua história, transmitida pela história oral difundida no mundo social por meio de seus mitos, lendas, linguagem, rituais e símbolos acerca do passado, do presente e do futuro, da vida e da morte, que com a violência da conquista colonizadora foram se perdendo (SOUZA, 2001). Antes da chegada dos portugueses, havia um universo de aproximadamente mil línguas. Hoje são aproximadamente 170 línguas e dialetos falados pelos povos indígenas no Brasil, sendo que a grande maioria se concentra na Amazônia (URBAN, 1992). Centenas de línguas indígenas deixaram de existir para que o português pudesse emergir. No século XVI, não havia um único falante de português na Amazônia, mas nesse território eram faladas cerca de 700 línguas indígenas, todas elas ágrafas, línguas que não tem ou não admite escrita, depositárias de sofisticados conhecimentos no campo das chamadas etnociências, da técnica e das manifestações artísticas, que eram transmitidos através da tradição oral e de diversos tipos de narrativas (FREIRE, 2003).

No século XVII, época da colonização da Amazônia, segundo Freire (1990), o Governo do Estado do Maranhão e Grão-Pará, seguindo ordens metropolitanas, mandou construir fortalezas em pontos estratégicos da região, originando posteriormente, o Amazonas.

O nome "Amazonas" é de origem indígena, da palavra “*amassunu*”, que quer dizer "ruído de águas”, “água que ressoa”. Nome originalmente dado ao rio que banha o Estado pelo capitão espanhol Francisco Orelhana, em 1541, quando encontrou uma tribo indígena de mulheres guerreiras resistentes à colonização, às nomeando de Amazonas, talvez, fazendo referência à mitologia grega (GONDIM, 1994).

Apesar das transformações socioeconômicas, Diegues (1996) entende que as populações amazônidas ainda possuem um modo de vida específico, uma relação singular e profunda com a natureza e seus ciclos sazonais. Apresentam uma estrutura de produção baseada no trabalho com utilização de técnicas prioritariamente baseadas na disponibilidade dos recursos naturais existentes dentro de fronteiras geralmente bem delimitadas. Nesse contexto havia uma constante transmissão de conhecimentos através das gerações como forma de perpetuar a identidade e os ensinamentos culturais do grupo. Tal modo de vida estava impregnado pelos princípios éticos, relação com espaço e ambiente natural constituinte do seu *ethos*. Nesse aspecto, só Afrodite lembrou-se das atividades agroecológicas realizadas pela família e por ela mantidas no seu sítio. Essas atividades agroecológicas pressupõem o uso

plural da biodiversidade de forma sustentável, social, ambiental, econômica, ética e política (CAPORAL COSTABEBER & PAULUS, 2006).

Acerca do ser amazônida, Fraxe (2009), ao buscar sua origem, ressalta que o ser amazônico é fruto da confluência de sujeitos sociais distintos, ameríndios da várzea e/ou terra firme, negros, nordestinos e europeus que inauguram novas e singulares formas de organização social na Amazônia. Sendo assim, diante das transformações desse fluxo histórico marcado por continuidades/descontinuidades, criaram-se povoados, rotas e identidades, territórios. Em face das misturas e presenças entremeadas nesse vasto território emergiram diferentes tipos sociais, “culturas amazônidas”. A alteração na composição étnica da região fez surgir não só novos tipos sociais, frutos da miscigenação, cultural e racial, mas também um novo estilo de vida e reelaborações subjetivas.

De acordo com Ribeiro (1995), quando os europeus colonizadores e cristãos chegaram ao Amazonas, eles se depararam com os grupos indígenas e com o seu modo, estranho, modesto, atípico, sem qualquer concepção religiosa de pecado ou salvação, mas manifestavam um notório sentimento de honra e generosidade. Aos olhos dos europeus, os indígenas pareciam ociosos, vivendo uma vida inútil e inculta e sem perspectivas temporais. Nada produziam. Nada acumulavam. Nada poupavam. Conforme os colonizadores, os nativos não sabiam de nada, por isso deveriam ser ensinados, evangelizados, mas será que tinham alma? Será que pensavam, sentiam? Os indígenas poderiam ser gente? Estas questões que pairavam o pensamento etnocêntrico.

Desde o primeiro momento, o colonizador europeu optou por impor a sua cultura à população local, pois considerava os costumes locais como inferiores e inadequados aos seus padrões de vida. Tal comportamento contribuiu para a inferiorização e o consequente empobrecimento da cultura originária dos povos indígenas (MACIEL & FILIPPINI, 2010).

Maciel e Filippini, (2010), bem como Souza (2013), constatarem que de maneira geral, os amazônidas, de forma inconsciente, rejeitam as características herdadas da cultura indígena. Tal negação pode ser influência de todo processo de imposição fruto da colonização que a cultura nativa sofreu, onde se passou a valorizar e a se identificar com a cultura imposta e recusar a cultura autóctone, a cultura indígena, tida como primitiva, arcaica e selvagem.

No imaginário de quem não conhece as cidades de Manaus e de Belém, de modo especial Manaus, ainda perdura a imagem de uma cidade pouco desenvolvida com indígenas andando pela rua com seus arcos e flechas. Tal imaginação não se dá por acaso, visto que a

história sobre a origem da cidade, seus primeiros habitantes foram vários grupos indígenas em grande quantidade e diversidade cultural (MACIEL & FILIPPINI, 2010; SOUZA, 2013).

Manaus foi construída para uma pequena elite, enquanto a maioria da população, nativa, ficou excluída de tudo que pudesse evocar as origens indígenas da cidade. Dessa forma, tudo que aludia a cultura indígena era retirado, escondido, pois os costumes e cultura local eram tidos como decadentes e subdesenvolvidos pelo europeu. Desse modo, era necessário alterar os costumes da população urbana para que vivessem de modo mais “civilizado”, de acordo com os moldes da cultura caucasiana.

Ainda hoje, Manaus apresenta uma profunda crise de identificação e negação da cultura indígena, por remeter imagetivamente ao passado e ao atraso, haja vista, que a cidade buscava a identificação europeia (SOUZA, 2013). No nosso estudo, nenhum paciente se identificou com a origem indígena ou descendente destes. Ao contrário, negaram qualquer proximidade cultural com esses povos. Tocar no assunto acerca da origem ou descendência indígena pareceu desconfortável para os sujeitos da pesquisa.

As transformações ocorridas na sociedade contemporânea são produtos de processos de longa duração. Tem sido desencadeadas através de várias gerações pelo caráter estigmatizante e depreciativa como são vistos os povos indígenas, inclusive incorporada pelo Estado e potencializada por diversos profissionais, sobretudo do campo da educação e da saúde frente às realidades sociais, afetivas, raciais, econômicas e políticas relacionadas às populações tradicionais (ELIAS, 1993; SOUZA, 2013).

A conduta civilizada ou estigmatizante introjetada pelo sujeito tem origem nos processos de socialização primária e secundária perpassando todo o desenvolvimento humano. Em outras palavras, desde a tenra infância, determinados comportamentos são repassados de pais para filhos e reforçados pelas relações sociais o que leva a sua internalização através de um aparelho psíquico automatizado, irrefletido que determina certas reações individuais automáticas (SOUZA, 2013; ELIAS, 1993).

Elias (1993) elabora a sua hipótese sobre o processo civilizador, identificando-o como uma mudança psíquica, comportamental e afetiva dos sujeitos que são orientados para uma perspectiva de restrição dos afetos, controle das pulsões e sentimentos de subserviência nas relações sociais. O processo civilizador, conforme Elias (1993), modelou a economia das pulsões, que progressivamente exerceu controle sobre o comportamento individual imprimindo características impensadas que internalizadas pelo próprio indivíduo, foram

repassadas de pais para filhos e pelos aparelhos ideológicos do Estado e pela linguagem. Da mesma forma, a vergonha, o pânico e o embaraço, são nomes dados para a modelagem das pulsões, sentimentos e emoções que evidenciam um conflito subjetivo do indivíduo em relação ao outro, numa relação em que é necessária a aprovação externa, pois o olhar do outro o institui, o inferioriza, o adocece (SOUZA, 2013).

Nesse aspecto, muitos são os estudos desenvolvidos que tentam compreender a relação entre os aspectos subjetivos, deseabilidade social e doença, especialmente o câncer. Defende-se que indivíduos, com certos padrões de personalidade descrita como a *Personalidade Tipo C*, buscam permanentemente agradar o outro e tendem a suprimir os seus desejos e vontades para serem aceitos. Estes poderão estar mais propensos a desenvolver câncer. Via de regra, esse tipo de personalidade apresenta-se relacionado a um determinado perfil psicológico que recorre frequentemente a mecanismos de defesa como a negação, repressão e forclusão perante estado emocionais intensos, resultando assim em somatização (JOYCE-MONIZ & BARROS, 2005; PATRÃO, 2007; REMONDES-COSTA; JIMENÉZ & PAIS-RIBEIRO, 2012).

Essa característica apontada sugere que os relevos na inter-relação entre o biológico, o psicológico e o social no processo de adoecimento. O suposto modo subjetivo extremamente cooperativo e submisso de um sujeito com tendência ao auto sacrifício, veneração à autoridade, fuga de conflito, excessiva amabilidade e alta deseabilidade social, camuflagem emocional inconsciente, junto com outros elementos, pode constituir o processo saúde-doença. No entanto, não existe uma relação linear de causa-efeito entre a *Personalidade Tipo C* e a doença oncológica. Essas características podem estar presentes em outras estruturas psíquicas que poderão aumentar os riscos de uma doença grave (OGDEN, 2004; JOYCE-MONIZ & BARROS, 2005; STRAUB, 2013).

Foi com base nesse processo civilizador e etnocêntrico que as políticas de saúde do Estado foram dirigidas às populações tradicionais na Amazônia. Caracterizadas, ao longo da história do Brasil, por uma intensa intervenção do poder público consorciado à entidades religiosas e civis, tendendo a promover a absorção dos povos amazônicos à sociedade brasileira. Embora sem a devida valorização dos aspectos culturais peculiares das populações indígenas, as políticas dirigidas aos povos indígenas, via de regra, tinham como pressuposto a negação cultural das populações amazônicas tradicionais e o ímpeto desejo de suas inexistências (SOUZA, 20013).

A saúde na Amazônia tem sido uma preocupação constante, desde o início do desenvolvimento da moderna saúde pública no Brasil, quando o governo federal inicia as propostas de organização dos planos de intervenção sanitária orientados para a região. A produção técnico-científica em saúde na Amazônia é extensa, não obstante, tem privilegiado os aspectos específicos da medicina tropical, a exemplo da malária e de outras doenças infectocontagiosas em detrimento de outros agravos, sobretudo do câncer. (CONFALONIERI, 2005)

Conforme estimativas do INCA para o ano de 2014, o número de casos por câncer, na região norte, considerando as taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes foi de 20.020 casos. Considerando as outras regiões, as taxas da Amazônia em relação ao câncer ainda é a mais baixa. No entanto, a cada ano tem aumentado o número de casos novos. Em relação à Leucemia na região Norte é o quinto câncer mais frequente em homens (3,57/ 100 mil) em mulheres, é o sétimo mais frequente na região Norte (2,81/100 mil).

A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos – leucócitos –, geralmente, de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. A medula é o local de formação das células sanguíneas e ocupa a cavidade dos ossos, sendo popularmente conhecida por tutano. Nela são encontradas as células que dão origem aos glóbulos brancos, aos glóbulos vermelhos e às plaquetas.

A estimativa mundial, realizada em 2012, pelo projeto Globocan/Iarc, vinculado a Associação Internacional de Registro de Câncer, apontou que, dos 14 milhões de casos novos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Em relação a mortalidade, a situação agrava-se quando se constata que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nesses mesmos países.

Segundo o INCA (2014), as estimativas de novos casos de leucemia no Brasil são de 10.070, sendo 5.540 homens e 4.530 mulheres. A leucemia em homens é o sexto mais frequente na Região Norte (3,81/100 mil). Para as mulheres, é o sétimo mais frequente na Região Norte (3,01/100 mi). São estimados 560 casos novos para a região norte

No Estado do Amazonas foram previstos 130 casos para 2016, sendo 70 casos de leucemia no Estado, 50 casos são previstos na capital Manaus para homens. Para mulheres 50 casos no Estado e 40 na capital.

Em relação ao óbito, dados de 2013 ilustram 6.316 casos de mortes por leucemia no Brasil, sendo 3.439 homens e 2.877 mulheres (INCA 2015). No Amazonas não obtivemos os dados sobre os óbitos por leucemia.

Para o Instituto Nacional do Câncer (2012), os fatores etiológicos para o desenvolvimento da leucemia ainda não são confirmados. No entanto, existem evidências para alguns fatores de risco, como exposição à radiação ionizante e exposição ao benzeno. Os primeiros indícios de que a exposição à radiação ionizante levava ao desenvolvimento de leucemia foram estudados após os bombardeios de Hiroshima e Nagasaki

Inúmeros trabalhadores estão frequentemente expostos a agentes hematotóxicos, mas são raras as orientações sobre a abordagem clínico assistencial que visam à atenção integral ao trabalhador, seja no ambiente de trabalho, seja no momento de demandar assistência. O câncer pode estar correlacionado a exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos classificados como carcinogênicos, presentes no ambiente de trabalho (INCA 2012).

Estudos de exposição ocupacional, realizados na Europa na década de 1990, identificaram como principais fontes de doença onco-hematológica os seguintes campos industriais: da química, do petróleo, de plástico, de madeira, da metalurgia e siderurgia, do comércio atacadista e varejista e do transporte terrestre (BRASIL, 2006). No nosso estudo, dois participantes já trabalharam no polo madeireiro de pequeno porte, um trabalhou com transporte de produtos químicos: álcool, gasolina e diesel. Outro trabalhou com agricultura, mas não há indício de que tenha usado algum agrotóxico. Outro ainda realizou pequenos trabalhos para a família, usando tinta e solvente. Dois fizeram uso de anabolizantes. Quatro tiveram manifestações de estresse vinculado ao trabalho com carga horária excessiva. Quatro apresentaram indícios de uma má alimentação. Dois ingeriam bebidas alcoólicas, fumavam e, um fazia uso de drogas ilícitas. Todos cinco apresentaram lutos não elaborados, pelos menos quatro apresentaram sintomas depressivos e quadro de ansiedade anterior à doença.

No tópico seguinte, conheceremos os sujeitos da pesquisa identificados a partir das temáticas vivenciadas e narradas que apresentam alguns aspectos semelhantes e particularidades dos deuses da mitologia grega. A) Afrodite, como no mito, teve o seu coração atingido por uma flecha quando o filho se envolve em uma caçada e mata alguém. Seu peito é atingido, sangra, adocece, quando o filho é preso. Ama a muitos, mas carrega em si desde a infância a marca da solidão, da dor e das constantes separações. B) Dâmocles, ao receber o diagnóstico e iniciar o tratamento se percebe frágil, percebe sua vida pendurada por um fio,

mostra-se vulnerável, angustiado, chora como um menino em face com o desconhecido e inefável medo da morte. C) Sísifo tende a repetir seus movimentos e ensaios. Desmaiava repetidamente antes da doença, repete incansavelmente o mesmo protocolo clínico, aparentemente ressoa o mesmo discurso e a mesma ladainha que costuma a carregar na voz e no peito religiosamente. D) Dionísio, nada afeito as balizas, contesta impulsivamente a sua dor e a brevidade da vida. Todo o tempo é pouco para aproveitar o dia, tenta sugar a cada instante na embriaguez, o “mais gozar”. E) Apolo, apesar das tempestades controla o barco sabendo que “navegar é preciso”, não é de ficar à deriva, se o barco afunda, talvez, aparentemente consiga caminhar sobre as águas.

Ressaltamos que a história de vida trazida por Afrodite mostra-se mais rica em detalhes por ela estar clinicamente melhor, estável nos momentos da pesquisa e aderir melhor às propostas da associação livre e da conversação. Contudo todos os pesquisados estavam na fase de indução/consolidação início do tratamento de Leucemia Aguda, mas Dâmocles, Sísifo, Apolo e Dionísio não apresentavam a mesma disposição de fala.

3.2 AFRODITE - DEUSA DO AMOR E DA DOR DA SEPARAÇÃO

3.2.1 Síntese Interpretativa dos encontros clínicos

A paciente tem 51 anos, amazônica, parda, mãe de cinco filhos, quatro homens e uma mulher, frutos da sua primeira relação conjugal. Ocupava as funções de zeladora e merendeira de uma escola pública, participante de uma igreja evangélica.

Afrodite começa seu relato pela situação atual vivenciada sobre o seu adoecimento. Fala sobre seus sintomas iniciais, a descoberta da doença o tratamento e hospitalização. Verbaliza que antes de saber o diagnóstico sentia muitas dores de cabeça, cansaço, dores no corpo. Morava longe da cidade, a aproximadamente 8 km. Relata que costumava andar essa distância todos os dias de casa até o trabalho. Trabalhava em uma escola onde era zeladora e merendeira. Embora com mal-estar, não era de faltar ao trabalho como sinaliza enfaticamente. Quando não trabalhava, Afrodite cuidava das coisas de casa, do sítio, dos filhos e do marido, tinha sempre algo a fazer. O trabalho aparece como um referente importante de valorização pessoal. Também pode ser indício de um procedimento autocalmante, na tentativa de lidar

com alguma tensão interna ou afetos, o sujeito tende a insuficiência elaborativa. Utiliza o movimento ou ação como meio de apaziguar-se, numa tentativa equivocada de resolução dos conflitos como aponta (HORN, 2007; FERRAZ, 2010).

Por conta das dores físicas, fez vários exames médicos, mas não havia nenhum achado clínico. Conforme descreve, não foi fácil descobrir o diagnóstico. Às vezes ia trabalhar sem aguentar. A família, sobretudo a mãe, a chamava de teimosa, porque ia trabalhar não estando bem. Pacientes somáticos, supostamente com uma dinâmica mental restrita, apresentam problemas físicos, psicológicos e existenciais, tendendo a intensificar o investimento no trabalho para que tome o espaço interno na perspectiva de adquirir funções protetoras e tranquilizadoras (SILVA & CALDEIRA, 1993).

Conforme Afrodite, antes de descobrir a doença, ela já sabia o que tinha. Foi numa vigília que lhe foi revelado, afirma. Dá a conhecer que estava passando por uma situação muito difícil com um filho e com o companheiro atual. Quando o médico lhe comunicou o diagnóstico, a sua reação foi tranquila por se lembrar da revelação recebida na noite de oração, pois estaria se cumprindo, de acordo com ela, a promessa do Senhor. A tal manifestação divina dizia que ela passaria por uma turbulência. Para muitos pacientes, a religião tem uma função de reconstrução de sentidos, de amparo, de minimização do sentimento de angústia (FREUD, 1930/1996).

Com o início do tratamento, diz ter tido várias intercorrências. Também alguns sonhos que, particularmente, a deixaram muito impressionada. Em um desses sonhos, três pessoas vestidas de roxo diziam ter vindo buscá-la. Chegou a pressentir uma pessoa à cabeceira do seu leito, outra ao seu lado e outra aos seus pés. Numa súbita interpretação, Afrodite acreditava que o sonho era na verdade a cura celestial. Quando acordou, relatou ter sentido uma sensação de refrigério, uma sensação muito boa, como se estivesse dormindo num colchão de algodão, ponderou a paciente. Suas experiências, anteriores e atuais de sofrimento e dor trazem um pouco de alívio e sentido pelos sonhos numa tentativa de elaborar e ordenar o caos intensificado pela descoberta da doença e tratamento. Sendo o sonho uma ação constitutiva, é subjetivante uma forma de falar. Nesse aspecto Freud (1910/1996) desvenda a analogia entre os princípios que regem a formação dos sonhos e os regulamentos do discurso, posteriormente retomadas por Lacan (1998^a) (PROCHET, 2013).

Afrodite lamenta que se for pra continuar doente, que “*Deus faça a obra*”, exclama. Externa que o seu desejo é de viver, sugerindo que confia e acredita na sua cura, que Deus

tem um propósito para ela. Paciente oncológico, dificilmente verbaliza de forma aberta e clara sobre a morte de si. Para alguns, nesse momento da doença, aceitá-la como condição humana pode ser insuportável. “Mal-dita”, corroborando para uma modalidade de insuficiência psíquica. Somente pelo acesso à palavra, a morte pode ser aceita, encarada e elaborada (NÁSIO, 1997).

Manifesta que quando descobriu a doença estava passando por sérias dificuldades decorrentes da prisão do filho por homicídio e da traição do marido. De acordo com Afrodite, o companheiro demorava muito a aparecer no sítio. Nesse período, costumava ficar sozinha. Os filhos casaram, saíram de casa, moravam com outros parentes. Uma vez, depois de algum tempo desaparecido, o companheiro voltou para o sítio doente para que ela cuidasse dele. Ela confessa que o considerava um ex-marido. Ressalta que as pessoas comentavam que ele tinha outra pessoa, andava de mãos dadas com ela pela cidade. Indica que foi um momento de grande sofrimento para sua vida. É possível vislumbrar que a eclosão da doença em Afrodite se articula com a intersubjetividade e marcante presença da pulsão de morte defendida por Marty (1998) como produtor de movimentos de desorganização psíquica e corporal, levando a alterações somáticas graves e até mesmo a morte orgânica.

Na atual relação, sinaliza ter sofrido intensamente a ausência do marido, nesse momento, de acordo com a paciente, em que tanto precisava dele. Desabafa que foi clara e colocou a situação para ele pensar se iria ou não continuar com ela. Afrodite vivencia uma nova situação de perda e abandono sem fazer nenhuma associação. Podemos supor que a paciente apresente uma mentalização insuficiente, marcada pela incapacidade de pensar e elaborar as suas vivências. Desse modo, sem as defesas psíquicas necessárias para atenuar as excitações internas utiliza o corpo, no processo de somatização, como a via privilegiada de exteriorização das demandas pulsionais (MARTY, 1993; FERRAZ, 2010).

Queixou-se que nunca fora feliz. Na infância foi morar com a avó, pois seus pais estavam se separando. Deixa transparecer, sem dizer, que foi um período de intenso sofrimento emocional. Nesse período cuidava de uma criança de alguém importante, um doutor, como diz. Durante o dia, cuidava dessa criança; à noite, voltava para casa. Em alguns momentos, ia assistir a filmes na casa de um senhor, pois na sua casa não tinha televisão. A avó não gostava, por isso e outros motivos que não trouxe às suas verbalizações, foi mandada embora. Diz que era julgada de forma equivocada pelas pessoas. Afrodite, desde a sua infância, demonstra elementos vivenciais de desarmonias afetivas em virtude das relações

familiares distanciadas e desempenhos inadequados dos cuidadores. Para Marty e M'Uzan (1994), portadores de traços de funcionamento psíquico operatório tendem a estabelecer vínculos afetivos pouco significativos e relacionamentos interpessoais superficiais.

Quando expulsa de casa pela avó, sem ter para onde ir, diz ter passado a noite na calçada de casa. A paciente relatou que não gostava da avó. Foi estimulada para dizer o que realmente sentia. Expressou que sentia muito ódio e raiva da sua da avó, mas não conseguia se expressar para ela. Sugeriu que tinha medo da cuidadora. Lembra-se de um dia, por está com muita ira da avó, que tenta suicídio. Ficou sabendo que uma pessoa conhecida havia passado mal e morrido por ter tomado muita Cibalena. Aí teve a ideia de misturar Cibalena com Eritromicina. Perguntavam-lhe o que tinha, dizia que era cólica menstrual. Desmaiou, acordando no hospital. Até o momento atual, confessa que ninguém soube que tinha tentado suicídio. Podemos supor que a paciente expresse um tipo de “relação branca”, determinada característica que não possibilita ao outro um acesso autêntico à sua realidade psíquica (MARTY, 1993).

Afrodite em tom de culpa verbaliza que teve uma vida muito errada, mas não entra em detalhes sobre os possíveis erros que cometeu. Insinua que sempre fez busca e que passou por algumas igrejas. No entanto nunca se encontrou. Recentemente, pouco antes da confirmação diagnóstica começou a participar de uma denominada igreja na qual se sentiu muito bem acolhida. A paciente faz alusão que lida constantemente com a compulsão, a repetição nos caminhos do sofrimento intensificada por um sentimento de culpa inconsciente, que para Freud (1930/1996) se correlaciona às interdições sociais e a pulsão de morte.

Afrodite diz ser uma pessoa que não julga, pois dá a entender que tantas vezes fora julgada e chamada de nomes desprezíveis. Queixa de seu passado que foi muito triste e sofrido, por isso, diz não se sentir com “*legalidade diante de Deus*”. Pontua que quem a escuta pode achar que a sua vida seja de derrota. No entanto, forçadamente, tenta fazer acreditar que a fé a ajudou a vencer toda a infelicidade que passou, assim como a cura da sua doença é uma certeza divina.

Em tom de orgulho, a paciente expressa que sempre tomou a frente das coisas de casa. “*Sempre foi mãe e pai*”. Expõe que o seu primeiro companheiro fazia coisas erradas, sugerindo dificuldades legais com a polícia. Depois de alguns contatos, verbaliza os acontecimentos de forma muito prolixa, mas pede sigilo sobre a situação. Confessa que costumava apanhar nessa relação, mas nunca o denunciou. Depois de algum tempo, tomou

coragem e se separou. Saiu de casa deixando os filhos. No segundo relacionamento, que durou menos tempo, manifesta que o companheiro só queria boa vida, mas não a ajudava em nada. Confessa que sempre foi assim, tomava a frente de tudo, assumia todas as responsabilidades para si. Talvez por isso, Afrodite tenha disposto pouco tempo para o cuidado de si. As ocupações com os outros e com as coisas estavam em primeiro plano.

Afrodite argumenta que teve muita dificuldade para criar os seus cinco filhos. Acena que poderia ter sido mais forte, manifestando um provável sentimento de culpa por não ter aguentado mais seu primeiro marido. As coisas talvez, segundo ela, pudessem ter sido diferentes para os seus filhos. Pode-se cogitar que exista a participação do sentimento de culpa no processo de adoecimento. A religião nesse sentido surge assentada no sentimento inconsciente de culpa. Nessa perspectiva, Afrodite busca permanentemente uma igreja que consiga aplacar suas angústias e culpas. Em *Totem e Tabu*, Freud, considera que o sentimento de culpa se constitui em organizador da cultura e aponta a dimensão do assujeitamento pelo contexto da intersubjetividade na vida psíquica individual (FREUD, 1913-1996).

Queixa-se que demorou a ter o seu “*cantinho*”, a sua casa. Depois de muito trabalho, conseguiu comprar um terreno e estava construindo. Agora com a doença, faz planos de vender o terreno e vir morar em Manaus. É evidente que doença oncológica gera um acentuado sofrimento psicológico que atinge todas as dimensões da vida do doente. Repensar sonhos, interromper projetos e lidar com uma série de mudanças, a partir do momento do diagnóstico, exige um conjunto de dispositivo e tarefas em vista da adaptação à doença e às novas circunstâncias impostas pela nova e assustadora realidade (ROMANO, 2001).

A elaboração psíquica da paciente Afrodite parece deficitária frente às diversas situações traumáticas vivenciadas. À luz da Psicossomática psicanalítica, pode ser compreendida inicialmente nos momentos das conversações como apresentando uma “neurose de comportamento”, que evolui para uma neurose incerta com insuficiência elaborativa e marcante funcionamento operatório diante das tramas sócio-históricas que produzem os processos de subjetivação (MARTY, 1998, 1993).

Afrodite age de forma impulsiva, com um precário trabalho mental centrado em uma emotividade primária e numa capacidade de simbolização restrita, tendendo a utilizar a ação como principal via de expressão dos movimentos inconscientes (PERES & SANTOS, 2006). No entanto, no momento atual, a paciente parece indicar novas reflexões acerca da própria vida, sobretudo frente as suas demandas impulsivas. A sua identificação com uma

determinada igreja e com pessoas acolhedoras ao longo da vida com quem trabalhou pode a ter ajudado minimamente a um maior contato com o seu mundo subjetivo, possibilitando-lhe maior repertório representacional e afetivo para lidar com as adversidades circundantes.

No que tange as suas possíveis particularidades habituais, a paciente apresenta diversos pontos nodais ao longo do seu desenvolvimento. Nos seus relatos verbaliza sua história com riqueza de detalhes, no entanto voltados às vivências concretas, sem implicação dos afetos e com acentuada dificuldade de expressão dos sentimentos e emoções. Esboça culpa inconfessa, estado depressivo, tentativa suicídio. Relata maus tratos e violência doméstica vivenciada quando morava com a sua avó e com o seu primeiro marido, apresenta condutas pouco elaboradas psiquicamente, adotadas para minimizar o impacto ocasionado pelas excitações (MARTY & M'UZAN; 1994). Apresenta ainda discurso predominantemente religioso.

Durante a narração dos fatos vivenciados, demonstrou pouca responsividade afetiva acerca do conteúdo relatado, déficits na expressão facial, gestualidade e tom de voz baixo, por vezes sussurrante, que permaneceram sem alteração frente às recordações de luto, maus tratos, relacionamentos interpessoais e familiares conturbados. Descreve em síntese uma história conturbada, marcada por pungentes sofrimentos psicossociais. Na infância foi morar com a avó, devido à separação dos pais, sem se dá conta, de um processo de luto e sofrimento emocional inconsciente pelos quais passava. Desse modo, compreendemos que o adoecimento não é precipitado de uma única desordem “traumática”, e sim o resultado da soma de inúmeras situações semelhantes.

A paciente costuma narrar os fatos aludindo à percepção concreta das coisas em detrimento das emoções. Quando solicitada a nomear os sentimentos acerca da sua cuidadora após a separação dos pais, expõe que os seus sentimentos acerca da avó eram de ódio, raiva e desprezo, embora afirme que em alguns momentos identificasse tais afetos não os conseguia expressar. Tal comportamento de Afrodite pode aparentemente denotar uma tendência à repressão de seus impulsos agressivos em decorrência do controle restritivo frente aos seus afetos. Além disso, aponta para possíveis vínculos afetivos pouco sólidos em seu ambiente.

Afrodite, ao relatar sobre a sua infância com os seus pais, apenas lembra que os ajudava, no plantio e colheita de malva e juta, fibras cultivadas no rio após a vazante. É um dos modos de vida das populações que vivem nas regiões de várzeas. As poucas lembranças e as poucas citações acerca dos pais sugerem que Afrodite tenha uma imagem negativa acerca

das figuras parentais, provavelmente, por não ter elaborado emocionalmente o luto da separação, o abandono e sentimento de desamparo por parte dos pais.

Afrodite passa por várias perdas e lutos como separação dos pais e duas separações conjugais. Atualmente revive uma crise conjugal com probabilidade de ocorrer outra separação. Somado a tal situação, expressa intenso sofrimento emocional advindo da prisão do filho por homicídio. São acontecimentos tidos como possíveis fatores condicionantes do seu adoecimento. Narra que antes de adoecer, já há algum tempo, apresentava constantes enxaquecas e dores pelo corpo indicando não ter disposto de tempo para cuidar de si mesma, paradoxalmente, todo o tempo gasto era cuidando da casa, do trabalho, dos filhos e do marido quando adoeciam. As dores de cabeça que sentia eram pungentes, junto com uma sensação intensa de cansaço. Afrodite remete aos quadros de *depressão essencial e desorganização progressiva* (MARTY, 1998).

Embora já com sintomas intensos da doença em curso, a paciente alude que se dedicava assiduamente ao trabalho e às coisas de casa. Talvez Afrodite habitualmente apresentasse características de “*complacência psicossomática*”. É um tipo de característica comportamental em que determinado sujeito demonstra elevada dificuldade de dizer não ao Outro. Geralmente, aceita sem questionar às solicitações alheias. Uma maneira de se relacionar com o mundo, com seus sentimentos e com o seu corpo, abdicando da sua autonomia (MAY, 1989). Dessa forma, o sujeito sempre se sente o responsável por tudo e todos na casa, em torno, por vezes, do “mundo”. Tende a carregar um pesado fardo sem reclamar. No caso de Afrodite diz que “era mãe e pai”, que sempre ajudou a todos que a solicitava, sem jamais dizer um “não”. Embora doente, não faltava ao trabalho, nem deixava de fazer o que tinha que ser feito, incisivamente declara.

Continuando a sintomatologia, por insistência dos familiares, a paciente começa a buscar a origem dos seus sintomas. Faz vários exames, na cidade próxima, no interior do Amazonas, mas não encontra nada que justifique o seu sofrimento físico. Depois de algum tempo de peregrinação sem encontrar a causa para os seus sintomas, por conta de uma intercorrência, é internada em uma unidade de saúde onde morava. Posteriormente encaminhada para Manaus para uma Unidade de Urgência e Emergência. Por suspeita diagnóstica é transferida para Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas onde é indicada para tratamento de Leucemia Linfocítica Aguda.

Quando o médico lhe comunicou o diagnóstico, ela conta que a sua reação foi bem tranquila, por lembrar-se da revelação a ela feita na vigília. Segundo a paciente, estava se cumprindo a revelação que mostrava que passaria por uma turbulência e provação. A paciente tenta dar um caráter religioso a seu adoecimento, hipoteticamente, faz uso de mecanismo de defesa apoiado nos estágios emocionais de negação e barganha (KUBLER-ROSS, 1998).

3.3 DÂMOCLES – SOB A ESPADA, EM FACE COM A MORTE.

3.3.1. Síntese interpretativa dos encontros clínicos

Paciente de 45 anos, amazonense, pardo, pai de uma filha. Realizava a função de motorista em uma empresa que transportava líquidos inflamáveis. Dizia-se católico, embora não participasse de forma regular nas celebrações religiosas.

A partir das conversações, obtidos os dados da anamnese, Dâmocles apresentou funcionamento mental, de acordo com a psicossomática psicanalítica, peculiar à neurose de comportamento. Definido como um tipo de manifestação do comportamento que apresenta limitada capacidade de pensar e não possui outro recurso a não ser a ação (MARTY, 1996). O paciente demonstra características de insuficiência elaborativa frente ao mundo externo e dificuldade acentuada de reconhecer e nomear as emoções. A partir do diagnóstico de Leucemia Aguda passa a ter alterações do humor, sobretudo a chorar muito. Após a doença confessa ter ficado emotivo, pois não sabia o que era chorar, que não era assim. Até numa simples ligação para a filha era motivo de choro. Precisou ser estimulado para responder as questões da entrevista. Demonstrou dificuldade para narrar a sua história de vida, norteadas pelo método da associação livre. Sinteticamente respondia ao que lhe era perguntado. Nesse processo, foi aos poucos substituindo o choro pela palavra.

O sujeito começou a trabalhar muito cedo como ajudante de caminhão, transportando madeira. Interessou-se em aprender a dirigir, segundo o paciente, uma paixão da sua vida. A partir daí, se identifica com a profissão de motorista e passa a desejar dirigir caminhão. Consegue a carteira de motorista, mostrando-se bastante orgulhoso de ter conseguido logo a aprovação. Trabalhou dirigindo carreta, caçamba e ônibus. Antes de adoecer de leucemia, Dâmocles trabalhava como motorista de uma carreta tanque de 30 mil litros que levava

combustível para os postos de Manaus e de Boa Vista. O paciente dizia que fazia o serviço duplo de ajudante e de motorista, ao mesmo tempo. Enchia os compartimentos de gasolina, diesel e álcool, inalando todo cheiro das substâncias e dirigindo por horas sem se alimentar de forma adequada. Passou aproximadamente cinco anos nessa última empresa. Dâmocles, a exemplo de Afrodite, apresentava dificuldade de dizer não às solicitações externas, parecendo ser desprovidos de autonomia (MAY, 1989).

As características atuais de Dâmocles e seu modo de funcionamento mental são potencializados pela fase de indução na qual houve recidiva da doença, a medicação não fez o efeito esperado mantendo a doença ainda ativa. A alteração do humor predominou em quase todos os encontros da entrevista. Apresentava-se abatido e os olhos quase sempre em pranto. Pede desculpa, informando que não era assim. Pergunto se sente dor, algum desconforto. Diz que tem estado mais sensível desde o recebimento do diagnóstico. Comenta que fez alguns ciclos de quimioterapia, no entanto a doença continua refratária. Diante desse quadro de recaída, Dâmocles percebe que suas chances de cura são menores, sente-se mais próximo da morte. O câncer continua sendo uma doença bastante temida pelas pessoas por ser considerado um tempo de muito sofrimento, estigma e sentença de morte (GONZÁLEZ REY, 2006).

Uma das características marcantes de Dâmocles talvez seja a sua disponibilidade excessiva à empresa. Falou que apesar dos sintomas, cansaço e indisposição, sempre conseguia ir trabalhar. Até que um dia passou mal, indo parar na urgência de um hospital da cidade, depois foi encaminhado para o Hemoam, onde o seu diagnóstico foi confirmado.

Dâmocles, após o adoecimento, se dá conta que foi bastante explorado pela organização do trabalho. Relata que quando chegava de uma viagem ligavam para ele realizar um novo serviço. Isso acontecia com frequência, enfatizava. Embora cansado e exausto, Dâmocles nunca conseguia dizer não, negar a demanda da empresa. Vencia a si mesmo, e sem nenhuma elaboração psíquica subjugava o corpo, Dejours (2008), Marty, (1998) para mais uma jornada extenuante. “*Só pensava no final do mês, ver a conta recheada.*”

Dâmocles dizia que amava o que fazia, “*sempre dedicado ao trabalho, realizava suas atividades com amor, nunca havia batido o carro, cumpria sempre o horário, não atrasava, não faltava,*” cumpria ordens sem pensar (ARENDDT, 1999; 1983). Um sujeito normopata (MCDOUGALL, 1996). No entanto, não conseguiu perceber que estava adoecendo. Quando começou a sentir alguns incômodos ia assim mesmo para o trabalho. Hoje se queixa que está acamado. Não recebendo nenhuma ligação da empresa. Nem as duas férias retidas, não

recebeu, menos ainda na Participação do Lucro Anual (PL). Revoltado, aponta que só não passou por necessidade porque seus amigos o ajudaram. Para ele a causa da sua doença foi o trabalho, diz com grande convicção... *Eu não parava*. Desabafa. Dâmocles, dentre os sujeitos da pesquisa, é o que mais apresenta dificuldade de lidar com o seu mundo interno. Provavelmente, faça uso de procedimentos autocalmantes que consiste em se voltar exclusivamente para o mundo externo em detrimento dos afetos (VOLICH, 2013).

Outra particularidade de Dâmocles era a forma de usar o tempo vago quando parava de trabalhar. Passava a beber todo o tempo livre. Relata que começou a ter contato com a bebida muito cedo, ainda na adolescência. Reconhece que exagerava no uso do álcool, que às vezes era bastante agressivo com a esposa quando bebia. Tal atitude pode sugerir um árduo e precário trabalho para suportar as tensões e os medos de entrar em contato com o seu mundo interno (PERES & SANTOS, 2006).

Relata que sempre foi distante da família de origem, apresentando quadro de desafetação (MACDOUGALL, 1993), uma defesa capaz de excluir do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias relacionados a vivências traumáticas. A manifestação de afetividade quase que não existia em seu meio familiar. *“Não costumamos nos falar, a nos reunir para um churrasco, sentar e conversar, sempre foi assim... Todos distantes”*. Diz que quando o pai morreu, não conseguiu estar presente. Mesmo quando ele estava doente, nunca o visitou em decorrência das viagens a trabalho. Esboça possível sentimento de culpa, no entanto, não se apercebe. *“Hoje estou aqui, não recebo a visita de nenhum irmão meu... Até para fazer o exame de histocompatibilidade nenhum irmão apareceu”*, indicando uma necessidade premente de afeto e falta do vínculo fraternal.

Reconhece que todos têm a sua ocupação. No entanto, só conta com a sua esposa, a quem chama “mãe”. Dâmocles talvez reviva situação de culpa inconsciente ao que experimentou o próprio pai, se identificando com os momentos de adoecimento e morte vivenciados pelo progenitor distante de todos da família, numa provável situação de abandono. Dâmocles revive situação semelhante àquela vivenciada pelo pai, se sentindo à beira da morte, tendo a sua família ausente. Ele sente na “pele” o que o pai talvez, tenha sentido.

Nesse temor, Dâmocles fala do seu sonho, de ver pelo menos a sua filha se casar. Dâmocles inconscientemente teme a morte que o ronda. Não consegue verbalizar tal possibilidade claramente, comportamento de negação típico de pacientes graves (KUBLER-

ROSS, 1998). Por isso, faz rodeios e se utiliza de conteúdo religioso para minimizar suas angústias e afirmar a sua possível cura frente ao sentimento de desamparo. “*Se Deus quiser ficarei bem...*”

Dâmocles não representa positivamente as imagens parentais. Pouco se referia aos pais e à família de origem. Limitou-se a pontuar que são distantes afetivamente uns dos outros. Apresenta insuficiência elaborativa advinda da sua dificuldade de reconhecer as emoções e nomeá-las, característica da alexitimia. Termo introduzido por Sifneos para se referir as sujeitos com problemas para identificar, discriminar e proferir seus afetos (PERES & SANTOS, 2006).

O paciente não se engajou totalmente na tarefa proposta de falar tudo que lhe viesse à cabeça. Seu foco principal era a preocupação com a perda da saúde, preocupação com os salários e benefícios atrasados, apresentou sinais de ansiedade, tensão durante a conversação. Tinha muitas dúvidas trabalhistas. Para tentar amenizar tal quadro, buscou-se interconsulta com o setor jurídico da instituição para fornecer algumas orientações preliminares ao paciente o que o deixou menos preocupado. Em seguida surgiu outra preocupação, o cadastro biométrico realizado pela justiça eleitoral. O paciente e família foram apoiados, orientados e encaminhados pós-alta para a realização do cadastro com apoio dos estudantes de psicologia do Setor.

A estratégia de lançar seu pensamento sobre tópicos que o vinculam com o mundo (trabalhista, eleitoral etc.) pode ser também uma forma defensiva de não entrar em contato com a doença e o associado risco de morte. O tema da morte frequentemente é difícil de ser pronunciado tanto pelo paciente oncológico, quanto pela família e equipe de saúde. Ele é recusado, negado e evitado por se associado a uma fonte de angústia, um objeto temível, fóbico (QUINTANA, CECIM & HENN, 2002).

3.4 SÍSIFO, O ETERNO RETORNO NA BUSCA POR SIGNIFICAÇÃO

3.4.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos

O paciente tem 23 anos, amazonense, pardo, solteiro, estudante, católico.

Sísifo tem envolvimento razoável nas conversações, se engaja moderadamente, respondendo de forma limitada e repetitiva sem entrar em detalhes sobre o que pensa, sente e age. Apresentou na maior parte do tempo dificuldades de expressão verbal, uma linguagem restrita a alguns fatos da vida sem se implicar nos seus relatos, nem transparecer aspectos afetivos na narração dos eventos vivenciados (PERES & SANTOS, 2005). É provável que Sísifo revela muito esforço de expor seus afetos, apresenta embaraço na identificação e nomeação de seus sentimentos e emoções, apresenta uma tendência a somatização. Por isso, pode-se supor que tenha um funcionamento operatório decorrente de uma má mentalização que tangenciam a neurose incerta e em raros momentos apresenta levemente características de uma boa mentalização (MARTY, 1993). Tal oscilação, talvez se deva a alguns aspectos complexos da dinâmica mental de Sísifo potencializados pela reação com a família, equipe de saúde e melhora do seu quadro clínico, bem como do seu envolvimento com comportamentos religiosos durante à hospitalização. Podemos cogitar que dado ao medo da intercorrências e da própria morte, Sísifo faz uso de algumas técnicas de si vinculadas ao cuidado de si. Faz suas orações, pedidos e agradecimentos e costuma a rezar o terço diariamente, provavelmente numa tentativa de minimizar seus medos e angústias internas.

Conta que é o segundo filho de cinco, sendo ele e o irmão mais velho filhos do mesmo pai, os outros três irmãos são filhos de mais dois pais diferentes. Relata ter tido boa relação com a mãe e o padrasto a quem achava que fosse o seu pai, mesmo depois de ficar sabendo que seu padrasto não era o seu pai. Sísifo costumava ter uma verbalização que escamoteia os seus sentimentos. Parece negá-los no intuito de aparentar que estava tudo bem, aliás durante as entrevistas tendia a minimizar como defesa, apesar da linguagem do corpo indicar as discordâncias, os afetos negativos eram desprezados e ejetados da consciência (MCDOUGALL, 1993; PERES & SANTOS, 2006).

Fala rapidamente da boa relação entre irmãos, sobretudo com o mais velho. Que brincavam muito de bicicleta e de futebol. Relata que teve uma boa infância. E era muito feliz antes do adoecimento. Não lembra as razões pelas quais passou a adoecer e ir constantemente ao hospital. Recorda apenas que passou a ter desmaios frequentes, às vezes caía no banheiro, acordava com os braços e o corpo todos arranhados. Sem saber o porquê. Fez vários exames, mas segundo ele não fora constatada nenhuma alteração neurológica.

Solicitado a buscar possíveis motivos para os seus desmaios lhe ocorreu uma lembrança na infância, quando a sua mãe um dia lhe chamou para conversar. Tinha por volta de oito ou nove anos. Nesse dia ficou sabendo que o pai dos irmãos mais novos não era o seu pai biológico. O seu pai era outro, o mesmo pai do seu irmão mais velho. Após interpelação, conta superficialmente que ficou muito revoltado e confuso na época por conta dessa comunicação feita pela mãe. No entanto, enfatiza que o sentimento de revolta em relação à mãe pouco durou.

Inconscientemente, passou a desejar conhecer o seu verdadeiro pai, mas não tocava no assunto com a mãe. Reconhece que foi uma fase muito difícil na sua vida. No entanto argumenta que não guardou mágoas da progenitora. O paciente reiteradamente nega seus sentimentos e emoções apesar da intensidade dos efeitos somáticos de angústia em alguns momentos impressos no corpo no corpo biológico (DEJOURS, 2013).

Há uma possível relação entre os desmaios de Sísifo com a comunicação feita pela mãe, provavelmente tenha sido uma realidade insuportável para o paciente, um evento traumático. Existem indicativos que foi aproximadamente no período dessa informação que ele tenha passado a desmaiar. No entanto o paciente não faz essa associação possível. Expõe que não recorda dessa situação claramente, que havia esquecido. Indicando possível ação de defesa em forma de repressão. Resistência e desafetação contra a mobilização de uma situação conflitiva (FERRAZ, 2010).

Aos 13 anos, Sísifo foi diagnosticado com leucemia crônica, realizando o seu tratamento em casa. Durante oito anos sem muitas complicações tomava a medicação sem queixa ou alteração da rotina. A doença evolui e aos 22 anos recebe novo diagnóstico, de Leucemia Linfocítica Aguda. De acordo com relato médico houve uma alteração de Leucemia Crônica para Leucemia Aguda.

A partir daí o paciente narra que ficou bastante abatido e preocupado. Passou a ser internado constantemente para tomar quimioterapia. *“Pensava que não fosse aguentar”*. Relata que passava muita coisa ruim pela cabeça. *“A minha cabeça ficava toda bagunçada... confusa... Ficava desesperado, agoniado com o tratamento”*. Barbosa e Francisco (2007) assinalam que pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico expressam silenciosamente o registro de “sentença de morte” que acompanha o câncer, por meio de um sentimento de angústia que desaloja os pacientes.

O paciente informou que, por não ter tido irmãos compatíveis, a mãe foi em busca do pai biológico de Sísifo. O procurou e o encontrou com a ajuda de um canal de televisão. O paciente o viu pela televisão e o achou bastante parecido consigo. O pai aceitou em fazer o exame. No entanto, no dia em que fez os exames, não foi visitar o filho. Sísifo ficou, aparentemente, muito triste, mas tentou esconder a sua frustração, pois desejaria o contato com o pai há algum tempo. A mãe disse que o pai havia perdido alguém na família, justificando ao paciente o motivo pelo qual não foi visitá-lo.

O paciente não se manifesta verbalmente sobre o seu descontentamento por não ter recebido a visita do pai. Apresenta comportamento visivelmente abatido, com sinais de humor triste e frustração de não ter realizado o desejo de conhecê-lo pessoalmente, e talvez, por não ter elaborado o sentimento de abandono e luto paterno.

Sísifo, por situações de aplasia, possível infiltração da doença e quadro de somatização, iniciou uma febre que não passava, apresentou tal quadro logo após ter vivido o sentimento de frustração por não ter tido contato com o pai como desejara. Tentamos trabalhar com o paciente alguns aspectos emocionais, possivelmente, ejetados da consciência na tentativa de suportar a falta paterna, mas o paciente parecia desconfortável ao tratar do assunto. Fomos levemente de forma acolhedora nomeando a sua possível frustração com o acontecimento e nos colocando em uma postura de continência e escuta das suas ressonâncias afetivas (CLEMENTE & PERES, 2010).

Após ter melhorado da febre, a médica chamou a mãe do paciente e falou algo para ela. Sísifo percebeu a médica conversando com a sua mãe. Relata que nunca tinha visto a mãe tão abalada. Não sabia dizer o que a médica havia dito para a sua acompanhante. Diz que ficou agoniado e preocupado. A mãe, nesse dia, não ficou como acompanhante. Deixou a filha no seu lugar e não comunicou nada ao paciente sobre a sua conversa com a médica. Penna (2004) se reporta a expressão “ostracismo emocional doloroso” ao movimento equivocado de objetivar um amparo ao paciente, impedindo-o de tomar algumas decisões quanto à sua vida relacionada à doença e a terapêutica. Desse modo, no intuito de preservar o paciente esconde-se dele informações relevantes, sobretudo quando são as más notícias acerca do seu estado (BAILE, et.al, 2000).

Talvez tenha sido a internação da fase de indução de Sísifo a mais demorada, verbaliza que a sua cabeça ficou muito bagunçada, muita agoniada. Com tudo que lhe aconteceu nesse período, confessa que sentia vontade de tirar a punção e sair correndo pra casa, ir embora.

Expõe a importância de conversar com Deus, de ter fé. Desse modo consegue ficar mais tranquilo. Indiretamente, Sísifo expressa o desejo de ser mais informado acerca do seu quadro clínico. A falta de informação no contexto hospitalar pode desencadear uma série de reações emocionais transitórias mais também psicopatológicas.

3.5 DIONÍSIO – DEUS DO VINHO, DA FESTA E DA IMPULSIVIDADE.

3.5.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos

O paciente tem 22 anos, paraense, pardo, pai de um filho. Realizava a função de auxiliar de carpintaria ajudando ao pai. A religião do paciente não foi identificada.

Dionísio aparentemente apresenta uma organização e dinâmicas mentais pautadas na neurose má mentalizada (MARTY 1993). Faz uso de defesa de negação e revolta frente à eclosão da doença, LLA. Demonstra um comportamento inquieto, verbalizando a todo o momento o desejo de ir embora. Justifica dizendo que viu alguns pacientes passar mal e até morrer no hospital. Tal comportamento do paciente possivelmente tenha sido potencializado por provável falha na comunicação médica acerca do seu diagnóstico. O médico, segundo o paciente, não foi claro suficiente acerca da doença e tratamento prescrito. Parece que a confirmação da doença foi feita indiretamente entre médico e familiares em detrimento do paciente. A família foi quem repassou a comunicação médica de forma limitada ao paciente, potencializando algumas manifestações comportamentais de Dionísio. Além disso, a relação entre a mãe, a irmã e Dionísio sugere algum conflito não manifesto, latente. A mãe é separada do pai do paciente e vive há algum tempo com a filha, longe do filho. Nos primeiros contatos a família dá a entender que o paciente tinha algumas dificuldades familiares, mas não entra em detalhes. Hipoteticamente, Dionísio após a separação dos pais, passa a fazer uso de substâncias químicas, a frequentar festa durante a semana, torna-se pai durante uma relação casual, se distancia da família e colabora pouco na marcenaria da família.

Os modos de funcionamento habituais de Dionísio giram em torno dos momentos de colaboração com o pai em uma carpintaria, quando possível, e da vida noturna da sua cidade. Relata que sente falta dos finais de semana de onde morava, pois costumava sair pra dançar,

beber e curtir. Diz que era forte, tinha um corpo malhado, mas perdeu peso, sem identificar os motivos. Dionísio é pai de uma criança com quem não tem muito contato. Sugeriu que teve um envolvimento com uma menina numa festa, depois de algum tempo soube que seria pai.

Dionísio, possivelmente, apresenta uma vivência que se adequa aos procedimentos autocalmantes (VOLICH, 2013), comportamento impulsivo e imaturidade afetiva indicando a precariedade das práticas contemporâneas de cuidado de si (NARDI & SILVA, 2009).

Aparentemente o diagnóstico, tratamento e hospitalização se apresentam como muito difícil para Dionísio que se manteve num estágio emocional crônico de revolta. Tenta a todo custo inicialmente burlar o tratamento. Dionísio preferiu apesar das dores e indicação médica ir embora para outra cidade a ficar hospitalizado. Desse modo, pouco tempo depois a doença evolui rapidamente e o paciente voltou à urgência do hospital onde ficou internado, contrariando a sua vontade.

Não aceitando nem o diagnóstico, nem o tratamento, nem a hospitalização, chega a jogar a medicação fora e a repetir diversas vezes que irá embora. Enfatiza num processo de negação persistente que não tinha a doença. *“Vi tudo o que um senhor aqui ao lado passou com a quimioterapia... Eu também passei mal com essa medicação, me sentir pior. Tive várias reações muito ruins...”* Esboça possível medo da morte iminente, não deseja que o que aconteceu com alguns pacientes aconteça a si.

Dionísio fala que nunca precisou ficar hospitalizado, nem chegou a sentir anteriormente algum desconforto em relação ao seu corpo. O paciente demonstra não identificar nem lidar bem com os afetos, podemos supor que a relação com o seu corpo. É um relação de alienação (PERES & SANTOS, 2006). No entanto desconhece as razões do se adoecimento. Relata que quando ajudava ao pai na carpintaria não usava máscara de proteção ao pó e poeira. Chegava a inalar o cheiro de verniz, tinta e cola que usava nos móveis. Diz que o trabalho na carpintaria era pesado.

O paciente no seu discurso apresenta um tom de agressividade e desconfiança em relação ao diagnóstico, à família e à equipe de saúde. Demonstra pouca assertividade e desejo restritivo em se comunicar. Tal comportamento de Dionísio pode apresentar algumas variáveis agregadas ao seu modo de funcionamento. Dentre as já apontadas, pode-se considerar o *caráter normativo*, que significa vivências de processos aplicáveis aos seres humanos, à maioria dos membros de uma cultura determinada em um dado momento histórico (COOL, MARCHESI & PALÁCIOS, 2004). Nessa fase, Dionísio experimenta uma

fase de transição da adolescência para a vida adulta, idealiza a vida como uma festa onde é supostamente feliz, quando é acometido pela doença. Nesses casos, via de regra, os estágios emocionais são mais intensos e prolongados potencializando determinados modos de organização e funcionamento mental, que pode possibilitar um sujeito marcadamente rebelde e calado (SIMONETTI, 2004).

3. 6 APOLO – DEUS DA RAZÃO, DA FORÇA E INTELIGÊNCIA.

3.6.1 Síntese interpretativa dos encontros clínicos

O paciente tem 20 anos, amazonense, pardo, atendente, evangélico.

Apolo sugere uma organização e funcionamento mental vinculado a uma boa mentalização transitando por uma neurose incerta em alguns momentos (MARTY, 1993). Apresenta particularidades habituais de equilíbrio emocional sabendo identificar e nomear os seus afetos. Apesar das reações emocionais depressivas, inicialmente, frente ao surgimento da doença, conseguiu com algum esforço e suporte psicossocial lidar com o luto, entrar na fase de aceitação e enfrentamento sem muitos transtornos (KUBLER-ROSS, 1998).

Com o início do tratamento relata que passou um bom tempo com o humor deprimido. Tal sentimento não era comum vivenciar, relembra que só ficou assim quando a avó faleceu. No entanto diante da eclosão da doença confessa que ficou muito abatido, por interromper os estudos, o namoro e por sentir depois algumas perdas de amizades que fez no hospital. Chegou a cogitar que tal realidade poderia acontecer consigo, nomeando o seu medo de morrer. Por conta dessas manifestações emocionais teve um funcionamento operatório considerado provisório. O paciente apresenta algumas características atuais de angústias desencadeadas frente à gravidade da doença quando se dá conta, a partir da explicação médica, da realidade possível da morte. Tais angústias produziram um estágio emocional reativo de depressão e isolamento, levando o paciente a se isolar e não desejar conversar com ninguém. Aos poucos diz que foi reagindo e aceitando a situação e os apoios prestados.

Em geral Apolo possui boa capacidade de adaptação e confiança diante dos estímulos da vida. Habitualmente acredita na sua recuperação, no seu tratamento, não se incomodando tanto com o processo de hospitalização. Relata ter fé na continuidade de seus planos, voltar a

estudar, fazer faculdade, construir sua família e realizar os seus sonhos, embora tenha consciência dos riscos que passa. Apesar da doença se considera uma pessoa feliz, que sente o apoio de Deus, da família e dos amigos.

Antes do adoecimento o paciente achava-se muito magro. Além disso, se alimentava mal, “*comia muita besteira*”, relata. Possivelmente vivenciasse um luto pelo corpo infantil (ABERSTURY & KNOBEL, 1981). Por conta disso, buscou uma forma de elaboração comportamental precipitada, passou a tomar “*suplemento*”. No entanto, pode ter sido anabolizante, pela forma como agiu no corpo de Apolo. Ele se sentiu “*bombado*” rapidamente.

Outra característica atual trazida pelo paciente, diz respeito a uma conduta psíquica pouco elaborada (PERES & SANTOS, 2006), provavelmente decorrente da sobrecarga de trabalho. Comenta que antes da doença trabalhava numa padaria como atendente. Considerava uma função muito estressante, aliada à cobrança e ao excesso de trabalho diário de quase 12 horas. Nas suas folgas, Apolo fala que realizava alguns trabalhos extras, reparos e manutenção nas casas de alguns parentes.

O paciente manifestou o seu envolvimento no cuidado de si em alguns momentos ao longo da vida pautado nos estudos, nas relações afetivas e religiosas. Em outros períodos, se descuidava na adolescência de sua alimentação. Busca alternativa rápida para lidar com o provável luto pelo corpo infantil possibilitando junto com outros aspectos a eclosão da doença (NARDI & SILVA, 2009). Aponta que apesar do trabalho esgotante ainda realizava algumas tarefas da família quando era solicitado nas suas folgas, sugere dificuldade de negar às demandas externas.

4 SÍNTESE GERAL DOS RESULTADOS DA PSICOSSOMÁTICA

A compreensão dos resultados obtidos no presente estudo foi interpretada na perspectiva dos principais conceitos elaborados pela Psicossomática Psicanalítica da Escola de Paris, representada por Pierre Marty. Para tanto, consideramos a crítica de Dejours acerca da abordagem acima descrita, centrada nos aspectos psicodinâmicos em detrimento do contexto social, da intersubjetividade. Assim, enfatizamos que as características atuais do adoecimento intensificam o “desbotamento” afetivo e potencializa a dificuldade de elaboração psíquica, sobretudo quando se trata de um tipo de câncer.

Após o *rapport* e dada anuência para participação na pesquisa, foi solicitado aos pacientes que falassem tudo que lhe viessem à mente sobre sua história de vida, sem se importar com a ordem do discurso, nem com os julgamentos morais, nem com o período das vivências. Durante o encontro, apenas Afrodite conseguiu fazer uso mais apropriado da associação livre. No entanto, em alguns momentos utilizamos a técnica do enquadre para garantir o material de análise e não nos perder nos conteúdos acessórios. Afrodite e Apolo mantiveram, na maior parte do tempo, contato visual preservado, se engajaram dentro do possível na tarefa da associação livre. Durante a narração dos fatos vivenciados, Afrodite, Dâmocles, Sísifo demonstraram pouca responsividade afetiva acerca do conteúdo relatado, *déficits* na expressão facial, gestualidade e tom de voz que permaneceram sem alteração frente às recordações envolvendo alguma espécie de luto, maus tratos, relacionamentos interpessoais e familiares conturbados. Dionísio apresentou expressão facial tensa, provocada possivelmente por um quadro emocional reativo de revolta à hospitalização e negação à doença. Já Apolo foi afetivamente mais responsivo, demonstrando maior capacidade de elaboração psíquica para lidar com a realidade, apesar do impacto emocional, após o diagnóstico.

No decorrer das suas vidas em interface com a atualidade, Afrodite, Dâmocles, Sísifo e Dionísio apresentam características, sob a ótica da Psicossomática psicanalítica, de “funcionamento psíquico operatório”, tipo de funcionamento mental cuja capacidade de simbolização aponta a existência de uma carência funcional do psiquismo, hipoteticamente decorrente da relação afetiva desarmônica da primeira infância em virtude do desempenho inadequado da função materna (MARTY, 1998; PERES & SANTOS, 2006). Marty (1998)

salienta que pacientes somáticos comumente apresentam particularidades estruturais compatíveis com as neuroses de comportamento ou mal mentalizadas. Isso acontece devido às elaborações psíquicas insuficientes deixando a cargo do aparelho sensório-motor desempenhar a função no escoamento das excitações não manejadas, o que favorece o surgimento de doenças orgânicas (MARTY, 1993; SANTOS FILHO, 1993; HORN & ALMEIDA, 2003).

A maioria dos sujeitos da pesquisa não é orientada para a elaboração psíquica, mas para a ação, predispostos à automatização e aos comportamentos compulsivos. Usualmente se descobre nesses sujeitos um discurso carente de investimento afetivo contendo às verbalizações apenas a função de ab-reagir estereotipadamente. Seus pensamentos não são direcionados para as emoções ou estados afetivos, mas sim a percepções do mundo externo (MARTY, 1993, 1998).

Marty (1993) propõe quatro novos conceitos à psicopatologia psicanalítica a partir da classificação de tipos de mentalização apresentado pelo sujeito em diferentes níveis de organização da economia psicossomática e graus de mentalização relacionados às manifestações somáticas, comportamentais e psíquicas. (VOLICH, 2013). Para tanto, separa dos grupos de neurose clássica, psiconeuroses, quatro novas subcategorias nosográficas: neurose de comportamento, neurose mal mentalizada, neurose de mentalização incerta e neurose bem mentalizada.

As más mentalizações, de acordo com Marty, tornam o aparelho psíquico incapaz de elaborar apropriadamente as tensões que o acometem e engendram uma acentuada tendência à somatização. Tal fato decorre de representações insuficientes, um reduzido número de representações de palavra no aparelho psíquico e de associação entre elas, em contraponto a uma grande quantidade de representações de coisas (MARTY & M'UZAN, 1994)

É possível sugerir que o funcionamento operatório descrito pela Psicossomática psicanalítica se destaca como uma das principais particularidades habituais dos sujeitos da pesquisa. Como sugere Marty (1993), as mentalizações apontam que pacientes somáticos em maior ou menor grau apresentam um comprometimento da capacidade de simbolização e uma precariedade funcional no processo de elaboração psíquica. Desse modo, de acordo Marty e M'Uzan (1994) esses sujeitos apresentam como um modo repetitivo e uma tendência a “participar” concretamente da realidade e de não vivenciá-la afetivamente.

Considerando o momento atual desses sujeitos em tratamento de leucemia, pode-se cogitar que apresentem uma organização e funcionamento psíquico típico à neurose de comportamento e de má mentalização (MARTY, 1993) potencializada pelo diagnóstico, tratamento e hospitalização (PERES & SANTOS, 2006).

Afrodite, no decorrer do seu desenvolvimento, tem transitado entre a neurose de comportamento para neurose mal mentalizada e, por vezes, apresentou elementos de uma neurose bem mentalizada. Tal característica pode ser justificada pela transmissão de representações organizadas e enriquecidas por conteúdos afetivos com alguma frequência relacionados ao apoio dos filhos, da equipe de saúde e do suporte religioso.

Dionísio e Dâmocles mostram-se inabilitados para utilizar atividades sublimatórias com certa regularidade. Hipoteticamente, transitam entre a neurose de comportamento e a neurose de má mentalização por apresentarem um funcionamento psíquico rudimentar com ausência de simbolização as excitações energéticas emergem para o corpo em forma ato, nesse caso, o ato substitui em Dionísio, o pensamento (BIRMAN, 2007; FERRAZ, 1997).

Apolo, Sísifo e Afrodite aparentemente lidam, nesse momento da hospitalização, um pouco melhor com as excitações exógenas e endógenas às quais são submetidos, buscando nas atividades religiosas uma forma de sublimar o sofrimento emocional que passam. Não obstante, Sísifo, Dâmocles, Afrodite e Dionísio se mostram com capacidade diminuída de identificar espontaneamente, nomear e comunicar seus sentimentos e afetos se aproximando de características também vinculadas aos quadros e defesa respectivamente de alexitimia e de desafetação. Tendem a agir como se fossem “surdos e mudos” para a afetividade (PERES & SANTOS, 2006).

A organização e a dinâmica mental de Sísifo se configuram como uma má mentalização com atributos de insuficiência elaborativa. Sísifo possui um comportamento rotineiramente obediente às solicitações maternas, não ousando contrariá-las. Talvez por isso o paciente possua uma necessidade latente de afiliação com indicio de dependência, submissão e acentuada imaturidade afetiva (PERES & SANTOS, 2006). Visivelmente, ele tem demonstrado um sentimento inconsciente de rejeição e abandono em relação à figura paterna

Já o modo de funcionamento de Apolo sugere uma neurose bem mentalizada tangenciando em alguns momentos um funcionamento operatório provisório. Tal comportamento pode ser apontado como recurso psíquico para atenuar a intensidade de

alguns eventos que provocaram excitações provenientes do mundo externo, bem como de possíveis fantasias decorrentes, por exemplo, do medo da morte. De qualquer forma Apolo, aparentemente, frente à eclosão da doença, tratamento e hospitalização, tem demonstrado uma capacidade de adaptação consonante o trabalho mental realizado com melhor tato e sensibilidade.

Embora em alguns momentos a classificação psicossomática que considera os aspectos da mentalização possa ajudar, pode também se prestar a confusão e exigir maior aproximação acerca da nosografia proposta pela Escola de psicossomática psicanalítica francesa, haja vista que o limite entre pelo menos três tipos de neurose é bastante tênue, com exceção da neurose bem mentalizada. Conforme Volich (2013), o uso do termo neurose para conceituar uma espécie de organização psicossomática diferente das neuroses clássicas também pode deixar uma grande margem para equívocos e mal-entendidos.

Além disso, Marty (1993) deixa pouca indicação acerca de possíveis transformações na forma de mentalização, não levando em conta as vivências pontuais e intensas, nem a própria atualidade do sujeito nas suas dimensões intersubjetivas. Em decorrência de uma experiência traumática, por exemplo, a economia psicossomática pode oscilar, sobretudo na descoberta de uma doença com representações sociais negativas, como o câncer. Daí a importância de ponderar qualquer diagnóstico psicopatológico ou não como uma descrição do momento das dinâmicas e manifestações daquela ocasião, apreciando as especificações do sujeito e seu contexto sociocultural (VOLICH, 2013).

Erick Erikson, quando postulou sobre o clique vital como um contínuo onde cada fase influencia a subsequente, observa que os construtos subjetivos na infância, em termos de estrutura, não são totalmente fixos e podem ser parcialmente modificados por experiências vindouras. A cada etapa o sujeito se desenvolve processando as exigências intrapsíquicas, somadas as exigências do contexto social, da cultura e da sociedade em que vive (RABELLO & PASSOS, 2016). Nesse aspecto parece que a proposta de Marty (1993) estanca o sujeito na infância, embora trate da psicossomática do adulto, suas hipóteses são sempre referidas a infância. Visivelmente não dá ênfase, nem esclarece sobre o momento contemporâneo dos sujeitos, nem sobre os seus determinados contextos.

Nas circunstâncias em que se deparam, diante de um acúmulo considerável de tensões, a maioria dos sujeitos da pesquisa demonstrou marcantes dificuldades para elaborar psiquicamente os estímulos aos quais são submetidos, de maneira especial Afrodite,

Dâmocles, Dionísio e Sísifo. Apolo, a despeito do sofrimento, apresentou menos problemas diante das crises. Desse modo, não podemos afirmar categoricamente se os pacientes apresentam uma estrutura psicossomática originária da primeira infância. Embora haja indícios, sugerimos que o momento atual do adoecimento potencializa determinados modos de funcionamento psíquico, restrição do afeto e determinadas reações emocionais intensas, por vezes, crônicas que pode dificultar a expressão verbal e uma restrição dos afetos.

Nenhum paciente demonstrou desorientação auto e alopsíquica, nem pensamento desorganizado (DALGALARRONDO, 2008). Pode se cogitar que o funcionamento defensivo dos participantes se caracteriza pela utilização de operações psíquicas que visam eliminar integralmente da consciência representações intoleráveis.

A repressão, a formação reativa, a racionalização e a projeção são defesas psíquicas mais utilizadas pelos pesquisados na tentativa de aplacar a emergência de conteúdos afetivos e a eclosão de conflitos. Sísifo e Afrodite tendem adotar a repressão e a formação reativa. Hipoteticamente apresentam traços histriônicos, indicativos de uma psicose. A racionalização e a projeção são mais adotadas por Dâmocles, Dionísio e Apolo. Em função do uso inadvertido das defesas, boa parte dos pacientes estudados apresentam fragilidade egóica e funcionamento defensivo pouco flexível (PERES & SANTOS, 2009).

Nos relatos coligidos, encontramos nas falas dos pacientes um indicativo do de sentimentos de culpa. Embora não saibamos exatamente qual seria o envolvimento direto do tal sentimento na origem da enfermidade, há autores como Kahn (2005) que descrevem as modalidades do sentimento culpa participante da perda da saúde, como: a culpa ruidosa, a qual pode ser evidente e consciente ao sujeito; a reservada, que não se anuncia como culpa; e a culpa silenciosa, a que não dá sinal de alerta, mas que pune através de diversos mecanismos, como o sentimento de infelicidade e menos valia. No entanto, em níveis distintos, todo sentimento de culpa pode ser nocivo para o indivíduo, podendo levá-lo ao adoecimento. Desse modo sugerimos que tal sentimento pode também está no desenvolvimento do quadro da depressão essencial.

Diferentemente da depressão neurótica e do luto, caracteriza-se por não denotar nenhum trabalho de elaboração. Há um rebaixamento do tônus libidinal e um profundo desamparo, frequentemente desconhecido pelo próprio sujeito. Em geral, esses sujeitos não se queixam, apresentam apenas uma fadiga profunda e a perda de interesse por tudo que o rodeia. É uma depressão que acontece a partir de vivências traumáticas que desorganizam o

modo de funcionamento psíquico, sendo a perda de vitalidade evidente. Em decorrência desse tipo de dinâmica mental, o autor desenvolve a ideia de uma desorganização progressiva, conceito definido como a destruição da organização libidinal de um indivíduo em um dado momento (MARTY, 1998; MARTY & M'URZAN, 1994; HORN & ALMEIDA, 2003).

As desorganizações progressivas sugerem um avanço na desorganização somática, acompanhado pela desestruturação da organização libidinal e redução da complexidade do funcionamento mental. O sistema pré-consciente se apresenta com fortes prejuízos, o que compromete a elaboração mental de excitações. Dessa forma, as possibilidades de descarga por vias mentais diminuem, o que remete ao aumento de angústia. Esta forma de funcionamento impulsiona o surgimento de manifestações somáticas (MARTY, 1993; FERRAZ, 2010).

Nos relatos colhidos, há achados entre os pacientes de situação de traumas, desamparo e abandono vivenciados por Afrodite, Dâmocles, Sísifo e Dionísio. Todos passaram por separações nos relacionamentos familiares e pessoais. Aludem a má alimentação, perdas e lutos não elaborados são características comuns aos sujeitos. Alguns relataram falta de apetite, insônia e sensação de angústia. Pressão, sobrecarga de trabalho e negligência do cuidado de si são também identificados nos discursos. Há achados de uso de substâncias tóxicas e exposição a produtos químicos por parte de Dâmocles e Dionísio. Essas situações descritas, juntamente com outros elementos biopsicossociais, podem ser consideradas potencial etiológico, quanto de apagamento afetivo, vulnerabilidade somática e de grave somatização.

Podemos sugerir que minimamente todos os pacientes deste estudo passaram por uma possível desorganização progressiva ao longo dos ciclos vitais da vida e manifestaram depressão essencial com sérias dificuldades de elaboração de perdas e lutos. Além disso, nos não ditos dos seus discursos demonstraram apreensões frente às intercorrências da doença, sobretudo do medo da morte.

A organização afetiva desses pacientes do presente estudo, com exceção de Dionísio, parece marcada por necessidades prementes de afiliação e acolhimento. Revelam um sentimento de inadequação, insegurança e inferioridade. Desse modo, tende a não confiar em si mesmos, em suas capacidades, tendendo a resignação e ao conformismo. Submetem-se passivamente às forças externas e não usa adequadamente os recursos subjetivos para interagir nas relações interpessoais. Quando são convocados prontamente se dispõem, numa espécie de esvaziamento do próprio desejo em função da satisfação das solicitações do

“Outro” que são prontamente atendidas, nos levando a pensar numa possível complacência psicossomática (PERES & SANTOS, 2009).

Tais características de complacência psicossomática são identificadas no discurso de Afrodite, Dâmocles e Sísifo. No histórico de Dionísio não foram identificadas tais características. Já em Apolo há uma leve tendência ao assujeitamento identificado no seu discurso quando nas suas folgas, após uma semana exaustiva de 12 horas diárias de serviço, realiza trabalhos extras para familiares. No entanto, não deixa clara a sua motivação, pode se pensar que o paciente apresente certa dificuldade de se posicionar na linguagem de forma autônoma frente às solicitações.

Essa hipótese parece plausível considerando que os dados coletados indicam que boa parte dos sujeitos pesquisados, provavelmente, possui acentuada fragilidade egóica, temor da rejeição e do abandono. Como consequência podem apresentar submissão e dependência e fragilidade nos relacionamentos sociais.

A maioria dos pacientes manifestou relacionamentos familiares e sociais superficiais, apresentando nos seus discursos limitações acerca dos vínculos e laços afetivos com pouca significação e pertencimento. As primeiras relações desses sujeitos, reais ou imaginárias, trazidas nas entrevistas, apontam para vivência familiar marcada por acentuadas dificuldades, associadas às negligências afetivas. Sugerindo necessidades de afiliação, abrigo e aceitação. Apenas Dionísio inicialmente apresentou conduta hostil e agressividade alodirigida, manifesta algumas vezes em forma de emudecimento (PERES & SANTOS, 2006; TORRANO-MASETTI, 2000).

Em seus elementos discursivos, Afrodite, Sísifo, Dâmocles e Dionísio sugerem ter imagens essencialmente negativas das figuras parentais. Podendo presumir que nas primeiras relações familiares reais ou fantasísticas desses sujeitos, talvez tenham sido marcadas por acentuadas dificuldades associadas à negligência afetiva dos seus cuidadores (PERES & SANTOS, 2006).

Os sujeitos desse estudo sugerem uma dificuldade acentuada de retomar a história de vida, sobretudo de falar do passado. A maioria dos pacientes preferiu relatar os dados sobre si mesmos a partir do momento atual. Retomar o drama frente ao diagnóstico, tratamento e hospitalização, muito embora sem tentar entender os reais motivos porque passam por tal situação. Afrodite até atribui sentido místico e provação divina diante da realidade concreta da doença. Dâmocles, depois de falar sobre a sua relação com a empresa na qual trabalhava, foi

se dando conta do quanto tinha sido explorado, passando a atribuir nexos causais do seu adoecimento ao trabalho. No entanto, manteve o distanciamento emocional de suas verbalizações, privilegiando a racionalização.

Trabalhar história de vida nesse contexto pode ser insustentável para os sujeitos, que tem um Real esmagador, Real que captura suas energias e sua capacidade de reflexão. Tratar sobre o passado significa tomar distância da vivência e relatá-la a um terceiro. É preciso ter espaço e energia afetiva para tal, o que parece impossível em algumas ocasiões para os sujeitos com leucemia hospitalizados e tratados como uma medicação extremamente agressiva.

Além disso, durante as entrevistas, percebemos que na presença de um acompanhante membro da família, geralmente o paciente tende mais ao silenciamento das suas emoções. Outras vezes, quando a ansiedade da família supera a ansiedade do doente aparecem, com frequência os não-ditos pela família, que o capturam na angústia de não saber, de ser expulso do pouco, ainda restante, controle de sua vida: a possibilidade de entender seu diagnóstico e acompanhar o desenvolvimento de seu tratamento. A família assume o papel de porta voz do paciente e por vezes lhe esconde alguns dados relevantes sobre a sua condição.

As características atuais dos sujeitos da pesquisa apontam para atualizações das vivências do passado, eventos traumáticos, somatização e negligências das necessidades emocionais. Essas não são associadas como possível potencial no desenvolvimento da doença, nem outros elementos biopsicossociais são comumente identificados. Quando sugerem possível fator desencadeante, não conseguem fazer associações mentais mais complexas acerca dos elementos envolvidos na origem da doença (PERES & SANTOS, 2006).

Além disso, a análise dos dados coligidos aponta que a maioria dos sujeitos pesquisados não consegue visibilizar possíveis sentidos ao surgimento da doença. Via de regra, pacientes somáticos recusam a pensar sobre a sua vulnerabilidade psicossomática em função, possivelmente, do temor da mobilização afetiva. Quando algum sujeito traz no discurso as possíveis causas ou sentidos do seu adoecimento, em geral atribuem a fatores externos e religiosos, em detrimento da afetividade. Como já relatado não apresentam nenhuma integração com outros elementos que possam estar associados ao surgimento da doença (TORRANO-MASETTI, 2000).

A restrição da afetividade é outra característica das particularidades habituais de boa parte dos sujeitos pesquisados. A restrição dos afetos pode ser apreendida quando no discurso dos sujeitos as palavras são empregadas com o intuito de reproduzir basicamente a realidade externa em contraponto as conexões pulsionais. As expressões a despeito de ser acessíveis, claras são destituídas de emotividade, inviabilizando a atividade metafórica (TORRANO-MASSETTI, 2000; PERES & SANTOS, 2006).

A dimensão do desejo dos pacientes, aparentemente, com a eclosão da doença, indica a realização de desejo mais concretos, tendendo a paralisação de outros aspectos desejantes. Na centralidade dos seus desejos transparecem a aspiração de ficar bem, de ser cuidado e retomar diferentemente a própria vida.

Para o Dejours (2013), a visão de Marty é solipsista, por considerar a teoria da Escola Francesa centrada nos aspectos intrassubjetivos em detrimento dos diversos aspectos das experiências e da vida do sujeito. O referido autor enfatiza o pensamento operatório, os processos de traumatismo restritos aos movimentos psíquicos interiores sem menção ou destaque aos aspectos externos. Para Dejours, o sintoma somático aconteceria na relação com o outro e com o mundo não reduzido ao sujeito.

Peres e Santos (2006) reconhecem que as abordagens de Marty não se caracterizam como um reducionismo psicológico semelhante aos modelos apresentados nos primórdios da psicossomática psicanalítica, mas sim como um recorte das várias facetas do fenômeno que se propõe analisar. Aponta compatibilidade da psicossomática com o modelo biopsicossocial de compreensão do processo saúde-doença discutido na atualidade. Além disso, as proposições da Escola de Paris não excluem outras explicações da gênese de enfermidades orgânicas como médicas, culturais, sociais etc. No entanto, não faz nenhuma alusão aos fatores supracitados, constituintes do sujeito.

O “funcionamento operatório”, “pensamento operatório” ou “vida operatória” são termos equivalentes, designados para a compreensão da dinâmica mental de pacientes somáticos nos quais se observava uma tendência proferida ao agir ao invés de pensar, como se o aparelho psíquico estivesse inábil para reter e elaborar pensamentos e afetos (TORRANO-MASSETTI, 2000; PERES & SANTOS, 2006) Tal dinâmica psíquica apresentada pelos sujeitos da pesquisa pode ser também decorrente ou potencializada anteriormente em alguns casos, pelo aumento das pressões do tempo de trabalho, sobrecargas e compassos rápidos que caracterizam a sociedade contemporânea movida pelo desejo artificial de felicidade. A

consequência nessas superatividades é o desequilíbrio gradativo dos investimentos libidinais a favor dos sistemas percepção-consciência engajado na realidade concreta, em detrimento do sistema pré-consciente e de suas amarrações com o inconsciente. O balanço tópico e econômico nessa conjuntura, reforçam a correlação entre os impactos da dimensão social, a insuficiência do trabalho psíquico e o aparecimento de sintomas e enfermidades no corpo (DEJOURS, 2013).

Complementando a análise pautada pela psicossomática psicanalítica francesa seguiremos na parte subsequente com a apreciação da Análise de Discurso, analisando os achados mais significativos nesse estudo no intuito de melhor enfatizar os aspectos da linguagem articulados a ideologia e a dimensão sócio-histórica dos sujeitos entrevistados.

5 ANÁLISE DE DISCURSO

5.1 Caracterização da análise

O objetivo do trabalho foi de compreender a elaboração psíquica de paciente onco-hematológico à luz dos conceitos da Psicossomática psicanalítica e dos processos de subjetivação contemporâneos. Para melhor subsidiar a nossa discussão, buscamos na AD francesa, tida como um campo de interpretação fundada na interface da linguística, do Materialismo Histórico e da Psicanálise. Da linguística, nos interessou a noção de discurso, do materialismo histórico os aspectos ideológicos; e da psicanálise o enfoque laciano considerando o inconsciente estruturado como linguagem, as pulsões, as repetições e a transferência, designados por Lacan (1998a) como os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.

Conforme Souza (2014), após uma leitura flutuante do material, as primeiras hipóteses surgem, vinculadas aos conceitos análises pré-definidos, como os modos de subjetivação> Esses modos são atravessados pelo desejo de felicidade, complacência psicossomática, o cuidado de si precário e insuficiência elaborativa; - a *posteriori emergiu* o medo da morte como um conceito-análise comum aos sujeitos da pesquisa.

Em vista de uma melhor compreensão dividimos a análise de discurso em duas seções apresentando, os conceitos-análises os sujeitos específicos, o discurso segmentado e a paráfrase. Os conceitos análise definidos previamente **1) organização e dinâmicas mentais - modos de subjetivação**, em seguida descrição e interpretação dos dados; **2) modos de funcionamento habituais e as características atuais** das condições do adoecimento e condicionantes do desenvolvimento da doença, a relação com a doença e o medo da morte como conceito análise emergente e descrição e interpretação dos dados.

5.2 Organização e dinâmicas mentais – modos de subjetivação

Nessa análise sobre a organização e dinâmicas mentais, modos de subjetivação, sinteticamente identificamos nas formações discursivas apresentadas por todos pacientes, apesar das singularidades e diferenças, alguns traços semelhantes: **1) posição dos sujeitos como pacientes de uma Leucemia**, um tipo de câncer que apresenta um elevado índice de

mortalidade e atravessa em maior ou menor grau a todos por um movimento que busca articular sentidos encobertos frente ao Real; 2) perda da saúde como infelicidade 3) participação do sentimento de culpa artificial como subproduto do funcionamento operatório.

Quadro II – análise de discurso dos dados da pesquisa

ORGANIZAÇÃO E DINÂMICAS MENTAIS – MODOS DE SUBJETIVAÇÃO		
<i>Sujeito</i>	<i>Segmentação textual</i>	<i>Recorte discursivo/ Paráfrase de recorte</i>
AFRODITE	<i>Fragmento 1: a) <u>Nunca fui feliz...</u> Na minha infância quando morava com a minha avó, pois meus pais estavam se separando, não foi nada fácil... A minha avó brigava muito comigo. Sentia muita raiva dela, mas não conseguia expressar b) <u>Um dia tentei suicídio.</u> <u>Tive uma vida muito errada.</u> c) <u>Meu passado foi muito sofrido e não me sinto com legalidade diante de Deus. A fé me ajudou a vencer, tenho certeza da minha cura...</u></i>	a) Nunca se sentiu cuidada, amparada. Com a doença infelicidade/desamparo b) Silenciamento dos afetos não nomeados/insuficiência psíquica, sem trabalho de elaboração c) Sentimento de culpa inconfesso, artificial
DÂMOCLES	<i>Fragmento 1:a) <u>Sempre fui muito estressado, nervoso... nunca fui sentimental, de ficar chorando...</u> c) <u>Após o diagnóstico e início do tratamento passei a chorar, fiquei muito sensível e não me aguentava.</u></i>	a) Dificuldade de reconhecer, nomear e lidar com as emoções b) Homem não dever ser sensível, emocional, chorar c) Vivência dramática (vida nua)
	<i>Fragmento 2: a) <u>A minha família é muito distante. Sempre foi assim. A manifestação de afeto quase que não existe.</u> b) <u>Quando o meu pai morreu, não conseguir estar presente, mesmo quando ele estava doente. Hoje estou aqui, não recebo a visita de nenhum irmão...</u></i>	a) Desafetação psicossocial b) Sentimento de culpa artificial e luto não elaborado
SÍSIFO	<i>Fragmento 1:a) <u>Tive uma boa infância. Era muito feliz...</u> Depois passei a adoecer e ir muito ao hospital. b) <u>Lembro que tinha muito medo de sangue nessa época, não recordo nem sei dizer por que</u></i>	a) A felicidade antes do adoecimento
	<i>Fragmento 2 ...<u>Um dia me minha mãe chamou, eu tinha por volta de 08 a 09 anos e, me falou que o meu pai não era o mesmo dos meus irmãos mais novos... Fiquei muito revoltado, confuso... Mas depois passou.</u></i>	b) Insuficiência elaborativa frente a eventos traumáticos
DIONÍSIO	<i>Fragmento 1: a) <u>Sempre gostei de sair com os amigos, ir às festas. Lá onde moro quase todos os dias tem como se divertir. Gostava de beber, dançar, namorar, curtir...</u></i>	a) Antes da doença era feliz
APOLO	<i>Fragmento 1: a) <u>A minha vida na infância foi muito tranquila e feliz. Tinha muitos amigos, bons irmãos e bons pais... Ainda me sinto feliz apesar da doença.</u></i>	a) Predominância do sentimento de felicidade

Fonte: Dados de pesquisa

5. 3 Interpretação da organização e dinâmicas mentais – métodos de subjetivação

Em uma tentativa de compreender a elaboração psíquica dos sujeitos da pesquisa a partir das enunciações e implicações sócio-históricas, consideramos como propõe a AD, as condições de produção, identificadas como as disposições espaço-temporais e circunstanciais que determinam as especificidades enunciativas das posições dos sujeitos (PÊCHEUX, 1997) ou modos de subjetivação. Nesse caso, dos sujeitos acometidos por uma leucemia, em contraposição a ideia “psicologizante” vinculada a “natureza humana”. Tida nos discursos científicos como modos fixos, marcados pela essência, por uma tendência de tomar de forma natural e acrítica a classificação dos comportamentos dos sujeitos. Os sujeitos são distintos no espaço e no tempo, se transformam de acordo com as sociedades, desse jeito a “natureza humana” é um tipo de matéria-prima flexível que só adquire contorno por extensão da cultura ou da história (MORIN, 1991).

De acordo com o mencionado, podemos aludir que o processo de saúde e doença atravessa a todos em algum momento existencial, por diferentes vias, em diferentes conjunturas. As configurações da existência não garantem a permanência do sujeito de forma fixa e organizada. Talvez a imposição sobre a essência da naturalização, a psicologização ou isolamento do sujeito possa indicar o perigo de uma “história única”, atar o sujeito em um determinado tempo da existência para defini-lo ou compreendê-lo em detrimento das outras vivências, sobretudo das circunstâncias atuais (CASTRO, 2009; ROSE, 2001; ORLANDI, 2012).

Nesse sentido, de acordo com Birman, (2007) a vida pode ser pensada em sua potência de variação, heterogênea conforme as singularidades de cada sujeito entrelaçada aos contextos sociais que produzem efeitos nos corpos e nas maneiras de viver. Tais efeitos difundem-se por meio de múltiplos componentes de subjetividade que estão em circulação no campo histórico. A partir dessa perspectiva o sujeito não pode ser concebido como uma entidade pronta, fechada, mas ele se constitui à medida que é capaz de entrar em contato com as forças e com os processos de subjetivação que afetam o seu corpo, sua saúde e as maneiras, de pensar, de sentir e de viver (MANSANO, 2009).

Nesse caso específico, os sujeitos da pesquisa são marcados pela ruptura da saúde, passando a uma relação com o caos que os colocam em jogo com uma possível transição da

própria vida (BIRMAN, 2007; FIGUEIREDO, 1997). O modo de subjetivação diz respeito ao modo como continuamente nos tornamos sujeitos ou assujeitados (NARDI & SILVA, 2009). Eles se desenvolvem e surgem historicamente como técnicas de si, funcionando dentro de formações discursivas e práticas de poder/saber em determinada época e contexto sócio-histórico com os fluxos da produção de bem estar, de vida, de doença e finitude (FOUCAULT, 2006; CANGUILHEM, 2005).

Entender os efeitos de discursos produzidos pelos sujeitos da pesquisa chama atenção para certa referência à felicidade perdida. Para alguns a felicidade fora vivenciada em poucos momentos da vida, para outros sujeitos a felicidade foi sempre ausente, nunca experimentada, acenando para uma falta na perspectiva lacaniana. Os sujeitos são enredados a um ideal de felicidade, na tentativa de preencher a fenda estrutural, a falta que não tem cura (LACAN, 2008; FREUD, 1930-1996). Pelos enunciados há nas entrelinhas implicações do momento atual do sujeito agora infeliz, com a perda da saúde, com a “felicidade perdida”. Uma vez que a doença inconscientemente implica uma condição de desamparo e abandono atualizados nesse novo tempo de subjetivação do diagnóstico, nas reações emocionais não identificadas geralmente pelo sujeito durante o enfrentamento do tratamento e dos longos períodos de hospitalização.

Afrodite reclama pela felicidade, talvez nunca experienciada como forma de cuidado. Projetivamente ampara a quem dela necessita. Inconfessadamente, não alude aos pais, nem a avó, nem aos companheiros, a falta, o desejo de ter sido cuidada, protegida. Assume uma postura diante da vida de ser a cuidadora. Passou a cuidar dos outros muito cedo por obrigação. Possivelmente sua organização e dinâmica mental tenham sido erguidas por falhas e negligências da “função materna”. Em uma tentativa de reparação, significação e elaboração da falta assume o papel da grande mãe. Talvez por isso negligencie o cuidado de si dedicando-se exclusivamente aos outros.

Afrodite, em um efeito de sentido possível para o seu discurso, indica uma forma descoberta para lidar com as suas necessidades: cuidar das necessidades dos outros. Por isso, nunca se cuidou nem se sentiu cuidada ou protegida, buscava talvez dessa maneira, via identificação projetiva, se sentir amada, feliz.

Chama atenção, ao longo da narração de Afrodite, sua confissão, durante a retomada da anamnese, sobre sua infelicidade e sobre a vida errada que vivera e a aludida ausência da legalidade diante de Deus. Muito embora tente enfatizar que a sua vida era de aparente

derrota, pela fé ela haveria de vencer, de ficar curada. Paradoxalmente, parece remeter a um sentimento de culpa artificial, sem remorso, sem afeto, a uma provável provação divina oscilando entre um discurso de impotência e de onipotência. Por um lado, assume uma posição-sujeito narcisicamente legitimada por uma escolha divina revelada numa vigília de que passaria por uma provação e, por outro lado, se diz não sentir com legalidade diante de Deus. A paciente sugere uma desarmonia afetiva que busca uma consonância ideal e um equilíbrio possível. Provavelmente para afastar a sensação de desamparo e para tentar dominar o mal-estar e as angústias automáticas sentidas no corpo.

Pêcheux (1997) sugere que há o ponto de deriva, parte do enunciado suscetível de tornar-se outro, distinto, se deslocar discursivamente de sentido para derivar para outro possível. Assim sendo, a legalidade diante de Deus, apontada pela paciente pode produzir um efeito de sentido atravessado por uma formação discursiva de um “Deus” ou religião como juiz ou tribunal que julga o certo e errado e que inconscientemente produz uma intensa sensação de culpa e indignidade no sujeito. Um Deus panótico que tudo vê e controla (FOUCAULT, 2005).

Sísifo alude ainda uma felicidade abafada frente a uma intensidade traumática quando é impactado com a má notícia em casa sobre o seu pai, que não era quem ele pensava e no hospital quando a sua doença altera de Leucemia Linfóide Crônica tratada no ambulatório para Leucemia Linfóide Aguda na internação hospitalar. Já Apolo indica ser um sujeito mais contingenciado pela cultura de si proposta pelos pais, talvez disciplinado e controlado se sinta ilusoriamente mais feliz, apesar da doença, declara. Dionísio repudia intensamente a doença, o tratamento e a hospitalização que lhe tirou os momentos de festa e de suposta felicidade que poderia ainda ter experimentado.

Pela AD, em uma perspectiva psicanalítica, houve predominância de alguns discursos com reservas, quando se tem muito a dizer, mas por algum motivo o sujeito não consegue exprimir (SOUZA, 2014). Vale ressaltar que nas enunciações dos sujeitos da pesquisa há indicação de uma restrição da afetividade potencializada pela doença e como subproduto um sentimento de culpabilidade tênue e artificial, ideologicamente reprimido e censurado.

Esse possível sentimento de culpa é indicado pelos vários pacientes do estudo, de forma indireta ou sem maiores aprofundamentos. Os sentimentos de culpa de Dâmocles parecem bem atualizados acerca da sua ausência quando o pai esteve doente, agravou e faleceu. Em Afrodite os sentimentos de culpa ficam mais evidentes quanto repensa seu

passado e lamenta ter deixado os seus filhos com o ex-marido e quando resolve sair de casa. Em Sísifo, talvez esteja presente na negação do ressentimento acerca da mãe quando escondeu dele o seu pai verdadeiro. Apolo indica seus sentimentos de culpa pelo não cuidado de si, através de sua má alimentação e uso de anabolizante sem orientação de um profissional. Já Dionísio manifesta seus sentimentos de culpa mais visível no seu comportamento agressivo e no estágio emocional de revolta. Apesar dos indícios dos sentimentos de culpa presentes tangencialmente no discurso dos pacientes, eles não se reduzem ao que foi sugerido, mas também a outras vivências de culpas ausentes de seus discursos (DEL PORTO, 1999). Desse modo, tal sentimento pode estar correlacionado as pulsões de morte, sem representações e vazios de catexias.

Além disso, comumente, esses pacientes emitem seus discursos vivências descoladas do tônus afetivo. Os eventos provavelmente traumáticos de suas vidas na infância, adolescência e vida adulta, situações de desamparo, abandono, perdas e lutos, tentam de forma não deliberada silenciar. Alguns sujeitos quando expressaram determinados pontos nodais da vida fazem com um tom de voz baixo, com palavras trêmulas, deslocamentos constantes de seus discursos, podendo indicar demasiada dificuldade de relembrar alguns momentos marcantes, de produzir sentidos, de simbolizar. Assim, afastam-se do campo do “Outro” como alteridade, sem interação, sem linguagem, sem afeto e sem desejo (TAVARES, 2009). No entanto, não podemos perder de vista a própria situação do paciente, acamado e preocupado concretamente com a saúde. Em geral, a doença para a maioria das pessoas é produzida tão somente por fatores externos. A maioria dos pacientes somáticos apresenta acentuada dificuldade de volta-se para o seu mundo interno. Além do mais, tais atitudes aparentemente podem ser pensadas a partir do incremento dos modos de reação do sujeito ao encontro com o Real (LACAN, 1998a).

Como defesa, alguns pacientes falam dando volta, de forma prolixa ou fazendo uso da linguagem centrada em elementos acessórios da vivência em detrimento do essencial. Em alguns momentos emudecem, sobretudo nesse período definido pela pesquisa, durante as fases do tratamento quimioterápico de indução e consolidação. McDougall (1986) já apontava uma incapacidade quase integral de pacientes somáticos manter contato com as próprias emoções e com as dos outros. As palavras comumente são desvinculadas e esvaziadas de seu sentido simbólico e afetivo.

No caso de Afrodite, sua forma preferencial de lidar com os sentimentos habitualmente era de escondê-los, negá-los frente às situações de desamparo e abandono ou frente ao superego inflexível e tirânico da avó e do primeiro marido de quem apanhava. O que faz de si mesma? Trabalha o tempo todo, até nas horas livres está a fazer algo. Sempre foi pai e mãe, a responsável pela casa, por tudo, como relata. Talvez em uma tentativa zelosa e equivocada de elaboração dos afluxos cotidianos e de ser percebida e sentir-se projetivamente cuidada.

Dâmocles apresenta um discurso predominantemente mesclado de aspectos econômicos e elementos machistas, que engloba acentuada preocupação com questões trabalhistas, situação do sustento familiar, haja vista que era o provedor. Relata que nunca fora sensível nem sentimental, após a instalação da doença seu campo emocional ganha novos contornos. No entanto, se refere à expressão dos seus sentimentos e afetos como algo ruim para a saúde, para a vida. Em paráfrase, o homem não deve ser emocional, demonstrar fraqueza, chorar. Além disso, ficou demonstrado que a tríade diagnóstico-tratamento-hospitalização desencadeou uma mobilização afetiva intensa no paciente, numa convocação sem precedente a voltar-se para seu mundo interno (FREUD, 1914/1996).

Dâmocles, pouco dado às emoções, passou a chorar e a lastimar diariamente a sua condição junto a pungente preocupação financeira que encobriu o inconsciente medo da morte expressos em seus não ditos. Nos momentos em que estava acordado durante a tarde Dâmocles ficava lendo a sua bíblia, mas não expressava conteúdos religiosos à moda de um crente praticante. No entanto, parecia buscar alguma espécie de resguardo e sentido para a sua situação de adoecimento, racionalmente apontava o trabalho como causa.

Há achados no discurso de Dâmocles da falta de cuidado de si, negligenciados pelo próprio sujeito e pela empresa onde trabalhou nos últimos anos. Cumpre assinalar que Dâmocles talvez negligenciasse os sinais de alerta do corpo, o alienava na perspectiva de suportar as tensões e angústias da vida, mantendo-se afastado da sua subjetividade (HORN & ALMEIDA, 2003).

Parece que Dâmocles, além de sofrimento encontra também prazer no trabalho e no uso de algumas substâncias químicas, como um sujeito autômato e desafetado busca aplacar as suas angústias e mal estar. Em geral os sujeitos somáticos se caracterizam por obstrução no acesso ao seu mundo subjetivo, demonstrando uma grande falta de entrada no palco da sua

afetividade (FERRAZ, 2002; MACDOUGALL, 1986) Em parte, Dionísio se assemelha a Dâmocles no uso e exposição aos produtos tóxicos.

Sísifo, a exemplos dos outros pacientes, tem sérias dificuldades de expor seus sentimentos e emoções com clareza. Precisa ser estimulado para expressar minimamente quadros mais genéricos, embora dificilmente entra no campo dos afetos de forma mais detalhada (CLEMENTE & PERES, 2010). Apresenta uma linguagem monossilábica bastante repetitiva. A sua tônica principal abrange suas intercorrências e dramas vivenciados na internação hospitalar, o anseio pela alta e a importância de manter a fé para ser curado, apesar de manifestar pouca ressonância dos afetos. Freud (1915/2006) preconizava que os afetos que não obtivessem passagem para a descarga ficariam cativos, cumprindo destinos patogênicos.

Os sujeitos durante as entrevistas sem a produção da experiência afetiva nas falas produziram efeitos de sentido evocando uma metáfora da literatura descrita pelos personagens do “turista e do peregrino” (BAUMAN, 1998) ou “flâneur”. O turista metaforicamente retrata o sujeito que apresenta vínculos superficiais nas relações pessoais, com as coisas, privilegia um estilo de vida que prioriza o movimento como participante da realidade. Participam da realidade dentro de uma lógica frenética, cheia de diversidade e quantidade tomando parte das vivências, mas não as vivenciando e experimentando como o *flâneur*. Esse é descrito como quem observa e vivencia com prazer tudo a sua volta, que deleita com os indícios e cheiros da vida. Como criança, o *flâneur* é tomado pela paixão, pela novidade, pelo encanto e pelo espanto, inebriado de sensibilidade pinta o mundo e contempla a apressada multidão (BAUDELARIE, 2001).

No próximo item de análise, destacamos os elementos discursivos entorno dos modos de funcionamento habituais e atuais, bem como o conceito da morte como emergente. Em síntese apresentamos: 1) postura de complacência psicossomática; 2) abolição quase completa dos desejos do paciente oncológico e 3) alheamento do corpo às solicitações do Outro 4) pacto de silêncio e o real do câncer como potencializadores do silenciamento dos afetos do paciente no contexto hospitalar, 5) atuação da pulsão de morte que age também no mutismo do paciente e na ativação e desfecho da morte orgânica 6) discursos predominantemente religiosos e militares frente ao desamparo e a “vida nua” que indica a possibilidade da morte.

5.4 Modos de funcionamento habituais e atuais

Quadro III – análise de discurso dos dados da pesquisa

MODOS DE FUNCIONAMENTO HABITUAIS E ATUAIS		
Sujeito	Segmentação textual	Recorte discursivo/ Paráfrase de recorte
AFRODITE	<i>Fragmento 1: a) <u>Sempre trabalhei muito, desde a minha infância. Comecei a ajudar o meu pai cortar juta. Trabalhei de babá, fui diarista, zeladora e merendeira.. Quando não trabalhava cuidava das coisas de casa, do sitio... Mesmo doente não faltava ao trabalho...teimosa, trabalhava a 08 km da minha casa ia e voltava andando.</u></i>	a) Complacência psicossomática – corpo e vontade ignorados
DÂMOCLES	<i>Fragmento 1: <u>Nunca disse não à empresa... Tinha dificuldade de me colocar em relação aos pedidos e solicitações dos chefes... Ignorava o cansaço e seguia para outra viagem. b) O corpo pedia para descansar, aí pensava no final do mês, a minha conta recheada.</u></i>	a) Complacência psicossomática – corpo e vontade ignorados b) Alheamento do corpo
SÍSIFO	<i>Fragmento 1: <u>Sempre fui muito obediente a minha mãe. Ela nunca foi fácil. O que ela diz tá dito. Tem hora pra tudo lá em casa.:</u></i>	a) Sobreaptação às regras e normas estabelecidas
DIONÍSIO	<i>Fragmento 1. <u>Nos finais de semana sempre saia pra beber e curtir. Saia com a turma. Depois da escola a gente saia.</u></i>	a) Práticas contemporâneas de cuidado de si precárias.
	<i>Fragmento 2: <u>...joguei a medicação fora... Não tenho essa doença. Vi tudo o que um senhor aqui ao lado passou com a quimioterapia... me sentir pio com a medicação.</u></i>	b) Estágio de revolta e negação/ insuficiência elaborativa.
APOLO	<i>Fragmento 1: a) <u>Com o diagnóstico passei um bom tempo muito triste. b) Não costumo ficar triste, mas ficava quando alguns amigos que fiz no hospital, que conviveram comigo, morreram... penso, será que isso vai acontecer comigo também? Tenho medo de morrer.</u></i>	a) Estágio emocional reativo de depressão b) Medo da morte nomeado.
CONDIÇÕES DO ADOECIMENTO		
Sujeito	Segmentação textual	Recorte discursivo/ Paráfrase de recorte
AFRODITE	<i>Fragmento 1: a) <u>O meu filho estar preso, acusado de homicídio... Isso foi doloroso, me perturbou tanto..</u></i>	a) Circunstâncias traumáticas Situação de luto
DÂMOCLES	<i>Fragmento 1: a) <u>Fazia duas funções no meu trabalho, era motorista e ao mesmo ajudante. Dirigia, e carregava e descarrega os tanques de combustível, inalava gasolina, álcool e diesel... b) <u>Sempre bebi, bebia muito, nas minhas folgas era pra isso.</u></u></i>	a) Sobrecarga de trabalho b) Dificuldade de lidar com os afetos
SÍSIFO	<i>Fragmento 1: <u>Fui diagnosticado com LLC, depois de 08 anos de tratamento a doença evoluiu para</u></i>	a) Alteração genética

	<u>LLA.</u>	
DIONÍSIO	Fragmento 1: . Nunca fui internado, nem sentia nada de desconforto em relação a minha saúde. Não sei por que adoeci. No trabalho eu não usava máscara de proteção ao pó e poeira. <u>Inalava o cheiro de verniz, tinta e cola que a gente usava nos móveis.</u>	b) Exposição a produtos químicos. Alheamento do corpo
APOLO	Fragmento 1: Perdi minha vó tinha 10 anos ela faleceu, <u>fiquei um pouco triste...</u> <u>Recordo pouco era pequeno</u>	Situação de perda/luto
	Fragmento 2: Penso as vezes que <u>comi muita besteira na minha infância e adolescência</u> e isso pode ter contribuído para o aparecimento da minha doença.	Má alimentação/ Cuidado de si precário
CONDICIONANTES DO DESENVOLVIMENTO DA DOENÇA		
Sujeito	Segmentação textual	Recorte discursivo/ Paráfrase de recorte
AFRODITE	Fragmento 1: a) <u>Meu marido não tem aparecido. ... Depois de algum tempo desaparecido voltou pra casa doente pra que eu cuidasse dele...</u> b) <u>As pessoas comentavam que ele vivia com outra pessoa, andava de mãos dadas com ela pela cidade...</u> c) <u>Diziam para mim que ela era mais nova, mais magra, mais bonita.</u> Foi um momento de grande sofrimento.	a) Sofrimento psicossocial Agregado a atualização de vivências de desamparo e abandono b) Relações contemporâneas líquidas c) Comparação/imitação como prática de si precária
DÂMOCLES	Fragmento 1: <u>Sempre fui dedicado à empresa, trabalhava com amor, nunca bati o carro, cumpria o meu horário, não faltava...</u> Não percebi que estava adoecendo	a) O trabalho como prazer e sofrimento/alheamento do corpo
	Fragmento 2: <u>Quando transportava os produtos: álcool, gasolina e diesel, Também enchia e esvaziava o tanque sem nenhuma proteção</u>	b) Exposição a produtos químicos
SÍSIFO	Fragmento 1: <u>Tinha desmaios frequentes na infância, às vezes caía no banheiro, acordava com os braços e o corpo arranhados...</u> Não sabia por que. Fiz exames, mas não dava nada.	Insuficiência elaborativa/somatização
DIONÍSIO	Fragmento 1: a) <u>Ajudava meu pai na carpintaria, o trabalho era pesado...</u> b) <u>Eu tinha um corpo forte, agora estou acabado, perdi muito peso.</u>	a) Possível pressão e/ou sobrecarga de trabalho b) Luto pelo corpo
APOLO	Fragmento 1: a) <u>Eu malhava, me achava muito magro...</u> b) <u>Passei a tomar "suplemento". O meu corpo ficou bombado rapidamente</u>	a) Insuficiência elaborativa frente a possível luto pelo corpo infantil. b) Cuidado de si precário
	Fragmento 2: <u>Antes da doença trabalhava numa padaria como atendente, era muito estressante ...muita cobrança. Trabalhava quase 12 horas por dia..</u>	Sobrecarga e pressão no trabalho

CARACTERÍSTICAS ATUAIS: RELAÇÃO COM A DOENÇA		
Sujeito	Segmentação textual	Recorte discursivo/ Paráfrase de recorte
AFRODITE	<i>Fragmento 1: Passo por uma provação divina... Vou vencer... Deus vai me dá a cura...</i>	Provável estágio emocional de barganha/racionalização e sensação de vida nua
DÂMOCLES	<i>Fragmento 1: Fiquei muito abalado com a notícia da doença. Foi um choque....</i>	Prováveis fantasias inconscientes acerca da morte após descoberta da doença. Sensação de vida nua
SÍSIFO	<i>Fragmento 1:a) Quando recebi o diagnóstico fiquei muito confuso, não queria falar com ninguém. b) Chorava muito, não conseguia comer, nem dormir fiquei muito agoniado.</i>	a) Dificuldade de elaboração, de nomear os sentimentos frente à eclosão da doença b) O câncer como sensação de vida nua
	<i>Fragmento 2: a) Hoje a médica chamou a minha mãe e falou algo para ela, não sei o que foi... Nunca tinha visto a minha mãe tão abalada. b) Comecei a Ficar agoniado e preocupado... Tive uns sonhos bem atribulados...:</i>	a) Comunicação e relação indireta entre médico e paciente acerca da doença/tratamento e prognóstico. b) O câncer como sensação de vida nua
DIONÍSIO	<i>Fragmento 1: Não tenho essa doença.</i>	Relação de negação e revolta com doença
	<i>Fragmento 2: O médico nem disse com certeza o que tenho. Disse que iria fazer alguns exames, mas achava que poderia ser ou Leucemia ou linfoma. Ele ainda não me disse o que é que tenho.</i>	Comunicação e relação indireta entre médico e paciente (Pacto de silêncio)
APOLO	<i>Fragmento 1. A princípio pensava que tinha uma doença e tal... Não imaginava o quanto era grave até que o médico veio e me explicou tudo sobre a doença fiquei muito triste, chorava muito e cada vez que eu ia ao hospital e via aquelas pessoas carecas parecia que eu estava me vendo no futuro através delas.</i>	O Real do câncer como a sensação de vida nua
CONCEITO ANÁLISE A POSTERIORI: MEDO DA MORTE IMINENTE		
AFRODITE	<i>Fragmento 1: Com o início do tratamento sentia muitas dores, sonhava com pessoas vestidas de roxo me diziam... Viemos te buscar... Cheguei a pressentir uma pessoa à cabeceira do meu leito, outra ao meu lado e outra aos meus pés. Acreditava que era na verdade a cura celestial... Sentir quando acordei um refrigerio, uma sensação muito boa, como se estivesse dormindo num colchão de algodão.</i>	a) O não dito/ medo inconsciente da morte
	<i>Fragmento 2: Têm dias que penso que não vou aguentar... É uma luta diária... Quando tomo quimioterapia fico muito enjoada, não como nada. Passo dias assim</i>	a) O Real do câncer como drama cotidiano: vida nua.
DÂMOCLES	<i>Fragmento 1: Meu desejo é ver a minha filha casar.</i>	A ideia da morte circulando, mas não dita.
SÍSIFO	<i>Fragmento 1: Já fiz várias quimioterapias...A primeira foi a que mais sofri. Consegui passar por</i>	Pulsão de vida X pulsão de morte.

	<i>todas...vou fazer a quinta antes do transplante... <u>Estou cansado... Mas vou vencer...</u></i>	
DIONÍSIO	<i>Fragmento 2: <u>Pela manhã passei mal, fui ao banheiro onde me sentir tonto, fraco, tive uma espécie de desmaio, apaguei.</u></i>	O Real desencadeia o medo inconsciente da morte.
APOLO	<i>Fragmento 2: <u>Tive alguns amigos daqui do hospital que já faleceram. Tenho medo que aconteça o mesmo comigo.:</u></i>	Medo de morrer

Fonte: Dados de pesquisa

5.5 Interpretação dos modos de funcionamento habituais e atuais

Os sujeitos da pesquisa apresentaram como funcionamento habitual orientação mais para a realidade externa sem estabelecer conexões com conteúdos simbólicos. Apresentaram veemente propensão à ação, fazem uso de condutas pouco elaboradas psiquicamente na tentativa de atenuar o impacto causado pelas excitações que os acometem ao longo da vida. Insinuem uma acentuada automatização dos comportamentos habituais como via de expressão da linguagem (MARTY & M'UZAN, 1994).

O funcionamento que denota um empobrecimento da linguagem, as dificuldades de expressões afetivas e a dificuldade de reconhecer as emoções, pode se correlacionar à dimensão social e científica que propagaram historicamente na memória discursiva a irrelevância da subjetividade. Até os dias de hoje tais perspectivas tendem a acentuar a dicotomia entre objetividade e subjetividade, corpo e espírito, razão e emoção (MARTINS, 2008; BORGES, 2008).

Vale destacar que pacientes somáticos tendem a apresentar comportamentos e estilo de vida orientados pelo alheamento do corpo e eliminação dos afetos (PERES & SANTOS, 2006). São tentativas metonímicas de falar e nomear os afetos a partir do corpo que discursa através dos “sintomas nus”, sem função simbólica em contraponto ao recalque que produz sentido aos sintomas. O sintoma para Lacan passa a ser referenciado como o elemento vinculado aos três registros da experiência humana do simbólico, imaginário e real. Concebia inicialmente o sintoma como uma mensagem a ser decodificada, posteriormente nos últimos seminários faz um deslocamento da ênfase do registro do Simbólico para o registro do Real (SANTOS, DIAS & PEREIRA, 2016).

Os pacientes comumente apresentam, em graus diferentes, marcantes características de trabalho mental diminuído e conseqüentemente uma vida operatória exacerbada. Isso se deve ao uso do aparelho sensório motor como via privilegiada de escoamento das excitações em contraponto ao trabalho mental (PERES & SANTOS, 2006). O corpo parece ausente, ignorado, alienado nesses pacientes. Nessa perspectiva, os sujeitos sugerem aceitar à servidão e o domínio social, quando desprezam a sinalização dos afetos e a própria vontade do corpo, possibilitando o surgimento de perturbações na saúde por meio das somatizações. Os pacientes do estudo revelam certo atrelamento do desejo, “obediência como cadáver” e conformismo às solicitações dos “Outros”. O sujeito nessa perspectiva apresenta uma

modalidade psíquica indiferenciada, metaforicamente os desejos são anulados e apagados, destituídos do potencial desejante e de recursos simbólicos para lidar com autonomia frente às demandas que se impõe. Como resultado há um grande desgaste emocional, insuficiência elaborativa que impede as trocas afetivas e a afirmação da vida.

Embora Freud (1895/1996) trate da complacência somática, numa tentativa provisória de integrar o somático e o psíquico, ele diferencia as psiconeuroses das neuroses atuais, contribuindo de forma relevante para a origem de algumas teorias psicossomáticas (SAMI-ALI, 1992; FERRAZ, 2005). Freud introduz a expressão *complacência somática* em referência à escolha da neurose histérica e a escolha do órgão sobre o qual se dará a conversão (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001). O corpo ou um órgão específico promoveria a expressão simbólica do conflito inconsciente. A sugestão do termo “complacência psicossomática” tenta fazer referência a uma espécie de características de docilidade do paciente em aceitar as demandas e as solicitações do mundo externo sem nenhuma posição autônoma, inclina-se a atuar de forma acrítica, assujeitada. Embora, em algumas situações desejasse se manifestar afetivamente contrário, não obstante, o sujeito convocado, se submete, suspende bruscamente a sua vontade para a satisfação do Outro. Características semelhantes foram apontadas nos estudos da personalidade “tipo C” que marcam que estas características de assujeitamento, dificuldades no manejo da agressividade, podem potencializar o carcinogênese mediante o comprometimento de histiócitos e imunoglobinas (SOUZA, 2003; PERES & SANTOS, 2009; EYSENCK; 1990; ANAGNOSTOPOULOS et al, 1993).

Seguindo na linha desses argumentos, o câncer que incrementa tanto a dor e o sofrimento oriundos dos sintomas da doença, terapêutica e procedimentos médicos dão avisos ao sujeito do seu corpo (FERREIRA & CASTRO-ARANTES, 2014). A doença e suas dores sinalizam ao sujeito da existência de seu corpo quebrando o seu silêncio e alheamento. (MELMAN, 2001). Freud (1930/1996) aponta em o mal estar da civilização o corpo como uma das fontes do sofrimento humano. Muitos dos sujeitos da pesquisa ignoravam os sinais do corpo em muitas situações pareciam alheios aos seus sinais. Parece que só partir do câncer, alguns sujeitos como Afrodite, Dâmocles, Dionísio e Apolo se deparam com o corpo que dói e alude a finitude. O choque advindo da doença orgânica promoveu um maior incremento das angústias, saltando aos olhos o irrepresentável pela linguagem (Lacan, 2005).

Talvez a partir do alheamento do corpo, possamos identificar, nos discursos da maioria dos pacientes a queixa não dita, apenas sugerida, subentendida, acerca do processo de

alienação ao trabalho. Apesar dos constrangimentos, sobrecarga e das condições deletérias à saúde, sobretudo vivenciadas por Dâmocles, Afrodite, Apolo e às vezes, por Dionísio, estes sujeitos antes da eclosão da doença prosseguiam seus afazeres no plano do silêncio. Trabalham com mal estar e com alguns sintomas impressos no corpo sem, contudo dá voz ao sofrimento psicossomático (DEJOURS, 2012; 1998; FERRAZ, 2010). Dionísio, apesar dos sinais e sintomas de dores, ia às festas e prefere viajar a internar para iniciar o tratamento, parece alheio ao próprio corpo (PERES & SANTOS, 2006).

O processo de adoecimento por câncer é vivenciado pelos sujeitos da pesquisa de diversas maneiras, considerando os diferentes suportes biopsicossociais, da relação do paciente com a doença, com família e equipe de saúde. Nessa dinâmica as partes envolvidas se utilizam de diferentes formas de comunicação. Uma dessas aparece de maneira mascarada e taciturna: os pactos de silêncio. O pacto do silêncio é descrito como um acordo implícito ou explícito, por parte dos familiares, amigos e profissionais, de alterar a informação ao paciente com a finalidade de ocultar o diagnóstico ou a gravidade da situação (RODRIGUEZ, 2014). Percebe-se nos discursos tanto dos familiares e equipe de saúde, o objetivo manifesto de proteger o paciente de uma má notícia, ponderando que as repercussões emocionais podem ser aterradoras para a finitude. No entanto, a comunicação indireta e as falhas decorrentes desse silenciamento poderão ser ainda mais graves para os aspectos psicológicos. Há um mito compartilhado no contexto hospitalar de que as emoções, o choro e a tristeza podem causar agravos ao sujeito que porventura receba uma má informação acerca da sua saúde. Pode-se cogitar que nem sempre o não falar uma má notícia ao paciente o está protegendo. Nessa perspectiva de silenciamento é velada a “tirania do pensamento positivo”, ideia compartilhada entre equipe de saúde e a família que defendem que o paciente oncológico precisa está o tempo todo alegre, bem, não pode apresentar o humor triste ou deprimido, se entregar ou demonstrar fraqueza (HOLLAND & LEWIS, 2000). Esta pressão sentida interna e externamente pode levar o paciente a vivenciar visivelmente apenas emoções consideradas positivas, como se disso dependesse sua sobrevivência (PERES & SANTOS, 2009).

É notório que o paciente tende a perder a sua voz em função da sua fragilidade, possibilitando o cuidador a se tornar o responsável por dizer pelo enfermo. Através de conversas veladas, camufladas com a equipe longe do leito do doente, por vezes, num esforço contínuo tenta esconder do acamado possível indício de mal sucedidos no tratamento, como

se o sujeito adoecido não tivesse desejo próprio de saber e o seu o corpo deixasse de lhe pertencer.

De forma semelhante, não é raro por parte do acompanhante e/ou equipe de saúde abolir o discurso do paciente durante os atendimentos clínicos na enfermaria. Exemplo disso acontece quando o médico pergunta algo ao paciente, mas é o acompanhante quem responde. Parece que na maioria das vezes, o médico já busca informações sobre o paciente com o acompanhante, como se o enfermo não estivesse mais ali. Além disso, o médico tende a conversar com os seus alunos na frente do paciente, sem licença prévia expõe sinais, sintomas e a doença, não deixando espaço para que o acamado possa se pronunciar. Via de regra, quando o paciente tenta dizer algo, não lhe dão a devida atenção. Esse tipo de comportamento sugere que além da doença o paciente talvez não seja capaz de verbalizar a sua história, suas lembranças, suas queixas, sua vida. Se antes era capaz de falar, de emitir opiniões passa a ser regulado, contido e interdito. Desse modo, cuidadores e equipe podem potencializar um determinado modo de funcionamento linguístico superficial, empobrecido e restrito do paciente que se encontra desbussolado, sem fórmulas prontas para suportar a complexidade do câncer (FORBES, 2004).

Somado a tudo isso, Freud (1914/1996) já mencionava que o paciente somático tende a abolir o interesse libidinal de seus objetos de desejo enquanto padece inclinar-se a recusa de amar. Não é raro encontrar nos pacientes uma aparente abolição quase completa dos seus desejos. Silenciam e voltam para si, pelo menos nesse momento são interpelados a isso. Um turbilhão de afetos parece mover-se no mundo interno do sujeito.

No que diz respeito ao volta-se para si, a relação do sujeito consigo mesmo, dentro do aspecto do cuidado de si, foi detectado nos seus discursos, a apresentação de dois diferentes modelos de cuidados de si. O modelo cristão foi o mais referido nos discursos dos pacientes, no formato do modelo platônico, idealista e racional em contraponto ao modelo greco-romano, mais rico de técnicas e práticas de si. O modelo cristão era adotado por Apolo antes da doença. Afrodite, Dâmocles e Sísifo, após a descoberta da doença, buscam de forma mais acentuada o suporte simbólico religioso para porventura aplacar determinadas angústias e possíveis sentimentos de culpa. Dionísio e Apolo faziam uso de técnicas de cuidado de si de exercícios físicos em excesso, possivelmente, uma forma de elaboração do luto pelo corpo infantil sem trabalho mental. Fazendo uso provável de medicação, anabolizantes e/ou suplementos sem orientação ou acompanhamento de profissionais habilitados. Alguns

produtos são regulados e proibidos no mercado por órgão de vigilância sanitária. Os participantes nesse sentido aludem aos tipos de práticas de si contemporâneas consideradas precárias se vistas como molde para produzir tipos de assujeitamento, homogeneização e serialização dos modos de existência (NARDI & SILVA, 2009). Alguns fizeram menção ao trabalho com elementos deletérios a saúde e a má alimentação, rápida, pobre em nutrientes em vitaminas.

Na fala dos pacientes estudados, estranhamente, pouco há de indicação acerca dos imagináveis desenlaces provocados pela doença, sobretudo a morte como uma realidade possível. Esses sujeitos se utilizam de defesas emocionais de negação, projeção, barganha e da interdição do pensamento e da linguagem evitando contato com essa realidade. Nossa hipótese para a mudez dos afetos pacientes pode também ser potencializado por não desejar encarar a possibilidade concreta de morrer, por isso calam-se por falta de representação. Aliás, a representação do câncer suscita a imagem de um caranguejo, animal que vive em profundidade escura e invisível, se desloca de modo estranho e pode ser imprevisível; é agressivo, apossar-se de suas presas e as tortura até à morte (TORRES, 2002). Apenas Apolo falou abertamente do tema da morte e expressou depois de algum tempo o seu medo frente à situação. Alguns utilizaram atenuantes e mecanismos de projeção quando se reportaram as eventuais perdas de conhecidos do ambiente hospitalar para falar da morte real do outro e não na de si. Há uma indicação de que a morte nesse contexto seja um tabu, uma interdição, a morte anuncia um fracasso narcísico.

Já o relato dos pacientes sobre os dramas vivenciados na rotina hospitalar, em que atravessam diversas intercorrências vinculadas à Leucemia, aborda a “morte do outro”, perdas de colegas que conheceram durante as consultas no ambulatório e durante as fases de internação. Acrescentando a esse discurso os episódios e o caos produzidos no cotidiano durante as internações e pós-internações. Essas cenas apresentadas embora sejam recorrentes acompanham-se costumeiramente do silêncio sobre o desenlace oncológico. A morte de si, um pavor que atinge, via de regra, boa parte dos pacientes nessa fase inicial do câncer, não obstante é negada, silenciada, não nomeada, se quer aludida (KOVACS, 2005; KUBLER-ROSS, 1998).

Há aproximadamente 400 a.C., Hipócrates usou a palavra “karkinos”, câncer, para descrever uma doença de mau prognóstico. A palavra grega que significa caranguejo em português foi escolhida para nomear a doença pela analogia das veias ao redor do tumor

externo e as pernas do crustáceo, há referências igualmente ao fato da doença evoluir de modo comparável ao movimento do animal.

Além do mais, as intensas formações discursivas assinalam predominantemente um discurso marcado por elementos religiosos e metáforas militares. Receber um diagnóstico de câncer é entrar num campo de batalha, numa guerra, enfrentar o inimigo de cabeça erguida, impedindo que ele ataque e destrua o corpo. Para tanto é necessário contra-atacar, bombardear com radioterapia, com raios tóxicos e a com quimioterapia ‘matar’ as células cancerosas. Esses elementos discursivos aparecem na fala de alguns pacientes numa tentativa de se posicionar com determinação e vencer a doença (SONTAG, 1984). O tratamento de um câncer deixa o sujeito desamparado, atordoado, sem referências, podendo remeter à vivência de restrição afetiva, de ruína e de morte. Daí o uso no enfrentamento do câncer de atenuantes e amparos religiosos, através de frases rotineiras utilizadas de forma repetitiva e automáticas aparentemente sem coloração afetiva. Surge daí as atribuições da doença como “provação divina”, evocada na falação dos sujeitos da pesquisa. Freud em o “Mal estar da civilização” (1930/1996) e no texto “O futuro de uma ilusão” (1927/2006), indica que a necessidade de religião para as pessoas nasce de sentimentos de desamparo. Para Lacan (1998a) a religião é modalidade simbólica, um discurso que ancora o sujeito, sendo capaz de dar sentido para todos os acontecimentos, pois o assujeita ao Nome-do-Pai.

Talvez a utilização dos aspectos religiosos verbalizados por boa parte dos participantes do estudo, possa apontar o drama real e psicossocial vivenciados por eles devido ao câncer. Pensando nessa experiência aterradora descrita pelos pacientes durante a coleta de dados, nos demos conta que tal realidade e o real podem agregar aos modos de subjetivação um maior sofrimento emocional. Para tentar compreender esse novo drama frente à possibilidade da morte, característica atual velada pelos pacientes, propomos o conceito de “*vida nua*”. Sinteticamente entendido como a vida biológica em jogo com incremento da pulsão de morte e a ausência aparente de representação afetiva por parte da maioria dos pacientes pesquisados (AGAMBEN, 2002).

Não obstante, podemos cogitar que a pulsão de morte age silenciosamente no psiquismo desses pacientes contra toda a possibilidade de representação, uma vez que ela é a tendência de descarga absoluta da energia psíquica. Portanto, a pulsão de morte opera de forma muda no psiquismo, abafando a sonoridade dos afetos. Sua expressão pode ser deduzida de forma indireta, por meio dos fenômenos da compulsão à repetição, da reação

terapêutica negativa, do sentimento inconsciente de culpa e da agressividade (CAMPOS, 2013). Em diversas proporções identificamos nos pacientes da pesquisa a atuação da pulsão de morte, no difícil trabalho de simbolizar e elaborar as antigas e as perdas atuais. Sobretudo elaborar e significar o momento da perda da saúde. O sujeito depara-se com a falta na linguagem, com o furo do registro simbólico (LACAN, 1998a). Reencontrar novos caminhos para elaborar, pode levar prolongado período de atravessamento por intensa angústia. Desse modo, a pulsão de morte pode agir como um esvaziamento da linguagem e a participar na ativação e desfecho da morte orgânica (FREUD, 1915/2004).

Dentro das características atuais dos sujeitos pesquisados, em uma tentativa de representar o drama do diagnóstico, tratamento e internação hospitalar, emergiu o conceito de “*vida nua*”, originalmente descrito por Agamben (2002). Trata-se de um significante de interjogo entre a vida e a morte biológica em que o sujeito pode apresentar, numa situação de grave enfermidade, acentuada dificuldade de simbolização. Nesse sentido, o uso da AD possibilitou a abertura não só a novos conceitos análises *a posteriori* que emergiram durante a fase da coleta, bem como foi possível estar atento para os não ditos e, pelas marcas discursivas, chegar a alguns enunciáveis. Desse modo, apareceram no discurso dos entrevistados elementos linguísticos vinculados às formações discursivas e filiações ancoradas ao fenômeno religioso numa tentativa provável de aplacar o desamparo e o medo inconsciente da morte.

Na contemporaneidade vivenciamos uma progressiva mudança na forma com que a morte é significada socialmente. Encontramos na história uma concepção de morte domada, em que havia toda uma rede de símbolos e ritos que determinavam um lugar social para a morte, facilitando a sua simbolização para o doente e família. Ao longo do tempo e do espaço passamos a assistir na pós-modernidade práticas que tendem a isolar a morte do processo vital. A morte nesse contexto foi perdendo sua inserção social e sua faceta humana para ser calada e apartada do círculo das relações sociais, dificultando a elaboração de lutos e aceitação sua aceitação como um fenômeno natural (ARIÈS, 2003; KUBLER-ROSS, 1998).

A exclusão da morte ficou distante da agitação social, limitando-se aos hospitais e instituições de saúde, onde também se tenta esconder (KOVÁCS, 2003b). Assim ganha conotações de isolamento e embotamento afetivo, projeção e negação, paradoxalmente não encontra lugar para ser elaborada, enquanto a morte do outro é escancarada, seduz e fascina.

6 DIÁLOGO ENTRE A PSICOSSOMÁTICA E A ANÁLISE DE DISCURSO

A utilização da Análise de Discurso (AD) junto à teoria da Psicossomática psicanalítica se deu na tentativa de extrair novas produções de sentidos produzidos por pacientes oncológicos. Além de ter em vista, uma proposição mais intrincada entre o sujeito e o seu contexto, pautada por outras metodologias e postura epistemológica mais crítica e interdisciplinar.

Ancorar a Análise de Discurso à Psicossomática nos permitiu apresentar os dados sobre os sujeitos da pesquisa numa perspectiva do inconsciente articulado às ideologias e interpretá-los e ancorá-los sócio-historicamente. Dessa maneira, acreditamos que não existe sujeito sem linguagem e linguagem sem ideologia, portanto o discurso é a relação da língua com a ideologia, determinando historicamente o sujeito e os sentidos (PÊCHEUX, 1997).

Podemos dizer que os tangenciamentos comuns entre a Psicossomática psicanalítica e AD passa pela Psicanálise e pela linguagem. De acordo com Orlandi (2009), a Psicanálise surge na AD para fundamentar os processos inconscientes da linguagem, dos desconhecimentos, da ilusão ou esquecimento, indispensáveis à constituição da subjetividade. Nesse sentido, a Psicanálise procura as formas de constituição desse sujeito não no interior de uma fala homogênea, mas na heterogeneidade de uma fala, como resultado de um sujeito dividido (BRANDÃO, 2004).

É nessa proposta de compreensão dos encadeamentos do sujeito nas teias da linguagem, nos seus vínculos consigo mesmo, com o outro, com as suas condições de produção da existência, limites e possibilidades, nesse caso, diante de uma doença concreta e complexa, que discutimos a elaboração psíquica de pacientes frente a tal realidade do diagnóstico e do tratamento da leucemia. Investigar o funcionamento psíquico frente a tal realidade do adoecimento e enfrentamento de um protocolo clínico de quimioterápicos, fases de internação e intercorrências hospitalares podem potencializar a insuficiência psíquica defendida pela psicossomática. Desse modo, seguir um determinado desenho teórico-metodológico na tentativa de ampliar as discussões sobre o sujeito somático subsidiado pela AD contribui para não abstrair o sujeito do seu contexto e de suas posições nos interdiscursos e na ideologia.

Além disso, a tentativa de classificar os sujeitos da pesquisa, as descrições nosográficas propostas por Marty nem sempre são claras, fácil de detectar. Ainda ficam mais opacas se considerar o Real Oncológico, a posição do sujeito e suas condições de produção aludidas pela Análise de Discurso. Nesse contexto, o sujeito hospitalizado com Leucemia tem subjetividade atravessada frente à retirada de afeto do mundo externo de forma abrupta que pode interferir e promover tipos de má mentalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços recentes, a Psicossomática ainda é uma abordagem atualmente bastante discutida. Um termo polissêmico utilizado por várias filiações discursivas que defendem determinados sentidos. Uma discussão que vem da Antiguidade até a contemporaneidade, em um movimento oscilante do modelo monista ao dualista e dicotômico. A relação entre mente e corpo, saúde e doença, razão e emoção, apesar da exploração acadêmica, ainda são temáticas profícuas para pesquisa.

O termo *psicossomático*, na expressão mais comum, pode reportar-se tanto ao quesito da origem psicológica de determinadas doenças orgânicas, com causa psicogênica, quanto às repercussões afetivas do estado da doença orgânica instalada no sujeito ou a um desequilíbrio econômico do aparelho psíquico, via somatização, descarga da energia pulsional no corpo. Além disso, a Psicossomática toca nos aspectos histriônicos, somatoformes e hipocondríacos, em uma perspectiva às vezes obscura. A Psicossomática também circunscreve áreas específicas, quando se refere à medicina psicossomática, abarcando determinadas enfermidades ou enfoques teóricos (MELLO, 2010).

As proposições freudianas provocaram uma mudança de paradigma, ao ultrapassar o reducionismo biológico imposto pela tradição cartesiana. A psicanálise freudiana foi a responsável pelo surgimento da Psicossomática psicanalítica, quando utilizou os conceitos da psiconeurose, da complacência somática. Hoje, a Psicossomática é uma disciplina, dentro da Escola Psicossomática de Chicago, da Escola de Boston e sobretudo, da Escola de Psicossomática de Paris. Reconhecidamente, a linha francesa traz o arcabouço teórico/metodológico mais consistente no campo da psicossomática psicanalítica (PERES & SANTOS, 2006).

Peres e Santos (2006) reconhecem que as abordagens de Marty não se caracterizam como um reducionismo psicológico semelhante aos modelos apresentados nos primórdios da psicossomática psicanalítica. Para eles, trata-se de um recorte das várias facetas do fenômeno que se propõe analisar. Apontam compatibilidade da psicossomática com o modelo biopsicossocial de compreensão do processo saúde-doença discutido na atualidade. Além disso, as proposições da Escola de Paris não excluem outras explicações da gênese de

enfermidades orgânicas como médicas, culturais, sociais etc. No entanto, Pierre Marty não faz nenhuma alusão aos fatores supracitados, constituintes do sujeito.

Por conta disso, a proposta interdisciplinar de análise entre Psicossomática e a Análise de Discurso pôde fornecer alguns dados relevantes para que se possa pensar o conceito de sujeito e de subjetividade mais abertos, micronarrados e contextualizados. Através da interpretação em AD podemos retratar um sujeito singular e histórico vinculado ao funcionamento da sociedade por meio da linguagem, das condições de produção e dos modos de subjetivação.

A Escola de Psicossomática de Paris ressalta que a falta de atividade mental implica uma maior vulnerabilidade somática, mas desconsidera os novos processos de subjetivação na contemporaneidade: a sobrecarga do trabalho; a ênfase social na razão instrumental dificultando a capacidade de pensar; a banalidade do mal tão marcante nas sociedades contemporânea e o empobrecimento da expressão da afetividade e da experiência; a “vida nua” do tratamento oncológico frente à morte iminente e a clínica biomédica que potencializam o funcionamento operatório do sujeito somático (DEJOURS, 2013; SANTOS FILHO, 1992; SILVA & CALDEIRA, 2010).

Dejours (2013) enfatiza que o funcionamento operatório e os processos de traumatismo não podem estar restritos aos movimentos psíquicos interiores sem menção ou destaque aos aspectos externos. Para Dejours, o sintoma somático aconteceria na relação com o outro e com o mundo, não reduzido tão somente ao sujeito.

Portanto, os processos de empobrecimento mental e ao apagamento dos afetos do sujeito indicado pela Escola de Psicossomática de Paris percorrem concomitantemente os caminhos do empobrecimento social, o intercâmbio entre ambos desponta como fato evidente, pois ambos atuam como unidade sintética (GAUER, 2009). Assim, qualquer mudança social passa necessariamente por novas produções viva e mutante de subjetividades (MANSANO, 2010).

Vale destacar que a organização e dinâmicas mentais frente ao adoecimento, na fase inicial do câncer, pode corroborar sobremaneira, impedindo a elaboração psíquica da maioria dos sujeitos pesquisados. Esses passam por um processo de subjetivação que convoca a adaptação via defesa psíquica e atenuação do sofrimento causada pela nova realidade do diagnóstico, do tratamento e hospitalização que causam ruptura com o tempo normativo da vida. Esse processo pode ser considerado traumático, por potencializar determinados modos

de funcionamento mental relacionados à insuficiência psíquica, a dificuldade de nomeação dos afetos, o empobrecimento da linguagem e o emudecimento frente à fantasia e a possibilidade da concretude da morte iminente.

Além disso, ao escutar pacientes em tratamento oncológico, nos deparamos com a exclusão dos afetos, alheamento do corpo (PERES & SANTOS, 2006) e demandas subjetivas silenciadas (FERREIRA & CASTRO-ARANTES). Provavelmente também na proximidade do terror do desenlace oncológico recai o silêncio dos pacientes e uma intensa resistência para representar. Sem esquecer que algo sempre resiste a ser inteiramente conhecido. Há a existência de um núcleo, de acordo com Freud (1920/1996) no inconsciente irreduzível à linguagem, difícil de colocar em palavras quando se encara o Real. Pitta (1994) declara que esse silêncio e modos de lidar com os afetos pode ser também uma forma de expressão, e como tal, possui suas condições de produção e pode apresentar múltiplos sentidos: forma de supressão das emoções à resistência velada em aceitar o retorno do corpo alienado e mórbido.

Almeida (1999) e Torrano-Masseti (2000) apontaram que pacientes onco-hematológicos não conseguem se proteger de forma adequada do sofrimento mental desencadeado pelo adoecimento. Desse modo, pode se pensar que a doença oncológica provoca um intenso afluxo de excitações que pode gerar como subproduto a desorganização do sistema defensivo. Isso pode ser derivado tanto da restrição da capacidade de simbolização (PERES & SANTOS, 2006) quanto a um prenúncio ventilado pela doença oncológica como uma ameaça potencial a sobrevivência do sujeito.

Além disso, o empobrecimento simbólico, apontado por Marty como um aspecto do funcionamento operatório individual, pode ser encontrado como uma característica fundamental dos novos sintomas, patologias e psicopatologias na contemporaneidade. Resultantes da precariedade com que são oferecidos os objetos de satisfação na cultura contemporânea. Há uma proliferação de estímulos pungentes que não permitem aos indivíduos realizar ligações, mediações e dar sentido às pulsões na época atual (FIGUEIREDO 2012). Assim, a perda dos mecanismos simbólicos na cultura atual deixa os indivíduos expostos a situações traumáticas fazendo com que a regulação das intensidades se realize hoje pela somatização e pela passagem ao ato (BIRMAN, 2006; LACAN, 2005).

O momento contemporâneo sob a égide da produção e consumo tornaram as pessoas em coisas, mercadorias, esvaziadas de sentidos. Observamos e experimentamos nesse engendramento a consumação do sujeito, esgotado e exaurido das suas pulsões de vida. Tendo

os seus processos de subjetivação que gera autonomia, criatividade e liberdade inibidas pela exacerbação da pulsão de morte (PLASTINO, 2002).

De acordo com Agamben (2002), o sujeito na contemporaneidade, encontra-se despossuído da sua experiência de pensar, sentir e agir. Apresenta uma incapacidade na linguagem de transmitir experiências que dispõe sobre a sua condição. A impossibilidade de traduzir suas experiências torna a vida cotidiana insuportável e exaurida de afetos. Nesse momento, quando se instala uma doença agressiva, o silenciamento e a dificuldade de expressão das emoções podem ser uma tônica possível de compreensão da posição do sujeito numa provável transição à acomodação após um trauma.

Na mesma linha de Agamben, Freud (1930) e Adorno (1993) apontam que apesar de toda promessa de felicidade prometida pela ciência, religião e tecnologia não somos mais felizes. Pelo contrário há um esvaziamento da subjetividade que suprime a elaboração psíquica ou atitude crítica que possa amenizar o processo de coisificação do mundo, das relações humanas, dos sujeitos. As práticas discursivas se esforçam no sentido de fazer com que qualquer reflexão sobre a vida se encaixe nos moldes da ideologia da prosperidade, tentando nos iludir e ocultar que não há mais vida fora de determinados esquemas de si contemporâneos, geralmente precários (NARDI & SILVA, 2007).

A anulação gradual do sujeito e sua substituição pelo deslumbramento malicioso da objetividade apenas mantêm uma imagem do sujeito que ofusca a descoberta e a autodeterminação de si, restando apenas um espaço vazio daquele que ainda é para si, mas não mais em si. Conforme Adorno (1993), tal ato pode simbolizar a submissão do sujeito aos preceitos sociais que lhe impõe inexoravelmente suas regras, sobrecargas de trabalho, seus horários determinados, imposição da objetividade contra o ritmo do corpo e da disposição humana, destituindo a relação modulada com o mundo externo e interno. Em síntese, na rapidez que vivemos, andar lentamente sugere uma espécie de soberania que se faz ausente da vida contemporânea.

Essa discussão tentou trazer novos aspectos a compreensão dos modos de elaboração psíquica e subjetivação dos sujeitos somáticos, oncológicos, assujeitados a determinadas nuances e circunstâncias sócio-históricas atuais, que impedem uma boa mentalização ou que fortalece o cessar dos afetos decorrente do complexo tratamento quimioterápico. Via de regra, a maioria dos pacientes, no início do protocolo clínico considerado agressivo e potencializador de quadros emocionais intensos, atualiza o desamparo, abandono, perdas e

lutos pelos quais são convocados a minimamente simbolizar. Até os pacientes tidos como de boa mentalização pode apresentar algumas características do funcionamento operatório nas fases iniciais da Leucemia, indução e consolidação, bem como durante as recidivas da doença. A própria ciência em determinados contextos histórico expurgou as emoções e a subjetividade do campo especializado, possibilitando à veiculação nas práticas discursivas da valorização da racionalidade asséptica em detrimento da afetividade.

Muitos pacientes nessa fase do tratamento adotam ou procuram nas formações discursivas religiosas uma forma de apaziguar emocionalmente as suas angústias e desamparo frente ao terror da morte de si. Talvez seja o modelo mais culturalmente apregoadado e experimentado pela maioria dos pacientes nos dias atuais. Muito embora, haja algumas referências religiosas empobrecidas simbolicamente, que agem de forma mais “operatória” do que possibilitando apoio na elaboração mental e suporte simbólico aos sujeitos. Freud (1930-1996) pondera que quando as estruturas sociais e instituições deixam de ser simbólicas, estabelece em suas regras e prescrições uma intensa fonte de embotamento afetivo nas expressões de seus representantes e adeptos.

O mesmo pode-se dar com as investigações e intervenções, como aludidas por Rosa (2004), acerca dos trabalhos de pesquisa no campo psicanalítico, caso incorram no risco de uma descaracterização e abrangência imprópria dos conceitos e práticas psicológicas orientadas pela psicologização dos fenômenos e em abstrações generalizantes, alusivas de posturas epistemológicas frágeis e limitadas.

A ênfase dada à Psicanálise como teoria e técnica de tratamento é tributária de Freud. Freud fez uso recursivo da análise de fenômenos sociais para compreender os processos individuais, além de assegurar literalmente que a psicologia individual é, concomitantemente, social. Portanto, unir o nosso objeto de estudo dentro de uma busca de dispositivos de análise de que seja possível lançar mão na articulação entre sujeito e sociedade é sempre mais frutífero (FREUD, 1921/1990).

Vale salientar que esse tema da elaboração psíquica na perspectiva da psicossomática psicanalítica articulada a Análise de Discurso e aos processos de subjetivação contemporâneos pode ainda ser bastante fecundo para novas pesquisas que visem o não reducionismo psicológico e apontem novas formas de compreensão do sujeito como efeito de linguagem. Reconhecemos o caráter provisório e as possíveis objeções originadas da leitura

desse trabalho, aceitando a nossa falibilidade e limites, bem como as escolhas ponderadas de modo mais apaixonante do que outros caminhos também possíveis, porém deixados para trás.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. (1981). **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ADORNO, T.W. **Minima moralia**: reflexões a partir da vida danificada. Trad. de Luiz Eduardo Bicca. São Paulo: Ática, 1993.
- AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua. Trad. Henrique Burigo, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
- AISENSTEIN, M.. Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. In: Eizirik, C. L., Aguiar, R. W. & Schestatsky, S. (Orgs.). **Psicoterapia de orientação analítica**: fundamentos teóricos e clínicos (pp. 667-673). (Trad. C. Monteiro). Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ALMEIDA, A.C. **Avaliação psicológica e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea**.1998. 124 f. dissertação (mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- ALMEIDA, L. P.; ATALLAH, R. M. F. O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. **Ágora** - Rio de Janeiro, vol.11 nº.2 Rio de Janeiro July/Dec. 2008.
- ANAGNOSTOPOULOS, F; VASLAMATZIS, G; MARKIDIS, M; KATSOUYANNI, K; VASSILAROS, S; STEFANIS, C / AN INVESTIGATION OF HOSTILE AND ALEXITHYMIC CHARACTERISTICS IN BREAST-CANCER PATIENTS. In: **Psychotherapy and Psychosomatics**, Vol. 59, No. 3-4, p. 179-189, 1993.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo; 7ª edição – RJ : Forense Universitária, 1995.
- _____. **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1999.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma**: investigação psicossomática psicanalítica. São Paulo: Escuta, 2002.
- BANDEIRA M. F. & BARBIERI, V. Personalidade e Câncer de Mama e do Aparelho Digestório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** - jul-set, Vol. 23 n. 3, pp. 295-304. Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto, 2007.
- BARBOSA, L. N. F. A. L.; FRANCISCO. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. **Rev. SBPH** v.10 n.1 Rio de Janeiro jun. 2007.

- BAILE, W. K; BUCKMAN, R. LENZI, R. GLOBER, G. BEALE, E.A. KUNDELA, A.P. **SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with câncer.** *Oncologist.*; 5:302-11, 2000.
- BARTROP, R. W.; LAZARUS, L.; LUCKHURST, E.; KILOH, L.G. & PENNY, R. **Depressed lymphocyte function after bereavement.** *The Lancet*, 16, 834-836,1977.
- BAUDELAIRE, C. **“O pintor da vida moderna.”** Sobre a modernidade. São Paulo:Paz e Terra, 2001.
- BAUMAN, Z. **O Mal-estar da Pós-modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. **Amor líquido:** sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.
- BELTRÃO, J. F.; A. C; OLIVEIRA; OLIVEIRA, L. C. – **Outras faces do ser indígena entre pertencimentos e exclusões.** *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 9-41, jul./dez. 2009.
- BERLINCK, M. T. **Psicopatologia fundamental.** São Paulo: Escuta, 2000.
- BERNARDES, A. G. **Potências no campo da saúde:** o cuidado como experiência ética, política e estética. Universidade Católica Dom Bosco - Mato Grosso do Sul. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.36, p.175-190, jan./jun. 2012.
- BERGERET, J. **A Personalidade Normal e Patológica.** Porto Alegre: Artmed, 1998.
- BESSA FREIRE, J, R. **Da Língua Geral ao Português:** para uma história dos usos sociais das línguas na Amazônia. Tese de Doutorado em Literatura Comparada. Rio de Janeiro, UERJ – Instituto de Letras, 2003.
- BLEGER, J. A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e na investigação. In **Temas de psicologia: entrevista e grupos.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- BION, W. R. **Atenção e interpretação.** Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- _____. **Arquivos do mal-estar e da resistência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- BORGES, A. M. Nietzsche e a noção de corpo. **Trilhas Filosóficas.** Ano I, número 2, jul.-dez. 2008.
- BOTEGA, N. J. (org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência.** São Paulo: Artemed, 2002.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de orientação psicanalítica**. Martins Fontes. 2008.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à Análise do Discurso**. 2. ed. Campinas: UNICAMP, 2004.

BRANDÃO, S. J. **Mitologia Grega**, Vol. I. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 1996.

BRANT, L. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. **Ciência & saúde coletiva**, 6(1), p. 221-31. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução do Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Decreto nº 93933 de 14 de janeiro de 1987, Resolução/2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Câncer relacionado ao trabalho: leucemia mielóide aguda – síndrome mielodisplásica decorrente da exposição ao benzeno**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAETANO, D. CAETANO, S. C. & KRÄMER, M. H. **Psiconeuroimunoendocrinologia**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(7), 307-314, 1999.

CAMPOS, E. M. R. & RODRIGUES A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática Mudanças – **Psicologia da Saúde**, 13 (2), jul-dez, 271-471p Instituto Metodista de Ensino Superior, São Paulo, 2005.

CAMPOS, É. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. Faculdade de Ciências - UNESP Bauru. **Revista de Psicologia da UNESP** 12(1), 2013.

CANGUILHEM, G. O problema das regulações no organismo e na sociedade. In: **Escritos sobre a Medicina**. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAON, J. L. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 7(2), 145-174, 1994.

CAPITÃO, C. G.; CARVALHO, É. B. - Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema – Universidade São Francisco - PSIC - **Revista de Psicologia, Vetor Editora**, v. 7, nº 2, p. 21-29, Jul./Dez. 2006.

CAPORAL, F. R.; COSTABEBER, J. A.; PAULUS, G. Agroecologia: matriz disciplinar ou

novo paradigma para o desenvolvimento rural sustentável. In: CONTIN, I. L.; PIES, N.; CECCONELLO, R. (Org.). **Agricultura familiar: caminhos e transições**. Passo Fundo: IFIBE, 2006.

CARVALHO, V. A. **A questão do câncer**. In: CARVALHO, F. C.; VOLICH, R. M. (Org.). **Psicossoma I: psicanálise e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CASSETTO, S. J. **Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX**. *Psychê — Ano X — nº 17*, 121-142 - São Paulo, 2006.

CASTRO, E. **Vocabulário em Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, (2009).

CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. 2006. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia Ciência e Profissão**. Vol.20 no.4 Brasília, Dec. 2000.

CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CLEMENTE, J. P. L.; PERES, R. S. **Funcionamento psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação**. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol.22, n.2, p.57 – 69, 2010.

CHIATTONE, H. B. C.). Urgências psicológicas em leucemias. In: V. A. C. Angerami (Org.). **Urgências psicológicas no hospital** (pp.171-191). São Paulo: Pioneira, 1998.

CODO, W. **O que é alienação**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2004

COOL C. MARCHESI, Á.; PALÁCIOS J. I. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Capítulo1. *Psicologia evolutiva, conceito, enfoques, controvérsias e métodos*. 2.ed. Porto Alegre. Artmed. 2004.

COSTA, A. POLI, M. C. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 19(188), 14-21, 2006.

CONFALONIERI, E. C. **Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças** - ESTUDOS AVANÇADOS 19 (53), 2005.

CYMROT, Paulina. **Elaboração psíquica e clínica psicanalítica**. Editora Escuta, SP, 1997.

CYRILLO, P. I.; PAZOTTO, M. O Papel do Psicólogo no Tratamento Oncológico (pp. 173-185). In: BARACAT, F. F.; JÚNIOR, H. J. F.; SILVA, M. J. **Cancerologia Atual: Um enfoque Multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.

CRUZ, M. Z.; PEREIRA JUNIOR, A. Corpo, mente e emoções: referenciais teóricos da psicossomática. **Rev. Simbologias**, v.4, n.6, Dez/ 2011.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 2ª ed. Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008.

DEBRAY, R. **Épître à ceux qui somatisent**. Paris: PUF, 2001.

DEJOURS, C. Biologia, Psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M; FERRAZ, F. C; ARANTES, M. A. A.; **Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008.

DEL PORTO, J. A. Depressão - **Rev Bras Psiquiatr** vol. 21 – maio, 1999.

DEL VOGO, M. J. **O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna** (M. Gambini, Trad.). São Paulo: Escuta, 1998.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction: Entering the field of qualitative research. In: **The Sage Handbook of Qualitative Research**. 4. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2011.

_____. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**, Porto Alegre, Bookman e Artmed, 2006.

DIEGUES, A. C. S. **O mito moderno da natureza intocada**. São Paulo, Hucitec, 1996.

DUFOUR, Dany-Robert: **A arte de reduzir cabeças**. Companhia de Freud, 2007.

EKSTERMAN, A. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. **Revista Brasileira de Psicanálise** vol. XXVIII, nº1, 1994.

ELIA, L. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: S. ALBERTINI & L. ELIA (Orgs.), **Clínica e pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ELIADE, M. **Mito e Realidade**. Tradução de Pola Civelli. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1972.

ELIAS, A.C.A. **Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na re-significação da Dor Simbólica da Morte da Pacientes Terminais**. Dissertação de Mestrado apresentada a Pós – Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2001.

ELIAS, V. A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Rev. SBPH** v.11 n.1 Rio de Janeiro jun. 2008.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer**. Rio de Janeiro, Zahar, 2001.

_____, Sugestões para uma Teoria de Processos Civilizadores. In: “**O Processo Civilizador**”. Rio de Janeiro, Zahar, 1993.

ENGEL G. L: **From biomedical to biopsychosocial. Psychother Psychosom**, 1997.

ENRIQUEZ, E. Psicanálise e Ciências Sociais. **Ágora**, 8(2), 153-174, 2005.

ESTELLITA-LINS, C.E. Saúde e doença na Psicanálise: Sobre Georges Canguilhem e Donald W. Winnicott. In: BEZERRA, B. & ORTEGA, F. (org). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2007.

EYSENCK, H.J. **The prediction of death from câncer by means of personality/stress questionnaire: Too good to be true?** Perceptual and Motor Skills, 71, 216-218, 1990.

FARIA, M. A. M. O trabalho e o processo saúde- doença. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C. (orgs). **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

FARR, R. **Raízes da psicologia moderna**. 2ª edição. Petrópolis : Vozes, 1999.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C. & VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma: psicossomática psicanalítica** (pp. 23-38). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **Normopatia: sobre adaptação e pseudo normalidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. **Rev. SBPH** vol.13 no.2, Rio de Janeiro - Julho/dez. – 2010.

_____. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise** · Volume 41, n. 4, 66-76 · 2007.

FERENCZI, S. (1933). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. (2ª ed., A. Cabral, trad., pp. 97-106). São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. (2ª ed., A. Cabral, trad., pp. 25-36). São Paulo: Martins Fontes, 2003.

_____. (1919/) "A técnica psicanalítica", In: FERENCZI, S. **Obras completas**, v. II. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FIGUEIREDO, A. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, L. C. M. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500-1900)**. São Paulo: EDUC; Escuta, 2007.

FIORINI, H. J. (1973) **Teoria e técnica de psicoterapias**. Trad. Maria Stela Gonçalves. 2ª. São Paulo, 2013.

FORBES, J. **A Psicanálise do Homem Desbussolado - As reações ao futuro e o seu tratamento**, 2004. Disponível em: <http://www.jorgeforbes.com.br/br/contents.asp?s=23&i=72>
Acesso em: 19 de outubro de 2016.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Edição estabelecida por Frédéric Gros sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana Tradução Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. Martins Fontes, SP, 2006;

_____. **Microfísica do poder**. 21ª.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FUJIHARA, A. M. **Composição social da Amazônia: um misto de povos e culturas misto de povos e culturas**. Presença Revista de educação, cultura e meio ambiente- mai.-nº30, Vol. IX 2005.

FRAXE, T. J. P.; WITKOSKI, A. C.; MIGUEZ, S. F. **O ser da Amazônia: identidade e invisibilidade**. Cienc. Cult.[online]. 2009, vol.61, n.3, pp. 30-32. ISSN 2317-6660.

FREIRE, I. R.. **Raízes da Psicologia**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

FREUD, S. (1895) **Estudos sobre a histeria**. In: Freud S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1910) A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão, 1910. In: **Cinco lições de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1913). **Totem e tabu**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914) **Recordar, repetir e elaborar**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução In: **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia**. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915). **Conferências introdutórias sobre psicanálise: introdução do editor inglês**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. (1915). **Reflexões para os tempos de guerra e morte**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago, 1996b

_____. (1919). **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920) **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 18). 1996b.

_____. (1921). **Psicologia das massas e análise do ego**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1930). **O mal-estar na civilização**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1927) **O futuro de uma ilusão** (1927). In: FREUD, S. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1926) **Inibição, sintomas e Angústia**, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XX.

_____. (1915). **O inconsciente**. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. XIV, pp.163-222) Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. (1912) **A dinâmica da transferência**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996c

_____. 1915) **Pulsões e destinos da pulsão**. In L. A. Hanns (Ed. e Trad.) Obras Psicológicas de Sigmund Freud: Escritos sobre a psicologia do inconsciente (Vol. 1, pp. 133-173.). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____, L. A. (1986). **Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões**. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

GARCIA-ROZA, L. A. 1936- **Freud e o inconsciente** / Luiz Alfredo Garcia-Roza. – 24.ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

GASPAR, K. C. **Psicologia Hospitalar e a Oncologia**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

GAUER, R. M. C. **A fundação da norma: para além da racionalidade histórica** [recurso eletrônico] / Ruth M. Chittó Gauer. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos; 2008.

GONDIM, N. **A invenção da Amazônia**. – São Paulo: Marco Zero, 1994.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

GONZÁLEZ REY, F. L. **As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer** *Psicologia: Teoria e Prática* – 8(2):69-85 69, Puc-Campinas, 2006.

GOULART, A. T. **Notas sobre o desconstrucionismo de Jacques Derrida**. Programa de pós-graduação em letras literaturas de língua portuguesa, Puc- Minas, 2003.

GIMENEZ, M. G. G. Definição, foco de estudo e intervenção. In M. M. M. L. CARVALHO (Org.), **Introdução à Psiconcologia** (pp. 35-56). Campinas: Editorial Psy. (1994).

GRANER, K. M., CEZAR, L. T. S., & TENG, C. T. Transtornos do humor em Psico-oncologia. In V. A. Carvalho et al. (Org.). **Temas em Psico-oncologia** (pp.243-256). São Paulo: Summus. 2008.

GREEN, A. IKONEN, P. LAPLANCHE, J. RECHARDT, E. SEGAL, H. WIDLOCHER, D. E YORKE, C. **A Pulsão de Morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1993.

HAYNAL, A. & PASINI, W. ROCHA, F. J. B. **A psicanálise e os pacientes somatizantes** (M. C. R. Barbosa, R.L. Lana & R. R. Josef, Trans.). São Paulo: Masson, 1998.

HAYNAL, A.; PASINI, W.; ARCHINARD, M. **Medicina Psicossomática: Abordagens Psicossociais**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

HEGENBERG, L. **Doença um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

HOFFMANN, W. Ensaio sobre a linguagem e uma práxis psicanalítica. **Revista de psicanálise**. São Paulo, 30(45), 56-63, dezembro 2007.

HOLLAND, J. C., & LEWIS, S. *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: Harper Collins, 2000.

HORN, A.; ALMEIDA, M. C. P. Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 37 (1), 69-84. 2003.

HORN, A. O somático e as experiências corporais. **Revista Brasileira de Psicanálise** · Volume 41, n. 1 · 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: **Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. RJ: INCA, 2014.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância, **Área de Vigilância do Câncer relacionado ao Trabalho e ao Ambiente**; organizadora Fátima Sueli Neto Ribeiro. – Rio de Janeiro: Inca, 2012

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? **Ágora**, 6(1),115-138, 2003.

JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

JOYCE-MONIZ, J. & BARROS, L. **Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde**. Edições ASA, 2005.

KAMERS, M; BARATTO, G. O Discurso Parental e sua Relação com a Inscrição da Criança no Universo Simbólico dos Pais. **Psicologia Ciência e Profissão**, 24 (3), 40-47, 2004.

KAHN, M. **Freud Básico**: pensamentos psicanalíticos para o século XXI. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2005.

KNOBEL, M. **Psicoterapia breve**. São Paulo: EPU, 1986.

KOVACS, M. J. Morrer com Dignidade In: CARVALHO, M. M. J de (Org.) **Introdução á Psiconcologia**. Campinas, SP: Livro Pleno, 2002.

_____. M. J. **Morte e desenvolvimento humano** / coordenadora. -São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____. M. J. **Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar**: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*; 34(4): 420-429- São Paulo: 2010.

_____. M. J. **Educação para morte: temas e reflexões**. São Paulo: FAPESP; Casa do Psicólogo, 2003a.

_____. M. J. **Educação para morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: FAPESP; Casa do Psicólogo, 2003b.

KOHL, M. O. Ciclos de vida: algumas questões sobre a psicologia do adulto. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 211-229, maio/ago.2004.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.

KUPERMANN, D. **A via sensível da elaboração**. Caminhos da clínica psicanalítica. *Cad. Psicanál.-CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p. 31-45, 2010.

LACAN, J. O seminário, livro 11, **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Jorge Zahar, 1998, Rio de Janeiro, 1998a.

_____. **O Seminário, livro7**: a ética da psicanálise (1959/60). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. . Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos** - J. Zahar, Rio de Janeiro, 1998b.

_____. **Outros Escritos**. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 2003.

_____. O Seminário – Livro 10: **A angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 1962-1963), 2005.

LAPLANCHE, J.; Pontalis, J. B. **Dicionário de Psicanálises**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2001.

LATOURET, B. **Jamais fomos modernos**. (C. I. da Costa, Trad.) Rio de Janeiro, 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. Tradução de Tânia Pellegrini. Campinas: Papirus, 2006.

MATURANA, R. H. **Emoções e linguagem na educação e na política** / Humberto Maturana; tradução: José Fernando Campos Fortes. - Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R. **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MARCUSE, H. **A Ideologia da Sociedade Industrial: o homem unidimensional**. (Tradução de Giasone Rebuá). 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

MAIA, M. **Extremos da alma: dor e trauma na atualidade e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MALAN, D. H. **As fronteiras da psicoterapia breve**. (L. Knijnik e M. E. Z. Schestatsky, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade, **Revista de Psicologia da UNESP**, 8(2). 2009.

MARTINS, A. Nietzsche, Espinosa, o acaso e os afetos encontros entre o trágico e o conhecimento intuitivo. **Revista O que nos faz pensar**, n. 14, p. 183-198. . Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2000.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Tradução P. C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Mentalização e psicossomática** (A. E. V. A. Güntert, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. A propósito dos sonhos dos pacientes somáticos. In: **Aletheia**. Canoas: Ed. ULBRA, v. 4, p.05-15, 1996.

MARTY, P. & M'UZAN, M. (1962). O pensamento operatório (V. A. C. Beusson, Trad.). **Revista Brasileira de Psicanálise**, 28 (1), 165-174, 1994.

MCDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa normalidade: teoria e clínica psicanalítica** (C. E. Reis, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. J. **Teatros do corpo. O psicossoma em Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. 6. Ed. Petrópolis: Vozes Ltda., 1989.

MELLO-FILHO, J. **Psicossomática hoje** [recurso eletrônico] / Julio de Mello- Filho... [et al.]. – 2ª. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____, J.: **Concepção psicossomática-visão atual**. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro/MEC. 1992.

MEZAN, R. **Freud: pensador da cultura** (5. ed.). São Paulo: Brasiliense, 1990.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo (SP) /Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-Abrasco; 2000.

_____. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E. M. C. Nas vias do desejo. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e Hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOREIRA, A. C. G. DI PAOLO, Â. F.. O dispositivo clínico no hospital geral: é possível uma Psicanálise no Sistema Único de Saúde. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**, 2006.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MORI V. D. MORI & GONZÁLEZ REY F. L. Reflexões sobre o social e o individual na experiência do câncer. **Psicologia & Sociedade**; 23(n. spe.), 99-108 Centro Universitário de Brasília, Brasília-DF, 2011.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. **O paradigma perdido: a natureza humana**. 5. ed. Mem Martins: Europa. América, 1991.

MOURA, M.D. (org.) **Psicanálise no Hospital**. Belo Horizonte: Revinter, 1996.

MULLER, M. **Conceito mente e corpo através da história**. Maringá: Psicologia em Estudo, 2006.

NALI, M. C. **A sutileza da transferência no contexto hospitalar**. Estilo da clínica Vol. VII, nº 13, 32-41: Unicamp, 2002.

NASSER, Y. B. D'A. N. **Considerações sobre a relação corpo-psique a partir de estudos da teoria freudiana e da teoria junguiana** / Dissertação (Mestrado) – Universidade Veiga de Almeida, Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Psicanálise e Sociedade, Rio de Janeiro, 2008.

NARDI, H. C.; SILVA, R. N. S. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, N. M. E, HÜNING, S. M. (org.) **Foucault e a psicologia** /.. [et – Porto Alegre: Abrapso Sul, 2009.

NASIO, J-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1997.

NOGUEIRA, D.; PEREIRA, L. **Perspectivas da morte de acordo com a religiosidade: Estudo comparativo**. Recuperado em 30 jun. 2008, em [www. psicologia.com. pt](http://www.psicologia.com.pt), 2006.

NEVES, S. M. R. Corpo, história, pensamento In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA. W. (Orgs.). **Psicossoma: psicossomática psicanalítica IV**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde**. 2 ed. Lisboa: Climepsi, 2004.

OLIVEIRA; M. T.; WINOGRAD, M.; FORTES, I. **A pulsão de morte contra a pulsão de morte: a negatividade necessária**. Psic. Clin. Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, p. – 88, 2016.

ORLANDI, E. P. **Discurso em Análise: Sujeito, Sentido, Ideologia**. Campinas, SP, Pontes, 2012.

_____. E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2009.

_____. **A Análise de Discurso e seus entremeios: notas a sua história no Brasil**. Cadernos de Estudos Linguísticos, Campinas, n.42: 21-40, jan.jun.2002.

_____. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas, SP: Unicamp, 1992.

PATRÃO, I. **O ciclo psico-oncológico no cancro da mama: estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos**. Tese de Doutorado apresentada no ISPA, Lisboa, 2007.

PÊCHEUX, M. (1988). **Discurso: estrutura ou acontecimento**. Trad. brasil. Campinas: Pontes, 1993.

PENNA, T. Dinâmica psicossocial das famílias dos pacientes com câncer. In: MELO FILHO, J. & M. BURD. **Doença e Família** (pp.379- 89). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

PERES, R.S. **Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica.** 421 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. **Psicossomática psicanalítica: intersecções entre teoria, pesquisa e clínica.** Campinas: Alínea, 2012.

_____. **A exclusão do afeto e a alienação do corpo: contribuições da psicossomática psicanalítica para a compreensão da personalidade de pacientes com indicação para o transplante de medula óssea.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, SP, 2006.

_____. **Controle dos impulsos em mulheres acometidas por câncer de mama: relações com o surgimento e a evolução da doença.** Sociedade Brasileira de Psico-oncologia. Ano VI. Edição 4. Outubro/Novembro/Dezembro, 2009.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa.** São Paulo: Atheneu, 1996.

PINHEIRO, A. C. S. **A pesquisa em psicanálise no hospital: corpos marcados pelo HIV/AIDS /** Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2013.

PINHEIRO, N. N. B. **Psicanálise, teoria e clínica: reflexões sobre sua proposta terapêutica** Psicologia: **Ciência e Profissão.** vol.19 no.2 Brasília, 1999.

PIMENTEL, C. B.; BARROS. I. P. M. **Transferência e desfecho terapêutico em psicoterapia psicodinâmica breve** 11(1): 153-166. **Psicologia: Teoria e Prática -** Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2009.

PISANI, M. M. **Marxismo e psicanálise no pensamento de Herbert Marcuse: uma polêmica** **Revista mal-estar e subjetividade /** Fortaleza / V. IV / N. 1 / P. 23 - 64 / mar. 2004.

PISETTA M. A. M. BESSET, V. L. **Alienação e separação: elementos para discussão de um caso clínico.** **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 16, n. 2, p. 317-324, abr./jun. 2011.

PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício.** São Paulo, Hucitec .1990.

POPE, C.; MAYS, N. **Métodos Observacionais.** In: **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PLASTINO, C. A. **O quinto rombo: a psicanálise.** In: **Conhecimento prudente para uma vida decente.** Boaventura de Souza Santos (org.). Lisboa: Afrontamento, 2003.

PROCHET, N. **De que são feitos os sonhos?** Cad. Psicanál.-CPRJ, Rio de Janeiro, v. 35, n. 28, p. 11-25, jan./jun. 2013.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia-** 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S. & HENN, C. G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 26 (03) 204-210, 2002.

RAMOS, J. L.; PERES, R. S. P. Protocolo de avaliação psicológica para pacientes oncológicos: Uma proposta. **Psicologia Argumento**. Curitiba, v. 31, n. 75, p. 729-737, out./dez. 2013.

RANCIÈRE, J. **O desentendimento: política e filosofia**. Tradução de Ângela Leite Lopes. São Paulo: Editora 34, 1996.

RAVANELLO, T. & FRIAS, F. M. **O Contexto Hospitalar e a Escuta Psicanalítica, Ecos Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Volume 2 [Número 2. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2012.

RABELLO, E.T.; PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> no dia 20 de junho de 2016.

REMONDES-COSTA, S.; JIMENÉZ, F. & PAIS-RIBEIRO, J. Imagem Corporal, Sexualidade e Qualidade de Vida no Cancro da Mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 13 (2), 327-339, 2012.

RIBEIRO, D. **O Povo Brasileiro. A formação e o sentido de Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIBEIRO, R. R. M. **Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação**. São Paulo: E.P.U., 1996.

RIBEIRO, V. **Diferenças entre o atendimento psicológico em meio hospitalar e em consultório**. Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde, 1(1), 14-16, 2005.

ROMANO, B.W. **Psicologia e cardiologia: encontros possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

RODRIGUES, J. M. **Conceito afirmativos de saúde e doença: uma articulação entre os pensamentos de Georges Canguilhem e Donald Winnicott; orientador: Carlos Augusto Peixoto Junior**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2015.

RODRIGUEZ, M. I. F. Despedida silenciada: equipe médica, família, paciente – cúmplices da conspiração do silêncio. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 23, n.2, 261-272, 2014.

ROSA, M. D. . A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. IV, n. 2, p. 329-348, 2004

ROSE, N. Como se deve fazer a história do eu? **Revista Educação & Realidade**, 26 (1), 33-57, (2001).

ROUSSILLON, R. Neutralisation énergétique et affects extremes. In: **Vie opératoire, defense ou déficit?** Actualités psychosomatiques, n. 9, 55-65, 2006.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SAMI-ALI. **Pensar o somático** (M. E. Marques, Trad.). Lisboa: ISPA, 1992.

SANTOS, B. S. **Conhecimento prudente para uma vida decente**. Lisboa: Afrontamento, 2003.

SANTOS FILHO, O. C. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje** (pp. 108-112). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. Psicanálise do paciente “psicossomático”. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 28 (1), 111-128, 1994.

SANTOS, L. N.; DIAS, C. A.; PEREIRA, W. W. **psicanálise e contemporaneidade: o adoecimento oncológico como encontro com o real**, Aceito: 08/12/2011 <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/2991/2163>. Acesso em 19 de outubro 2016.

SCHRAMM F. R. O uso problemático do conceito ‘vida’ em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de biopoder. 17 (3): 377 – 389. **Revista Bioética**, 2009.

SCHWARTZMAN, R. S. O conceito de recalçamento e a busca de uma metapsicologia para as novas patologias. In: CARDOSO, M. R. (org). **Limites**. São Paulo: Escuta, 2004.

SELDES, R. Pausa: uma porta para a subjetividade hoje. In: **Instituto de clínica psicanalítica do Rio de Janeiro. Urgência sem emergência?** Rio de Janeiro: Subversos, 2008.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, S.A.F. **Análise de Discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Instituto Census, 2014.

SOUZA, C. P. **A morte interdita: o discurso da morte na História e no documentário Doc On-line**, n.07. www.doc.ubi.pt, pp. 17-28 Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2009.

SOUZA, C.B. O ser e o estar na doença oncológica. In: **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**/Organização de Vera Barros de Oliveira e Kayiko Yamamoto. São Bernardo do Campo : UMESP, 2003.

SOUZA, M. **Breve História da Amazônia**. – 2.ed., revista e ampliada. – Rio de Janeiro: Agir, 2001.

SOUZA N. M. B. **A cidade de Manaus-am e a negação da origem indígena: primeiras aproximações**. Seminário Internacional A Cidade Neoliberal na América Latina: desafios teóricos e políticos. A la memoria de Emilio Duhau López Red Latinoamericana de Investigadores sobre Teoría Urbana Rio de Janeiro, 06, 07 e 08 de novembro de 2013.

SILVA, A. F. R.; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na Psicossomática. In MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje** (pp. 113-118). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SILVA, D. Q. **A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico** Estudos de Psicanálise | Belo Horizonte-MG | n. 39 | p. 37–46 | Julho/2013.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**. V.14, nº 3, São Paulo, set./dez. 2004.

TAVARES, LAT. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo** [online]. São Paulo:., 371 p. ISBN 978-85-7983-113-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Revista Latin-american journal of psychopathology on line**, v. 6, n. 1, maio/2006.

TOMAZELLI, E.. **Corpo e Conhecimento: Uma visão psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

TORRANO-MASETTI, L. M. **Repetição do des-conhecido: contribuições da psicossomática psicanalítica na recaída do câncer hematológico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3ª Ed. Petrópolis, RJ : Vozes, RJ. 2008.

URBAN, G.. "A história da cultura brasileira segundo as línguas nativas", In: CARNEIRO DA CUNHA (org.), **História dos índios no Brasil**. São Paulo, Fapesp/ SMC/Cia, das Letras, pp. 87-102, 1992.

VALAS, P. Horizontes da psicossomática. In: **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 69-86, 2003.

VALENTE, G.B.; RODRIGUES, A.L. Psicossomática e Psicanálise: uma história em busca de sentidos. In: **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática**. Porto Alegre: ABMP-RS, 2010.

VANIER, A. **Lacan**. (B. Nícia Adan, Trad.). São Paulo: Estação Liberdade, 2005.

VIEIRA, W. C. A psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VIEIRA FILHO, N. G.; ROSA, M. D. Inconsciente e cotidiano na prática da atenção psicossocial em saúde mental. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 26, n. 1: 49 – 55. Mar 2010.

VOLICH, R. M.). **Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise**, 7ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C. (orgs). **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

YOSHIDA, E. M. P. & ENÉAS, M. L. E. A proposta do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve para adultos. In: E. M. P Yoshida & M. L. E. Enéas (Orgs.), **Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: propostas atuais** (pp. 223-258). Campinas: Alínea, (2004).

ZIMERMAM, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA PSICOLÓGICA

- **Rapport**

Conforme foi informado a você, faremos uma entrevista objetivo é conhecê-lo um pouco melhor. Para isso conversaremos algumas vezes por 30 minutos aproximadamente, nesse período se você se sentir cansado(a) podemos parar a conversa e retomá-la depois.

Vou fazer para você algumas perguntas sobre a sua vida relacionada à infância, juventude, família, trabalho, doença, saúde, sobre a sua vida mental e expectativas. Ao fim do trabalho não será possível identificá-lo, no entanto se você não se sentir à vontade com alguma pergunta, pode deixar de respondê-la.

Você se importaria se eu gravasse a sua entrevista? Desse modo eu poderei ter mais garantia de que não perderei nada do que me disser. Tudo o que me falar será muito importante. Estas fitas serão transcritas, depois desgravadas. Você tem alguma dúvida, pergunta? Podemos então começar?

EIXO I: IDENTIFICAÇÃO

Nº:

Idade:

Data de nascimento: ___ / ___ / 19 ___

Estado civil:

Naturalidade:

Procedência:

Raça/Etnia:

Diagnóstico:

Família constituída:

Filhos: Sim () Não () Quantos: _____ Netos: Sim () Não ():

EIXO II. MENTAL

Infância

a) Fala-me da sua infância?

- b) Que lembranças você guarda desta época? Você estudava, trabalhava ou brincava a maior parte do tempo? O que você mais gostava de fazer?
- c) O que marcou, positiva ou negativamente, sua infância?
- d) Como era a sua relação com os irmãos?
- a) Como era a sua relação com cada um dos seus pais quando você era criança?
- b) Você lembra se adoecia com frequência?

Juventude

- a) Conte-me sobre sua adolescência e sua juventude?

Instrução

- a) Você chegou a frequentar uma escola? Até que série?
- b) Do que você recorda desse período?

Casamento

- a) Fale-me da sua relação de casado, do convívio familiar?

EIXO III. COMPORTAMENTAL

- a) Você trabalhava? O que fazia?
- b) Com que idade você começou a trabalhar?
- c) Que outros trabalhos você teve?
- d) Como eram os seus relacionamentos no trabalho?
- e) Você já fez uso de alguma substância tóxica? Bebidas alcoólicas, drogas...

EIXO IV: SOMÁTICO

- a) Você já teve alguma outra doença?
- b) Você ou alguém de sua família já foi internado(a) antes? Se sim, por qual motivo?
- c) Como você ficou sabendo do diagnóstico da sua doença ?
- d) Você suspeitava que alguma coisa estava errada com o seu corpo?
- e) O que achava do seu corpo?
- f) Quais sintomas você sentia antes da descoberta da doença?
- g) Você se cuidava, de que forma?

EIXO V: PSICOSSOCIAL

- a) Qual foi a sua reação ao diagnóstico?
- b) O que mudou em sua vida após a descoberta da doença?
- c) Já sentiu algo estranho que não soube identificar?
- d) Muitas vezes você fica chateado ou triste sem saber o porquê?
- e) Quais são os seus planos para o futuro?
- f) Você se acha(va) uma pessoa feliz?
- g) Como era a sua vida antes da doença?

EIXO VI: CONDICIONANTES

- a) O que você acredita que possa ter contribuído para o aparecimento desta doença?
- b) Qual o sentido que você dá para a doença?
- h) Você já teve problemas para dormir?
- i) Você tinha preocupações antes de adoecer?
- j) Considerava-se uma pessoa nervosa?
- k) Você já sofreu alguma perda importante?
- l) Já teve depressão?
- m) Teve algum sofrimento que lhe marcou?

APÊNDICE II

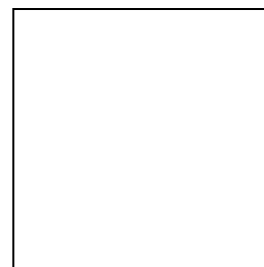
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa: **“Elaboração psíquica de pacientes oncológicos: uma reflexão a partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade”**: cujo objetivo é **Compreender os processos de elaboração psíquica de pacientes onco-hematológicos à luz dos conceitos da psicossomática psicanalítica relacionados aos modos de subjetivação contemporâneos**. Sua participação nesse estudo é voluntária e se dará por meio de uma entrevista e encontros semanais para conversações. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa pode se dar durante a coleta de dados. Caso você esteja indisposto, com dor ou com alguma intercorrência a pesquisa pode se apresentar invasiva e incomodá-lo. Se isso acontecer, não o abordaremos ou suspenderemos a coleta de dados, se for necessário realizaremos interconsulta com a equipe de saúde para apoiá-lo. No entanto, se você aceitar participar, poderá, talvez, contribuir para uma melhor compreensão da sua doença, do seu estado psicológico e da sua vida; poderá favorecer novas investigações e novas atuações no atendimento ao paciente com leucemia, sobretudo no fortalecimento do atendimento psicológico. Informo que o Sr (a) pode desistir de continuar participando da pesquisa, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo para a sua saúde. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e possivelmente poderão ser publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo resguardado o sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato comigo pelos telefones - (92) 99242-1058 ou (92) 98125-7587 ou pelo email: josaramos@hotmail.com . Poderá ainda, entrar em contato com o Setor de Psicologia da Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas no período vespertino no telefone (92) 3655-0181.

APÊNDICE II
Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,
fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto de pesquisa, sabendo que não vou receber nada em termos econômicos e que posso sair da pesquisa quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão assinados por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Manaus,; ____/____/____



Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO II



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que dou anuência ao aluno de Mestrado em psicologia da Ufam, Josafá Lima Ramos, para desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado como: Elaboração psíquica de paciente oncológico: uma reflexão partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade, cujo objetivo é Compreender os processos de elaboração psíquica de paciente oncohematológico à luz dos conceitos da psicossomática psicanalítica e dos processos de subjetivação contemporâneos. Tal proposta de investigação será orientada pela Dr^a Denise Machado Duran Gutierrez.

Manaus, em 22 / 09 / 15

Dr^o Nelson A. Fraiji

Diretor Presidente
Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas

Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas
Av. Constantino Nery, 4397, CEP: 69050-001 - Chapada - Manaus, Amazonas
CNPJ nº 63678320/0001-15
Telefone: 55 - (92) 3655-0100 / Fax: 3656-2066
Site: www.hemoam.am.gov.br / E-mail: presidencia@hemoam.am.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa /Hemoam analisou o protocolo de pesquisa: Elaboração psíquica de pacientes oncológicos: uma reflexão a partir da psicossomática psicanalítica e da contemporaneidade, através do CAAE 49699215.7.0000.0009 e número do Parecer: 1.276.894, pesquisador responsável: Josafá Lima Ramos. Sendo este projeto de pesquisa APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as diretrizes contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

MANAUS, 13 de Outubro de 2015

ADRIANA MALHEIRO
(Coordenadora CEP/Hemoam)