

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARÍLIA ALVARENGA SANTOS

**A RELAÇÃO DO ADOECIMENTO NO CORPO COM O “ACONTECIMENTO DE
CORPO” – A PRÁTICA PSICANALÍTICA NA CARDIOLOGIA**

Belo Horizonte

2021

MARÍLIA ALVARENGA SANTOS

**A RELAÇÃO DO ADOECIMENTO NO CORPO COM O “ACONTECIMENTO DE
CORPO” – A PRÁTICA PSICANALÍTICA NA CARDIOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos

Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais em Psicanálise e Investigação no Campo Clínico e Cultura

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Massara da Rocha

Belo Horizonte

2021

150 Santos, Marília Alvarenga.
S237r A relação do adoecimento no corpo com o
2021 "acontecimento de corpo"[manuscrito] : a prática
psicanalítica na cardiologia / Marília Alvarenga Santos. -
2021.
86 f.
Orientador: Guilherme Massara Rocha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise - Teses.
3. Cardiologia - Teses. 4. Hospitais – Teses. I. Rocha,
Guilherme Massara. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



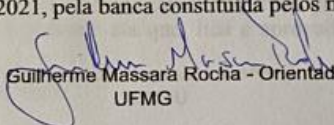
FOLHA DE APROVAÇÃO

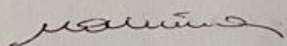
A RELAÇÃO DO ADOECIMENTO NO CORPO COM O
"ACONTECIMENTO DE CORPO" – A PRÁTICA PSICANALÍTICA NA
CARDIOLOGIA

MARÍLIA ALVARENGA SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 15 de outubro de 2021, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Guilherme Massarã Rocha - Orientador
UFMG


Prof(a). Maria Livia Tourinho Moretto
Universidade de São Paulo



Documento assinado digitalmente
Ana Lucia Mandelli de Marsillac
Data: 03/11/2021 13:57:54-0300
CPF: 704.653.470-53
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof(a). Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
Universidade Federal de Santa Catarina

Belo Horizonte, 15 de outubro de 2021.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo geral o estudo da possível relação do adoecimento no corpo – o infarto e seus sintomas – com o “sintoma acontecimento de corpo” apresentado por Lacan no final de seu ensino. Nesse sentido, propõe-se investigar o que esse adoecimento pode revelar sobre o sujeito que se apresenta na cardiologia e quais as saídas subjetivas possíveis diante desta vivência no hospital. Neste contexto, o sujeito se apresenta com seu corpo e a experiência do adoecimento e internação se coloca como um acontecimento em sua vida. Desse modo, o analista, com sua presença e escuta, oferece um espaço de palavra no qual possibilita ao sujeito dizer sobre sua dor e sofrimento psíquico causado pela vivência da doença no real do corpo e da internação em uma Unidade Coronariana. A interlocução entre psicanálise e medicina se constitui a partir dos estudos de Freud sobre a origem dos sintomas histéricos, que se apresentavam no corpo, mas sem nenhuma resposta orgânica. Diferente da medicina, a psicanálise se interessa pelo corpo pulsional, que pode se manifestar através de sintomas e doenças. Desse modo, busca-se trabalhar a concepção de corpo e sintoma em psicanálise, fazendo um percurso nos principais textos de Freud para a construção da noção de corpo em psicanálise. Em Lacan, passamos pela vertente do imaginário, simbólico e real para sustentar o que no final de seu ensino, ele vai dizer sobre o “sintoma acontecimento de corpo”. A partir de fragmentos clínicos, foi possível tecer considerações importantes acerca dos significantes trazidos pelo sujeito e as associações do adoecimento com vivências subjetivas, bem como de suas saídas para lidar com seu tratamento e hospitalização.

Palavras-chave: Psicanálise; hospital; infarto; corpo; sintoma; adoecimento; acontecimento de corpo.

RESUMÉ

Cette étude a pour objectif général l'étude de la relation possible entre la maladie du corps - l'infarctus et ses symptômes - avec le "symptôme événement corporel" présenté par Lacan à la fin de son enseignement. En ce sens, il est proposé d'étudier ce que cette maladie peut révéler sur le sujet qui se présente en cardiologie et quels départs subjectifs sont possibles face à cette expérience à l'hôpital. Dans ce contexte, le sujet se présente avec son corps et l'expérience de la maladie et de l'hospitalisation est placée comme un événement de sa vie. De cette façon, l'analyste par sa présence et son écoute offre un espace de parole dans lequel il permet au sujet de dire sa douleur et sa souffrance psychique causées par l'expérience de la maladie dans la réalité du corps et de l'hospitalisation dans une unité de soins coronariens - Coronary Care Unit. L'interlocution entre la psychanalyse et la médecine est basée sur les études de Freud sur l'origine des symptômes hystériques, qui apparaissaient dans le corps mais sans aucune réponse organique. Contrairement à la médecine, la psychanalyse s'intéresse au corps pulsionnel, qui peut se manifester par des symptômes et des maladies. Ainsi, nous cherchons à travailler la conception du corps et du symptôme en psychanalyse, en faisant un cours sur les principaux textes de Freud pour la construction de la notion de corps en psychanalyse. Chez Lacan, nous avons parcouru l'aspect de l'imaginaire, du symbolique et du réel pour appuyer ce que, à la fin de son enseignement, il dira du " symptôme événement corporel ". A partir de fragments cliniques, il a été possible de faire des considérations importantes sur les significations apportées par le sujet et les associations de la maladie avec les expériences subjectives, ainsi que sur leurs façons de faire face à leur traitement et à leur hospitalisation.

Keywords: Psychanalyse; hôpital; infarctus; corps; symptôme; maladie; événement corporel.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CTI	Centro de Terapia Intensiva
DAC	Doença Arterial Coronária
HC	Hospital de Clínicas
HDN	Hemodinâmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pcpt	Sistema perceptivo
Pcs	Pré-consciente
PS	Pronto Socorro
UCO	Unidade Coronariana
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA CARDIOLOGIA: AS POSSIBILIDADES DE UMA PRÁTICA	13
2.1 PSICANÁLISE E MEDICINA	14
2.2 O LUGAR DO ANALISTA NO HOSPITAL	17
2.2.1 A “CLÍNICA DA URGÊNCIA”: UM OUTRO TEMPO”	20
2.3 O ANALISTA NA UNIDADE CORONARIANA: UMA EXPERIÊNCIA	22
3 O CORPO EM PSICANÁLISE: DO SINTOMA METÁFORA AO ACONTECIMENTO DE CORPO	32
3.1 O CORPO E O SINTOMA EM FREUD	34
3.1.1 O SINTOMA COMO METÁFORA	42
3.2 O CORPO E O SINTOMA EM LACAN	46
4 O “ACONTECIMENTO DE CORPO” - UMA EXPERIÊNCIA DO INCONSCIENTE NA VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO	54
4.1 O ACONTECIMENTO DE CORPO COMO ACONTECIMENTO DE DISCURSO	54
4.2 O CORPO E SEUS ACONTECIMENTOS: QUANDO O SUJEITO FALA COM SEU CORPO.....	60
4.3 O “ACONTECIMENTO DE CORPO” COMO UMA EXPERIÊNCIA DO INCONSCIENTE NA VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO.....	68
5 MOMENTO DE CONCLUIR.....	74
REFERÊNCIAS	77

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como ponto de partida a experiência da pesquisadora como psicóloga plantonista na Clínica da Cardiologia, nos setores de Hemodinâmica e Unidade Coronariana (UCO), e tinha como fundamentação teórica e clínica os conceitos psicanalíticos aplicados ao contexto hospitalar. Este trabalho consistia em atender os pacientes que chegavam com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e necessitavam de internação na unidade de cuidados intensivos, no qual permaneciam para monitoramento e realização de exames.

No contexto hospitalar, o trabalho do analista consiste em oferecer sua escuta para o sofrimento psíquico decorrente do adoecimento, no sentido de possibilitar que o sujeito coloque em palavras o mal-estar gerado pela vivência de tratamento e hospitalização.

Um dos pontos principais e específicos desta clínica está relacionado aos sintomas apresentados pelos pacientes, aos significantes que apresentam e ao modo como lidam com seu corpo. Esta experiência demonstra que, ao dizer sobre seu adoecimento, muitos associam esse acontecimento pontual a vivências significativas em sua história de vida. Este momento pode ser vivido como traumático e promove um corte na cadeia significativa, levando o sujeito a buscar novos arranjos para lidar com essa nova condição clínica.

O adoecimento no corpo – o infarto e seus sintomas – colocam em destaque a especificidade da doença e de sua localização – o coração – e de como se articula ao discurso do paciente. A dor no peito causada pelo infarto é vivenciada como um acontecimento que o remete, muitas vezes, a vivências primitivas de sua vida.

Dos casos atendidos na UCO, alguns chamaram a atenção da analista pelas especificidades. Dentre estes, alguns pacientes chegavam com sintomas de infarto e tinham a confirmação da lesão orgânica, através de exames, sendo por isso necessário a realização de procedimento cardiológico, como angioplastia e/ou cirurgia cardiovascular. Em outros casos, os pacientes apresentavam todos os sintomas de infarto, porém, não apresentavam resposta orgânica, lesões, que justificassem tais sintomas.

Nesse sentido, a escuta analítica permite localizar nesses dois tipos de casos, a marca dos significantes e como estes afetam e podem produzir sintomas no corpo do sujeito. Nesta perspectiva, surgiram algumas questões que nortearão essa pesquisa: o que essa “doença do coração” e essa “dor no peito” podem dizer sobre o sujeito que se apresenta na cardiologia? O que esse acontecimento em sua vida pode revelar sobre o seu sintoma? E quais as saídas subjetivas possíveis diante desta vivência no hospital?

Diante dessas especificidades, essa pesquisa propõe estudar a possível relação do adoecimento no corpo com “o sintoma como acontecimento de corpo”, apresentado por Lacan no final de seu ensino, no qual o psicanalista trata do inconsciente pela vertente do real e não mais pela via do inconsciente transferencial proposto por Freud.

Nesta vertente, Lacan define o real “como aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar e que, ao retornar, se repete... um traço que permanece, insiste, reitera, e que é possível localizar a partir de alguns significantes desconectados da cadeia associativa e vinculados ao corpo. Desse modo, é o gozo que se repete” (Rosa, 2019).

Sob este prisma, a concepção de corpo e de sintoma passa por uma reformulação teórica, já que não mais se constituem como lugar de cifração e decifração de sentido, mas como inscrição de um traço que traz a marca de um gozo e se instaura no corpo do sujeito como uma escrita, como letra.

Portanto, para se pensar essa possível articulação entre o adoecimento – o infarto e seus sintomas – e o acontecimento de corpo, considera-se importante delimitar os conceitos de corpo, sintoma e acontecimento de corpo que se apresentam como ponto de ancoramento teórico da pesquisa, sendo por isso, relevante a contextualização e o desenvolvimento destes na psicanálise, em Freud e em Lacan.

Diferentemente de outras áreas do conhecimento, o objeto de pesquisa em psicanálise, a hipótese a ser verificada, não é algo que poderá ser trabalhado através de uma observação direta. Portanto, o que marca a diferença em uma pesquisa psicanalítica é seu objeto de pesquisa, o inconsciente ou, melhor dizendo, as manifestações do inconsciente. Portanto, para a teoria psicanalítica é perfeitamente concebível, como Freud bem mostrou, basear sua teoria a partir de poucos ou mesmo de apenas um caso clínico.

Ao introduzir o conceito de inconsciente, Freud descentra o sujeito e subverte a concepção de subjetividade dominante nos séculos XVII e XVIII. Ao produzir o conceito de inconsciente, opera uma inversão no saber existente. Nesse sentido, a psicanálise divide o sujeito em sujeito do enunciado, como aquele do discurso, consciente que pode dizer “eu penso”, “eu sou”; e o sujeito da enunciação, que é o sujeito do inconsciente, o sujeito na vertente de seu desejo, que é oculto de si mesmo pela dimensão da linguagem (Diniz, 2011).

Segundo aponta Sauret (2003), a psicanálise tem o privilégio de ser a única disciplina que tem o desígnio de não renunciar a dar a palavra ao sujeito, a não renunciar àquilo que constitui sua particularidade. Para ele, a psicanálise é filha da ciência, no sentido de que ela não seria possível sem a produção do sujeito da ciência. Desse modo, ela não poderia, pois, ser uma ciência como as outras e, em particular, uma ciência do sujeito, uma vez que essa ciência do

particular, e um particular que fala uma outra língua que não a matemática, é contraditória em termos.

Por essa via, o método psicanalítico oferece a escuta e um espaço de palavra ao sujeito, leva em conta o efeito de falta introduzido pela linguagem e permite que essa falta fundamentalmente inconsciente seja mantida. O método mantém a ética da psicanálise enquanto ela preservar essa falta como causa do desejo... e enquanto ela der a prova de sua articulação ao discurso analítico (Sauret, 2003).

Como assinala o autor (Ibid.), não há real senão para um sujeito. Desse modo, o real se manifesta sob a forma de um enigma, de um limite do saber, de um gozo insuportável. A pesquisa encontra um campo privilegiado no exame das respostas do sujeito. Como apontado por ele, o discurso analítico é o único que considera o outro como sujeito. Por isso, nenhuma pesquisa psicanalítica digna desse nome deveria desprezar essa dimensão (Ibid.).

O autor, então, destaca, três contribuições da pesquisa clínica em psicanálise e que a mesma permite sustentar que:

- 1 - A pesquisa psicanalítica contribui para a incidência da psicanálise no laço social;
- 2 - A psicanálise e *a fortiori* a pesquisa clínica não demonstram a compatibilidade do universal e do singular, mas constituem uma resposta a essa antinomia no saber;
- 3 - A psicanálise e a pesquisa clínica não estão confinadas a um papel de exploração, de formulação de hipóteses novas que caberia à abordagem experimental validar. Ao contrário, o que numa dimensão universal - no que concerne ao sujeito da fala - só poderia ser verificado caso a caso, cabe ao psicanalista e ao pesquisador que o acompanha desenvolver a lógica que permite sustentar resultados a partir do particular, levando em conta, ao mesmo tempo, as exigências da ciência. (Sauret, 2003, pp. 101-102)

Diante dessa particularidade do objeto de estudo da psicanálise, essa pesquisa tem como metodologia um estudo teórico-conceitual, no qual serão utilizados fragmentos de casos como ferramenta auxiliar para a discussão de alguns dos aspectos clínicos em jogo no problema de pesquisa.

A apresentação desses fragmentos tem como objetivo trazer para esse estudo os aspectos clínicos acerca da vivência de adoecimento e os significantes que os pacientes trazem em seus discursos, para melhor articulação com o tema do acontecimento de corpo. Esses fragmentos de casos atendidos na UCO foram realizados no período de pesquisa, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), bem como de casos atendidos na experiência clínica da pesquisadora.

Como destacado por Diniz (2011), a psicanálise, considerando sua epistemologia e seu método, possibilita operar com elementos inconscientes também no campo da pesquisa e no campo do ensino e da aprendizagem, permitindo construir um conhecimento que considere os elementos inconscientes que o atravessam.

Desse modo, um dos objetivos da pesquisa com o método clínico é o de construir um saber que permita aos pesquisadores/as trabalhar seu objeto de pesquisa e elucidar o que “se arrisca” na relação entre pesquisadores/as e objeto de pesquisa, o que só é possível a partir de indícios. Segundo ela, a discussão sobre o sujeito aqui adquire uma nuance importante, pois, para o método clínico, o sujeito não se confunde com o indivíduo, uma vez que o ponto de partida da teoria do sujeito em psicanálise é nomeado como o “sujeito do inconsciente” (Diniz, 2011).

No primeiro capítulo, apresentamos o encontro destes dois saberes, psicanálise e medicina, a partir dos estudos de Freud sobre os sintomas histéricos, que culminou na construção da teoria psicanalítica que constitui um corte epistemológico no discurso médico da época.

Em seguida, apresentamos o lugar do analista no hospital, sustentado nesta prática inaugurada pelo pai da psicanálise. Uma prática que coloca muitos desafios aos analistas, uma vez que está inserida em um ambiente no qual prevalece o discurso médico.

Nesse sentido, o analista volta seu olhar e sua escuta para a subjetividade, abrindo espaço para o sujeito que fala com seu corpo. Enquanto a medicina se interessa pela doença e trata o corpo biológico e anatômico, para a psicanálise trata-se de um corpo pulsional e erogeneizado, afetado pelas palavras, ou seja, efeito de significante.

No hospital, o analista trabalha com a “clínica da urgência”, em que privilegia um “outro tempo”, fazendo com que o tempo de compreender se estabeleça, já que a internação na UCO se torna um acontecimento na vida do sujeito que se depara com o real da doença no corpo e a possibilidade de morte.

Desse modo, o conceito de acontecimento se faz pertinente, pois se trata de lidar com o inesperado, não programável, e esta experiência do adoecimento se torna um corte, que ao ser escutado possibilita uma reorganização subjetiva para lidar com seu processo de tratamento e internação.

No segundo capítulo, apresentamos um percurso teórico sobre a concepção de corpo e sintoma em Freud e Lacan. Desde os primeiros estudos, Freud considera a relação entre as vivências corporais e a constituição subjetiva, o que culmina na teoria do inconsciente e da pulsão. Para Lacan, o corpo se constitui a partir da imagem, sendo recoberto pela linguagem,

mas algo sempre escapa, apontando para uma dimensão de gozo que está direcionada para uma vertente real do sintoma, o acontecimento de corpo.

No hospital, o analista se depara com o sujeito que se apresenta com seu corpo e fala através dos sintomas, trazendo significantes que apontam, muitas vezes, para o que da língua ressoa no corpo. Nesse sentido, o adoecimento provoca sofrimento no sujeito que sente a dor no peito e a partir do seu discurso, algo da experiência do inconsciente se manifesta e pode apontar para o encontro do significante com o corpo.

Nesse sentido, no terceiro capítulo, apresentamos o que Lacan propõe no final de seu ensino como o “sintoma acontecimento de corpo” em que afirma que “o sujeito que tem um corpo, fala com seu corpo”. Sob este aspecto, o adoecimento convoca o sujeito a um novo conhecimento do próprio corpo e que diante deste possa fazer desta experiência singular, um saber-fazer.

CAPÍTULO 1: A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA CARDIOLOGIA: AS POSSIBILIDADES DE UMA PRÁTICA

A prática da psicanálise em um contexto hospitalar coloca muitos desafios aos analistas, uma vez que não se trata apenas de transpor a prática clínica do consultório para esse contexto. Ao utilizar os fundamentos teóricos e clínicos psicanalíticos no atendimento de pacientes no hospital, os analistas contam com muitos atravessamentos, considerando que estão inseridos em um ambiente onde prevalece o discurso médico.

Neste cenário, as demandas iniciais são direcionadas ao saber médico, por ser o profissional que pode responder, nomear, diagnosticar e tratar a doença que acomete o paciente. Assim, ao chegar, por exemplo, na cardiologia, o paciente busca resposta para sua “dor no peito”, “falta de ar”, “pressão alta”, e a medicina, equipada com o que há de mais moderno em tecnologia, está preparada para oferecer um diagnóstico, um tratamento, ou seja, “uma resposta” para o que incomoda e afeta o corpo do sujeito.

Neste sentido, existem algumas diferenças e particularidades do saber-fazer do analista numa instituição de saúde, se pensarmos que sua práxis privilegia a subjetividade e o sofrimento psíquico do paciente acometido por uma doença. Diferentemente do consultório, em que o sujeito busca por ajuda, no hospital é o analista que vai até o leito e oferece seu trabalho. Desse modo, ao oferecer sua escuta, o analista possibilita ao sujeito dizer sobre suas angústias, medos e inseguranças decorrentes de sua doença e internação, marcando assim uma diferença fundamental do trabalho do analista neste contexto.

Sob este aspecto, mesmo sem o tradicional *setting* analítico, com sua escuta e presença, o analista possibilita, através da transferência, um momento em que o sujeito possa reconectar-se à cadeia simbólica da qual foi lançado para fora, diante da vivência da doença e da possibilidade de morte. Nesse sentido, ao oferecer um espaço de palavra, o analista aposta que o sujeito possa advir com seu desejo e, assim, reposicionar-se subjetivamente diante de sua doença e de sua própria história.

Essa particularidade na abordagem do sujeito no cenário hospitalar aponta, portanto, para o encontro destes dois saberes, do médico e do psicanalista, que se orientam de maneira distinta para tratar o paciente adoecido e nos convoca a pensar sobre essa prática.

1.1 PSICANÁLISE E MEDICINA

O encontro desses dois saberes, psicanálise e medicina, inicia-se a partir dos estudos de Sigmund Freud, médico neurologista, no atendimento de pacientes com paralisia motora, as histéricas, juntamente com Jean-Martin Charcot, em um hospital em Salpêtrière, na França.

Em suas investigações sobre as causas dos sintomas histéricos, ele percebe que não havia nenhuma lesão no sistema neurológico que justificasse tais sintomas. Para ele, essa constatação aponta a diferença entre o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo pulsional, recoberto por fantasias e palavras (Moretto, 2008). Com efeito, o discurso freudiano conferiu valor ao sintoma, sonho, lapso, ato falho e chiste como fazendo parte da totalidade das produções psíquicas, que Lacan posteriormente denominou de formações do inconsciente, e que foram inscritas pelo discurso freudiano no psiquismo (Birman, Fortes, & Perelson, 2011).

Fundamentado em suas pesquisas, Freud então promove um corte epistemológico ao introduzir o conceito de inconsciente e de pulsão, subvertendo, dessa maneira, o discurso científico da época. Este giro no discurso médico realizado por ele propicia a criação da teoria psicanalítica, que propõe um novo método terapêutico, tendo como regra principal a associação livre.

Esse método privilegia a fala do sujeito e coloca em evidência conflitos psíquicos inconscientes recalcados, que retornavam sob a forma de sintomas no corpo. Ele destaca o campo do discurso como o foco privilegiado para o tratamento psíquico. Desse modo, foi pela sua inserção científica no campo da neurologia que Freud teve seu encontro fatal com a problemática da histeria, a partir do qual constituiu a psicanálise como um campo específico do saber e de prática clínica (Birman et al., 2011).

As descobertas de Freud coincidem, portanto, com o nascimento da medicina moderna, datada em torno dos últimos anos do século XVIII e o início do século XIX. Este período se caracteriza como um momento de mudança do discurso médico, em que privilegia-se o olhar como fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível, organizando-se em torno dele uma linguagem racional. Foi essa reorganização formal e de profundidade que criou a possibilidade de uma “experiência clínica” para pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (Foucault, 1980).

Essa “experiência clínica”, nos diz Foucault, constitui a primeira abertura na história ocidental do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, sendo um acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas (Foucault, 1980).

Neste sentido, a medicina como ciência clínica apareceu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade, fazendo nascer uma nova experiência da doença. Assim, a clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma “ciência positiva”. A retomada do antigo tema clínico “produziu”, à primeira vista, uma mutação essencial no saber médico (Foucault, 1980).

O aparecimento da clínica, como fato histórico, deve ser identificado com o sistema de reorganizações na qual a clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável. Essa reestruturação promove uma nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal, uma reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico, uma definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos, bem como a articulação da doença com o organismo.

Essa nova estrutura se revela, mas não se esgota, e promove uma mudança de paradigma na relação e diálogo entre médico e paciente, em que ele deixa de perguntar “o que é que você tem?”, para uma outra, em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo seu discurso: “onde lhe dói?” (Foucault, 1980).

Essa mudança promove uma redistribuição da experiência médica em todos os níveis, pois se redistribui toda uma relação do significante com o significado, ou seja, entre sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala. Como nos diz Foucault:

A clínica incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com o que permite que as coisas silenciosamente se apresentam ao olhar, sem perturbá-las, com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. (Foucault, 1980)

Essas mudanças produzem transformações e reorganizações profundas na forma de olhar e tratar o corpo, a doença, bem como na relação médico-paciente. Neste momento, o corpo humano, que constitui o espaço de origem e repartição da doença, é visto como sólido e visível, sendo apenas uma das maneiras de a medicina especializar a doença.

Desse modo, o espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal do corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período, que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica. Época que marca a soberania do olhar (Foucault, 1980).

Foucault (1980) nos aponta que antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies. Assim, o quadro nosológico implica uma figura das doenças, diferente do encadeamento dos efeitos e das causas, da série cronológica dos acontecimentos e de seu trabalho visível no corpo humano (Ibid.).

Portanto, é neste cenário que Freud se encontra no momento em que inicia seus estudos sobre as causas dos sintomas histéricos, que se apresentam no corpo e que a medicina não consegue “enquadrar” nos moldes da classificação nosológica, o que promove um furo no saber médico da época. Mesmo fazendo parte desse contexto científico e tendo como base de estudos a experiência empírica, Freud se propõe a escutar as histéricas para além desse corpo biológico e observável (Dunker, 2011).

Ele promove um deslocamento do olhar para a escuta e, juntamente com Charcot, utiliza-se de métodos terapêuticos, como a hipnose, para tratar os sintomas histéricos na tentativa de eliminá-los. No entanto, ele percebe, pelos casos atendidos, que os sintomas retornavam e que esse método não era eficaz para tratar e estancar os sintomas e o sofrimento decorrentes destes.

Esse retorno dos sintomas aponta para Freud que algo se apresenta no corpo, mas não encontra uma localização anatômica, mas sobretudo aparece no discurso das histéricas como lacunas, evidenciando a presença de conflitos psíquicos inconscientes que surgem sob a forma de traços mnêmicos, ou seja, traços de memória que, ao retornar, causam sofrimento e, ao mesmo tempo, os mantem em um movimento constante e repetido.

Suas investigações o orientam para o desenvolvimento dos conceitos de inconsciente e pulsão, que constitui um marco importante para o surgimento da teoria e prática psicanalítica, pois coloca em questão o saber científico até então desenvolvido pela medicina da época.

Os sintomas histéricos, de um certo modo, “furam” e escapam ao saber médico, promovendo uma lacuna no tratamento desta afecção, o que abre espaço para a construção de um saber outro para além do meramente observável e cientificamente comprovável, como desenvolvido pela ciência positivista.

Como médico neurologista e anátomo-clínico, Freud utilizou-se dos referenciais científicos da época para estudar o aparelho psíquico e apresenta o esboço desse estudo no “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895 (Freud, 2013/1895), no qual busca uma articulação do funcionamento neurológico com o aparelho psíquico. Neste texto, pode-se perceber o empenho de Freud em explicar o funcionamento do aparelho e processos psíquicos sustentado na anatomia neurológica. Mesmo que tenha abandonado esse projeto, é possível entrever neste as bases de seu estudo, que será desenvolvido ao longo de sua obra.

Neste percurso de estudos e pesquisas sobre as causas dos sintomas histéricos e dos processos psíquicos inconscientes, Freud nos chama a atenção para a participação do corpo/soma na constituição subjetiva. Mesmo não descrevendo uma teoria específica sobre o corpo, depreende-se que o inconsciente freudiano não existe sem a incidência do corpo. (Soler, 2019)

A descoberta da causalidade psíquica como determinante dos sintomas neuróticos indica um caminho diferente do discurso médico, uma vez que privilegia os conflitos psíquicos inconscientes que retornam sob a forma de sintomas no corpo, como demonstram as conversões históricas, apontando, sobretudo, para um corpo pulsional recoberto pela linguagem.

Neste ponto, é possível localizar a subversão freudiana quando este propõe a existência das pulsões, que ele denomina como um conceito que se encontra na fronteira entre o psíquico e o somático, corroborando para uma outra abordagem dos sintomas apresentados pelo sujeito.

1.2 O LUGAR DO ANALISTA NO HOSPITAL

Esse breve histórico do encontro destes dois saberes aponta para a maneira como a psicanálise e a medicina abordam o paciente e a doença, constituindo, portanto, uma diferença fundamental. Enquanto a medicina trata da doença orgânica e interessa-se pelo corpo biológico e anatômico e deixa de lado o que há de mais singular no paciente que desenvolveu aquele tipo de doença, a psicanálise desloca seu olhar e sua escuta para o corpo pulsional, atravessado pela linguagem.

Nessa perspectiva, o médico não leva em consideração a subjetividade do paciente e o mal-estar gerado pelo adoecimento do corpo, porque este não faz parte do registro de seu saber. Assim, o olhar do médico é para o objeto da medicina, a doença, e desse modo, volta seu interesse ao lugar que essa doença se inscreve no corpo. Como consequência desta visão, ao ocupar a posição de objeto de investigação médica, o sujeito acaba perdendo seu referencial próprio e identifica-se com a própria doença (Moretto, 2008). É comum escutar os pacientes dizerem: “sou cardíaco”; “sou diabético”; “sou hipertenso”; “sou transplantado”; entre outras nomeações que sugerem uma identificação à doença e, conseqüentemente, uma perda de sua posição de sujeito para se tornar um diagnóstico médico.

De maneira distinta, a psicanálise propõe a restituição do sujeito ao seu lugar. O analista sabe que algo do inconsciente opera, mas não sabe, a princípio, o quê e isso vai depender da fala do sujeito (Moretto, 2008), pois é através da sua fala que o sujeito se revela, em seus tropeços, em suas dores, pois desde o nascimento é atravessado pela linguagem.

Portanto, é com esse corpo que a psicanálise trabalha, um corpo pulsional, subversivo e erogeneizado que aponta para algo que se apresenta revestido de sentido, de significação, para além da dimensão orgânica. Um corpo inscrito na palavra e na linguagem e que se mostra nas repetições, na doença e no discurso do sujeito adoecido.

Neste sentido, com sua presença no hospital, o analista propicia um espaço de escuta do mal-estar do sujeito que sente a “dor no peito”, a “falta de ar”, o “abafamento”, a “pressão alta” e ao falar sobre o que sente, endereça sua demanda ao “suposto saber” sobre sua dor. Inicialmente, essa demanda é endereçada ao médico, pois é ele que detém o saber sobre a origem dos sintomas que se apresentam no corpo e pode responder com diagnóstico, medicação e tratamento adequado.

No entanto, existe uma falha entre o que o paciente demanda e o que ele deseja. Segundo Jacques Lacan, psiquiatra e psicanalista francês, a demanda de cura endereçada ao médico, muitas vezes quer dizer o contrário, ou seja, que ele o mantenha na posição de doente, ou seja, “ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente” (Lacan, 1966).

Para ele, a demanda de cura não diz tudo, já que ao exercer a administração terapêutica necessária, “algo fica fora”, mas se mantém constante. O doente não espera simplesmente a cura, muitas vezes o que ele pede é que o mantenha nesta posição de doente “instalado em sua doença” (Lacan, 1966, p. 10).

Neste sentido, Lacan aponta a estrutura da falha que existe entre demanda e desejo, e que não precisa ser psicanalista ou médico para saber que no momento em que qualquer um demanda-nos alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e, por vezes, é diametralmente oposto àquilo que se deseja (Lacan, 1966, p.10).

Neste ponto, Freud se viu obrigado a não contar mais, como fator fundamental, com o desejo de recuperação enunciado pelos pacientes. Ele percebeu que, de alguma forma, e por uma razão, “o sujeito ama seu sintoma e parece não querer se livrar dele” (Freud, 1920).

Nem sempre o paciente deseja a cura, e essa falha coloca em evidência algo que escapa ao saber médico, ficando totalmente excluída da relação “epistemo-somática”, porque a medicina sabe o que fazer pelo corpo, mas não pode jamais saber o que ele quer, o que o sujeito deseja, a não ser ele próprio. Neste sentido, percebe-se a subversão do fisiológico que constitui um paradoxo entre o que o doente demanda e o que ele deseja, sendo que essa diferença está no nível do inconsciente.

Desse modo, a demanda de cura do paciente seria a eliminação dos sintomas e, com isso, a diminuição da tensão presente em seu adoecimento. No entanto, como coloca Lacan, o

“prazer é uma barreira ao gozo”, gozo este que mantém o sujeito no mesmo lugar, em uma posição de assujeitamento ao seu sintoma, impedindo-o de ir ao encontro com seu desejo.

Em vista disso, Lacan demarca o “gozo do corpo” como aquele que direciona o sujeito a uma posição de querer se manter no lugar de doente. Nesta perspectiva, ele ressalta que “um corpo foi feito para gozar, gozar de si mesmo” (Lacan, 1966). Ele apresenta uma demarcação importante a respeito da demanda e do gozo, sendo a primeira, a demanda do doente, e a segunda, o gozo do corpo, e que as duas confluem na dimensão da ética que se estende em direção ao gozo. Sobre esse ponto, ele nos diz que:

Aquilo que chamo de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa aparecer a dor e nós sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda uma dimensão do organismo que de outra forma fica velada. (Lacan, 1966, p.12)

Portanto, essa “falha” que aparece no tratamento - nomeada por Lacan como a “dimensão do gozo” – aponta para um “furo” que “escapa” ao saber médico e deste lugar o analista é convocado a exercer o seu trabalho. O analista, diferente do médico, não responde à demanda do paciente, mas acolhe-a e coloca o paciente para falar sobre sua dor e sofrimento, no sentido de promover uma ressignificação subjetiva diante de seu adoecimento e tratamento.

Desse modo, o lugar do analista no hospital é um lugar “extraterritorial”, como nos aponta Lacan (1966). Para ele, é importante manter essa extraterritorialidade para dar lugar à uma “outra cena” que se localiza na fala e no discurso do paciente, e que aponte para a posição subjetiva diante de sua castração, de sua finitude e, desse modo, algo do inconsciente se apresente.

No entanto, é importante ressaltar que este lugar não é dado de antemão. A entrada de um psicanalista numa instituição de saúde não corresponde, necessariamente, à sua inserção. É necessário construir esse lugar para que o analista possa operar. No entanto, essa inserção no campo da relação com a equipe só se dará *a posteriori* e está mais diretamente relacionada com a demanda que lhe é dirigida e como ele responde a esta (Moretto & Prizskulnik, 2014).

O tipo de demanda dirigida ao analista decorre do tipo de relação que a equipe estabelece com a subjetividade dos pacientes e como lida com a sua própria, a partir do tipo de postura que assume quando do surgimento da subjetividade na cena médica (Moretto & Prizskulnik, 2014).

Desse modo, ao estar inserido em uma instituição e oferecer a psicanálise para a escuta do paciente, o analista também conta com as diversas situações que acontecem neste contexto, como as regras, os protocolos, demandas diversas e imperativas que surgem. Portanto, é na

relação transferencial e sustentado pelo desejo do analista, que se estabelece uma suposição de saber para que o sujeito possa construir sua verdade (Moura, 2016) e encontrar uma saída diante da situação de urgência que a vivência do adoecimento e hospitalização o convoca. Portanto, essa situação de urgência é o que caracteriza o saber-fazer do analista neste contexto.

1.2.1 A “clínica da urgência”: um “outro tempo”

O ambiente hospitalar apresenta características próprias e específicas, uma vez que se trata de um lugar onde o tempo se torna precioso, pois é a vida que está sob constante ameaça. Diante desta realidade, médicos e enfermeiros precisam estar vigilantes aos dados clínicos para salvar vidas e, assim, cada minuto e hora podem ser decisivos para se evitar a ocorrência da morte.

Com isso, a contagem do tempo faz parte constante do tratamento dos pacientes, principalmente nos setores de tratamentos intensivos, sobretudo no Centro de Terapia Intensiva (CTI). Este setor do hospital se caracteriza por receber pacientes com quadro clínico grave, que necessitam de acompanhamento de médicos e enfermeiros em tempo integral para monitoramento dos dados clínicos e uso de aparelhos tecnológicos para tratar a doença em questão, que pode levar à morte.

Ao estar inserido neste contexto, o analista trabalha com um “outro tempo” - o “tempo subjetivo”. Esse ponto pode ser considerado um diferencial do olhar da psicanálise neste contexto, uma vez que se está diante da “urgência subjetiva”, na qual o sujeito se encontra em uma posição de total desamparo, provocando um estado elevado de angústia.

Neste sentido, a vivência do adoecimento e internação, de uma certa forma, remete o sujeito ao momento marcado pela castração, lançando-o para fora da cadeia simbólica, colocando em evidência um tempo lógico que se difere do tempo cronológico que impera no discurso hospitalar.

Esse tempo lógico diz respeito ao inconsciente, ou seja, “aos processos do sistema inconsciente que são atemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo. O inconsciente tem, portanto, um modo próprio de funcionamento e o seu tempo é *a posteriori*. (Freud, 1915b).

Dessa forma, o tempo lógico pode ser compreendido, a partir do que Lacan descreve em “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada” (Lacan, 1945), no qual relaciona os fundamentos da temporalidade da experiência subjetiva com a lógica e diferencia três momentos em que o sujeito vivencia no processo de análise: o “instante de ver”, no qual o

tempo é zero; o “tempo de compreender”, momento em que o sujeito se reconhece; e o “momento de concluir” que marca a constituição do sujeito (Lacan, 1945). Assim, ele escreve:

Primeiro surge o tempo objetivo da intuição inicial do movimento, que como que aspirado entre o instante de seu início e a pressa de seu fim, parecera estourar como uma bolha. Atingido pela dúvida que esfolia a certeza subjetiva no momento de concluir, eis que ele se condensa como um núcleo no intervalo da primeira moção suspensa e manifesta ao sujeito seu limite no tempo para compreender que passou para os outros dois o instante do olhar e que é chegado o momento de concluir. (Lacan, 1940-1945, p. 209)

Portanto, no contexto hospitalar, o tempo de ver e concluir são insuportáveis para o sujeito que vivencia o real da doença, e o analista, sob esse paradigma do tempo lógico, tentará trabalhar para que o tempo de compreender se faça. Dessa maneira, à medida que privilegia esse tempo, o analista possibilita que o sujeito tenha um ancoramento significativo e se constitua a partir de certos modos de articulação em sua relação com o tempo (Silva, 2003, p. 14).

Neste sentido, Moura (2000) apresenta uma descrição que retrata bem este contexto e os efeitos desta vivência para o sujeito adoecido. Segundo ela:

O hospital é um lugar privilegiado onde o psicanalista se depara com pessoas diante de acontecimentos inesperados em suas vidas, acontecimentos estes que, pelo fato de serem inesperados, podem destituir o sujeito do seu ancoramento significativo se partirmos do pressuposto que o sujeito é efeito de significante: “eu sou...” (Moura, 2000, p. 7)

Desse modo, o adoecimento se impõe como um ponto de ruptura e a falta de “bordejamento” significativo leva o sujeito a um estado de angústia, fazendo surgir muitos questionamentos sobre seu posicionamento frente à vida, aos outros e a si mesmo, em que precisa lidar com esse novo lugar, por exemplo: o de “doente do coração” (Moura, 2000).

Neste contexto, o sofrimento advém da constatação de sua finitude, gerando um estado de urgência no sujeito que se vê diante do real da doença, aquilo que não tem nome. Ao se deparar com seu processo de adoecimento, o paciente associa com sua história pessoal e o adoecer se coloca como um fato pontual em um episódio de sua vida.

Desse modo, a prática da psicanálise no hospital pode constituir-se como a “clínica da urgência”, uma vez que este corte provocado pelo adoecimento lança o sujeito em um tempo fora do campo simbólico. Nesse sentido, o analista estará diante da “clínica da urgência” a ser formulada em palavras, pois trata de **uma aposta no sujeito**, ou seja, a de reintroduzi-lo na cadeia significativa (Moura, pag.08, 2000).

Portanto, essa particularidade do trabalho no hospital convoca o analista a intervir no sentido de fazer com que o tempo de compreender se faça, uma vez que o sujeito diante da urgência tende a ver e concluir diante disso que não tem nome. A internação em um CTI é

vivenciada pelo sujeito como algo aterrorizante, em que o real da doença e o medo da morte o coloca numa posição na qual tende a “colar” o tempo de ver no momento de concluir, ou seja, “estou no CTI, logo, vou morrer”.

A pressa de concluir aponta, então, para o que Lacan chama de “urgência, que é a modalidade temporal que responde ao advento ou a inserção do traumatismo... Se trata, de fato, da função psicanalítica essencialmente relacionada, antes do começo da análise, com a urgência, ou seja, com a emergência que faz furo como traumatismo” (Miller, 2009). No “Relatório de Roma” (Lacan, 1953), Lacan ressalta que “não há nada de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação pela palavra” (Ibid.).

Desse modo, ao oferecer a palavra ao sujeito, o analista privilegia o tempo de compreender e propicia um espaço em que o paciente possa resgatar, dentro do tempo de internação, o “tempo subjetivo” para elaboração do corte, do vazio que possibilite a sua emergência como sujeito e a construção de uma saída (Moura, 2000).

Essa relação singular do sujeito com o tempo na vivência de adoecimento e internação hospitalar apresenta-se, sobretudo, como um acontecimento em sua vida que traz a marca de um antes e um depois, que o remete a sentimentos e vivências significativas e, muitas vezes, associando esse momento a fatos específicos e primitivos de sua história de vida.

Portanto, considerando essas particularidades da atuação do analista no hospital, propõe-se apresentar neste estudo a experiência clínica do pesquisador desenvolvida no setor de cardiologia, tendo como foco principal o atendimento de pacientes que sofreram infarto e necessitavam de internação na Unidade Coronariana (UCO). Importante ressaltar que cada setor do hospital apresenta suas especificidades, sendo este estudo direcionado para esta clínica desenvolvida pelo analista neste contexto.

1.3 O ANALISTA NA UNIDADE CORONARIANA: UMA EXPERIÊNCIA

A cardiologia é uma especialidade da medicina responsável por estudar, diagnosticar e tratar as doenças relacionadas ao coração. Devido a sua vital importância, o coração é descrito como centro da vida e das emoções, sendo por isso, carregado de simbolismo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte no mundo, causando no imaginário das pessoas certo estigma relacionado às doenças cardiovasculares.

Dentre os setores que fazem parte desta especialidade médica, estão a Unidade Coronariana (UCO), Hemodinâmica (HDN), setores de internação/enfermarias, bem como

outros setores para realização de exames e cirurgia cardiovascular. O trabalho do analista era realizado precisamente no atendimento de pacientes e acolhimento de seus familiares na UCO e na HDN; atendimento de interconsultas nos setores internação e acompanhamento de pacientes no pré e pós-operatório para realização de cirurgia cardiovascular.

Como se trata de um trabalho amplo, considerou-se importante e necessário fazer um recorte e apresentar o trabalho desenvolvido na UCO, devido à gravidade do quadro clínico dos pacientes e por permanecerem internados durante alguns dias na unidade. A UCO é uma unidade de terapia intensiva para pacientes com doenças cardiovasculares e/ou pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio e que necessitam de cuidados intensivos, com monitoramento 24 horas devido à gravidade do quadro clínico e risco eminente de morte.

É um setor caracterizado como um espaço frio, silencioso e, ao mesmo tempo, ensurdecedor pelos bipes dos aparelhos. Neste cenário transitam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e, finalmente, corpos doentes e estáticos em macas que demandam respostas curativas imediatas e urgentes (Neto, 2016).

Dentre as diversas doenças cardiovasculares existentes, este estudo tem como recorte o trabalho com pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e que necessitam de internação nesta unidade de cuidados intensivos.

O infarto é a obstrução das coronárias provocada pelo acúmulo de gordura que impede a passagem do sangue, sendo o principal sintoma a dor no peito por falta de sangue na musculatura do coração. Acontece em função do estreitamento das coronárias e isto diminui o sangue na musculatura cardíaca podendo causar o infarto. Portanto, é uma doença das artérias do coração, as coronárias, chamada de Doença Arterial Coronária (DAC) ou Cardiopatia Isquêmica.

Os principais fatores de risco que podem causar o DAC são: hipertensão arterial, aumento do colesterol, obesidade, tabagismo, sedentarismo, diabetes, alimentação desregrada, hereditariedade e problemas emocionais. Dentre os exames realizados, o cateterismo é indicado quando há suspeita de lesão nas coronárias a fim de detectar a existência ou não dessas lesões, a localização e o grau de obstrução das mesmas. A partir do resultado deste, o médico hemodinamicista, juntamente com o cardiologista responsável, indicarão o melhor tratamento, que pode ser: tratamento clínico, apenas com o uso de medicamentos; a angioplastia; ou a cirurgia cardiovascular.

Na unidade, o trabalho do analista consistia em atender todos os pacientes internados, bem como acolher e orientar familiares sobre o funcionamento do setor. A partir da escuta clínica, é possível perceber que o paciente é tomado por um sentimento de desamparo, já que a

internação representa uma ruptura em sua rotina, sendo afastado de suas atividades profissionais, sociais e relacionamentos afetivos, configurando uma experiência traumática que gera angústia e sentimento de abandono.

Neste contexto, o paciente é colocado numa posição de dependente da equipe de saúde, que passa a dizer o que ele pode ou não fazer, dos hábitos de higiene e alimentação. O sujeito se depara com questões como medo de morrer, a perda da autonomia, os limites impostos pelo adoecer e sente-se despojado de sua dignidade e identidade.

Portanto, o trabalho do analista neste contexto tem como finalidade acolher o sujeito e oferecer uma “escuta” acerca do seu adoecimento e história de vida. Este espaço possibilita aos pacientes poder dizer sobre sua “dor no peito”, “falta de ar”, “abafamento” e, assim, expressar suas angústias e anseios frente a esse real da doença, esse inominável diante da possibilidade de morte.

Desse modo, ao se deparar com o diagnóstico de uma doença cardíaca, com a necessidade de internação na UCO e de submeter-se a procedimentos cardiológicos, o paciente vivencia diferentes sentimentos relacionados ao tratamento, que se apresenta como algo novo e desconhecido, sendo portanto, vivenciado como uma experiência singular.

Ao falar sobre seu adoecimento, traz em seu discurso uma riqueza de significantes e também questionamentos relacionados à forma como são realizados os procedimentos, sendo vivenciado como algo invasivo ao corpo, gerando um sentimento de agressão à imagem corporal, que fora construída ao longo de sua vida.

De algum modo, os exames remetem o sujeito também àquilo que fica, de certa forma, excluído da construção simbólica da imagem corporal, uma vez que a interioridade do corpo é opaca, não comparece, digamos, no “espelho”. Nos procedimentos invasivos, isso retorna, porventura traumáticamente, gerando sentimento de angústia diante deste corpo estranho e que exige um novo olhar sobre o mesmo.

Todavia, a doença exige uma reinvenção do sujeito frente a essa nova condição e o acompanhamento psicológico se coloca como um importante suporte para vivenciar esse processo de tratamento e recuperação, possibilitando melhor enfrentamento desta vivência singular neste período de sua vida.

Portanto, a partir deste trabalho analítico, importantes questionamentos foram suscitados acerca da posição do sujeito frente à doença, dos significantes que trazem ao dizer sobre a vivência do infarto e dos sintomas sentidos no corpo. Sintomas estes que podem revelar um estilo e hábitos de vida do sujeito e apontar para um modo próprio e singular que este estabelece com o seu corpo e em suas relações.

Neste sentido, tanto a medicina quanto a psicanálise trabalham a partir dos sintomas apresentados pelo sujeito. Ao chegar no hospital com seu corpo adoecido e ao dizer sobre seus sintomas, o médico trabalhará no sentido de examinar, descrever, classificar para lhes dar nome e, desse modo, tratar visando a eliminação dos mesmos.

Para a medicina, a dor no peito pode caracterizar um infarto e, por isso, vários exames são realizados para a comprovação ou não da ocorrência da lesão nas coronárias. “Dor precordial”, “infarto com supra ou sem supra”, “angina”, “isquemia”, “taquicardia” são alguns dos nomes dados pelos médicos para justificar a dor no peito, ou seja, são significantes que podem servir ao paciente para diagnosticar sua doença e nomear aquilo que acontece em seu corpo.

De maneira diferente, o analista propõe escutar os sintomas e os significantes associados a este, e como o sujeito os articula em sua fala. O que se apresenta no hospital é um sujeito com seu corpo adoecido, com suas dores, com suas marcas, que se revelam no mal-estar gerado pelos sintomas.

Desse modo, o analista não trabalha para eliminar o sintoma, mas o interroga, para que o sujeito possa falar sobre sua dor. Ao analista interessa saber o que aquela dor ou aquele infarto diz sobre aquele sujeito e este possa falar sobre a história de seu adoecimento.

Sabemos que um dos principais sintomas do infarto é a dor no peito, associada ou não à formigamento nos braços, coração acelerado, abafamento no peito, falta de ar, pressão arterial elevada, dentre outros sintomas. Dos casos atendidos na UCO, alguns chamaram a atenção do analista pela especificidade.

Dentre estes, alguns pacientes chegavam com sintomas de infarto e tinham a confirmação da lesão orgânica, através de exames, sendo por isso necessário a realização de procedimento cardiológico, como angioplastia e/ou cirurgia cardiovascular. Em outros casos, os pacientes apresentavam todos os sintomas de infarto, porém, não apresentavam resposta orgânica, lesões, que justificasse tais sintomas.

Essa observação se coloca importante, pois aponta para uma diferenciação na forma em que o sujeito se apresenta com seu corpo na cardiologia. No primeiro caso, onde há lesão orgânica, o sujeito traz a marca de uma doença, que pode ou não estar associado a fatores de riscos, dentre eles a predisposição hereditária para desenvolver o infarto. De outro lado, o sujeito apresenta todos os sintomas do infarto, que também pode estar associado a fatores de riscos, porém, nenhum exame detecta a lesão que justifique os sintomas apresentados.

No entanto, em ambos os casos, ao falarem sobre seu adoecimento, os pacientes trazem relatos de vivências subjetivas e, muitas vezes, as associam ao seu adoecimento, o que aponta

para a forma como cada um, no um a um, se posiciona em suas relações e como estas afetam o corpo do sujeito. Neste trabalho de escuta, ao falar sobre sua dor no peito e outros sintomas, muitos significantes são apresentados e é possível perceber o quanto estes se articulam aos efeitos sentidos no corpo.

Desse modo, ao falar sobre seu adoecimento e história de vida, muitos significantes são articulados na fala do sujeito e cabe ao analista, em um curto espaço de tempo de internação, em poucos atendimentos, escutar esses significantes que dizem desse sujeito, que ali se apresenta com seu corpo, suas dores e suas marcas.

Para a psicanálise, como nos ensina Lacan, o sujeito é o que um significante representa para outro significante, ou seja, é no intervalo, na hiância, na lacuna que o sujeito se revela e, neste contexto hospitalar, o analista com sua presença se propõe a escutar isso que surge em um pequeno instante.

Dar lugar para a subjetividade neste cenário é fazer surgir algo do inconsciente, que se revela nas entrelinhas, na cadeia articulada entre um significante e outro, de modo que da posição de sujeito este possa advir com seu desejo, que se revela nos sintomas e no corpo adoecido.

Esse trabalho é possibilitado pela relação transferencial que se estabelece e devido ao caráter evanescente do inconsciente. No “Seminário 11, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (Lacan, 1972-1973a), Lacan define esse caráter do inconsciente, do qual diz que:

O que é ôntico, na função do inconsciente, é a fenda por onde esse algo, cuja aventura em nosso campo parece tão curta, é por um instante trazida à luz – por um instante, pois o segundo tempo, que é de fechamento, dá a essa apreensão um caráter evanescente... O aparecimento evanescente se faz entre dois pontos, o inicial e o terminal, desse tempo lógico – entre um instante de ver em que algo é sempre elidido, se não perdido. (Lacan, 1972-1973a)

Como estamos em um ambiente que se caracteriza como sendo a “clínica da urgência” ou “clínica do limite”, o analista precisa lidar com esse curto tempo de internação e poucos atendimentos e, por isso, estar atento aos significantes que surgem na fala do sujeito e, desse lugar, trabalhar no sentido de abrir espaço para que o tempo de compreender, então, se estabeleça.

Mas como abrir esse espaço em tão pouco tempo? O trabalho do analista no hospital é da ordem da criação, ou seja, um saber-fazer com o que é possível naquele momento para trazer à tona o que há de mais singular do sujeito que se mostra com seu corpo adoecido. Trabalho possibilitado pelo momento de fragilidade do paciente e que, ao ser “escutado”, se estabelece uma relação transferencial, que possibilita ao analista fazer intervenções e colocar o sujeito a trabalho neste contexto.

Neste sentido, são atendimentos pontuais que viabilizam a emergência de questões não trabalhadas até então, e que no momento do adoecimento do corpo, vêm à tona e convocam o sujeito a reposicionar-se subjetivamente pela via da linguagem, nomeando seu mal-estar e, desse modo, reorganizando-se para melhor lidar com seu tratamento e hospitalização. Portanto, é pela via da palavra que o sujeito costura sua colcha de retalhos, juntando os significantes e fazendo um rearranjo para lidar com sua nova condição clínica.

O paciente, ao se ver internado em uma unidade de cuidados intensivos, sendo monitorado por aparelhos, barulho de bips, com médicos e enfermeiros presentes todo o tempo, falando coisas que não se entende, separado de sua família e de sua rotina de vida, fica em um estado de alerta e o medo e insegurança invadem causando muita angústia. Esse momento pode ser caracterizado como o encontro com o Real, como nos aponta Lacan, com o impossível de dizer, aquilo que não tem nome.

Esse encontro com o real da doença e com a possibilidade de morte promove um corte e essa vivência de internação e tratamento hospitalar é sentido como algo estranho, um acontecimento que desorganiza o sujeito, causa angústia, levando-o a se questionar: “o que é isto que está acontecendo comigo”? “Quem sou eu?”

É neste momento que a escuta do analista se faz importante, pois possibilita que o paciente fale sobre sua vivência, coloque em palavras o que este acontecimento representa para ele e possa falar, através do seu corpo adoecido, sobre suas experiências e o que o levaram até aquela situação.

Durante este estudo, considera-se importante a apresentação de algumas vinhetas e fragmentos de atendimentos para melhor compreensão do trabalho da analista neste contexto e, assim, possibilitar a articulação dos conceitos apresentados ao longo da pesquisa com a clínica desenvolvida neste cenário hospitalar.

Os fragmentos de casos apresentados foram atendidos pela analista, que se apresenta aos pacientes, oferece seu trabalho e com sua escuta possibilita que o paciente possa dizer sobre seu adoecimento e o momento vivenciado de internação e tratamento hospitalar.

Durante um atendimento, uma paciente fala que na noite anterior sentiu uma dor muito forte no peito e o coração bastante acelerado, sendo trazida para o hospital. Ao falar sobre esse momento, o significante “acelerado” aparece diversas vezes, o que leva o analista a questionar: o que está acelerado? Ela responde: “sempre fui muito ansiosa, tenho uma vida muito ativa e vivo acelerada porque tenho que resolver muitas coisas de trabalho, casa, filhos e não consigo deixar nada para amanhã” (*sic*). Questionada sobre o que seria necessário e possível para

desacelerar, a paciente responde: “é necessário, né, principalmente agora, preciso ir mais devagar e ver o que é mais importante, sem pressa, pois senão terei outro infarto” (*sic*).

Em outro atendimento, o paciente trouxe a seguinte frase: “nunca fui ao médico, nunca senti nada, agora tive essa dor no peito e estou aqui no CTI. Quero sair daqui logo. Preciso cuidar da minha saúde e do meu corpo daqui para frente” (*sic*).

Outro paciente relata: “sentia umas fínçadas no peito, mas sempre passava. Desta vez a dor veio forte demais e deitei no chão de tão insuportável, tive que chamar meu vizinho. Agora estou aqui internado, preso. Que horas vou receber alta, você sabe?” (*sic*).

Essa vivência do adoecimento no corpo causa um estranhamento no sujeito que não mais se reconhece e o trabalho do analista consiste em propiciar, com a escuta e intervenções, a busca de recursos subjetivos para lidar com esse corpo que se apresenta naquele momento e com sua nova condição clínica.

Desse modo, a experiência clínica no hospital permite observar a “centralidade do corpo como meio privilegiado de sofrimento” (Moretto, pag. 57, 2019), que não diz respeito apenas à doença orgânica, mas sobretudo a aspectos de vivências subjetivas que se articulam ao discurso do sujeito deixando marcas no corpo. Os sintomas, sejam eles de causa orgânica ou não, apontam para a questão da linguagem e dos significantes que afetam e deixam traços no corpo do sujeito.

O adoecimento no corpo – o infarto e seus sintomas – colocam em destaque a especificidade da doença e de sua localização – o coração – e de como se articula ao discurso do paciente. A dor no peito causada pelo infarto é vivenciada como um acontecimento que o remete, muitas vezes, a vivências primitivas de sua vida.

A clínica psicanalítica permite identificar, nos dois tipos de casos descritos acima, a marca dos significantes e como este afeta o corpo do sujeito e pode produzir sintomas. Diante dessas especificidades, essa pesquisa propõe estudar a possível relação do adoecimento no corpo com “o sintoma como acontecimento de corpo”, apresentado por Lacan (1975) no final de seu ensino.

Essa expressão citada pelo autor apenas uma vez em “Joyce, o sintoma” (Lacan, 1975), remete ao momento de sua obra em que o psicanalista está às voltas com a escrita joyceana e traz uma outra perspectiva de leitura do sintoma e do inconsciente freudiano.

Esse momento é marcado pela leitura que Lacan realiza do corpo e sintoma, não mais apenas como simbólico e metafórico, mas pela via da afirmação de que “o homem tem um corpo e fala com seu corpo... ele é ‘falasser’ por natureza” (Lacan, 1975, p. 562). Portanto, um

corpo que traz a marca de um real que não cessa de se escrever e está presente desde sua constituição, em que o significante deixam traços e faz sintoma.

Esta proposição lacaniana é, portanto, a leitura que ele faz a partir da escrita joyceana, na seguinte afirmação: “deixemos o sintoma no que ele é: um acontecimento corporal, ligado a que: a gente o tem, a gente tem ares de, a gente areja a partir do a gente o tem. Isso pode até ser cantado e Joyce não se priva de fazê-lo” (Lacan, 1975, p. 565).

Neste texto, Lacan aponta que “lalíngua”, marca o corpo do sujeito desde sua constituição, por meio do “gozo próprio do sintoma, um gozo opaco, por excluir o sentido” e, acrescenta, que “só há despertar por meio desse gozo... e que a análise que recorre ao sentido para resolvê-lo não tem outra chance de conseguir senão se fazendo tapear... pelo pai” (Lacan, 1975, p. 566).

Portanto, a partir dessa referência ao texto lacaniano, surgem questionamentos que nortearão esta pesquisa, uma vez que no hospital estamos diante de sujeitos que se apresentam com sintomas no real do corpo e que, pela via da fala sobre seu adoecimento, os remetem a vivências subjetivas, muitas vezes, primitivas de sua história de vida.

Desse modo, surgem as seguintes questões: podemos considerar o adoecimento no corpo como um “acontecimento de corpo”? O que essa “doença do coração” e essa “dor no peito” podem dizer sobre o sujeito que se apresenta no setor de cardiologia? O que esse acontecimento em sua vida pode revelar sobre o seu sintoma? E quais as saídas subjetivas possíveis diante desta vivência no hospital?

Essas questões nortearão esse estudo e por ter como tema o “sintoma como acontecimento de corpo” na relação com o adoecimento, considera-se relevante falar sobre o conceito de “acontecimento” como forma de introduzir a discussão posterior sobre a noção de inconsciente, corpo, sintoma e linguagem no trabalho do analista no hospital.

Ao longo da vida, o sujeito vivencia muitos acontecimentos. Podem ser acontecimentos trágicos, que causam sofrimento, como também podem ser acontecimentos que causam satisfação. Cada um vivenciará esses momentos de uma forma singular. O nascimento de um(a) filho(a), o casamento, a conquista de um emprego são acontecimentos que geram satisfação, assim como também a morte, a perda de pessoas queridas, perda de um emprego, aposentadoria, a doença e com ela o tratamento e internação em um hospital, são acontecimentos que podem gerar sofrimento no sujeito.

Cada um desses acontecimentos, deixam marcas que serão carregadas ao longo da vida e vivenciar cada uma delas pode remeter o sujeito a sensações já vividas em momentos primevos de sua vida. Por se tratar de algo que traz a marca de uma ruptura, o termo

acontecimento é também um conceito bastante estudado e desenvolvido por alguns filósofos, se constituindo como um conceito filosófico importante. Dentre eles, Martin Heidegger, filósofo alemão é o que apresenta uma teorização sobre o conceito que mais se aproxima da proposta desta pesquisa e pode enriquecer a discussão do tema do “sintoma como acontecimento de corpo”, que será articulado ao adoecimento no corpo apresentado no hospital.

Para iniciar essa discussão, considera-se relevante pensar sobre o que vem a ser o termo “acontecimento”. No Dicionário Michaelis (2021), a palavra acontecimento é definida como “substantivo masculino. 1) Aquilo que acontece; fato, ocorrência, sucesso. 2) Pessoa, coisa ou fato que consegue grande êxito e sucesso memorável”. Em outra definição, o termo acontecimento designa uma ruptura no curso normal dos acontecimentos, que por seus efeitos merece ser recordado. É a dimensão casual, contingente, que será crucial no “acontecimento de corpo” (Frediani, 2014).

Nesta perspectiva, é o caráter contingencial do acontecimento que coloca em evidência algo que escapa ao programável e que possibilita o registro de uma marca, de um traço, que torna essa experiência única e singular.

Se pensarmos no contexto hospitalar, o adoecimento, a internação, os procedimentos médicos a serem realizados se tornam um acontecimento na vida do sujeito, pois se constitui como um corte, uma ruptura em sua rotina de vida, provocando sentimento de angústia diante do real da doença e da possibilidade eminente da morte.

Esse acontecimento provoca um sentimento de estranheza no sujeito que já não mais reconhece aquele corpo, causando uma oscilação de sua imagem que até ali fora construída. Esse encontro com o real gera um estado de urgência no sujeito, que pode ser vivenciado como algo traumático, e isso vai depender de como cada um vivencia este momento.

Para a psicanálise, o sujeito não é programável, mas sim efeito de linguagem, efeito de significante que afeta o corpo e deixa traços. Neste sentido, esses acontecimentos provocam efeitos e é pela via do discurso e do seu enunciado que o sujeito poderá trazer algo dessa experiência singular de sua vida.

Nesta perspectiva, acontecimento, corpo, linguagem estão de um certo modo entrelaçados, pois ao falar do que acontece no corpo, o sujeito revela suas marcas e traços, promovendo assim uma experiência singular. Pode-se dizer que essa experiência singular está ligada diretamente à noção de inconsciente, que é o que caracteriza a forma como cada um vivencia os acontecimentos em sua história de vida.

Nesse sentido, a noção de inconsciente está ligada diretamente à noção de corpo e linguagem, uma vez que é a partir do encontro entre estes que é possível pensar em um

acontecimento, que chamamos aqui de “primordial”, onde se instaura, primitivamente, o que Vieira (2019) vai nomear de “acontecimento do inconsciente”. Trata-se de um acontecimento de verdade pelo qual o sujeito fala através de seu corpo, o “corpo falante”. Esse encontro da língua com o corpo é sempre da ordem do traumático, pois coloca em evidência algo que escapa ao que pode ser nomeado, dito, pois traz a marca do encontro com a alteridade que diz da verdade do sujeito.

Neste sentido, essa noção de acontecimento nos remete ao conceito de acontecimento proposto por Heidegger (2005). O filósofo alemão propõe o estudo do ser, que ele denomina de *Dasein*, o “ser-aí”, que corresponde ao ser existente concretamente no mundo, que está e se transforma no (e com o) mundo, sendo então um constante “vir-a-ser”. É um ser de possibilidades, que se faz no mundo, enquanto é também feito pelo mundo, numa relação dialética. Sua filosofia demarca outro campo de investigação em que direciona o ser pela via do “sentido”, ou seja, pela “verdade do ser”. Em suas palavras:

A pergunta pelo ser é o salto ao ser [Seyn] que o homem realiza como aquele que busca o ser [Seyn], enquanto um fazedor pensante. [...] Este ser – a historicidade - nunca é, em cada época, o mesmo. [...] O que se inaugura, na fundação do ser-aí, é o evento. [...] O ser [Seyn] se essencializa como evento. [...] O pensar o ser [Seyn], como evento, é o pensar inicial que, como confrontação com o primeiro começo, prepara o outro. (Heidegger, 2005, pp. 24, 27, 41-43)

Nesta perspectiva, o filósofo alemão propõe pensar essa verdade do ser, como um acontecimento, que ele denomina de “acontecimento do ser”, que leva em consideração a historicidade, o que equivale a retomar a pergunta acerca da origem do sentido e as vias de acesso à realidade que toda a linguagem e, por conseguinte, todo o discurso/texto/enunciado comportam.

Para ele, “a linguagem é a casa do ser” (Heidegger, 2005, p. 38). Essa afirmação parece indicar que o homem encontra na linguagem a morada própria de sua presença no mundo, e que a forma de exprimir a vida do evento único do ser é a palavra. Desse modo, então, é possível pensar no “acontecimento do ser” como um “acontecimento de linguagem” em que a palavra exprime toda a verdade do ser, ou seja, caracteriza-se como efeito de palavra, que provoca uma ruptura, uma abertura para o ser. Neste caso, pode-se dizer que esse acontecimento funda o ser.

CAPÍTULO 2: O CORPO EM PSICANÁLISE: DO SINTOMA METÁFORA AO ACONTECIMENTO DE CORPO

O trabalho analítico no hospital, considera a “centralidade do corpo como meio privilegiado de sofrimento” (Moretto, 2019), uma vez que o sujeito se apresenta com seu corpo e, a partir dos sintomas, se coloca a falar sobre suas dores. Nesta prática, o analista volta seu olhar e sua escuta para os aspectos subjetivos advindos da experiência do adoecimento e possibilita que o sujeito possa falar sobre o mal-estar subjetivo provocado pelos sintomas apresentados no corpo.

Mas afinal, de que corpo trata o analista? Para a psicanálise, o corpo é recoberto pela linguagem e o sujeito efeito de significante, sendo pela via da fala e da palavra que se torna possível escutá-lo com sua verdade e o seu desejo.

Se o corpo para a psicanálise não é o mesmo para a medicina, torna-se necessário abordar essa concepção ao longo do desenvolvimento da teoria psicanalítica, considerando que é por meio de manifestações corporais que o sujeito pode falar sobre sua singularidade e desejo no contexto hospitalar.

Na Unidade Coronariana (UCO), os sintomas relatados pelos pacientes como dor no peito, abafamento, falta de ar, pressão alta, coração acelerado, entre outros são nomeados pelo médico como dor precordial, angina, arritmia, taquicardia, infarto com supra, sem supra, entre outros. Desse modo, a partir de exames cardiológicos, é possível detectar as causas destes sintomas e tratar com medicações, procedimentos cardiológicos, como angioplastia ou cirurgia cardiovascular.

No entanto, há casos que nenhum exame detecta essas causas, pois não há nenhuma lesão nas coronárias que justifique os sintomas descritos. Muitas vezes, são esses casos que levam o médico e equipe de enfermagem a demandar o trabalho do analista com a justificativa de que “não tem nada, é psicológico”.

Essa demanda é frequentemente apresentada ao analista no hospital, pois evidencia a “falha epistemo-somática”, ou seja, denúncia sobre algo que escapa ao saber médico. Neste sentido, o trabalho do analista consiste em acolher a demanda e ofertar sua escuta e deste lugar, propiciar um espaço de fala para que o paciente possa dizer sobre suas dores.

Dos casos que apresentam lesão nas coronárias e detecta-se o infarto, optou-se por apresentar o trabalho do analista com os pacientes que precisaram realizar a angioplastia, que é um procedimento para o implante de um *stent* no local da obstrução e, assim, o sangue seguir o fluxo normalmente. Esse procedimento é invasivo ao corpo, gerando grau elevado de

ansiedade e medo diante de sua realização. Após o procedimento, o paciente fica internado na UCO e depois é transferido para o setor de internação até a alta hospitalar.

Nesses casos, o paciente é orientado pelo cardiologista a fazer mudanças em seus hábitos de vida, como melhorar alimentação, fazer atividade física, deixar vícios, como tabagismo e alcoolismo e tomar medicações. Para a maioria dos pacientes, realizar essas mudanças não é uma tarefa fácil, uma vez que elas implicam em mudança de hábitos já estabelecidos e requer uma reorganização subjetiva para lidar com esse novo momento de sua vida.

Nos casos onde não há lesão e nenhuma resposta orgânica que justifique os sintomas de infarto, o paciente necessita de internação na UCO para monitoramento e, após resultados dos exames, o mesmo é transferido para o setor de internação, no qual permanece alguns dias até a alta hospitalar.

Nos dois casos, com sua oferta de escuta, o analista coloca o paciente a falar sobre a sua dor no peito e, desse modo, possibilita que o tempo de compreender se faça e que o sujeito possa buscar recursos simbólicos para melhor enfrentamento deste momento de tratamento e internação.

Essa vivência da doença no real do corpo se coloca, portanto, como um acontecimento, que se constitui como uma agressão à imagem corporal construída ao longo da vida e a busca por “bordejamento” se coloca como uma possibilidade de tentar nomear isso que acontece, abrindo espaço para que o sujeito possa falar sobre o seu modo de se relacionar e tratar esse corpo, que se apresenta com suas marcas, traços e sintomas.

Desse modo, propõe-se abordar neste capítulo o corpo e o sintoma na psicanálise a partir das descobertas freudianas acerca dos sintomas histéricos, perpassando por textos pré-psicanalíticos e os principais textos metapsicológicos, que sustentam a teoria psicanalítica. Esse percurso tem como objetivo apresentar as bases do pensamento freudiano que fundamentaram seus estudos sobre a relação entre o corpo biológico e o corpo pulsional.

Em seguida, propõe-se apresentar a concepção de corpo e sintoma em Lacan, levando em conta as três dimensões que ele propõe – imaginário, simbólico e real – para, enfim, pensarmos no “sintoma como acontecimento de corpo” com a finalidade de investigar e articular este com o adoecimento no corpo, o infarto e seus sintomas apresentado pelos pacientes na UCO.

Não é o objetivo fazer uma investigação pormenorizada do corpo e sintoma na obra psicanalítica, mas sobretudo contextualizar esses conceitos com o intuito de sustentar a discussão sobre o trabalho do analista no contexto hospitalar.

2.1 O CORPO E O SINTOMA EM FREUD

A concepção de corpo está presente desde o início dos estudos de Freud. Portanto, falar de corpo em psicanálise é falar da própria psicanálise, considerando que Freud iniciou seus estudos pela investigação dos sintomas conversivos apresentados pelas histéricas. Suas descobertas o direcionaram para uma das principais causas destes sintomas, que estavam relacionados com as vivências sexuais infantis inconscientes, que foram recalçadas e retornavam sob a forma de sintomas no corpo.

A partir da escuta destas pacientes, Freud estabelece um novo método de tratamento, a associação livre, que consiste em colocá-las a falar sobre seus sintomas. Esse novo modo de tratar os sintomas possibilita a ele o desenvolvimento do conceito de inconsciente e pulsão para sustentar as suas descobertas sobre a origem dos sintomas histéricos e desenvolver as bases do funcionamento do aparelho psíquico.

Nesta construção teórica e clínica sobre o funcionamento do aparelho psíquico e o desenvolvimento destes conceitos, Freud aponta para a presença do corpo na constituição subjetiva, uma vez que este faz borda e dá consistência para as primeiras experiências após o nascimento. Desse modo, inconsciente, pulsão, corpo e linguagem se articulam, se enodam, produzem efeitos que serão apresentados sob a forma de sintomas, atos falhos, chistes e sonhos, que surgem no discurso do sujeito causando sofrimento.

Seus estudos iniciais, ainda sustentados na anatomia, permitiu a ele perceber que ao receber os primeiros cuidados após o nascimento, o bebê já recebe estímulos tanto exógenos, vindos do mundo externo, como endógenos, do interno. Esses estímulos provocam tanto experiências de prazer quanto experiências de desprazer que ficarão registrados no psiquismo do sujeito, como traços mnêmicos que o acompanharão em toda sua vida.

Em seu texto “Projeto para uma Psicologia Científica” de 1895 e somente publicado em 1950 (Freud, 1895), mesmo ainda ligado à medicina, já propõe uma articulação do funcionamento neurológico com o aparelho psíquico. Ao longo dos capítulos, pode-se perceber seu empenho em explicar o funcionamento dos processos psíquicos sustentado na anatomia neurológica. Mesmo fazendo parte dos textos pré-psicanalíticos, escrito bem no início de seus estudos, esse texto apresenta os fundamentos da teoria psicanalítica que será desenvolvida posteriormente.

Nessa época, Freud tentava prover uma psicologia que fosse ciência natural (Ibid.) utilizando-se de conceitos e da estrutura neurológica para sustentar o funcionamento do aparelho psíquico, propondo um modelo paralelo entre os dois. É notável, neste texto, o uso de

termos retirados de outras ciências, como quantidade de energia externa e interna, exógenas e endógenas. Segundo ele, essa “quantidade de energia” são estímulos que chegam ao sistema nervoso, tanto do meio externo quanto interno, que percorrem um caminho provocando sensações de prazer e desprazer.

Desde o início, Freud descreve a tendência da vida psíquica em “evitar o desprazer”, identificando, nesse ponto, uma tendência primária à inércia. Nesses termos, o desprazer seria o aumento do nível de energia quantitativa, enquanto o prazer corresponderia à sensação de descarga. Neste ponto, Freud sinaliza que esse mecanismo é comum tanto ao sistema nervoso quanto ao aparelho psíquico e que, portanto, os dois funcionariam como vasos comunicantes (Freud, 1895, p. 364).

Segundo ele, essa comunicação dos dois aparelhos acontece a partir do que ele vai chamar de “vias de condução de (psi)”, utilizando-se do termo “estímulos endógenos” para desenvolver essa ligação e que mais tarde culmina na teoria da pulsão. Ele define os “estímulos endógenos” como sendo de natureza intercelular, que se produzem de forma contínua e que só periodicamente se transformam em estímulos psíquicos. Acima de determinadas quantidades, as excitações endógenas atuam continuamente como um estímulo e precisam vencer as resistências – chamadas por ele de “barreiras de contato”. Quando ultrapassadas essas resistências e nenhum limite adicional é fixado, surge no interior do sistema o impulso que sustenta toda a atividade psíquica. “Conhecemos essa força como ‘vontade’ – o derivado das pulsões” (Ibid., p. 369). Segundo a nota do editor, o termo *Trieb* surge como uma das raras aparições desta palavra nas primeiras obras de Freud (Ibid.).

Esse ponto se constitui como o marco diferencial da teoria psicanalítica, já que é através do conceito de pulsão que Freud sustenta a relação entre o biológico e o psíquico. É a partir dos sintomas conversivos apresentados pelas histéricas, que ele percebe a ligação entre o corpo organismo e o corpo pulsional, ou seja, esse corpo que fala e se expressa através de sintomas que surgem, decorrentes de vivências sexuais infantis recalcadas e retornam produzindo sofrimento psíquico. Esses sintomas tem um sentido para o indivíduo que sofre e surgem como substituto de uma satisfação pulsional, que ele descreve mais tarde em sua teoria.

Cabe ressaltar aqui a importância dada por ele desde o início dos seus estudos à relação entre as vivências no corpo organismo e os efeitos destas no psiquismo humano. Para ele, a constituição psíquica não pode ser pensada sem a experiência vivenciada no corpo, ou seja, a constituição subjetiva é inerente aos primeiros cuidados que o bebê recebe desde seu nascimento – que ele caracteriza como momento de desamparo inicial – no qual necessita de um outro que dê contorno e apazigue as sensações de desprazer apresentadas por este.

Para Freud, a experiência de satisfação é vivenciada pelo bebê logo nos primeiros dias de vida. Segundo ele, essa experiência de satisfação acontece desde os primeiros cuidados recebidos, quando o organismo humano é incapaz de uma ação específica que modifique o estado de excitação, provocado por uma alteração interna.

Neste momento, o “grito” ou choro do bebê funciona como uma descarga, comunicando que algo interno aconteceu, sendo então necessária uma “ajuda alheia” para promover uma alteração interna. Segundo Freud, esse “desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” (Freud, 1895, p. 37).

Ele propõe, então, que cada movimento, a partir desta primeira experiência de satisfação, se torna uma oportunidade de novas excitações sensoriais (provenientes da pele e músculos) que produzem uma imagem motora (cinestésica) (Ibid., p. 370).

Desse modo, como resultado desta experiência de satisfação, há uma facilitação entre as duas imagens mnêmicas que ficam catexizadas em estado de urgência. Ele explica que com o reaparecimento do estado de urgência ou de desejo, essa catexia passa também para as duas lembranças, reativando-as. É provável, diz ele, que a imagem mnêmica do objeto será a primeira a ser afetada pela ativação do desejo. Essa ativação produz algo idêntico a uma percepção – a saber a alucinação (Ibid., p. 372).

Outra experiência importante abordada por Freud e que interessa a esse estudo, refere-se à “experiência da dor”. Neste texto, ele define a dor como um fenômeno que pode ser equivalente a uma falha entre os dispositivos de natureza biológica e o psíquico, que recebem uma quantidade de energia acima do limite e ultrapassa as terminações nervosas causando tal sensação (Ibid., p. 372).

Segundo ele, a dor aciona tanto o sistema biológico quanto psíquico, onde não existe nenhum obstáculo à sua condução, sendo então permeável, e considerado por ele o mais imperativo de todos os processos. As causas precipitadoras da dor são a quantidade excessiva de estímulos externos que atuam diretamente sobre os neurônios. Toda a excitação sensorial tende a se transformar em dor, sendo interpretado, por ele, sem hesitação, como uma falha (do dispositivo), depreendendo-se que a dor passa por todas as vias de descarga (Ibid., p. 359).

Mais adiante, no capítulo 12, Freud complementa sua descrição ao afirmar que a dor produz no sistema psi, um aumento excessivo de estímulos, que é sentido como desprazer e com uma propensão à descarga, que pode ser modificada em determinados sentidos e que uma facilitação entre esta última e uma imagem mnêmica do objeto é que provoca a dor. Ele complementa de que não há dúvida que a dor possui uma qualidade especial, que se faz sentir junto com o desprazer (Ibid.).

Nesse sentido, ele aponta que na reprodução da experiência – no afeto – a única quantidade de excitação adicional é a que catexiza a lembrança, sendo evidente que esta é da mesma natureza de qualquer outra percepção e não pode ter como resultado o aumento geral de quantidade (Freud, 1895). Desse modo, pressupõe que, devido à catexia das lembranças, o desprazer é liberado do interior do corpo e de novo transmitido. Freud conclui, portanto, como resultado da experiência da dor, que a imagem mnêmica do objeto hostil adquiriu uma facilitação excelente, em virtude da qual (a facilitação) se libera então desprazer no afeto (Ibid).

Para ele, os resíduos destas duas experiências – de satisfação e de dor – são os afetos e os estados de desejo. O estado de desejo resulta da atração positiva do objeto desejado, por sua imagem mnêmica e a experiência da dor leva à repulsa e aversão por manter a imagem mnêmica hostil, mas acrescenta que este estado de coisas deixa, atrás dele, motivações que se constituem no tipo compulsivo (Ibid).

É interessante notar que em vários momentos do texto, Freud aponta a experiência biológica como referência para o funcionamento do sistema psíquico. Segundo ele, os neurônios estão vinculados de forma anatômica com as vias de condução procedentes dos diversos órgãos sensoriais e que reorientam a descarga para os aparelhos motores pertencentes a esses mesmos órgãos sensoriais (Ibid). A informação desta última descarga atuará no sistema psi como “um sinal biológico de que ele deve enviar uma quantidade de catexias nessas mesmas direções” (Ibid., p. 378). Essa seja talvez a primeira alusão à teoria posterior da angústia como sinal. Segundo Freud, esse sinal surge para pôr fim à atividade do pensamento e permitir que se inicie a descarga (Ibid.).

Esses aspectos do texto interessam de forma considerável nosso estudo, uma vez que estamos em um ambiente hospitalar, em que os pacientes atendidos estão acometidos por doenças que afetam o corpo e que, diante dessa vivência, trazem em seus discursos repercussões psíquicas importantes que desorganizam o sujeito e causam angústia.

O que Freud descreve sobre a “experiência da dor” merece destaque, uma vez que estamos diante de pacientes na UCO que apresentam dor no peito como principal sintoma do infarto, que pode ou não ser decorrente de lesão orgânica, como visto anteriormente.

Ao falarem sobre sua dor, muitos pacientes associam esse momento de adoecimento com vivências subjetivas, como conflitos familiares ou vivências de sua mais tenra infância. Esses relatos apontam para o que Freud expõe sobre as marcas que a experiência de dor ou desprazer deixam no psiquismo do sujeito, sendo um dado importante para o trabalho do analista no hospital.

Seguindo seus estudos sobre a relação entre o psíquico e o biológico, no texto de 1910, “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão” (Freud, 1910), Freud apresenta novas considerações sobre a gênese da cegueira histérica, considerada na época como um tipo de perturbação psicogênica visual.

Neste texto, ele afirma de maneira especial sua convicção de que os fenômenos psíquicos se baseiam definitivamente nos físicos (Ibid., p. 219) Para ele, a perturbação é resultado do conflito entre as pulsões de ego e pulsões sexuais que ativam o processo de recalque no ego. Porém, este processo também pode falhar e, para ele, essa falha constitui condição para a formação de sintomas neuróticos (Ibid.).

Segundo descreve Freud, tanto as pulsões sexuais quanto as do ego tem os mesmos órgãos e sistemas de órgãos à sua disposição. A boca serve tanto para beijar quanto para comer e falar, assim como os olhos servem para perceber as alterações do mundo externo – importante para a preservação da vida – e as características dos objetos que os fazem ser escolhidos como objetos de amor (Ibid.).

Nesse sentido, nos diz ele, “não é fácil para alguém servir a dois senhores ao mesmo tempo” (Ibid.). Isso quer dizer que, diante do conflito entre essas duas pulsões, o órgão em questão deixa de servir à sua finalidade, a pulsão sexual se sobrepõe e o ego perde seu domínio, ficando o órgão totalmente sob o domínio da pulsão sexual.

Esse mecanismo, segundo ele, pode ser facilmente aplicado ao olho e à visão. Seguindo esta lógica freudiana, se a pulsão sexual se utilizar do olhar, ou seja, do prazer sexual em olhar (escopofilia), ela atrai para si as defesas das pulsões do ego e este coloca em movimento o mecanismo do recalque impedindo de se tornarem conscientes. Assim, haverá uma perturbação geral da relação do olho e do ato de ver com o ego e a consciência. Desse modo, o ego perde o domínio sobre o órgão, que ficaria à disposição das pulsões sexuais recalçadas (Ibid., p. 225). Ele chama a atenção para o fato de que essa relação de um órgão com uma dupla exigência sobre ele pode ser encontrada com mais frequência em órgãos motores do que no olho (Ibid.).

Ao final do texto, Freud faz um questionamento se a supressão das pulsões é suficiente para provocar perturbações funcionais nos órgãos, ou se devem estar presentes condições especiais para que os órgãos sejam levados à exageração de seu papel erógeno. Para ele, essas condições podem ser parte constitucional da disposição para adoecer de perturbações psicogênicas e neuróticas. Ele conclui, então, dizendo que se esse fator estiver associado à histeria, ele o nomeia de “complacência somática” (Ibid., p. 227).

Para Lindenmeyer (2012), a noção de complacência somática abre três articulações importantes: 1) uma doença somática pode servir para acolher um conflito inconsciente; 2) a

ideia de que o corpo, devido à sua participação na instauração da sexualidade, tem a capacidade de vir a ser a qualquer momento uma zona erógena. Quer dizer, a significar, de forma camuflada, um desejo inconsciente recalcado; 3) a noção de complacência somática dá conta da ideia de que não somente um órgão, mas todo o corpo pode ser tomado como um meio de expressão. A sua presença e participação da relação do corpo a corpo com o outro materno lhe dá esta possibilidade de vir a ser, a todo o momento que for preciso, um lugar erógeno e lugar de experiências fantasmáticas.

O que é novamente reafirmado no texto de Freud é a ideia de que o corpo está também presente num além de sua função biológica. Sendo assim, um olho, uma boca, um braço podem guardar suas funções orgânicas, mas também serem tratados como sendo outra coisa, esta outra coisa sendo garantida pela pulsão sexual.

Nesse sentido, para além do sintoma tomado como um equivalente do retorno do recalcado, referindo-se às estruturas significantes oriundas do Outro, surge neste texto “o fator libidinal, tomado como a vertente corporal do sintoma” (Santiago, 2019).

Segundo Santiago (2019), Freud se dá conta de que a fala da histérica não é apenas a busca pela verdade recalcada, mas também “um falar com o corpo”, ou seja, o tecido inconsciente da histérica não se tece apenas com os significantes que emanam do Outro, mas sobretudo com as marcas, traços e vestígios que se depreendem do real, que ao longo da vida, se experimenta nesse falar com o corpo.

Nesse sentido, ele pontua que o corpo da histérica recusa a se comportar como uma sugestão, um comando, ou seja, há uma recusa dos comandos do significante-mestre (S1) e, desse modo, passa a gerar desordens e sintomas com sua própria divisão (Santiago, 2019).

No entanto, a noção de complacência somática será abandonada por Freud em benefício da noção de apoio, conceito essencial para compreender o nascimento e a dinâmica pulsional que se instala para o sujeito a partir de seu próprio corpo (Lindenmeyer, 2012).

Essa discussão coloca em destaque um dos pontos fundamentais da descoberta freudiana, a pulsão, um “conceito limite entre o psíquico e o somático” que torna possível pensar a relação que o corpo organismo/soma estabelece com o aparelho psíquico/inconsciente. A constatação da diferença entre o organismo que se oferece às intervenções médicas e o corpo recoberto por fantasias e palavras, aponta para Freud, a relação entre o psíquico e o biológico, levando-o a construir a teoria das pulsões (Moretto, 2019).

Neste aspecto, Freud diz que existem partes do corpo – que ele vai chamar de “zonas erógenas” – nas quais há um investimento libidinal que é erogeneizado e que coloca o corpo

organismo como a principal fonte dos estímulos pulsionais, e que terá efeitos no psiquismo do sujeito ao longo de sua vida.

No texto “As pulsões e seus destinos” (Freud, 1915a), é apresentada essa relação entre o psíquico e o somático, sendo o autor enfático ao dizer que, se tratarmos a vida mental de um ponto de vista biológico, uma pulsão nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático. Ela pode ser definida, então, como representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (Ibid., p. 127).

Neste texto, ele descreve as características da pulsão e as divide em quatro termos, a saber: “pressão”, “meta”, “objeto” e “fonte”. Por “pressão”, entende-se como o fator motor, a quantidade de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa; a “meta” de uma pulsão é sempre a satisfação, havendo diferentes caminhos que conduzem à mesma finalidade; o “objeto” é a coisa pela qual a pulsão pode atingir sua finalidade, sendo o que há de mais variável e não está ligado a ele, podendo ser modificado quantas vezes necessário no decorrer das vicissitudes que a pulsão sofre; e a “fonte”, que ele descreve como o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão (Ibid.).

Partindo dessa premissa freudiana acerca da pulsão, é possível depreender que o corpo/soma tem participação fundamental na constituição subjetiva, isto é, a relação do sujeito com seu corpo está presente desde o seu nascimento, nas primeiras relações que este estabelece com o outro materno e/ou cuidador. Esse momento inicial, ou seja, essas primeiras relações se colocam como fator primordial para o desenvolvimento psíquico.

No texto “Sobre o Narcisismo: uma introdução” (Freud, 1914-1915), Freud aponta para a vivência de momentos pontuais na constituição do sujeito. Quando o bebê nasce vivencia um momento de autoerotismo, no qual o corpo está desregulado, fragmentado, um “gozo do órgão” vivenciado no corpo próprio, não havendo diferenciação entre o eu e o mundo externo, sendo o momento que antecipa o sujeito.

Segundo ele, as primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em relação com as funções vitais que servem à finalidade de autopreservação. Ele aponta que as pulsões sexuais estão, de início, ligadas à satisfação das pulsões do ego, e que somente depois é que se tornam independentes destas, mas com indicação de um vínculo original com o Outro materno ou cuidador. Para ele, essas pulsões autoeróticas estão presentes desde o início, sendo

necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo, ou seja, uma nova reação psíquica a fim de provocar o narcisismo.

Desse modo, é no momento que ele vai chamar de narcisismo primário e que Lacan chama de “estádio do espelho” (Lacan, 1949), que o bebê, em um momento jubilatório, se dá conta de seu próprio corpo e faz a diferenciação de sua própria imagem, em que o corpo está um pouco mais organizado a partir dessa imagem. É o instante em que o significante marca o corpo do sujeito e traça seu destino.

Nesse sentido, os primeiros momentos vivenciados após o nascimento são de fundamental importância para o bebê, já que ao receber os cuidados do outro materno ou cuidador, este transmite, através da linguagem, o que ele representa em seu desejo e a partir dessa relação possa se constituir enquanto sujeito.

Em um de seus últimos trabalhos teóricos, “O Ego e o Id” (Freud, 1923-1925), Freud propõe uma descrição da mente e seu funcionamento, aparentemente nova e revolucionária, a partir da qual todos os trabalhos posteriores se utilizam dos efeitos dessa descrição e de sua nomenclatura. A nova terminologia introduziu um efeito altamente esclarecedor, tornando possíveis novos avanços clínicos. Ele propõe a segunda tópica, em que distingue o aparelho mental em id, ego e superego (Ibid.).

Freud (1923-1925) destaca o papel do ego no aparelho psíquico e de sua relação com o id e o mundo externo. Segundo ele, o ego tem início no sistema perceptivo (Pcpt), que é o seu núcleo e começa abranger o pré-consciente (Pcs), que é adjacente aos conteúdos mnêmicos, mas destaca que o ego é também inconsciente. Essa parte inconsciente do ego é chamada por ele de id (Groddeck, 2011).

Freud destaca o papel do corpo na formação do ego e sua diferenciação a partir do id. Para ele o corpo de uma pessoa, e acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Segundo ele, o corpo é “visto” como qualquer outro objeto, mas que ao toque, “ao tato”, produz duas espécies de sensações, uma das quais equivalentes a uma percepção interna (Freud, 1923-1925).

Nesta perspectiva, ele então afirma que o “ego é, em primeiro lugar e acima de tudo, um eu corporal; não simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Ibid.). O ego deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo, sendo então uma projeção mental da superfície do corpo (Ibid., p. 39).

Neste texto, Freud chama atenção novamente para a importância da experiência da dor, que, segundo ele, parece desempenhar um papel importante no processo de formação do ego.

Segundo ele, a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo (Ibid.).

Nos fragmentos apresentados acima, é possível localizar esse aspecto da relação do sujeito com seu corpo, pois a partir da vivência do adoecimento, ele estabelece uma nova relação com seu corpo e com seus cuidados. Essa relação do manejo da dor e o paciente na UCO será melhor trabalhado no próximo capítulo.

Esse breve percurso teórico nos possibilita uma visão panorâmica do que é o corpo seguindo o desenvolvimento teórico de Freud. Portanto, é nesse corpo que a psicanálise “opera”, um corpo subversivo, pulsional e erogeneizado que aponta para algo que está além de sua dimensão orgânica e que se apresenta revestido de sentido, de significação. Um corpo que goza e que está inscrito na palavra e na linguagem e que se mostra nas repetições, na doença e no discurso do sujeito adoecido.

2.1.1 O sintoma como metáfora

Sob esse aspecto, a psicanálise lança outro olhar sobre o sujeito, pois é na relação estabelecida com o Outro materno que algo é transmitido. No entanto, sabe-se que esta relação com o Outro comporta um furo, um equívoco, pois a linguagem nunca é dita toda, haverá sempre algo que falta, sempre falta algo a ser dito. Desse modo, o sujeito vai se constituindo a partir dos registros da relação com o outro materno e dos significantes transmitidos por esse.

Esses significantes marcam o corpo do sujeito e fazem sintoma. No campo da medicina, o sintoma é um signo de que algo não vai bem e que necessita ser examinado, diagnosticado, tratado, medicado e, desta forma, “silenciado” e eliminado para que o organismo volte ao seu funcionamento normal, ou seja, ao estado de homeostase.

Na psicanálise, o sintoma tem outra conotação. Ele precisa ser escutado e não eliminado. O analista coloca o sujeito a falar sobre esse sintoma. E foi por essa via que Freud pôde construir sua teoria. Ele foi além do orgânico e escudou o que as histéricas tinham a dizer sobre os sintomas que se apresentavam no corpo. O sintoma é um conceito bastante estudado e passa por diversas modificações ao longo da obra freudiana.

Em 1916, na Conferência XVII, Freud nos diz que “os sintomas tem um sentido e se relacionam com as experiências do paciente” (Freud, pag.265).

Na Conferência XXIII, “os sintomas neuróticos são resultado de um conflito que surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido” (Freud, 1915-1916, p. 361). Uma década

depois, no texto “Inibições, sintomas e angústia” (Freud, 1925-1926), Freud vai dizer que o sintoma “é um indício e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu jacente; é uma consequência do processo de repressão” (Ibid., p. 95).

Então, a geração da angústia põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela, pois se o eu não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando angústia, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está preparado no id e que ameaça com perigo.

Desse modo, os sintomas só se formam a fim de evitar a angústia e reúnem a energia psíquica que de outra forma seria descarregada como angústia. Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza, isto é, uma situação análoga ao nascimento se estabelece, na qual o eu fica desamparado em face de uma exigência pulsional constantemente crescente – o determinante mais antigo e original da angústia.

Freud descreve o eu como uma organização que mantém livre comunicação entre todas as suas partes e que sua energia “dessexualizada” demonstra tentativa de agregar-se e unificar-se. Desse modo, o eu tenta impedir que os sintomas permaneçam isolados e utiliza vários meios para incorporá-los à sua organização. Assim, o eu passa a reconhecer o sintoma como sendo parte dele, fazendo uma adaptação a este e tirando o máximo de proveito possível dele. Como nos diz Freud, “uma peça do mundo interno que é estranha a ele” e que passa a fazer parte do eu como se fosse dele (Ibid.). Dessa maneira, o sintoma servirá para apaziguar alguma exigência por parte do supereu ou recusar alguma reivindicação do mundo externo e deste modo funciona como um representante de interesses e funde-se cada vez mais estreitamente com o eu, tornando indispensável a ele.

Freud então vai dizer que o processo de repressão “falha” e produz o sintoma no qual a pulsão encontrou um “substituto muito mais reduzido, descolado e inibido e que é reconhecido como uma satisfação. E se for levado a efeito, não há qualquer sensação de prazer, sua realização apresenta, ao contrário, qualidade de uma compulsão” (Ibid., p. 98).

O resultado dessa operação, nos diz Freud, é o “ganho secundário proveniente da doença” que se segue a uma neurose, em que o eu faz um esforço para incorporar o sintoma a si mesmo e aumentar a fixação no mesmo (Ibid.). Em suas palavras:

É do próprio sintoma que provém o mal, pois o sintoma, sendo o verdadeiro substitutivo e derivativo da pulsão, executando o papel do segundo, renova continuamente suas exigências de satisfação e assim obriga o eu, por sua vez, a dar o sinal de desprazer e colocar-se em uma posição de defesa. (Freud, 1925-1926, p. 103)

O sintoma surge como uma solução que visa restabelecer uma suposta homeostase que teria sido quebrada pelo conflito psíquico, e chega a cumprir sua função no sentido de resolver o conflito, ao mesmo tempo que tem como produto uma satisfação que perturba. Temos o sintoma como sendo “uma resposta a uma satisfação insuportável” (Machado, 2003).

É uma forma paradoxal de satisfação, por atualizar presentificando, a interdição da satisfação que vem substituir. Paradoxo que traz a dificuldade da resistência, pois a perspectiva de alívio do sofrimento, explicitada na demanda do sujeito que nos procura, traz a ameaça do abandono de um modo de satisfação ao qual esse já se habituou (Machado, 2003).

Desse modo, o sintoma vem no lugar de algo, sendo uma metáfora, a substituição de uma satisfação pulsional e que retorna no corpo com suas marcas e inscrições. Assim como os sonhos, os atos falhos e os chistes, os sintomas são formações do inconsciente que retornam como uma solução, um arranjo e que denuncia o modo de gozo do sujeito nas suas relações.

Esses modos de gozo apontam para o modo como o sujeito se relaciona com o Outro e os outros e que se repete, que não cessa de não se inscrever. Como nos diz Freud, tem a qualidade de uma compulsão, uma vez que vem substituir uma satisfação pulsional.

Por essa via, ele vai apontar, em seu texto “Além do princípio do prazer” (Freud, 1920), sobre algo que tende para a destruição, uma “compulsão à repetição”, que causa sofrimento no sujeito. Ele percebe em seus pacientes a tendência em repetir, na transferência, os acontecimentos do período infantil de sua vida e permanecer na posição de doentes, do qual ele não quer se desvencilhar.

Essa tendência aponta para uma “condição de gozo” que constitui um “obstáculo terapêutico”, levando Freud a formular e nomear a “pulsão de morte” (Ibid.), e que Lacan coloca como gozo, que mortifica o corpo, causando sintomas que se associam ao modo como o sujeito goza.

Como já foi mencionado, alguns pacientes que sofrem infarto apresentam fatores de riscos para a Doença Arterial Coronária (DAC). Dentre eles estão tabagismo, alcoolismo, diabetes, hipertensão, colesterol alto, má alimentação, sedentarismo, obesidade e questões emocionais. Alguns destes fatores podem ser pensados como modos de gozo do sujeito? Esses fatores, associados ou não, podem indicar um modo de relação que o sujeito estabelece com seu corpo e com os outros. Um modo possível de fazer laço social e podem surgir sobre a forma de sintoma, que causa sofrimento físico e psíquico do qual, muitas vezes, o sujeito não consegue se desvencilhar.

Em um processo de análise no consultório, o sujeito se apresenta com uma queixa inicial, com seu sintoma, demandando do analista uma resposta para o que lhe incomoda. No

entanto, o analista não responde a esta demanda, mas interroga o sintoma do sujeito, fazendo-o falar sobre o seu sofrimento e, desse modo, pela via da transferência, levar o “sintoma-queixa” em sintoma analítico para que o sujeito possa se reposicionar frente ao seu desejo. Mas sabe-se que é um percurso árduo para o sujeito, pois ele precisa buscar novos significantes-mestres e isso implica em perda desse gozo que sustenta o sintoma, como afirma Freud.

Pensando nos pacientes na UCO, os mesmos são orientados pelos médicos a fazer mudanças em seus hábitos, implicando em perda de gozo e exigindo também uma reorganização subjetiva para cuidar do seu corpo e de si próprio. No hospital, não é possível ao sujeito fazer um sintoma analítico devido à sua condição de sofrimento e de urgência subjetiva causado pelo adoecimento e hospitalização.

No entanto, o analista pode viabilizar uma implicação do sujeito com seu tratamento, de forma a expressarem em palavras seu desejo de fazer essas mudanças e não precisarem mais se internarem. Porém, em alguns casos o paciente retorna algumas vezes ao hospital com os mesmos sintomas e percebe-se uma posição de gozo em sua fala que o coloca neste lugar de doente.

Nesse sentido, não se pode falar em sintoma analítico no trabalho no hospital, porém, que se trata de “efeitos terapêuticos rápidos”, uma vez que o tempo de internação é curto e o número de atendimentos são poucos, mas o suficiente para estabelecer um vínculo transferencial e possibilitar algum efeito para o sujeito.

O estado de urgência em que o sujeito se depara frente à internação e ao adoecimento promove um corte, uma desconexão com a cadeia simbólica, o que instaura um sentimento de desamparo e a escuta do analista e suas intervenções podem produzir efeitos terapêuticos e promover um reposicionamento do sujeito frente ao seu desejo.

O encontro com o analista produz efeitos (Casté & Guilana, 2008), pois frente a esse real da doença e da morte, o sujeito necessita encontrar saídas possíveis para bordejar e dar outro sentido a isso que não tem nome. Nesse sentido, é possível que algo desse encontro toque o sintoma do sujeito. Para Bassols (2008), uma política do sintoma se deduz do traço mais particular do caso clínico. E é ali que pode se afirmar o valor terapêutico da psicanálise.

Portanto, o encontro com o analista no hospital pode produzir efeitos, uma vez que ao falar de seu adoecimento, algo pode tocar o sintoma do sujeito, que traz no corpo e no seu discurso a marca de significantes, que deixam traços e marcam a história do sujeito.

Na UCO, com pacientes que sofreram infarto, o encontro com o analista possibilita o sujeito falar sobre seu adoecimento e, a partir deste discurso, colocar em palavras o que afeta seu corpo, ou seja, o que esta doença diz sobre ele. Neste momento, traz significantes que

marcaram e traçaram seu corpo, e desse modo, podem se escutar e produzir efeitos no sentido de uma implicação com sua doença e tratamento.

Diante da doença no real do corpo, deste corpo que se apresenta como estranho, neste momento de adoecimento, o sujeito precisa se reorganizar subjetivamente a partir deste “novo corpo” e o encontro com o analista possibilita a construção de saídas possíveis para seu sofrimento.

No tempo curto de internação e com poucos atendimentos, o encontro com o analista pode colocar em movimento algo do inconsciente, que é evanescente, abre e fecha, e neste momento, o sujeito encontrar recursos subjetivos para reconectar-se à cadeia simbólica e buscar outro sentido, outra saída para o sofrimento que lhe acomete.

Esse trabalho analítico é viabilizado pela transferência, que no contexto hospitalar se apresenta de forma bastante sutil, uma vez que se está inserido em ambiente que prevalece o saber médico. Por estar inserido neste cenário, o analista enquanto uma função, pode viabilizar que o sujeito possa se reorganizar subjetivamente para lidar com seu adoecimento e tratamento.

Neste sentido, o adoecimento traz a marca de um acontecimento que desorganiza o sujeito, que afeta e traz a marca de sua divisão, e o analista em seu trabalho pode funcionar como aquele que viabiliza a reorganização deste “outro corpo” que, na cena hospitalar, encontra-se fragmentado pela doença.

Nesta perspectiva, Lacan propõe inicialmente, assim como Freud, que a constituição subjetiva está ligada à imagem corporal e, ao longo de sua obra, utiliza-se de outras disciplinas para desenvolver a concepção de inconsciente, corpo e sintoma.

2.2 O CORPO E O SINTOMA EM LACAN

Desde o início de seu ensino, quando Lacan propõe um retorno a Freud, a concepção de corpo e sintoma aparece em vários momentos de sua obra como um dos pontos de interesse do psiquiatra e psicanalista em sua releitura da teoria psicanalítica. Diferente de Freud, que inicia seus estudos pela via dos sintomas conversivos apresentados pelas histéricas, Lacan começa seus estudos pela via da psicose, como pode-se encontrar em sua tese da Aimée (Lacan, 1932), utilizando-se de outras disciplinas como linguística, estruturalismo, filosofia e topologia para a construção de seu ensino.

Esse percurso teórico possibilitou com que o psicanalista empregasse conceitos de outros saberes para sustentar e promover um giro a mais na teoria psicanalítica. A formulação lacaniana, “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (Lacan, 1964), apresenta outros

elementos para descrever o conceito do inconsciente freudiano, colocando em destaque a função da linguagem nas formações do inconsciente e na constituição subjetiva. Utilizando-se de matemas e axiomas, Lacan promove uma nova forma de ler o desenvolvimento do pensamento freudiano.

Ao longo de seu ensino, o psicanalista aborda os conceitos psicanalíticos sob a ótica de três dimensões: imaginário, simbólico e real. Por essa perspectiva, é possível perceber que os conceitos se deslocam e tomam dimensões diferentes de acordo com o momento em que são trabalhados durante seu ensino.

Neste sentido, a concepção de corpo e sintoma acompanham esse desenvolvimento da teoria lacaniana, sendo a proposta deste estudo realizar um recorte teórico dos momentos específicos da obra, nos quais apontem para os desdobramentos destes conceitos, sobretudo para que possamos articular com a prática clínica no hospital.

No início de seus estudos, Lacan aborda o corpo pela via da imagem, como ele escreve em “O estádio do espelho como formador da função do eu” (Lacan, 1949), no qual elabora de maneira sistemática a função que a experiência do bebê – ao ver sua imagem refletida no espelho – desempenha na constituição de uma unidade corporal e na formação do eu. Neste texto, o eu está designado pelo *Je* (em francês), que remete ao sujeito do inconsciente.

Segundo Lacan descreve, esse ato produz no bebê uma série de gestos e movimentos que ele experimenta, interagindo ludicamente com sua imagem, isto é, com seu próprio corpo, bem como, com a realidade, os objetos e as pessoas que o circundam neste momento (Ibid.).

É importante destacar que essa experiência ocorre em uma idade bem precoce, quando ele ainda se encontra mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação. Por essa razão, dos seis aos 18 meses de idade, o bebê repete inúmeras vezes essa operação e, capturado pela sua imagem, pode produzir uma “identificação” e contribuir para a formação de sua imagem corporal (Ibid.).

Esse acontecimento promove o que Lacan nomeia de “assunção jubilatória” da sua imagem especular, que para ele “constitui a matriz simbólica em que o “eu” se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (Ibid., p. 97).

Nestes primeiros meses de vida, o bebê diante de sua “prematuração” específica do nascimento”, recebe os cuidados maternos que, nesse sentido, ao realizá-los, vai promovendo contornos a esse corpo. Ao amamentar, trocar fraldas, dar banho, ninar, cantar e conversar, ou seja, ao realizar o que chamamos de maternagem, o outro materno ou cuidador vai mostrando pelo toque, voz e olhar os contornos do corpo para o bebê. Neste sentido, inicialmente existe

um corpo organismo, ainda incapaz de diferenciar-se e que necessita de um outro que cuide dele para que seja atendido as suas necessidades vitais.

Nesse momento, trata-se de um corpo fragmentado, despedaçado e que ao receber esses cuidados, sente pelo toque, voz e olhar os contornos de seu corpo e, neste sentido, esse corpo vai tomando forma e criando uma imagem que se constitui como a formação do eu. Segundo Lacan, essa forma total do corpo, pela qual o sujeito antecipa uma miragem, só é dada como *Gestalt*, ou seja, em uma exterioridade que decerto é mais constituinte do que constituída (Lacan, 1949).

Esse momento, que ele chama de “estádio do espelho”, constitui uma imagem de si mesmo, diferenciada do outro, constituindo o que o psicanalista coloca como a função primordial formadora do eu. Para ele, a função do estágio do espelho revela-se com um caso particular da função da imago para estabelecer uma relação do organismo com sua realidade externa e interna.

Ele coloca que este desenvolvimento é vivenciado em uma “dialética temporal”, no qual o “estádio do espelho” é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação e para a armadura, assumida de uma identidade que ele chama de alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental (Ibid., p. 100).

Importante destacar que essa “assunção jubilatória” vai de encontro com o narcisismo primário descrito por Freud, em que o bebê se dá conta de seu próprio corpo e faz a diferenciação de sua própria imagem, em que o corpo está um pouco mais organizado a partir dessa imagem, ocorrendo um investimento libidinal próprio deste momento.

Desse modo, o “estádio do espelho” ocorre quando o bebê está ainda mergulhado na sua impotência motora e mesmo antes de sua entrada na linguagem. Este período em que o bebê não fala, mas balbucia, Lacan nomeia como lalação. Este momento anterior à linguagem, que ele destaca como lalangue, constitui a relação do bebê com a língua materna. É o instante em que o significante marca o corpo do sujeito e traça seu destino.

Soler (2019) aponta que, inicialmente, Lacan acreditava que para se fazer corpo seriam necessários um organismo e uma imagem, uma vez que é esta que possibilita uma unificação do corpo despedaçado. Todavia, Lacan compreende mais tarde que este despedaçamento não tem a ver com a imaturidade do organismo, mas sobretudo que é efeito de linguagem e que somente a partir desta unificação é que torna possível captar o “um” do corpo (Soler, 2019, p. 312).

Seguindo esta perspectiva, Lacan demarca a linguagem como ponto de ancoramento do sujeito, definindo-o como efeito de significante. Para ele, a linguagem dá corpo ao sujeito. Falar

do corpo simbólico pode ser um uso correto da palavra corpo em psicanálise, na medida que seus elementos estão coordenados num sistema de relações internas, existindo na materialidade dos significantes, pois a mesma opera pelo simbólico (Soler, 2019).

Lacan (1953) faz uma importante observação sobre a função da linguagem para o sujeito, em que escreve:

A fala, com efeito, é um dom de linguagem, e que a linguagem não é imaterial. É um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito; podem engravidar a histérica, identificar-se com o *Penis-neid*, representar a torrente de urina da ambição uretral, ou o excremento retido do gozo avarento. (Lacan, 1953, p. 302)

Neste sentido, segundo ele, “as próprias palavras podem sofrer lesões simbólicas, realizar atos imaginários dos quais o paciente é o sujeito” (Ibid., p. 302). Desse modo, para Lacan, o que dá corpo ao sujeito é a linguagem, pois ela tem materialidade – os significantes – e estes deixam marcas, traçam o corpo do sujeito, fazem sintomas.

Nesta perspectiva, assim como Freud, é a partir do conceito de inconsciente e pulsão que Lacan pode articular esse efeito de significante sobre o corpo do sujeito. A experiência do inconsciente só é possível se articulado à linguagem, sobretudo aos significantes que estão presentes desde antes do nascimento sendo, portanto, o que também organiza de modo inaugural as relações humanas, dando-lhes estrutura e modelando-as (Lacan, 1964).

Segundo Lacan (1964), antes de qualquer formação do sujeito, de um sujeito que pensa, que se situa aí – isso conta, é contado e no contado já é contador. Só depois é que o sujeito tem que se reconhecer ali como contador. Portanto, é a estrutura da linguagem que dá seu estatuto ao inconsciente. Essa estrutura é formada por uma rede de associações de significantes que é somente possível devido a uma diacronia constituinte (Ibid., p. 28).

Desse modo, o inconsciente se revela através de manifestações que estão associadas ao enunciado do sujeito. Através dos sonhos, atos falhos, chistes e sintomas é que o mesmo se revela, uma vez que é pelo furo, fenda e hiância que podemos testemunhar sua ex-sistência.

Nesta hiância, algo acontece e o que se revela é da dimensão do inconsciente. É no tropeço, na rachadura que algo se revela e é da ordem do achado, mas como aponta Lacan, esse “achado”, uma vez que se apresenta, é um “reachado”, e sempre a escapar novamente, instaurando a dimensão da perda (Ibid.).

Para ele, “o inconsciente se manifesta sempre como o que vacila num corte do sujeito – que Freud assimila ao desejo – desejo que situaremos provisoriamente na metonímia dissimulada do discurso em causa, em que o sujeito se saca em algum ponto inesperado” (Ibid., p. 34) Essa sacada se dá em um instante, uma vez que o inconsciente tem um caráter

evanescente, ou seja, abre e num segundo tempo, se fecha. Esse aparecimento se faz entre dois pontos, o inicial e o terminal, desse tempo lógico entre um instante de ver em que algo é sempre elidido, se não perdido (Lacan, 1964).

É nesse sentido que o analista aposta seu trabalho no hospital, uma vez que trabalha com o tempo lógico, ou seja, o tempo subjetivo no qual o inconsciente se manifesta, nesta abertura e fechamento, e se revela através do sujeito que fala com seu corpo. Assim, os pacientes no hospital estão diante de um acontecimento em sua vida que pode ser vivenciado como tropeço, um corte, uma rachadura, e o encontro com o analista pode tocar algo do sintoma e convocar o sujeito a falar disso que manca, que traz a marca do inconsciente, de sua verdade.

Como afirma Lacan, o significante representa um sujeito para outro significante, sendo, no intervalo entre dois significantes que o sujeito se revela e algo do inconsciente emerge e traz à tona o que há de mais singular no sujeito. Em suas palavras:

O sujeito não é outra coisa – quer ele tenha ou não consciência de que significante ele é feito – senão o que desliza numa cadeia de significantes. Este efeito, o sujeito, é o efeito intermediário entre o que caracteriza um significante e outro significante, isto é, ser cada um, cada qual, um elemento. (Lacan, 1972-1973b, p. 55)

Desse modo, o paciente na UCO fala através de seu corpo, um corpo organismo, que se apresenta doente, e ao falar de seu adoecimento, traz a marca dos significantes que traçam esse corpo, pois é na articulação destes significantes que algo do sujeito se apresenta e pode dizer sobre sua verdade. Portanto, é na articulação do corpo com a linguagem que o analista pode trabalhar com o sujeito, no sentido de oferecer esse espaço de palavra em que possa advir o sujeito com seu desejo no hospital.

No entanto, ao dizer sobre seu adoecimento algo sempre fica de fora, mas que causa sofrimento no sujeito, afirmado por Lacan como a marca da dimensão de gozo. Como já mencionado pelo autor, “o corpo goza de si mesmo”, sendo essa dimensão algo que escapa ao saber médico e que o analista pode escutar e trabalhar no hospital.

Essa dimensão do gozo diz respeito a uma “outra satisfação”, que está além do prazer, mas que repete e causa sofrimento e está no núcleo do sintoma do sujeito. Mais do que com o prazer e o bem-estar, o gozo tem afinidade com a dor e com o mais além do princípio do prazer, proposto por Freud para a estranheza dos fenômenos da repetição e transferência. Neste sentido, os paradoxos da satisfação que se liga àquilo que ele denominou *Trieb* (pulsão) ou à pulsão de morte, são referências freudianas essenciais daquilo que Lacan retoma com o termo gozo (Soler, 2019).

Essa questão foi abordada por Lacan (1966), onde ele afirma a existência de uma falha que ele chama de “falha epistemo-somática”, que surge entre a demanda de cura e o desejo de manter-se na posição de doente. Esse paradoxo aponta para ele, a dimensão do gozo do corpo e como este está articulado com a linguagem.

Neste sentido, ele afirma que “a realidade é abordada com os aparelhos do gozo”, delimitando que esse aparelho é a linguagem, da qual o ser falante se serve para falar e se relacionar com o outro. Ele então acrescenta que o gozo não se cala, não cessa de se escrever e, por ser o primeiro efeito do recalque, ele fala de outra coisa. É nisto que está a mola da metáfora. (Lacan, 1972-1973b)

Segundo Laurent (2012), a psicanálise apreendeu a junção das palavras com os corpos por um viés preciso, o do sintoma. O sintoma, como metáfora, é uma formação de compromisso que substitui uma satisfação pulsional e traz a marca do gozo, na medida em que ele interroga cada um sobre o que vem incomodar o corpo. Esse sintoma, por ser presença do significante do Outro, é em si marca identificatória (*marquage*), corte. Nesse lugar, o surgimento traumático do gozo se dá (Ibid.).

Para ele, é preciso conceber o sintoma baseado na efetividade da prática psicanalítica. Essa prática obtém, através do seu manejo da verdade, alguma coisa que toca o real. A partir do simbólico, ou seja, da linguagem, alguma coisa ressoa no corpo e faz com que o sintoma responda. O psicanalista aponta que, baseado no sintoma histérico, Freud reconhece a via na qual se impõe o incômodo do corpo que vem, pelas palavras, recortar mais uma vez, marcar as vias pelas quais o gozo advém. O que constitui o eixo em torno do qual gira a constituição do sintoma histérico (Laurent, 2012).

Desse modo, corpo, sintoma e gozo se articulam pela via da linguagem, pelos significantes que se encadeiam e que surge no discurso do sujeito quando este fala do corpo adoecido. Ao falar dos sintomas orgânicos, os pacientes podem revelar algo do seu sintoma, ou seja, do seu modo de gozo e de como este se estabelece no laço social.

Nesta perspectiva, o sintoma como metáfora, o sintoma histérico endereçado ao Outro portando um sentido para o sujeito. Na prática analítica, o sintoma é endereçado ao analista, como suposto saber sobre o sofrimento do sujeito, e pela via da transferência possibilita que este busque o sentido para o que lhe acomete.

No hospital, o paciente fala sobre o que lhe acomete o corpo, endereçando ao analista como suposto saber sobre sua doença. É importante destacar que neste contexto não se trata necessariamente de um sintoma histérico, mas que o sujeito fala referenciado à uma doença no real do corpo, utilizando muitas vezes de elementos metafóricos para falar de seu adoecimento.

Um paciente traz em um atendimento que “é preciso levar a máquina no mecânico para ajustar ou trocar as peças. A lataria já está velha. Precisando recauchutar” e o analista questiona: “e você cuida desta máquina?” O paciente responde: “agora tem que cuidar, se não o motor funde, né?” Desse modo, através da linguagem e significantes, o sujeito tenta dar borda e sentido para o que se apresenta no real do corpo.

Em seu texto, Laurent (2012) cita uma passagem importante em que Lacan diferencia o corpo imaginário, corpo simbólico, e propõe pensar o corpo real em que ele se coloca então a questão sobre o que seria a consistência do real. “Eu me dei conta de que consistir queria dizer que era necessário falar de corpo: há um corpo imaginário, um corpo simbólico – é a linguagem – e um corpo real, do qual não se sabe como ele aparece” (Lacan, 1976; Laurent, 2012).

Desse modo, prossegue Laurent (2012), o corpo simbólico é a linguagem, o conjunto dos equívocos da língua; o imaginário é o que permite nos virarmos, o modelo. Mas o que pode ser o corpo real? Segundo ele, seria isso que a ciência se recusa a admitir, ou seja, tem-se um modelo, mas não se sabe o que é o corpo real. A esse respeito, não há hipóteses (Ibid.).

Desse modo, Lacan define o corpo real a partir da identificação descrita por Freud, ou seja, a identificação histérica – imaginária; a identificação amorosa, referenciada ao pai – simbólica e a identificação neutra, que seria a identificação a um traço qualquer, que seja sempre o mesmo. O real concerne ao mesmo que refere ao fora do sentido, que não tem necessidade do sentido. É repetição material na medida em que é o gozo que se repete (Ibid.). Segundo escreve Laurent:

O corpo do sujeito histérico é retalhado pelo significante, já que os sintomas histéricos se apresentam sob o modo da perda. O corpo retalhado é aquele que perde seu braço pela paralisia histérica, o corpo que perde sua perna, que perde sua voz. A esse corpo retalhado se opõe o corpo tórico¹ furado. O corpo como agenciamento do real, do simbólico e do imaginário se apresenta em torno de um ou dois furos, e se mantém sozinho. O corpo tórico é uma representação do corpo do vivo para além do corpo histérico. (Laurent, 2012)

Esse “corpo tórico” se refere ao toro, uma das figuras da topologia que Lacan recorre no seu ensino para descrever o funcionamento do inconsciente a partir dos três registros imaginário, simbólico e real.

Neste momento, Lacan propõe que o inconsciente é feito de “um deslize” (*une-bévue*) que são significantes-um que sempre geram equívocos. No nível do simbólico, há os “um” que fazem série e na qual é possível se enganar. Esse deslizamento vem marcar um modo de gozo que permanece sempre o mesmo. A consequência disso é a apresentação do corpo do falasser, do vivo, sem passar pela identificação histérica que mistura sintoma e sentido. Nessa

perspectiva, pode-se distinguir o sintoma como acontecimento de corpo e o sintoma histérico. (Ibid.)

Para além do inconsciente freudiano, Lacan propõe outra versão do inconsciente que não é constituído pelos efeitos do significante em um corpo imaginário, mas sim, um inconsciente constituído do nó entre o imaginário, o simbólico e o real, sendo a instância do real, a pura repetição do mesmo (Ibid.).

É por essa via que se pretende pensar o trabalho com os pacientes na UCO que sofreram infarto, ou seja, é possível pensar uma relação do adoecimento no corpo – o infarto e seus sintomas – com o “sintoma acontecimento de corpo”? Desse modo, no próximo capítulo, propõe-se articular a clínica na cardiologia com esta concepção de corpo apresentado por Lacan no final de seu ensino.

CAPÍTULO 3: O “ACONTECIMENTO DE CORPO” COMO UMA EXPERIÊNCIA DO INCONSCIENTE NA VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO

3.1 O ACONTECIMENTO DE CORPO COMO ACONTECIMENTO DE DISCURSO

A partir desta trajetória de Freud e Lacan acerca do corpo e sintoma, pode-se pensar o corpo como uma construção que se inicia desde o nascimento, com a constituição subjetiva pela via do imaginário. Inserido na linguagem, esse corpo vai tomando forma e consistência sendo, portanto, efeito de significantes que afetam, deixam marcas e retornam sob a forma de sintoma, instaurando-se na dimensão simbólica.

No entanto, algo pode escapar, ficar de fora, que aponta para um ponto de real impossível de dizer, sem lei, sem sentido, mas que repete, sob a forma de um gozo opaco, que não cessa de se escrever e traça o corpo. É o encontro do significante com o corpo, um “sintoma acontecimento de corpo”, uma dimensão real que é regulada por esse gozo que está presente na linguagem transmitida pelo Outro.

Como visto na perspectiva lacaniana, quando este fala: “deixemos o sintoma ao que ele é: acontecimento de corpo”; Lacan aponta para o sujeito que tem um corpo, que fala com seu corpo, é falasser por natureza. Do encontro com a língua materna, o corpo é afetado pelo significante, momento nomeado por Lacan de *lalangue*, que é anterior à entrada do sujeito na linguagem e tem relação com o discurso transmitido no meio familiar.

Esse encontro se caracteriza como um acontecimento que afeta o corpo, que se instaura no momento da constituição subjetiva quando o bebê ainda na sua prematuridade necessita de um Outro que dê contorno ao seu corpo fragmentado. Este momento coincide com o narcisismo primário de Freud e o “estádio do espelho” em Lacan, em que produz um gozo opaco, sem sentido e direcionado ao real, que traça o corpo e faz um sintoma acontecimento de corpo.

Diferentemente do sintoma histérico, que se apresenta como metáfora, ou seja, um significante no lugar de uma satisfação pulsional e que tem um sentido para o sujeito, o sintoma acontecimento de corpo é da ordem do real, sem sentido, que se repete na vida do sujeito e o acompanha causando sofrimento.

Neste momento de seu ensino, Lacan trata o inconsciente pela vertente do real e não mais apenas pela via do inconsciente transferencial proposto por Freud. Nesta vertente, Lacan define o real “como aquilo que retorna sempre ao mesmo lugar e que, ao retornar, se repete... um traço que permanece, insiste, reitera e que é possível localizar a partir de alguns significantes

desconectados da cadeia associativa e vinculados ao corpo. Desse modo, é o gozo que se repete” (Rosa, 2019; Lacan, 1975-1976).

Sob este prisma, a concepção de corpo e de sintoma passa por uma reformulação, já que não mais se constituem como lugar de cifração e decifração de sentido, mas como inscrição de um traço que traz a marca de um gozo e se instaura no corpo do sujeito como uma escrita, como letra.

Miller (2004), psicanalista francês, desenvolve aspectos da biologia lacaniana e do acontecimento de corpo em que diz que “o sintoma, como acontecimento de corpo é conexo a ‘ter um corpo’, que é diferente de ‘ser um corpo’”, localizando, assim, a concepção de corpo proposta por Lacan neste momento. Segundo ele escreve:

Este corpo é um corpo onde se passam coisas, coisas imprevistas, coisas que escapam” que é o que singulariza o corpo do animal humano: este efeito de “afetar” inclui, também, o efeito de sintoma, efeito de gozo, e mesmo o efeito de sujeito, mas efeito de sujeito situado num corpo e não puro efeito de lógica. E quando se trata de efeitos, permanentes e duráveis podemos intitulá-los de traços. Portanto, trata-se do que vem perturbar, deixar traços no corpo. (Miller, 2004, p. 52)

Falar que o sujeito “tem” um corpo ou que não é somente efeito de significante, pode apontar para uma outra perspectiva e contribuir para a escuta e o olhar do sofrimento do sujeito, que se apresenta no hospital com o corpo adoecido. Essa concepção coloca o sujeito em uma posição de tomar conhecimento deste corpo e poder fazer algo a partir do seu adoecimento. Em se tratando de pacientes que sofreram infarto, isso se torna importante devido às mudanças de hábitos de vida que o paciente é orientado a realizar após alta hospitalar.

Essa noção de que o homem tem um corpo aparece no “Seminário 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise” (Lacan, 1954), quando Lacan faz uma discussão sobre a biologia freudiana, se referenciando na noção de Hegel, filósofo alemão, em que compara o corpo humano com uma máquina a vapor. Segundo Lacan, assim como a máquina, o corpo precisa de energia para funcionar e Freud se utiliza desta concepção para falar da pulsão, que sustenta o psiquismo e o corpo em funcionamento.

Segundo Lacan, essa noção do homem tem um corpo faz sentido, uma vez que “levamos extremamente longe a identificação do homem com seu saber acumulado. É totalmente estranho estar localizado num corpo, e não se pode minimizar essa estranheza”, pois é com ele que nos apresentamos e nos reinventamos como unidade humana (Lacan, 1955).

Portanto, é com essa concepção que Lacan trabalha no final de seu ensino, sob outra perspectiva, levando em consideração o choque de língua com o corpo, que pode produzir um sintoma acontecimento de corpo. Essa vertente se diferencia do sintoma histórico, que se

apresenta como metáfora, em que um significante vem no lugar de outro significante, como já apresentado por ele em outro momento de sua obra.

Conforme apresenta Quinet (2017), a lalíngua se refere àquela forma de falar do bebê (aproximadamente entre um ano e dois anos e meio) que parece uma língua própria dele antes mesmo da articulação significativa. Desse modo, a lalíngua é o balbucio, o tati-bi-tati, a lalação, termo do qual Lacan extraiu esse termo de lalangue. Portanto, lalangue, lalíngua, é justamente a língua que escapa do dicionário, na medida em que está para-além do campo semântico, para-além do sentido das palavras. Segundo ele explica, é através do sintoma que lalíngua faz do corpo um corpo falante (Quinet, 2017).

No “Seminário 20: mais, ainda” (Lacan, 1972-1973b), em uma discussão sobre o saber como enigma e presentificado pelo inconsciente, Lacan afirma que “a experiência do inconsciente é feita de alíngua, em que ele designa como a ocupação de cada um de nós com a alíngua materna (Lacan, 1972-1973b, p. 148).

Segundo ele, a linguagem, da qual o inconsciente é estruturado de começo, não existe. Ela é o que se tenta saber concernentemente à função de lalíngua, é feita de lalíngua, uma elucubração de saber sobre alíngua. Mas o inconsciente é um saber, um saber-fazer com alíngua. Esse saber fazer ultrapassa o que podemos dar conta sob o título de linguagem. (Lacan, 1972-1973b) Segundo ele:

O inconsciente é o testemunho de um saber, no que em grande parte escapa ao ser falante. Este ser dá oportunidade de perceber até onde vão os efeitos da alíngua, pelo seguinte, que ele apresenta toda sorte de afetos que restam enigmáticos. Esses afetos são o que resulta da presença de lalíngua no que, de saber, ela articula coisas que vão muito mais longe do que aquilo que o ser falante suporta de saber enunciado [...]. Se se pode dizer que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, é no que os efeitos de lalíngua, que já estão lá como saber, vão bem além de tudo que o ser que fala é suscetível de enunciar. O inconsciente só pode estruturar-se como uma linguagem, uma linguagem sempre hipotética com relação ao que sustenta, isto é, lalíngua. (Lacan, 1972-1973b, p. 149)

Desse modo, o habitante da linguagem como morada, ou aquele que é habitado por ela, é o sujeito. A linguagem só existe através de lalíngua que faz falar um corpo que goza. Como vimos, lalíngua é o que resulta para o sujeito do que lhe vem da língua materna. É a língua como idioma, o português, o francês, mas não só exatamente isso, ou não só o idioma (Quinet, 2017).

Segundo o psicanalista, lalíngua é aquilo que da língua materna o sujeito recebe como aluvião, chuva, tormenta de significantes próprios àquela língua idiomática e que se depositam para ele como material sonoro, ambíguo, equívoco, repleto de mal-entendidos, com diversos

sentidos e, ao mesmo tempo, sem sentido. É o “depósito, a petrificação deixada como marca da experiência inconsciente por parte de um grupo”, diz Lacan (1974, p. 89). Que grupo é esse? Grupo linguístico, grupo familiar, aponta o autor (Quinet, 2017).

Quinet (2017) apresenta algumas expressões idiomáticas que são faladas na língua portuguesa que contêm uma parte do corpo para dar sentido metafórico ao que se quer expressar. Segue alguns exemplos citados pelo autor: “língua: língua afiada; queimar a língua; língua solta; pagar com a língua. Pé: pé-na-estrada; pé-de-boi; dar no pé. Mão: na mão do outro; dar uma mão; mão na roda; mãos limpas; mão na massa. Cara: cara-de-pau; cara-de-tacho; cara dura. Braço: braço direito; dar um de João sem braço. Perna: passar a perna” (Quinet, 2017, p. 84).

Esses exemplos denotam, de um certo modo, como a linguagem se apresenta e pode deixar marcas no corpo. No “O seminário: o momento de concluir Lacan” (1977) diz: “O simbólico deixa marcas; aprende-se a falar e isso deixa marcas... consequências que não são outra coisa senão o sintoma [...] A análise consiste em dar-se conta por que temos esses sintomas” (Quinet, 2017; Lacan, 1977).

Nesta perspectiva, Miller propõe a definição de “acontecimento de corpo” como um acontecimento de discurso, ou seja, um acontecimento que está presente na linguagem transmitida pelo Outro e no meio familiar que pode deixar marcas e traçar o corpo do sujeito. No texto ele escreve a seguinte afirmação:

Trata-se sempre, com efeito, de acontecimentos de discurso, que deixaram traços no corpo. E estes traços desorganizam o corpo. Fazem sintoma nele, mas na medida em que o sujeito em questão esteja apto para ler esses traços, decifrá-los. Isto, finalmente, tende a reduzir-se a que o sujeito encontre os acontecimentos que estes sintomas traçam. (Miller, 2004, p. 50)

Segundo esta definição, o psicanalista ressalta a importância do texto freudiano “Inibição, sintoma e angústia” (Freud, 1925-1926), pois Freud define o sintoma como “a satisfação substitutiva de uma pulsão”. Para Miller, essa definição vai de encontro com a concepção de “sintoma como acontecimento de corpo”, pois como ele escreve:

O sintoma é um acontecimento de corpo. Esta definição é necessária, inevitável e sem dúvida foi necessário o texto “Inibição, Sintoma e Angústia” de Freud para que se tornasse evidente que o sintoma constitui como tal um gozo ou em termos freudianos, uma satisfação substitutiva de uma pulsão. (...) Quando se admite que o sintoma é gozo, é na medida em que o gozo passa pelo corpo, é impensável sem o corpo. (Miller, 2004)

Essa dimensão de gozo presente no sintoma, desde Freud, e que se apresenta no corpo, aparece em Lacan quando este fala que o “corpo goza de si mesmo”, que ele foi feito para gozar (Lacan, 1966). Essa noção de gozo, sintoma e corpo possibilita falar, portanto, que a

constituição subjetiva está ligada ao corpo e como este também vai se constituindo como corpo imagem, corpo pulsional, corpo gozo, para além do corpo biológico.

No artigo intitulado “Falar com seu corpo” (Miller, 2010), Miller diz que o gozo é o produto do encontro aleatório do corpo com o significante. Esse encontro mortifica o corpo, mas também recorta uma parcela de carne cuja palpitação anima todo o universo mental e marca o corpo com um vestígio inesquecível. É o que chamamos acontecimento de corpo (Ibid.).

Segundo ele, o sintoma metáfora, como formação do inconsciente estruturado como uma linguagem, tem efeito de sentido pela substituição de um significante por outro. Em contrapartida, o sintoma do falasser é um acontecimento de corpo, uma emergência de gozo. Neste sentido, segundo o psicanalista, a metáfora dá o envelope formal do acontecimento de corpo (Ibid.).

Desse modo, existe uma diferença importante a ser destacada entre sintoma metáfora e sintoma acontecimento de corpo. O sintoma metáfora – os sintomas histéricos ou sintomas conversivos – está relacionado ao inconsciente transferencial, inaugurado por Freud, sendo resultado de conflitos sexuais infantis recalcados que retornam sob a forma de sintomas no corpo, no qual há um enigma a ser decifrado, que é endereçado ao Outro e que apresenta um sentido para o sujeito. É o sintoma como efeito de linguagem sobre o sujeito, ou seja, uma vertente simbólica passível de decifração através do processo analítico.

Sob outra vertente, o sintoma acontecimento de corpo está ligado ao inconsciente real, proposto por Lacan e definido por ele como falasser, em que um acontecimento inaugural – o encontro de lalíngua o corpo. Nesse aspecto, pode ser traduzido como um significante destacado do discurso transmitido pelo Outro, que produz um gozo opaco, sem sentido e que deixa um traço no corpo. Esse traço de gozo está ligado ao real, ao impossível de dizer, que repete e faz sintoma. Nesta vertente o que está em jogo é o real, com seu traço de gozo.

Desse modo, esse acontecimento “inaugural” pode ser pensado como um “acontecimento do inconsciente”, uma vez que é pela via da linguagem, em consonância com experiências corporais que o inconsciente se constitui a partir da pulsão, que faz fronteira entre o psíquico e o somático, como nos ensina Freud.

O “acontecimento do inconsciente” é um acontecimento de verdade, a verdade do sujeito, que é o que interessa à psicanálise e que leva ao acontecimento de corpo. Esse acontecimento convoca um corpo para além da imagem. É o inconsciente falante no corpo, que sustenta um acontecimento fora do sentido, mas não fora da linguagem (Vieira, 2019).

Para o psicanalista, o “acontecimento de corpo” pode ser traduzido como um gozo que é corporal, mas não se localiza no corpo visível do espelho, assim como Freud propõe o

inconsciente “entre órgãos” (Vieira, 2019; Freud, 1913). Na linguagem corrente, acontecimento designa uma ruptura casual do curso normal dos acontecimentos, que por seus efeitos, merece ser recordado. É a dimensão casual, contingente, que será crucial no acontecimento de corpo (Frediani, 2014).

Esse caráter contingencial coloca em destaque algo que é da ordem do imprevisto, que desorganiza e que pode deixar a marca de um traumatismo. O choque do significante com o corpo pode apresentar um caráter traumático para o sujeito, produzindo assim um gozo sem sentido, que transborda e afeta o corpo do sujeito. Como aponta Vieira (2019), um corpo que não é visível no espelho. Portanto, estas marcas podem surgir no discurso do sujeito, quando este se coloca a falar de seu sofrimento e que aparece como algo que repete em sua vida.

Desse modo, o discurso transmitido pelo outro, ou seja, o discurso familiar no qual o sujeito é falado, antes mesmo de seu nascimento, ressoa no corpo e algo acontece, deixando marcas e traços que podem emergir na fala do sujeito na clínica ou no hospital. Esses traços singularizam o corpo e fazem sintoma, que podem ou não se manifestar sob a forma de sintomas no corpo.

Na clínica, os relatos de testemunhos de passe, um dispositivo criado por Lacan, que os analistas das escolas de psicanálise transmitem seus processos de análise, o acontecimento de corpo é localizado no final de análise e se coloca como um saber fazer com o sintoma e o que afeta o corpo. Segundo coloca Miller (2013), demanda tempo de análise para saber o que fazer com esse gozo sem a muleta, a tela, os artifícios do inconsciente simbólico e suas interpretações e se localize o acontecimento de corpo, pois trata-se aqui de inconsciente real, ou seja, saber fazer com seu gozo, disto que resta do real (Miller, 2013).

A hipótese desta pesquisa é que por se tratar de um acontecimento que se instaura em momentos primitivos da constituição subjetiva, o acontecimento de corpo já está acompanhando o sujeito desde a mais tenra idade e pode se manifestar ou não através de uma doença ou sintomas no corpo, mas não ser identificado por não estar em processo de análise.

Desse modo, a escuta do sujeito que tem um corpo e fala com seu corpo no hospital pode ser uma abertura para localizar os traços de gozo que se apresentam com sua doença. Contrapondo ao que Miller destaca quanto à demanda de tempo de análise para o analisando saber o que fazer com esse gozo, o trabalho analítico no hospital conta com o curto tempo de internação e tratamento hospitalar, pois se trata da “clínica da urgência”, mas pode abrir espaço e possibilitar um trabalho analítico posterior.

Neste sentido, para localizar esses pontos de gozo em um tempo cronologicamente curto, é importante salientar que o que está em jogo para a psicanálise é o tempo lógico.

Portanto, ao privilegiar o tempo de compreender, o analista no hospital possibilita, através da transferência, que o sujeito possa dizer sobre seu adoecimento e, assim, tentar localizar os pontos de gozo, os pontos de real a partir do adoecimento no corpo – o infarto e seus sintomas – pensando nos efeitos desse real no corpo que emerge no discurso dos pacientes acompanhados na UCO.

É a partir deste ponto que se interroga neste estudo sobre a possível relação do adoecimento no corpo como um “acontecimento de corpo”, bem como sobre o que essa “doença do coração” e essa “dor no peito” podem dizer sobre o sujeito que se apresenta na cardiologia. O que esse acontecimento em sua vida pode revelar sobre o seu sintoma, sobre seu modo de gozo e quais as saídas subjetivas possíveis diante desta vivência no hospital?

Como já mencionado nos capítulos anteriores, é com corpo que o sujeito se apresenta no hospital, um corpo adoecido, que apresentam sintomas físicos e que requerem o saber médico para diagnosticar e tratá-los. No entanto, como apresentado, esse corpo está inserido na linguagem e marcado por esta. Trata-se de um corpo onde se passam coisas imprevistas, que está revestido de pulsão e investimento libidinal, mas também um corpo que goza.

Portanto, para pensar a relação do adoecimento no corpo com o “acontecimento de corpo”, faz-se necessário compreender como este corpo chega ao hospital, o que representa o adoecimento para aquele sujeito que sofre. Neste sentido, surge uma indagação pertinente neste momento: se o “acontecimento de corpo” é um acontecimento de discurso, que traça o corpo, é possível localizá-lo no sujeito que apresenta uma dor no peito e outros sintomas físicos? Quais os efeitos subjetivos possíveis diante deste adoecimento?

Portanto, através da escuta do paciente que chega na UCO, é possível ao analista, pela via do discurso e dos significantes que o sujeito traz, tentar localizar se pode ou não haver esta relação e os possíveis efeitos subjetivos a partir deste adoecimento. Trata-se, desse modo, do caso a caso, do um a um, ou seja, de como cada sujeito se arranja com seu sintoma e quais saídas encontra para se reorganizar diante do seu adoecimento.

3.2 O CORPO E SEUS ACONTECIMENTOS: QUANDO O SUJEITO FALA COM SEU CORPO

O sujeito que se apresenta com seu corpo no hospital diferencia-se, de uma certa forma, do que se apresenta no consultório. Trata-se de um corpo adoecido, que apresenta sintomas, dores e mal-estar, que causam sofrimento e geram sentimento de angústia e ansiedade.

O sofrimento decorrente do adoecimento pode trazer consequências no quadro clínico do paciente, sendo muitas vezes o que impede a melhora e recuperação deste, mesmo com todo tratamento médico realizado, que Lacan chamou de “falha epistemo-somática”, que aponta para a dimensão do gozo, já apresentado anteriormente.

Mas o corpo que se apresenta atualmente é o mesmo da época de Freud? Com certeza não. As histéricas apresentavam sintomas no corpo que se relacionavam com desejos sexuais inconscientes, que foram recalçados e se apresentavam e se endereçavam ao Outro como um enigma a ser decifrado. Na atualidade, o corpo se apresenta como tela de manifestações da subjetividade, não mais apenas como enigma, mas como meio de expressão de angústias e sofrimento, muitas vezes, não simbolizados pela via da palavra.

Os imperativos e exigências do mundo contemporâneo contribuem de maneira sistemática para o surgimento de sintomas e doenças que se manifestam no corpo, uma vez que é com ele que o sujeito se apresenta.

O desenvolvimento tecnológico e da ciência oferece uma infinidade de possibilidades clínicas, medicamentosas, cirúrgicas e estéticas que prometem proporcionar o tão desejado “corpo ideal”. As academias lotadas e uma busca incessante por alimentação saudável e realização de atividades físicas apontam também para o excesso que não deixam de ser um modo de gozo do sujeito, como maneira de fazer laço social. No entanto, essa busca pelo “corpo perfeito” também traz consequências psíquicas para o sujeito que se vê diante da exigência de estar de acordo com a tendência social.

Desse modo, percebe-se na clínica atual, sujeitos com discurso, muitas vezes vazios de sentido, apresentando sintomas corporais que podem ser ou não decorrentes de doenças orgânicas. A “centralidade do corpo como meio de manifestação do sofrimento” coloca em destaque o que para a psicanálise se apresenta como expressão da subjetividade e de como o sujeito se arranja com seu corpo.

No entanto, a subjetividade acompanha as mudanças na ordem social, econômica e política em que novos sintomas se apresentam e afetam o corpo do sujeito. Diante disto, o analista também tem que estar atento ao novo e “escutar” esse corpo. Lacan afirma que os analistas precisam acompanhar a subjetividade de sua época para estarem atentos às mudanças que surgem nas manifestações do sofrimento psíquico.

Sobre essa questão, Moura (2016) aponta para esse “novo” na clínica, ou seja, no momento de Freud, o analista oferecia tempo de interpretações e o campo do sentido. No entanto, a clínica contemporânea traz uma nova forma de o sujeito se apresentar. Se até então se priorizava a vertente metafórica dos sintomas, hoje a direção que a clínica exige está na

direção para o real. Segundo a autora, a psicanálise hoje tem como enfoque o que escapa da tentativa de tudo analisar, e esse resto possibilita a entrada para o novo, tanto para o sujeito como para instituição (Moura, 2016).

Ela pontua que, em uma instituição, o analista sustenta uma posição ética que considera as contingências como manifestações do real a ser tratado. Novos tempos e o novo exigindo do analista, como sempre, uma totalização pretendida para o domínio do real (Moura, 2016; Pinto, 2011).

Nesta perspectiva, essa nova forma de se apresentar também aparece no hospital, no que se refere às manifestações dos sintomas no corpo. Ao ser escutado pelo analista, este possibilita que o sujeito fale sobre o que a sua dor e o que a doença diz sobre sua história. Em alguns casos, a fala se apresenta vazia de sentido e pouco articulada à linguagem como via de acesso ao inconsciente.

Para Moretto (2019), é necessário que o analista esteja sensível à diferença entre sofrimento e sintoma quando se trabalha em hospitais ou instituições de saúde, pois é com o corpo que o sujeito apresenta seu sofrimento, pela via dos sintomas e que são apresentados ao médico. Portanto, ao médico cabe tratar os sintomas com o aparato tecnológico oferecido pela ciência, mas que não é o suficiente para tratar o sofrimento, uma vez que sintoma e sofrimento não se equivalem (Ibid.). Segundo a psicanalista, cabe ao analista dar lugar para a subjetividade, quando oferece um espaço de fala para o sujeito em sofrimento, uma vez que a noção de cuidado, em psicanálise, ultrapassa a dimensão “sinto-mal” (Moretto, 2019; Quinet, 1991). Neste sentido, o sofrimento decorrente do adoecimento, seja orgânico ou não, que se apresenta no contexto hospitalar necessita ser escutado e, pela via da transferência, como motor da função do analista, fazer falar o sujeito através de seu corpo com suas marcas, dores e sintomas.

A experiência do adoecimento é vivenciada como uma contingência, um corte, um acontecimento na vida do sujeito. Essa irrupção do Real diante do adoecimento e da internação provoca um sentimento de estranhamento com seu próprio corpo, que se relaciona com o que Freud (1917-1919) chama de *umheimliche*. Essa palavra-conceito, traduzida no Brasil recentemente como “infamiliar”, é definida como “algo que, por um lado, reconhecemos como íntimo e já conhecido, mas, por outro lado, percebemos como desconhecido, como estranho e inquietante, como esquecido e oculto, de e em nós mesmos” (Ianini & Tavares, 2019).

Esse estranhamento com o próprio corpo diante do adoecimento aponta para a imagem corporal construída durante a vida e, neste momento, necessita de uma reorganização para lidar com esse “novo” que se apresenta. Diante desse novo, o “infamiliar” pode se manifestar, uma vez que vem à tona algo desconhecido e oculto, mas que por ser também íntimo, provoca uma

inquietação diante da doença que se apresenta no real do corpo. Esse ponto de real revela-se como algo assustador e, muitas vezes, como uma vivência traumática, causando sofrimento e que precisa ser ressignificada para que o sujeito possa se reorganizar subjetivamente para lidar com seu adoecimento.

Nesta perspectiva, Dunker (2016) desenvolve a noção de sofrimento a partir de um adoecimento orgânico e seus efeitos psíquicos. Ele aponta sobre o trabalho do psicanalista no hospital, que se ocupa não apenas das interveniências e incidências dos sintomas que antecedem o adoecimento, mas principalmente de efeitos da situação hospitalar como uma experiência de sofrimento.

Segundo o autor, a hospitalização e tratamentos prolongados e os cuidados com a saúde tomam parte do narcisismo, fazendo com que os sintomas, inibições e angústia causam mais ou menos sofrimento. Segundo Dunker:

Adoecer é sempre um abalo narcísico, contudo sob certas circunstâncias, que dizem respeito à fantasia inconsciente, esse abalo interfere na economia de gozo do sujeito, desencadeando novos sintomas ou fazendo com que antigos sintomas sejam vividos com mais sofrimento. (Dunker, 2016, p. 66)

O autor chama a atenção para o que Freud trabalha na introdução do narcisismo, no que se refere ao “adoecimento orgânico”. Segundo ele, são três condições do mal-estar que convergem para a produção da doença, descritas por Freud: a debilidade de nossos corpos, a insuficiência de nossas leis e o caráter inexorável de pertencer ao mundo. Essas condições de mal-estar convergem, então, para a produção do adoecimento orgânico como paradigma do sofrimento (Ibid.).

Segundo o psicanalista, mesmo quando uma pessoa passa por internação hospitalar para realização de exames e nenhuma doença é detectada, ela é tratada como doente e isso não deixa de provocar efeitos subjetivos. Para ele, o adoecimento é, antes de tudo, uma experiência de saber. Um saber composto pela experiência corporal e pelos signos de mal-estar que constituem esse saber como indeterminado diante de uma verdade por vir (Ibid.).

Desse modo, a vivência do adoecimento e internação passa de uma experiência indeterminada de saber para uma experiência determinada de sofrimento. O produto final das sequelas, traumas, inibições e angústias, que se carrega ao fim do adoecimento, constitui um saber. Nossa experiência de adoecimento está profundamente determinada pelas experiências anteriores.

Dunker, (2016) então, propõe a noção de sofrimento para Lacan, que está ligado à questão do saber e verdade a partir da reconstrução de uma narrativa sobre a experiência do

adoecimento que traz a marca da verdade do sujeito. Sobre essa questão, o autor recorre ao texto lacaniano, do qual retira uma citação interessante a esse respeito:

Sejamos categóricos: não se trata, na anamnese psicanalítica, de realidade, mas de verdade, porque o efeito de uma fala plena é reordenar as contingências passadas dando-lhes o sentido das necessidades por vir, tais como as constitui a escassa liberdade pela qual o sujeito as faz presentes. (Lacan, 1953)

Lacan (Ibid.) aponta no texto que, para Freud, todas as ressubjetivações do acontecimento lhe parecem necessárias para explicar seus efeitos a cada volta em que o sujeito se reestrutura, isto é, tantas reestruturações do acontecimento quanto se operem, se exprimem, a posteriori (Ibid., p. 253).

Dunker (2016) conclui que o adoecimento é o paradigma do sofrimento e, como tal, o sofrimento é uma experiência de saber, irreduzível à dor ou às suas formas de objetivação. Essa experiência de saber é coordenada pelas vicissitudes do narcisismo, desdobradas na relação de reconhecimento no real, no simbólico e no imaginário (Ibid.).

Portanto, esse saber pode ser pensado como um reconhecimento do próprio corpo a partir da experiência de adoecimento. Essa tese do autor coaduna com os estudos de Freud, quando este afirma que a dor desempenha papel importante nesse processo de (re)conhecimento do próprio corpo. Freud traz essa afirmação em “O Ego e o Id” (1923-1925), quando aponta que “o eu é antes de tudo um eu corporal” e escreve que:

A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos no mundo da percepção. Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia de nosso corpo. (Freud, 1923-1925)

Essa afirmação aponta para a dor como um sinal que indica a presença do corpo para o eu. Ela é vista como algo que representa o corpo para o eu. Desse modo, depreende-se a dor como um sinal, um índice, um signo não verbal que estaria inscrito no registro da sensorialidade, mas também uma via de apropriação do corpo. No entanto, o órgão dolorido oferece o conhecimento de partes do corpo e não da sua imagem unificada (Fortes, 2013).

Essa ideia do órgão dolorido assinala o que Freud desenvolve sobre as “zonas erógenas”, em que partes do corpo ficam libidinizadas e através delas tem-se a noção do corpo erógeno, porém, sem a ideia de uma totalidade. Fortes (2013) chama a atenção aqui quanto a possibilidade de a dor conduzir ao sentimento de propriedade do corpo através dos órgãos doloridos, mas sem necessariamente promover o sentimento de unidade corporal.

O “corpo erógeno” vai se constituindo a partir dessas zonas do corpo que estão ligadas à satisfação das necessidades do bebê, que adquirem valor erótico, que localizam e condensam as experiências de prazer-desprazer marcadas pelo outro cuidador (Fingermann, 2021).

Sobre esse ponto, Soler (2019) destaca uma expressão interessante, “a saúde é o silêncio dos órgãos”, em que ela assinala que no bem-estar do corpo não é possível sentir o corpo no interior, e que esse silêncio, o discurso oferece sem que se perceba. A autora demarca com essa afirmação o que Freud e Lacan definem sobre o princípio de prazer, no qual existe a tendência do organismo de manter, mais baixo possível, o nível de excitação ou homeostase.

Desse modo, Freud (1895) aponta a experiência da dor como o mais imperativo de todos os processos, que desestabiliza e gera tensão. Segundo ele, toda a excitação sensorial tende a se transformar em dor, interpretado por ele sem hesitação, como uma “falha” do dispositivo, depreendendo-se que a dor passa por todas as vias de descarga.

Ele aponta que a dor produz no sistema psi um aumento excessivo de estímulos, que é sentido como desprazer e com uma propensão à descarga, que pode ser modificada em determinados sentidos e que uma facilitação entre esta última e uma imagem mnêmica do objeto é que provoca a dor. Ele complementa de que não há dúvida que a dor possui uma qualidade especial que se faz sentir junto com o desprazer, provocando sofrimento para o sujeito.

Para Anzieu (1988), uma dor intensa e durável desorganiza o aparelho psíquico, ameaça a integração do psiquismo no corpo, afeta a capacidade de desejar e a atividade de pensar. A dor pode se manifestar como um excesso não introjetado pelo aparelho psíquico.

Essa discussão sobre a dor constitui fator importante para esse estudo, uma vez que o principal sintoma do infarto é a dor no peito. O paciente que chega ao hospital com dor no peito é imediatamente atendido, em caráter de urgência, e existe um protocolo de atendimento médico para esses casos, sendo medicado e internado na UCO para monitoramento e realização de exames que comprovem ou não a obstrução das coronárias. Como já descrito ao longo desta dissertação, existem casos em que existe a lesão e os que não apresentam causas orgânicas.

Mas como aponta Dunker (2011), indiferente do resultado de exames, a experiência do adoecimento desorganiza e causa sofrimento. Desse modo, a experiência da dor provoca sentimentos de angústia e ansiedade frente ao tratamento e internação hospitalar. O processo de adoecimento tornou-se, ele mesmo, digno de ser escutado em qualquer circunstância (Ibid.).

Importante destacar que a vivência da dor pode trazer à tona “imagens mnêmicas” de algo ou alguma situação de vida que o sujeito associa neste momento de irrupção do real da doença. Muitas vezes apresenta relatos de perdas que podem ser vivenciadas como traumáticas,

em momentos precoces de sua vida, que deixaram marcas e que diante da dor no peito, ressurgem com grande intensidade em seu discurso.

Muitos pacientes, ao relatarem essas experiências ao analista, de certa forma, endereçam a este uma questão que se apresenta como enigma para o sujeito em sofrimento no hospital. Esse endereçamento aponta para uma relação transferencial estabelecida neste momento de urgência subjetiva, mas também para uma busca de sentido para o que lhe acomete nesta vivência de adoecimento e internação.

Na tentativa de reconectar-se à cadeia simbólica rompida pelo real da doença e internação, o sujeito traz em seu discurso significantes e essas experiências vivenciadas como enigma a ser decifrado, como um questionamento: por que comigo? O que vou fazer agora? Neste momento, o analista trabalha no sentido de viabilizar essa reorganização subjetiva diante do adoecimento.

Por outro lado, muitos pacientes ao falarem sobre essa vivência de adoecimento não fazem esse endereçamento e apresentam significantes ou expressões significantes soltas em seu discurso, que afetam o corpo do sujeito apontando para um traço de gozo, sem sentido, que se repete, fechando o “circuito” sem buscar uma decifração, como uma resposta fechada para seu adoecimento.

Os fragmentos seguintes trazem relatos sobre os dois tipos de casos que se apresentam na UCO. No primeiro caso, uma paciente traz o seguinte relato: “tive uma discussão com minha filha nesta semana que me chateou muito e ontem senti essa dor no peito e acho que foi infarto. Estou muito chateada com esta situação. Faço tudo que posso para ela, mas dessa vez ela me deixou muito triste”. Analista questiona: “como é fazer ‘tudo’ pelo outro? E por você, o que tem feito?” A paciente responde: “já trabalhei muito, já aposentei, mas não consigo dizer não para meus filhos. Mas agora preciso cuidar mais de mim”. Neste caso, os exames realizados não constatarem nenhuma justificativa para a dor no peito e durante o boletim, o médico comunica à paciente que este evento pode estar associado a questões emocionais.

Neste momento, o analista estava presente e a paciente logo responde: “mas eu senti a dor no peito sim, e foi muito forte. Senti aqui” - colocando a mão no peito. Após a saída do médico, a analista pede que a paciente fale sobre sua dor. Ela relata que há seis meses perdeu o marido e há três, o irmão. Há três meses teve um infarto e fez angioplastia e agora sentiu a dor novamente, porém mais forte. Fala que essa vivência recente de perdas a afetou bastante, mas que agora precisa se cuidar mais e aprender a falar não para a filha.

No segundo fragmento, o paciente teve infarto com lesão nas coronárias e necessitava realizar a angioplastia. O analista recebe a demanda do médico para atender o paciente, pois o mesmo estava “muito ansioso” para a realização do procedimento.

Neste caso foram três atendimentos e no primeiro o paciente fala: “perdi minha esposa há um ano e desde então passei a sentir dores no peito, mas essa sempre melhorava. Desta vez, eu estava caminhando e senti a dor ainda mais forte e precisei procurar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e me encaminharam para este hospital. Tive um infarto e preciso fazer uma angioplastia e estou com muito medo. Sou muito ansioso”. O analista escuta, permitindo que ele fale de sua dor e angústia, orienta sobre o procedimento e combina atendimento para depois da realização deste.

No segundo atendimento, o paciente diz estar mais tranquilo e relata sobre a perda da mãe quando tinha três anos de idade, sendo ele e o irmão criado pelo pai e madrasta e depois foram morar com os tios. “Não me recordo exatamente da morte dela, mas ela me fez muita falta nestes anos e com a morte da minha esposa, parece que isso se reativou e só o tempo para curar essa dor”.

No terceiro atendimento, o paciente já se preparando para a alta da UCO, diz ao analista: “nunca falei essas coisas com ninguém, foi bom conversar com você. Percebi que preciso me cuidar mais, cuidar mais da minha saúde, parar definitivamente de fumar e seguir com a minha vida”. Encerra-se o atendimento.

Estes dois casos atendidos, apontam para os efeitos de vivências subjetivas que podem afetar o corpo. Quando não há lesão orgânica, essa questão da dor aponta de forma contundente para essa relação do corpo organismo com o corpo pulsional, em que algo irrompe do psiquismo e se manifesta no corpo sob a forma de dor no peito.

No segundo caso, em que há lesão nas coronárias, o relato da dor pode vir associado a vivências infantis, que o remetem a momentos pontuais como as vivências de perdas e as associarem ao seu adoecimento.

Nesse sentido, o sofrimento psíquico causado pelo adoecimento pode estar relacionado a vivências subjetivas pontuais da vida do sujeito e, assim, aponta para o modo como cada um, no um a um, se arranja com seu gozo e com seu desejo e de, como estes, afetam o corpo deixando marcas, traços que se repetem durante sua vida.

Ao falar sobre seu adoecimento, os pacientes na UCO apresentam significantes que podem apontar para o que da linguagem afeta o sujeito. A experiência do adoecimento pode ser vivenciada como um acontecimento que traz a marca de algo que escapa, fica de fora, uma vez

que a linguagem não diz tudo, ela é, também, não-toda linguagem e, de alguma forma isso retorna muitas vezes no real do corpo como sintomas e doenças.

O encontro com o real da doença no corpo remete o sujeito, de certa forma, ao traumatismo do encontro com o que é impossível de nomear, de dizer. Ao falar sobre sua dor, o sujeito tenta fazer borda a esse real que se apresenta. A associação deste evento com vivências de perdas pode ser pensada como um retorno ao um ponto de traumático na vida do sujeito.

Desse modo, esses fragmentos apontam para o modo que cada um vivencia a experiência da dor, adoecimento e internação na UCO e os efeitos destes para o sujeito. O trabalho do analista neste contexto, portanto, se coloca como pontual ao possibilitar que o sujeito fale de suas angústias e medos diante da vivência do adoecimento.

3.3 O “ACONTECIMENTO DE CORPO” COMO UMA EXPERIÊNCIA DO INCONSCIENTE NA VIVÊNCIA DO ADOECIMENTO

O adoecimento pode ser, então, vivenciado como uma experiência de verdade, em que algo do inconsciente emerge e traz à tona vivências subjetivas que marcaram e se repetem na vivência de internação hospitalar. Ao promover um espaço para o sujeito falar sobre sua dor, sobre seus sintomas, este pode produzir efeitos que podem possibilitar uma reorganização subjetiva diante do sofrimento que lhe acomete. Estes efeitos podem, como disse Freud, promover um novo conhecimento do próprio corpo e, a partir desse ponto, reposicionar quanto aos seus cuidados com “isso” que lhe é próprio.

É neste ponto, portanto, que torna possível tecer uma articulação do que Lacan fala sobre o sujeito “ter um corpo, falar com seu corpo, ser falasser por natureza”. Apropriar-se do que se tem a partir da experiência do adoecimento pode promover mudanças subjetivas importantes e direcionar para o que ele expõe como “sintoma acontecimento de corpo”.

O acontecimento de corpo é da ordem da contingência, do encontro de lalíngua com o corpo, que produz um gozo que se repete, pela via do real, desse indizível, impossível de dizer. Nessa perspectiva, a irrupção do Real promovido pela doença e pela possibilidade de morte, provoca um desarranjo subjetivo na relação do sujeito com o próprio corpo, se caracterizando como uma contingência.

Desse modo, a experiência da dor no peito se apresenta como insuportável, como um acontecimento pela via do corpo, que marca um antes e um depois, que no discurso do sujeito se manifesta como angústia e ansiedade diante a vivência.

Ao falar a partir do seu corpo adoecido, o sujeito apresenta suas marcas e traços que a língua deixou neste. O adoecimento se torna, portanto, um acontecimento pontual que pode revelar algo da subjetividade que ali se constituiu. Nesse sentido, a relação do adoecimento no corpo com o “sintoma acontecimento de corpo” só pode ser afirmada a partir da fala do paciente, dos significantes que este traz ao dizer sobre sua doença. E o mais importante, como a palavra e os significantes tocam o corpo do sujeito. De que forma e de que lugar o sujeito fala sobre sua dor.

Em alguns casos, o sujeito fala de sintomas que se manifestam no corpo e se repetem durante a vida, sem nenhuma resposta orgânica, chegando muitas vezes a uma internação na UCO. Nestes casos, em especial, a escuta do sujeito que fala com seu corpo permite ao analista localizar pontos de gozo, de real, sem sentido para o sujeito e que apontam para algo da linguagem afetando o corpo.

A partir da definição do “acontecimento de corpo” como acontecimento de discurso, esses casos podem revelar como o sujeito se insere no discurso transmitido e como os significantes afetam seu corpo. A “dor no peito”, “abafamento”, “pressão alta”, “coração disparado”, “tive uma arritmia”, “coração acelerado”, “isso é problema de família”, “sou de família de cardíacos”, “a família toda tem problema de coração”, “muito ansioso”, estes, como outros significantes presentes no discurso do sujeito, podem apontar o que da linguagem ressoa no corpo. A palavra afetando o corpo deixando traços.

Como já mencionado ao longo deste estudo, o encontro do significante com o corpo, na constituição subjetiva, pode deixar traços no corpo, produzir gozo e fazer sintoma. Os sintomas manifestados no corpo podem se apresentar como um acontecimento de corpo, assim como pode ser uma resposta orgânica ou mesmo um sintoma metáfora. A partir dos fragmentos apresentados, é possível perceber as associações com história de vida, com conflitos familiares, vivências de perdas e que remetem, muitas vezes, a vivências da mais tenra infância e que, de certa forma, marcaram a vida e deixaram traços no corpo do sujeito.

Por estar inserido na linguagem e, portanto, ser efeito de significante, o sujeito ao falar com seu corpo pode dizer sobre sua verdade e d’isso que ressoa sob a forma de sintomas. O corpo como uma superfície de inscrição da pulsão se torna lugar onde “se inscrevem as letras, o que se deposita da linguagem e da língua, deixando marcas que nem sempre são dialetizáveis, mas que nem por isso deixam de secretar, incomodar, arder, coçar” (Alberti, 2011) e doer. Como escreve o autor em seu texto “Psicanálise e corpo, em pesquisa”:

O sujeito da psicanálise é o sujeito da fala, é nessa fala ele se presentifica; é nessa fala que adquire forma e vida; ele é isso. E o que ele fala, seja quanto ao

corpo ou quanto a outra coisa qualquer, implica por um lado o que ele fala – os significantes e as associações significantes que compõem sua fala – e, por outro lado, o efeito dessa fala, o que se deposita dela no corpo, o que se produz a partir dela. (Alberti, 2011, p. 11)

Neste texto, a autora aponta sobre a relação do dentro e fora, do interno e externo, do traço e das marcas deixadas pela linguagem no corpo que ela situa como litoral para o sujeito que fala. Essa fala tem efeitos e produz gozo, pois o significante não consegue tudo dizer. Neste sentido ela escreve:

Toda fala é produtiva, e o que ela produz, como todo discurso, ela é gozo. Há um litoral, justamente, entre o que o sujeito fala, os significantes com os quais diz, o saber de que são feitos e que eles constituem e, de outro lado, o gozo, o que não dá para falar, impossível mesmo de dizer. Porque significante e gozo são dois estofos que entre si fazem litoral, e ambos se distinguem justamente porque são concomitantes. Ao falar do corpo, há sempre carne que fica de fora. (Alberti, 2011, p. 11)

Portanto, esse gozo fora do corpo não é senão o da pulsão, como afirma Lacan. Ele acentua duas vertentes da pulsão – significante e de gozo, em que este último não existe sem o corte significante, pois é correlato à demanda do Outro (Soler, 2019).

Como aponta Moretto (2006), o conceito de corpo na teoria freudiana está intimamente ligado aos conceitos de eu, de identificação e de narcisismo e, portanto, só podendo entender este conceito em psicanálise tomando como chave a alteridade. Portanto, não há corpo sem o Outro, assim como não há eu sem o Outro, como ressaltou Freud (1923-1925) quando escreveu que há uma relação entre o eu e o corpo, em que o ego é, antes de tudo, corporal.

Pensar a relação do adoecimento com o “acontecimento de corpo” aponta para o que da língua afeta e traça o corpo e pode ou não provocar sintomas corporais, com ou sem lesões, mas que diante da fala do paciente, algo fica fora, comporta um furo, constituindo um modo de gozo que é próprio do sujeito. O “acontecimento de corpo” refere-se a um momento de constituição subjetiva antes da entrada do sujeito na linguagem, como já descrito, que Lacan chama de lalíngua. Sobre esse aspecto, lalíngua diz respeito à língua materna e como chuva de significantes recebido pelo sujeito do grupo familiar, pode-se relacionar, por exemplo, aos casos atendidos de pacientes que não apresentam a lesão que justifique o infarto e que trazem relatos de sua história de vida, dinâmica familiar e vivência de conflitos subjetivos.

Estes casos chamam a atenção pelas associações que realizam a partir da dor do peito e vivência de adoecimento. Os significantes e associações significantes trazidos por estes, muitas vezes, apontam para a transmissão do discurso familiar, como trouxeram dois pacientes.

O primeiro relata o seguinte:

Estava jogando futebol e senti um mal-estar no peito e no braço, fui para casa. Mais tarde começou uma dor no peito muito forte no peito e fui no Pronto Socorro (PS) e, imediatamente fui atendido e me disseram que era infarto. Me encaminharam para este hospital e depois de fazer o cateterismo, viram que não tinha nenhuma “veia entupida”.

A analista pergunta então, como é para ele este resultado e a internação e ele responde: “isso é de família, meu pai morreu de infarto, meu avô morreu de infarto. E ele continua: não fumo, não bebo, faço atividade física regularmente e tenho boa alimentação. Deve ser hereditário mesmo”.

Outra paciente fala em um atendimento: “estava dormindo e acordei de madrugada com uma dor muito forte no peito. Me trouxeram para este hospital e fiz cateterismo, mas não deu nada. Não tive infarto, deu negativo”. A analista questiona: “deu negativo?” E ela responde: “sim, isso é de família, a família toda tem problema de coração, minha avó materna e um irmão também”. A analista pergunta: “como é isso para você, sentir essas dores e estar aqui na UCO?” A paciente responde: “foi um susto, não esperava, já sentia umas pontadas, mas nunca doeu desta forma. Achei que ia morrer. Mas agora é cuidar, pois tenho tendência por causa da família. Vou fazer as mudanças necessárias que o médico me disse”.

Estes fragmentos, assim como em outros casos atendidos pela analista, apresentam em comum o fato de não ter a lesão e o fator “hereditariedade” ou “isso é de família”, como significantes que os pacientes associam para justificarem a dor no peito. O que se percebe destes casos, que o “isso é de família” pode estar relacionado ao discurso transmitido pelo grupo familiar e que, de certa forma, afeta e traça o corpo do sujeito, fazendo desse modo sintoma no corpo.

Portanto, como já descrito, lalíngua é aquilo que da língua materna o sujeito recebe como material sonoro, ambíguo, equívoco, repleto de mal-entendidos, com diversos sentidos e, ao mesmo tempo, sem sentido. É o depósito, a petrificação deixada como marca da experiência inconsciente por parte de um grupo (Quinet, 2017).

“Isso é de família” traz algo da verdade do sujeito, algo que se transmitiu através da linguagem, que pode comportar um fator hereditário, mas que ao escutar, o analista pode provocar, pela sua função e lugar de fala que oferece no hospital, que o sujeito, no um a um, possa fazer algo com “isso” que é de família, um saber-fazer com o sintoma familiar. A escuta analítica neste contexto pode favorecer que o sujeito faça do seu adoecimento, uma experiência singular.

Moretto (2019) propõe em seu texto “Adoecimento: do acontecimento de corpo à experiência singular” uma articulação interessante entre adoecimento e acontecimento de

corpo, que contribui de forma bastante contundente para a clínica psicanalítica no hospital. Segundo a psicanalista, o adoecimento é um acontecimento que pode produzir uma série de consequências, que exige um trabalho psíquico importante de enfrentamento e elaboração de lutos, que podem ser dificultadores para o que é necessário lutar no momento.

Ela propõe uma diferenciação entre as noções de acontecimento e experiência neste contexto. O acontecimento se refere ao fato, o adoecimento propriamente dito. A experiência seria, portanto, a dimensão subjetiva do fato. A autora define acontecimento da seguinte forma:

O adoecimento é, portanto, um acontecimento de corpo (e não apenas do organismo), que por ser disruptivo, exige um esforço psíquico extraordinário por parte do paciente, no sentido de “acomodá-lo” em sua vida psíquica, transformando-o em experiência singular. (Moretto, 2019, p. 58)

Neste sentido, a Medicina se ocupa da doença, ou seja, do fato em si, enquanto o analista, guiado pela proposição teórica que considera o corpo como suporte da singularidade no campo da alteridade, trabalha com a experiência. Ela, então, propõe a direção do tratamento no seguinte sentido: do acontecimento à experiência. (Idem, 2019)

A presença do psicanalista, portanto, proporciona essa passagem, pois ao escutar o paciente, possibilita o caminho para a subjetivação do acontecimento como experiência e a produção de um saber singular. A irrupção do Real evoca no paciente a constatação de que se tem um corpo, mas que esse corpo, é ao mesmo tempo estranho e por meio do adoecimento, apresenta sua finitude e precariedade da vida. (Idem, 2019, pag. 61)

Para a autora, a partir da escuta sobre o que representa esse adoecimento para o sujeito, torna possível, portanto, a construção de uma nova narrativa, por parte do sujeito, acerca de sua vivência de internação e da relação com seu corpo. “Ele sai do lugar de objeto que compõe a cena de um acontecimento para uma posição subjetiva de sujeito de uma experiência, tornando-a uma experiência de vida” (Idem, 2019)

Para os pacientes que sofreram infarto, que necessitam ou não realizar procedimentos cardiológicos, a experiência do adoecimento e internação caracteriza-se como um momento pontual em suas vidas já que os coloca diante da possibilidade de morte. Essa vivência convoca o sujeito a se reorganizar subjetivamente, principalmente, diante das possíveis mudanças nos hábitos de vida que são orientados a realizar após alta hospitalar.

Desse modo, a presença do analista na UCO se coloca como pontual para a escuta do sujeito com seu corpo adoecido. Ao oferecer esse espaço de fala, o analista trabalha com o que escapa e faz emergir o sujeito do inconsciente com seu desejo. Nesse sentido, o trabalho subjetivo a partir deste adoecimento possibilita ao sujeito um rearranjo no modo de lidar com

seu corpo, um saber-fazer com este novo que surge, constituindo assim uma experiência singular.

MOMENTO DE CONCLUIR

A partir do presente estudo, considera-se importante tecer algumas considerações acerca da presença do analista no hospital e na cardiologia, do processo de adoecimento – infarto e seus sintomas – e a relação deste com o “acontecimento de corpo”.

A clínica psicanalítica no hospital coloca muitos desafios aos analistas, pois se trata de oferecer um espaço de abertura para a subjetividade e o sofrimento psíquico decorrente da doença em um ambiente onde predomina o discurso médico.

Nesse cenário, tanto o médico quanto o psicanalista estão diante de um sujeito que se apresenta com sintomas no real do corpo. O médico trata a doença, o organismo, e o psicanalista escuta o sujeito que fala com seu corpo e o que desta doença escapa e resta, causando mal-estar e dor.

A presença do analista na UCO possibilita, então, a abertura de um espaço em que o sujeito possa falar sobre sua dor no peito e seus sintomas. Através deles, pode dizer sobre sua história de vida e adoecimento. Ao se deparar com o possível diagnóstico de “infarto” e internação hospitalar, o sujeito se vê diante do real da doença e da possibilidade de morte, provocando um estado de “urgência subjetiva”, em que o instante de ver e o momento de concluir, se confundem.

Neste contexto, estamos diante da “clínica da urgência”, “clínica do limite”, no qual o sujeito se depara com sua finitude, gerando angústia e sofrimento diante desse real impossível de nomear, de dizer. Com sua presença, o analista possibilita a abertura de um espaço de fala, em que privilegia o tempo subjetivo e, desse modo, favorece que o “tempo de compreender” se estabeleça, onde o sujeito possa se reorganizar subjetivamente diante de seu adoecimento e tratamento.

No hospital, “a centralidade do corpo” como lugar de manifestação do sofrimento se destaca, uma vez que é com seu corpo adoecido que o sujeito se apresenta. Sobre este aspecto, o estudo sobre o corpo na psicanálise revela o que da língua ressoa no corpo, que por estar inserido na linguagem, o sujeito é efeito de significantes, e ao falar sobre sua dor no peito e sintomas associados, revela algo de sua verdade.

Essa verdade está relacionada com a constituição subjetiva que tem o corpo como sustentação da subjetividade em sua vertente imaginária, simbólica e real. O inconsciente se constitui apoiado nas experiências corporais – a fonte da pulsão – e na linguagem transmitida pelo Outro, que recobre o corpo com fantasias e palavras, deixando marcas e produzindo sintomas.

Em outra vertente, o “acontecimento de corpo”, como proposto por Lacan, aponta para o encontro do significante com o corpo, como um acontecimento inaugural na constituição subjetiva, que produz um gozo opaco e sem sentido, que repete, reitera, traça o corpo e faz sintoma. Como “acontecimento de discurso”, que traça e marca o corpo, muitos significantes presentes na fala do sujeito podem revelar a relação do adoecimento com o choque traumático de lalíngua com o corpo, que produz sintoma, se repete e, muitas vezes, pode levar o sujeito ao hospital.

Na UCO, a dor no peito se apresenta como principal sintoma e a partir dela o sujeito coloca em palavras o que desta experiência revela sobre sua verdade. Neste sentido, os fragmentos de casos foram um importante auxílio neste estudo, já que revelaram o que da língua afeta o corpo produzindo sintomas, a partir dos significantes que os pacientes apresentaram em seu discurso.

As associações do adoecimento com vivências subjetivas apontam para a relação de experiências em momentos precoces de sua vida e de situações de perdas, que podem afetar o corpo, que se apresenta como sintomas e, muitas vezes, se repetem na vida do sujeito. Desse modo, essas vivências podem estar articuladas ao “acontecimento de corpo”, que se caracteriza pelo encontro do significante com o corpo nos primeiros anos de vida e isso somente pode ser revelado no um a um, no caso a caso.

Esse estudo aponta, portanto, que essa experiência do adoecimento desorganiza o que até então foi constituído e se caracteriza como um acontecimento que marca um antes e um depois na vida do sujeito, que necessita lidar com esse “novo” corpo que se apresenta diante desta vivência da doença.

A irrupção do real decorrente da doença causa angústia diante desse novo, e a presença e escuta do analista convoca o sujeito ao trabalho subjetivo, estabelecendo o tempo de compreender, quando o sujeito coloca em palavras o que a vivência do adoecimento pode revelar sobre seu desejo.

Desse modo, esse estudo revela que a vivência do adoecimento no corpo como um acontecimento pode se tornar uma experiência singular na vida do sujeito, uma vez que, ao falar sobre sua doença, algo de sua verdade emerge, fazendo deste momento de dor e sofrimento uma experiência de saber-fazer com o próprio corpo.

Esse saber-fazer se coloca como ponto importante, uma vez que possibilita uma rearticulação significativa, que pode promover uma nova narrativa acerca da vivência do adoecimento e da relação do sujeito com seu corpo.

Essa experiência de saber implica, portanto, em um reposicionamento subjetivo para lidar com seu tratamento, com esse novo que se apresenta a partir da vivência de adoecimento, uma vez que os pacientes que tem o infarto, e necessitam realizar um procedimento cardiológico, são orientados a fazer as mudanças nos hábitos de vida e isso requer um trabalho subjetivo importante, uma vez que são modos próprios de fazer laço com o outro.

A partir da escuta da analista na cardiologia, especificamente na UCO, pode-se perceber a importância desta presença no atendimento dos pacientes que chegam na unidade com sintomas de infarto. Esse encontro pode trazer à tona questões subjetivas importantes relacionadas ao adoecimento que revelam o que esta doença diz sobre o sujeito, possibilitando uma implicação subjetiva diante de seu tratamento e recuperação.

O estudo do “acontecimento de corpo” e sua relação com o adoecimento revela que este pode ser umas das manifestações subjetivas possíveis a ser levada em consideração para se entender o que a doença revela sobre o sujeito que se apresenta com seu corpo.

A experiência clínica neste contexto revelou a importância da escuta do sujeito que fala com seu corpo para além da dimensão física dos sintomas apresentados. O estudo da experiência da dor revelou o quanto a psicanálise pode contribuir no atendimento de pacientes que chegam com infarto, bem como de dores localizadas em outros órgãos nas demais clínicas. Neste sentido, esta pesquisa abre possibilidades de novos estudos a partir destes pontos destacados sobre a relação da dor com aspectos subjetivos na vivência de adoecimento.

Nesta perspectiva, a psicanálise pode contribuir de forma significativa no trabalho com pacientes na cardiologia, uma vez que coloca em destaque os aspectos subjetivos envolvidos no processo de adoecimento, tratamento e recuperação, bem como suporte psicológico na vivência de hospitalização.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. (2011). Psicanálise e corpo, em pesquisa. In: H. H. A. Ramirez, T. C. Assadi, & C. I. L. Dunker (Orgs.), *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. 1ª ed. São Paulo: Annablume.
- Anzieu, D. (1988). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bassols, M. (2008). Prefácio. In: J.-A. Miller, *Efeitos terapêuticos rápidos: conversação clínica com Jacques-Allain Miller em Barcelona*. 1ª ed. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Birman, J., Fortes, I., & Perelson, S. (Orgs.) (2011). *Um novo lance de dados - Psicanálise e Medicina na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Casté, H., Guilana, E. M. (2008). In: J.-A. Miller, *Efeitos terapêuticos rápidos em Psicanálise: conversação clínica com Jacques-Allain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Coppus, A. N. S., Netto, M. V. R. F. (2016). A inserção do analista em uma Unidade de Tratamento Intensivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1):88-100. Recuperado em <https://doi.org/10.1590/1982-3703000322012>
- Dicionário Michaelis. (2021). *Acontecimento*. Recuperado de <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=acontecimento>.
- Diniz, M. (2011). O método clínico e sua utilização na pesquisa. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(120):9-21. Recuperado em <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13029>
- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2016). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. In: M. Kamers, H. H. Macron, & M. L. T. Moretto (Org.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. 1ª ed. São Paulo: Escuta.
- Fingermann, D. T. (2021). O que é um corpo? Como responde a psicanálise. In: D. Teperman, T. Garrafa, & V. Iaconelli, Vera (Org.), *Corpo*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autentica.
- Fortes, M. I. (2013). A dor como sinal da presença do corpo. *Tempo Psicanalítico*, 45(2):287-301.
- Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Frediani, M. S. (2014). Acontecimento de corpo. In: O. Machado, & V. L. A. Ribeiro (Org.), *Um real para o século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum.

Freud, S. (1895b). Projeto para uma psicologia científica. In.: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago, 1966. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I).

Freud, S. (1910). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In.: Cinco lições de psicanálise, Leonardo Da Vinci e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XI).

Freud, S. (1913). Sobre A Psicanálise. In.: O caso de Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII).

Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In.: A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV)

Freud, S. As pulsões e suas vicissitudes. (1915a). In: S. Freud, *A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV).

Freud, S. O inconsciente. (1915b). In: S. Freud, *A história do movimento psicanalítico. Artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV).

Freud, S. (1916-1917a). O sentido dos sintomas - Conferência XVII. In.: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI).

Freud, S. (1916-1917b). O estado neurótico comum – Conferência XXIV. In.: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI).

Freud, S. (1917-1919). O estranho. In: Uma neurose infantil e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII).

Freud, S. Além do princípio de prazer (1920) In.: Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII).

Freud, S. (1925). O ego e o id. In.: O ego e o id, uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX).

Freud, S. (1926). Inibições, sintomas e Angústia. In.: Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e Angústia, A questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX).

Groddeck, G. (2011). *Estudos psicanalíticos sobre psicossomática*. São Paulo: Perspectiva.

Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo: parte I*. 15ª ed. São Paulo: Editora Vozes.

Ianini, G., Tavares, P. H. (2019). Freud e o infamiliar. In: G. Ianini, & P. H. Tavares (Org.), *O infamiliar Das unheimliche*. Belo Horizonte: Autentica.

Lacan, J. (1932). *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 1987.

Lacan, J. (1945). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996.

Lacan, J. (1949). Estádio do espelho na formação do Eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

Lacan, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.

Lacan, J. (1954). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1985.

Lacan, J. (1955). Freud, Hegel e a máquina. In: J. Lacan, *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

Lacan, J. (1964). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1985.

Lacan, J. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32:8-14. 2001.

Lacan, J. (1972-1973a). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais na Psicanálise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1985.

Lacan, J. (1972-1973b). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

Lacan, J. (1974). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

Lacan, J. (1975). Joyce, o sintoma. In: J. Lacan, *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.

Lacan, J. (1975/1976). *O seminário, livro 23: o Sinthoma*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2007.

Lacan, J. (1977). *O seminário 25 - o momento de concluir*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2007.

Laurent, E. (2012). Falar com seu sintoma falar com seu corpo. *ENAPOL*. Recuperado em http://www.enapol.com/pt/template.php?file=Argumento/Hablar-con-elpropio-Sintoma_Eric-Laurent.html

- Lindenmeyer, C. (2012). Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? *Tempo Psicanalítico*, 44(2):341-359. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200006.4
- Machado, O. (2003). O sintoma freudiano e o gozo. *Cadernos de Psicanálise*, 19(22):157-178. Recuperado em <https://www.worldcat.org/title/sintoma-freudiano-e-o-gozo/oclc/70034565>
- Miller, J.-A. (2004). Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana*, 41:7-67.
- Miller, J.-A. (2009). *Perspectivas do Seminário de Lacan: O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J.-A. (2013). Falar com seu corpo. *Opção Lacaniana*, 66:11-17.
- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Moretto, M. L. T. (2008). *O que pode o analista no hospital?* São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T., Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, 46:287-298.
- Moretto, M. L. T. (2019). *A abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. 1ª ed. São Paulo: Zagodoni.
- Moura, M. D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: M. D. Moura, *Psicanálise e hospital*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter. pp. 3-15.
- Moura, M. D. (2016). Um lugar para o sujeito a partir de diferentes práticas discursivas. In: M. L. T. Moretto, M. Kamers, & H. H. Marcon (Orgs.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Editora Escuta.
- Organização das Nações Unidas (ONU) . (2020). OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 10 dez. 2020. Recuperado em <https://brasil.un.org/pt-br/104646-oms-revela-principais-causas-de-morte-e-incapacidade-em-todo-o-mundo-entre-2000-e-2019>.
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2017). Corpo e linguagem. *Estudos da Língua(gem)*, 15(1):77-88. Recuperado em <https://doi.org/10.22481/estudosalinguagem.v15i1.2418>
- Rosa, M. (2019). *“Por onde andarão as histéricas de outrora?”: um estudo lacaniano sobre as histerias*. 1ª ed. Belo Horizonte: edição da autora.

Sauret, M.-J. (2003). A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, 14(3):89-104. Recuperado em <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000300009>

Soler, C. (2019). *O em-corpo do sujeito: seminário 2001-2002*. Salvador: Ágalma.

Santiago, J. (2019). Transferência e acontecimento de corpo: suposto-saber-ler de outra forma. *Curinga*, 47:47-60. Recuperado em <https://ebp.org.br/mg/2020/11/07/curinga-047/>

Vieira, M. A. (2019). O acontecimento do inconsciente. In: H. Caldas, V. Darriba, Vinicius (Org.), *Um século de metapsicologia: Freud e o seu legado conceitual*. Rio de Janeiro: Contra Capa.