



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Rodrigues Goulart Gomes, Daniela; Sousa Camargo Próchno, Caio César  
O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?  
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 3, julio-septiembre, 2015, pp. 780-791  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263644004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?

The ill person-body, the hospital and psychoanalysis: contemporary unfoldings?

## Daniela Rodrigues Goulart Gomes

Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde.  
Núcleo Interdisciplinar de Atenção à Saúde.  
Vitória da Conquista, BA, Brasil.  
E-mail: dddgoulart@yahoo.com.br

## Caio César Sousa Camargo Próchno

Universidade Federal de Uberlândia. Instituto de Psicologia.  
Núcleo de Psicologia da Intersubjetividade. Uberlândia, MG, Brasil.  
E-mail: c.prochno@uol.com.br

## Resumo

A reflexão histórica sobre o corpo-doente apresenta-se como tema central na consideração da subjetividade do sujeito frente ao adoecimento e à hospitalização nos dias atuais. O entrelaçamento entre corpo, cultura, história e sociedade é relevante na produção de sentidos sobre o sofrer, demandando, por sua vez, uma releitura do desamparo e do mal-estar frente ao adoecimento. A psicanálise, cada vez mais, tem sido chamada a responder demandas institucionais de sujeitos em sofrimento. Consequentemente, o objetivo do artigo é articular o corpo-doente, o hospital na atualidade e a escuta psicanalítica afim de contribuir com o fazer, o saber e o pensar psicanalíticos no hospital. O corpo é analisado aqui pelo seu vértice pulsional, encadeando-o com as representações do corpo adoecido e hospitalizado. A interpretação, como método operador, possibilitou essa releitura pela via do desejo. A escuta do sujeito do desejo revelou o adoecimento como sendo um enunciador da condição intrínseca do ser humano, da condição psíquica de incompletude e essencialmente faltante, campo frutífero à imersão do sujeito em condição de análise.

**Palavras-Chave:** Corpo; Hospital; Psicanálise; Escuta Psicanalítica.

## Correspondência

Daniela Rodrigues Goulart Gomes  
Rua Pastor Valdomiro de Oliveira, 64, Candeias.  
Vitória da Conquista, BA, Brasil. CEP 45028-742.

## Abstract

The historical reflection on the ill person-body is a central theme in the consideration of the subject's subjectivity regarding illness and hospitalization in current days. The intertwining among body, culture, history and society is relevant in the production of meanings about suffering, and demands, in turn, a reinterpretation of the helplessness and discomfort that are caused by an illness. The aim of this article is to articulate the ill person-body, the hospital in current times and psychoanalytic listening in order to contribute to psychoanalytic actions, knowledge and thinking in the hospital. The body is analyzed here from its driving dimension, which is linked with representations of the ill and hospitalized body. Interpretation, as an operating method, enabled this rereading through the path of desire. Listening to the desire's subject revealed that the process of becoming ill is an announcer of the intrinsic condition of the human being, the psychic condition of incompleteness, which is a fruitful field for the immersion of the subject in the analysis condition.

**Keywords:** Body; Hospital; Psychoanalysis; Psychoanalytic Listening.

## Introdução

A psicanálise, cada vez mais, tem sido chamada a responder demandas institucionais de sujeitos em sofrimento. Nesse sentido, o hospital surge como campo relevante de assistência e pesquisa sobre corporeidade e possíveis desdobramentos do corpo-doente na contemporaneidade. Entretanto, ao mesmo tempo que abre novas possibilidades, o campo hospitalar e a demanda sujeito-instituição também impõem desafios à prática e à teoria.

Considerando a importância do aprofundamento das discussões acerca desses desafios, o objetivo é articular o corpo-doente e sua condição pulsional, traçando interlocuções com enunciados de finitude e morte na atualidade (enunciados re-velados pelo processo de adoecimento), entrelaçando discussões teóricas e históricas relacionadas com o campo da saúde e da psicanálise como ciência humana.

Assim, as interlocuções serão articuladas neste trabalho se farão mediante análise do corpo-doente e suas representações, tomadas a partir de ressonâncias históricas, psíquicas e culturais.

Ademais, a consideração da corporeidade e suas repercussões emocionais são crescentemente discutidas em relevantes congressos e seminários internacionais e nacionais,<sup>1</sup> postando-se como importantes ferramentas para se pensar a experiência subjetiva contemporânea. Alicerçadas nos desafios impostos pela própria condição teórico-clínica da atenção ao sujeito em sofrimento nos hospitais, as discussões e reflexões sobre a psicanálise e o adoecimento tornaram pública a importância do aprofundamento das discussões acerca da multiplicidade de sentidos quando se trata dos processos de subjetivação, do corpo e da escuta psicanalítica.

O pensar e o produzir saberes sobre o corpo-doente, o hospital e a psicanálise surgiram em decorrência de uma década (compreendida entre os anos de 2004 a 2014) de atendimentos psicológicos realizados no Pronto-Socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

<sup>1</sup> IX Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e Fórum Internacional de Psicologia e Hospital, realizado em Belo Horizonte (Minas Gerais), em agosto de 2013; II Congresso Ibero-Americano de Psicologia da Saúde e III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde, realizado na Universidade do Algarve (Faro, Portugal), em julho de 2013.

(UFU).<sup>2</sup> Nesse intervalo, a temática investigada transformou-se em pesquisa científico-acadêmica em meados de 2008, resultando na dissertação de mestrado intitulada “O corpo psicanalítico no hospital”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFU. Na ocasião, realizamos a análise de recortes de dois casos atendidos no hospital, à luz do método de construção de casos em psicanálise.

Considera-se que: Enquanto estudo de caso, a pesquisa psicanalítica não se fecha em si e nas verdades em que se propõe construir; ao contrário, é construída para ser lida e discutida, afim de que sua presença no meio acadêmico possibilite a abertura de novas janelas ao saber humano interessado em debater os aspectos pesquisados (Silva, 2013, p. 43).

Propomos, agora, ampliar o campo de imersão do humano perante questões dantes apenas tangenciadas, reorganizando ressonâncias sobre o saber, o sentir e o fazer psicanalíticos frente às premissas sinalizadas pelo corpo doente e corpo fragmentado do sujeito hospitalizado, atualizando problemáticas paradoxais da própria condição do-ente e do indivíduo com o corpo são. Ambos – o doente e o ente – à mercê do imprevisível, das incertezas, do incognoscível em si, atravessados por forças pulsionais impetuosas, devires desconhecidos e por intensidades diversas, apresentando-nos a fragilidade, o sofrimento e o desamparo constituintes do ser humano.

Atualmente, a necessidade de controlar o corpo e as vicissitudes da vida, induzida pela cultura pós-moderna com convicções compartilhadas que ditam ideias imperativas e incitam a felicidade conseguida pelo corpo perfeito, vai delineando o sujeito institucionalizado, polarizando e despotencializando o saber sobre o humano, o saber sobre si mesmo. De um lado, o homem-tecnologia, capaz de tudo ver, tudo medir, tudo experimentar; e, do outro, o homem-paciente, que a tudo se submete, em tudo é experimentado, explorado, demandado e, ainda assim, no mesmo polo, o impaciente, que quase nada suporta, quase nada posterga, quase nada tolera. Polos opostos? Sobrepostos? Não sabemos, ainda...

Parece que, nesse sentido, o corpo é paradoxalmente o questionamento e a própria réplica, visto que emerge no cenário do adoecimento na contemporaneidade como elemento de resistência e de denúncia.

Como resistência, o corpo assume um lugar de não-dizer do sujeito, mesmo dizendo de si corporeamente adoecido e fragmentado, porque denuncia uma lógica de produção sobre o homem instituída não a partir do que ele pode ser (como um ser individualizado, criativo, específico, autonomamente em constituição), mas já determinado esteticamente pelo que tem de ser (por isso, lugar de não-dizer): magro, escultural e sadio – sempre. Alonso e Fucks (2005, p. 255) ressaltam essa lógica como uma “[...] tentativa de apagar o corpo inteiro, ilustrada pela figura clínica das anorexias atuais” – representação da cena psicopatológica da atualidade em contraposição aos sintomas “recortados” das conversões histéricas do final do século XIX.

Essa tentativa de apagamento surge ao homem pós-moderno como meta: transcender o inevitável – a morte, o envelhecimento, a doença. O desafio da finitude parece, nesse sentido, denunciar sua vulnerabilidade constituinte, principalmente frente ao que lhe é imperioso e fatídico: frente ao fim ou, ao menos, frente ao fim da ilusão de bastar-se. Segundo Fernandes (2006), as “[...] psicopatologias da contemporaneidade [...]” colocam em evidência “[...] o paradoxo do excesso e da falta numa cultura marcada pela busca da linearidade anestesiada dos ideais” (p. 53).

Adoecido não apenas organicamente, mas fragmentado pelo excesso de exigências e imposições reafirmadas e compartilhadas culturalmente, há uma busca incessante por um corpo para além do sadio. A busca é por um corpo que tange o mítico, o divino e o imortal, um corpo característico do jogo de transformações que essa realidade contemporânea apresenta, marcada acentuadamente pela troca de lugares, troca de corpos, troca de identidades, de tribos, de guetos e pela mobilidade pungente de representações dos tempos pós-modernos. Frente à hospitalização e ao encontro com a doença essa idealização mítica sofre grande abalo.

2 O Hospital de Clínicas da UFU é público, federal e universitário, primando pela assistência, ensino e pesquisa. Tem, hoje, 503 leitos ativos e atende toda a região do Triângulo Mineiro (MG). O Setor de Psicologia da Saúde e Escola Hospitalar existe desde 1997 e possui, atualmente, 15 psicólogas.

Pode-se ponderar, sobretudo, que “[...] a intrusão do novo tem o lado positivo de alterar as configurações produzindo novas cartografias pessoais, culturais; no entanto, quando as mudanças acontecem dentro de um ritmo vertiginoso, faz com que o *status* da verdade seja sempre provisório, produzindo insegurança e desamparo diante da efemeridade das coisas” (Esper; Neder, 2004, p. 2).

A ascensão de novos e múltiplos corpos (esquálidos, obesos, virtuais, plasticizados) sem sujeitos em processos de subjetivação oblitera o sujeito do discurso e aprisiona o homem na liberdade excessiva.

No livro “Os tempos hipermodernos” (2004), o filósofo francês Gilles Lipovetsky explicita esse aprisionamento do sujeito no excesso, caracterizado pelo hiperconsumo, pela hipermodernidade e pelo hipernarcisismo marcantes da atualidade, pois “[...] quanto mais o indivíduo é socialmente cambiante, mais surgem manifestações de esgotamentos e ‘panes’ subjetivas. Quanto mais ele quer viver intensa e livremente, mais se acumulam os sinais do peso de viver” (p. 84).

É a partir desse dito “peso de viver” figurado pela subversão do corpo, pelas falhas e abalos corpóreo-psíquicos, que a psicanálise é chamada a estar nas instituições que preconizam os cuidados com o corpo. E é apenas a partir desse aceite ao chamado que o analista pode escutar, auscultar o humano, dando ensejo a novos campos de subjetivação e considerando o caráter pulsional fundante-faltante do homem, possibilitando constantes construções e desconstruções sobre si mesmo.

Há, então, um corpo-doente que enuncia-umador para além do corpo biológico, mas advindo também dele? Se supomos que sim, frente a este corpo-doente enunciador e frente a um estatuto de desamparo como enunciação a ser endereçada, há, pois, um endereçamento. Endereçamento de escuta, demanda de análise.

Havendo uma demanda - que parte do corpo - ouvimo-la, visto que:

O pressuposto para a existência do sujeito do inconsciente é, ao contrário, a oferta da escuta analítica que prepara a inclusão do analista no próprio conceito de inconsciente, enquanto constitui dele

o endereçamento. A problemática do tratamento preliminar<sup>3</sup> no processo do tratamento analítico procede, de um ponto de vista geral, da realização desta inclusão (Recalcati, 2004, p. 3).

Sobre o corpo-doente, sabemos que o processo de adoecimento e hospitalização implicam uma desestruturação emocional do sujeito, abrindo-lhe fendas psíquicas que se revelam nos dizeres e nos fazeres dentro da instituição e que se faz muito relevante a reflexão sobre o sujeito diante da fragilidade humana exposta pelo adoecimento, pois “[...] o sujeito humano, que é incompleto, ao adoecer tem sua fragilidade exposta para si e para o outro também; no hospital a falta aparece de forma escancarada.” (Moura, 2003, p. 17-18)

A reflexão histórica sobre o corpo-doente apresenta-se como tema central na consideração da subjetividade do sujeito frente ao adoecimento e à hospitalização nos dias atuais. O entrelaçamento entre corpo, cultura, história e sociedade é relevante na medida em que o corpo é visto concatenando significações, incorporando significados e sendo incorporado pela cultura.

Como constituição histórica, a igreja produziu o corpo-casto, sacralizado, escondido e ocultado, cuja preocupação central residia na tentativa de negar o prazer (erótico, erógeno, também de ver e ser visto). Em meados do século XVIII e início do XIX, os ideais do clero recuaram diante dos novos conceitos capitalistas impulsionados pela Revolução Industrial. O capitalismo produziu o corpo-troca, de trabalho, corpo da mão de obra, corpo explorado de um e explorador de outro. Produziu esse tipo de corpo para que a lógica de sentidos capitalistas pudesse existir. Hoje, a cultura não precisa mais desse tipo de corpo explorado laboralmente.

Em meados do século XX, já com o acelerado desenvolvimento tecnológico, a contemporaneidade recusou o corpo-trabalho, de força manual, caminhando rumo à valorização do corpo-saúde, ciberneticamente esculpido e desejado.

Temos, a partir daí, um corpo dominado ideologicamente (embora o corpo explorado também se sustentasse segundo a égide ideológica burguesa) pelo padrão de beleza e de saúde, objeto de contem-

3 Que trata da inclusão do sujeito no processo de análise.

plação. Sobressai a exagerada valorização da boa aparência, da plasticidade da imagem pessoal e da contemplação das imagens virtualizadas, rápidas e perfeitas, computadorizadas, que rompem com a limitação socioeconômica, pois a globalização oferece acesso e aquisição da perfeição corpórea até às classes sociais mais baixas, em *pequenas prestações*, agenciando e gerenciando a manutenção de um corpo-poder que suplanta a condição social, econômica e, principalmente, nega sua condição de vulnerabilidade e de finitude.

Courtine (1995) ressalta que:

[...] todas as técnicas de gerenciamento do corpo que florescem no decorrer dos anos [19]80 são sustentadas por uma obsessão dos invólucros corporais [grifo do autor]: o desejo de obter uma tensão máxima da pele; o amor pelo liso, pelo polido, pelo fresco, pelo esbelto, pelo jovem; a ansiedade frente a tudo que na aparência pareça relaxado, franzido, machucado, (...) é uma contestação ativa das marcas do envelhecimento no organismo. Uma negação laboriosa de sua morte próxima (p. 85).

Dessa maneira, o corpo da atualidade desempenha papel essencial no imaginário socioindividual, pois pressiona a negação da sua própria limitação na tentativa de que seu reverso (a finitude e a doença) torne-se esquecido.

É, portanto, inserido nesse contexto social que o psiquismo pode engendrar seus subprodutos, de modo que o acometimento pela doença catalisa e revela o desamparo e o mal-estar suscitados quando o sujeito se depara barrado, limitado pela sua própria condição.

## Doença, desamparo e mal-estar

Os progressos da medicina, além de fornecerem à sociedade e às populações resoluções bem-vindas no tratamento e nos cuidados paliativos para os corpos-doentes, incidindo principalmente na melhoria da qualidade de vida para enfermidades crônicas e na precisão diagnóstica fornecida pelos instrumentos tecnológicos de invasão científica no corpo humano, também ocultam a dificuldade do homem contemporâneo diante da doença, diante da autonomia do corpo doente. Sobressai a vontade

de poder sobre o corpo e sobre a vida. O controle excessivo – excessivo porque nega veementemente a dor e o sofrimento advindo do corpo-doente que representa a impotência do ser humano diante da morte – acelera a busca da perfeição, da saúde, da beleza, incontroladamente. Esse (des)controle excessivo vem se constituindo histórica e dialeticamente, com repercussões no processo de subjetivação dos indivíduos em função da rapidez que opera a tecnologia e também em função da institucionalização dos corpos, que imprime sua marca acentuadamente nos processos de hospitalização. A sensação de pertencimento – a uma época, a uma família, a uma condição imagética sobre si mesmo – vai, assim, sendo prejudicada por sofrer falhas estruturais na sua constituição.

O corpo, doente, mostra-se desamparado frente à doença hospitalizada, frente à rapidez nas mudanças de exigências a ele nesta situação específica, frente às técnicas de manuseio e cuidados com o mesmo. Frente às exigências de ser para além de um corpo-saúde – um corpo-perfeito, escultural e um corpo-beleza –, temos um corpo-desamparo, emaranhado na sensação de vazio subjetivo, de desvitalização e de fragmentação. Essa realidade de corpo fragmentado, esvaziado e adoecido é uma realidade negada pela civilização contemporânea, que prima pelo ideal de um corpo belo, sadio e perfeito o tempo todo. Por isso mesmo, pela ordem imperiosa da negação, causa mal-estar e impele à busca incessantemente de satisfação imediata e total.

Doença, desamparo e mal-estar. Seria esta a articulação representativa do corpo também agora, no século XXI? E como esses articuladores se encaixam com o corpo-pulsional na atualidade?

O corpo-doente, que padece, também sinaliza. É sinaliza-a-dor da impossibilidade de controlar a vida e a morte, de ser feliz e *assim permanecer* – na vida e diante da morte.

No artigo “O mal-estar na civilização”, Freud (1988d) diz que a insatisfação, o mal-estar que se manifesta nas sociedades modernas (já em 1930!) refletia a busca infeliz e infantil da felicidade frente aos progressos conquistados. O mal-estar sinalizava uma condição pulsional. Coloca-se diante da pergunta: “[...] que pedem eles da vida e o que desejam nela realizar? (...) esforcem-se para obter



felicidade; querem ser felizes e **assim permanecer**" (p. 84; grifo meu).

Mas ele mesmo, sabiamente, advertia: "Uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo seu próprio castigo" (Freud, 1988d, p. 85).

O corpo-doente diante dos excessos da globalização suscita um engessamento da condição do ser-pensante e o sujeito, que constitui e é constituído pelas exigências de controle, de resolutividade, de rapidez e de beleza; denega sua própria história, seu corpo, sua subjetividade, sua especificidade. Seria esse seu castigo, preconizado por Freud em meados da década de 1930?

Doente adquire significação de infelicidade e é isso que me parece mais sério, porque a busca incessante da felicidade via corpo-saúde produz um opacificamento da gravidade das patologias psíquicas e orgânicas que dizem respeito ao corpo (bulimia, anorexia, tentativas de autoextermínio, depressões graves e outros subprodutos clínico-psicopatológicos) e um distanciamento do sujeito de si mesmo.

Embora esse engessamento da condição de pensar homogenize o desejo na sociedade, o corpo, individualizado, procura retomar pela via da doença a especificidade do sujeito. Nem como causa tampouco como consequência, mas como enunciação. Essa é a grande importância do corpo como potência de saber: como palco de ensaios dos processos de subjetivação. Subjetivação deleuziana, ou seja, subjetivação como um *modo intensivo*, e não apenas a respeito de um sujeito pessoal.

## O corpo como potência de saber: ressonâncias históricas, psíquicas e culturais

A potência de saber encerrada na constituição e na resistência enunciativa do corpo também sofreu, ao longo dos tempos, modificações estruturais, pois as instituições que cuidam do corpo também foram se

modificando e influenciando diretamente a constituição do sujeito psíquico-corpóreo.

O corpo biológico estava, já no século XVIII e início do XIX, submetido a uma significação de ser um corpo-produtor, corpo-mão-de-obra, sadio para o trabalho e para a não doença, logo, apto à maior produtividade. Lembremos que, antes do capitalismo, as sociedades eram assoladas por epidemias, fome, pestes; e a necessidade de controle destas ameaças/mazelas foi aperfeiçoada por técnicas que engendraram o desenvolvimento do capitalismo por meio de medidas sanitárias que visavam controlá-las – controle e visibilidade voltados para os processos biológicos, permitindo-nos aquiescer que "[...] o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa **no** corpo, **com** o corpo" (Foucault, 1990, p. 80; grifos meus).

A Revolução Industrial trouxe consigo a era capitalista, conduzindo o desenvolvimento global tecnológico característico do final do século XIX e início do século XX. Nesse período, proliferaram os ideais desenvolvimentistas em todas as esferas da vida cotidiana (no discurso científico, na produção dos saberes, na política, na agricultura, nas artes etc.). O controle e a ordenação incitaram a necessidade da medição, quantificação, experimentação com provas, representatividade numérica e precisão nos rituais de coleta de dados e o que era da ordem do anímico, do psíquico, da alma, foi sendo desconsiderado por não ser quantificado e, por isso, dizia-se não possuir valor científico.

No final do século XIX e início do XX deparamo-nos com o declínio na sabedoria do cuidar, principalmente porque o cuidado prescindia ouvir o doente, escutá-lo, analisar, perguntar, apalpar. Com o capitalismo e a era do biopoder<sup>4</sup> ouve-se não o sujeito, seu discurso e sua narratividade sobre si mesmo, mas os sinais, os sintomas, as hipóteses, pois "[...] os médicos passaram a restringir seu interesse ao corporal e de bom grado deixaram aos filósofos, a quem menosprezavam, a tarefa de se ocuparem do anímico" (Freud, 1988a, p. 272). E o corpo, num ritmo vertiginoso, vai obliterando o sujeito – o sujeito que

<sup>4</sup> Termo utilizado por Foucault (1990) para elucidar o controle do corpo como processo biológico (natalidade, mortalidade, longevidade e outros indicadores de saúde), ou seja, um controle "bio-político da população", e que, em função dessa força e desse poder – que emana do corpo, no corpo e para o corpo – é que se desenvolveu esse poder sobre a vida, denominado por ele como biopoder (p.131-132).

não é só orgânico, biológico, mas social, político, emocional, subversivo, enfim, irreduzível, múltiplo de significados e significações.

Reside, nesse ponto, uma consideração muito importante, porque é a partir dessa obliteração, desse apagamento que deixa vestígios é que podemos analisar como esse corpo-múltiplo de saberes e de processos em constituição irá manifestar-se no final do século XX e início do XXI, frente à contemporaneidade, porque “[...] o corpo, este instrumento estranho, não se cura só por aquilo que se faz medicamente com ele. Ele precisa beber sua própria música (...) precisa da voz, da escuta, do olhar” (Alves, 2003, p. 10).

O olhar descuidado do homem até o século XIX vai atraindo dentro da própria medicina (com Charcot e a Escola de Salpêtrière, Breuer e Freud) outros olhares – porque o corpo vai também fazendo rearranjos para o sujeito ser olhado. Multiplicam-se novos comportamentos e manifestações psíquicas-corporais, como, por exemplo, o conjunto de sintomatologias orgânicas nas histéricas – paralisias, analgesias, cegueira temporária, etc. Esses olhares atentos ao corpo, mas também ao que o move: as pulsões fomentaram o início do pensamento psicanalítico<sup>5</sup> porque denunciaram a existência dos processos psíquicos inconscientes, que movem o ser humano independentemente da sua vontade. E, com isso, apresentaram ao Ocidente a vertente mais intrínseca do humano: assim como o Sol não girava em torno da Terra, a consciência não era soberana quanto aos comportamentos, pensamentos e atitudes dos homens: “O próprio Freud apontou a Psicanálise como a terceira grande ferida narcísica sofrida pelo saber ocidental ao produzir um descenramento da razão e da consciência (as outras duas foram produzidas por Copérnico e por Darwin)” (Garcia-Roza, 2001, p. 11).

## O hospital, o sofrimento psíquico e a psicanálise

O hospital do século XXI não só cura, mas rejuvenesce, implanta, estica, aumenta e diminui o corpo. Abre um campo infindável de possibilidades para a transformação e, pelo excesso, restringe a auto-

nomia do desejo. Opera na disciplinarização pelo excesso e personifica a divindade que tudo pode, que tudo cura, que tudo modifica.

O hospital é uma instituição que personifica o mito da cura e do poder sobre a vida, sobre a doença e sobre a morte. Tem sofrido modificações não na sua função objetiva, que permanece sendo a de cuidados para com o corpo orgânico, mas na sua função de regulação na vida dos indivíduos, quando aceita e se dispõe a compartilhar as exigências da atualidade e do homem globalizado em desconsiderar a dor e o sofrimento, que são denegados em função apenas da noção de saúde cultuada, mitificada, idealizada. Noção instituída, petrificada, que fomenta forças latentes.

Recuperando o sujeito e o corpo do-ente, temos a cristalização do fato social, instituído, que configura o sujeito como paciente. Paciente de uma instituição que se posta como detentora de um saber divino. Entretanto as instituições são humanas porque atendem e são atendidas por indivíduos e, justamente por isto, encerram as frustrações e as conquistas a eles pertinentes.

Quando a evolução da tecnologia e dos meios de comunicação, das práticas e das técnicas que cuidam do corpo não preenchem a ilusão destinada à instituição de que esta deva extinguir o sofrimento que é viver, aparece uma perturbação, um mal-estar individual e coletivo que a civilização tem procurado tamponar com os novos instrumentos e artifícios fornecidos pela própria contemporaneidade.

Na dissertação de mestrado de Mendes (2005), intitulada “Os significantes da escuta na clínica contemporânea”, a autora retoma a produção de psicanalistas sobre a gravidade dos tempos atuais e o declínio da narrativa. Recupera as expressões *patologias do imediato* e *patologias de identidade*, configurando-as para quem do conflito edípico. A primeira expressão é utilizada por Forbes (2004) para nomear o acesso imediato ao gozo, recusando a existência do outro. Herrmann (1994) fala das patologias de identidade quanto à homogeneização universal dos sonhos, metas e padrões culturais. O indivíduo é a sua vontade, é o silicone, é a saúde, ou não é nada. O homem é o objeto e se desumaniza, fundindo-se a ele.

5 Para indicações sobre o início do movimento psicanalítico, consultar ainda Freud (1988b).



Reporto-me à contribuição de Fagundes (1993), ressaltando a importância da vivência do que denomina “ilusão de fusão e narcisismo” e suas vicissitudes na clínica, para aqueles casos com marcados impedimentos de desenvolvimento psíquico. São casos em que o indivíduo recorre à união total com o objeto idealizado como forma de manter sua onipotência narcísica, por medo de perder o objeto ideal, experimentar inveja e cair no desespero, abandono e desintegração mental. Esclarece ainda que na onipotência narcísica o sujeito sente-se dono do objeto idealizado, e assim sente-se poderoso. Ele lida com os outros por intermédio desse “objeto fantasma”, projetando neles o “objeto fantasma bom ou mau” e, como consequência, não consegue ter um contato real com o Outro, ou não consegue ter um contato com o Outro real, pois sua relação é com objetos parciais.

O corpo, portanto, coloca-se como exemplificador mais coerente de tal situação, porque o hospital, como instituição, está imerso nas questões pulsionais – de vida e de morte, de fragmentação e de reconstrução –, fornecendo um espaço, um campo propício ao desnudamento do desamparo humano. O sujeito implicado, lançado nos braços da instituição, deposita nela uma expectativa alicerçada num suposto saber, posto como imagem especular na constituição de uma subjetividade coletiva. Há, pois, uma demanda interna (subjetiva e do sujeito) e uma externa (demanda social), indissociadas e cambiantes, que refletem como a coletividade dos tempos atuais também deposita grande parcela pulsional na instituição e atrai este componente pulsional de satisfação a qualquer preço, de felicidade e de abolição completa da dor e do sofrimento.

As instituições atuais, reviradas e destituídas da sua função, emergem adquirindo nesse cenário nova significação: de monumento. Isso porque solicita ao sujeito a renúncia de sua demanda pulsional, ou melhor, coloca-se a serviço dela, a instituição, sem restrições, ilimitadamente. Pensar a instituição como monumento, cuja função deveria ser a de ocupar o espaço da lei e normatizar a cultura e a sociedade, inserindo o homem na civilização em detrimento da instintividade, incita-nos a pensar sobre o desamparo humano e no desassenhoramento de si que as instituições reforçam quando ocupam esse lugar de ditar – todas – as regras e normas sobre como o

sujeito deve existir na instituição: essa modulação imposta também contribui para emergir o sujeito em sofrimento na hospitalização.

Freud (1988c), em seu artigo “O Ego e o Id”, destitui do homem o poder do assenhoramento de si mesmo com o advento do inconsciente, ao postular que a consciência é apenas a superfície do aparelho mental. Pode-se articular, por conseguinte, que o adoecer tratado aqui diz respeito a essa sujeição da subjetividade ao monumento, à imersão da individualidade em processos de institucionalização que implicam a destituição do sujeito como senhor de si, por isso desassenhoramento. É destituído primeiro pela doença do controle do seu corpo. Num segundo momento, a hospitalização o destitui da sua rotina, do domicílio, dos hábitos, da privacidade. A sensação da finitude o destitui do campo das certezas e lança-o numa condição desterritorializante, que produz cisão e sofrimento. Sobre essa condição de sofrimento, verificamos “[...] que o corpo possa ser sua fonte e causa, ninguém pensa negar, mas esse sofrimento do qual o Eu não pode fugir, pelo qual é afetado, não pode mais ser ‘pensado’ como efeito puro e simples de uma causa natural, nem ser associado sem mais ao conceito de doença” (Aulagnier, 1990, p. 301).

O método psicanalítico, a interpretação e a escuta do desejo no hospital é uma escuta diferenciada do olhar das ciências biológicas e do olhar institucional porquê escuta esse sofrimento do Eu sob o mando do desejo.

E, no hospital, a escuta é também a escuta dessa falta que desterritorializa, que tende a se enunciar mediante uma demanda. Demanda de dor, de saber, demanda de amor, demanda de escuta que o sujeito sofre por tentar manter-se na ilusão de completude; e o corpo, por sua incompletude fundamental revela o aparecimento sofrido do sujeito do desejo. É preciso, pois, supor que exista pela demanda do corpo um sujeito do desejo e um suposto saber – não mítico e divino –, mas que considere o humano em cada sujeito e que considere o sujeito na instituição.

Para a escuta da falta impõe-se aqui um modo particular de escuta: a escuta da atual conjuntura psíquica desejante e a escuta desse poder institucional.

Ressalta-se ainda que, embora não seja esse o foco investigativo, a demanda de escuta também aponta para a necessidade de investigação da fragi-

lidade emocional de outros profissionais no âmbito hospitalar. Ao depararem-se com a fragilidade do doente, esses profissionais apresentam da mesma forma (nas relações e procedimentos) sinais de desamparo frente ao cuidado do outro, frente à morte, frente à impotência nos cuidados, porque também são humanos.

A escuta é uma escuta peculiar de um sentido que se anuncia e se insinua, mas não se mostra explicitamente. Escuta da falta, do que no humano é incontrollável, ilocalizável e velado, pois é mediante este espaço faltante no ser que ele pode haver-se com sua porção inconsciente e inaugurar a revelação do sujeito como ele é: sujeito desejante.

Segundo Fernandes (2005), “[...] escutar é dar ouvidos a (...); dar ouvidos àquilo que se enuncia apenas veladamente, àquilo que somente um ouvido atento e experimentado na arte da escuta pode acolher” (p. 94). A escuta psicanalítica, pelo seu método, potencializa a revelação do sujeito como ele é: fragmentado, atravessado por forças, pulsões, pensamentos, sonhos, sintomas, intensidades, enfim, devires insurgentes e inconscientes. Prima-se pela “[...] possibilidade de abrir o corpo ao imponderável, potencializando um maior acesso ao impessoal e aos devires que podem atualizar-se a partir dos encontros” (Fonseca, 2004, p. 302).

A interpretação é o método que (des)constrói certezas e opera possibilitando outros sentidos, próprios de expressão do desejo na situação transferencial.

Desse ponto de vista, interpretar não quer dizer desvelar o sentido oculto, mas, sim, trabalhar na construção dos sentidos. Essa diversidade de sentidos se constrói por meio de palavras. A interpretação deve ser essa palavra em suspenso, que o paciente pode continuar a enunciar em busca de outras (Fernandes, 2005, p. 98-99).

Freud (1988e), no texto “Construções em análise”, compara a função da interpretação no psiquismo a um processo de escavação arqueológica, no qual o analista vai retirando fragmentos, traços, marcas, conexões do material psíquico soterrado pelo esquecimento. Entretanto, a recuperação desse material é na análise diferente do que na arqueologia, pois tais fragmentos, ocultos, operam na superfície do aparelho mental a todo instante e modificam-se,

enquanto o objeto arqueológico (referindo-se aos escombros de Pompéia, por exemplo) ocorrem em circunstâncias raras e na maioria das vezes estão preservados. Acrescenta ainda que “[...] a principal diferença entre elas reside no fato de que, para o arqueólogo, a reconstrução é o objetivo e o final de seus esforços, ao passo que, para o analista, a construção constitui apenas um trabalho preliminar” (Freud, 1988e, p. 278).

A escuta analítica encarna, portanto, essa conjuntura de saberes e esse encontro de acontecimentos que dizem respeito ao desejo, à falta, à transferência, à interpretação e ao surgimento do sujeito do inconsciente, articulando a teoria e a prática, num processo dialético de reconstrução constante de ambas pela clínica. Processo de escavação, de reconstituição, de suposição, ao qual apenas teremos acesso à medida que os fragmentos da vida mental vão sendo apresentados no decorrer da análise, no estabelecimento constante e cambiante da transferência.

Fernandes (2006), quando aponta no corpo-sujeito da anorexia e bulimia a importância da escuta transferencial do registro simbólico do sujeito, ressalta que: “E nesse sentido que a Psicanálise, ao conceder à transferência um funcionamento propriamente epistemológico, assinala à clínica psicanalítica um poder transformador imprevisível através da possibilidade de construção e reconstrução da história subjetiva de cada um” (p. 280).

Cabe ressaltar, portanto, que o estabelecimento da escuta e da interpretação independe do lugar; não está vinculada necessariamente ao consultório e ao divã, porque “[...] há sugestões de repetições dos afetos pertencentes ao material reprimido que podem ser encontradas em ações desempenhadas pelo paciente, algumas bastante importantes, outras, triviais, tanto dentro quanto fora da situação analítica” (Freud, 1988e, p. 276).

Entretanto, é na situação analítica que a primazia da transferência pode dirigir nossa atenção e escuta necessariamente para a metapsicologia dos processos inconscientes; acrescenta-se ainda à escuta uma postura interrogativa-interpretante, fundamental no processo de análise. Conforme Romera (2002), “[...] a postura interrogante-interpretante é pedra angular na construção dialética do

pensamento, favorece a desalienação, pois liga mais fortemente o sujeito à sua realidade (tanto externa ou interna)” (p. 55).

No hospital, deparamo-nos com realidades internas e externas urgentes e muito hostis, diante das quais a escuta precisa estar junto ao olhar e à postura. Olhar o corpo, o sujeito, a equipe, deixar-se invadir pelas percepções, vê-las para tomá-las à escuta; de forma que o analista, “[...] mantendo a escuta decorrente de sua atenção flutuante, cria, na maioria das vezes, a possibilidade de se instaurar um discurso psicanalítico, e não psicológico, em que os pacientes podem, então, constituírem-se como sujeitos de suas doenças” (Fernandes, 2005, p. 97).

Este artigo pretendeu ser uma hipérbole para a apreensão de significações do corpo-doente e suas interlocuções com a instituição e, principalmente, suas interlocuções com o que lhes é mais peculiar: a própria condição pulsional do corpo-doente e seus desdobramentos desejantes diante da hospitalização. É uma ampliação reflexiva iniciada a partir da conclusão de um trabalho de investigação clínica e científico-acadêmica que permitiu, pelo veio da escuta psicanalítica e a interlocução com a teoria, que pudéssemos nos deparar com um corpo para além da fala: um corpo-enunciação que, paradoxalmente, fala (Gomes, 2008). Esse corpo-enunciação diz respeito a um excesso pulsional em relação ao enunciado. Logo, a doença, o adoecimento e a hospitalização (imersos no corpo institucional que é o hospital), ao apontarem os enunciados finitude e extinção do sujeito, fazem nascer um corpo-enunciação, um sujeito do inconsciente.

Como bom exemplo da clínica, a ascensão do sujeito-enunciação desejante não se faz com todas as pessoas atendidas. Nos casos em que emergem o corpo-enunciação, este surge pela percepção de não controle do sujeito sobre si mesmo, rompendo sua ilusão onipotente e, por vezes, estruturante. Em decorrência da revelação dessa posição de não controle de si e da situação é que surge o mal-estar subjetivo e o sofrimento, pelo jugo dos quais o sujeito clama pela escuta, e esta, pela clínica, instaura uma outra relação entre o sujeito e seus corpos (posto

que orgânico, subversivo, contemplativo, discursivo, múltiplo e singular).

## Considerações finais

Enfim, pudemos acompanhar como o sujeito doente se constitui a partir do recorte de mundo que faz mediante a sua realidade, delimitada e significada pelas suas experiências e sua história pessoal frente à doença, assim como todo sujeito em relação a si mesmo.

A escuta desses recortes revela o sujeito do desejo, que se constitui quando o sujeito **percebe** o recorte que faz para inserir-se no mundo humano. É esta a nova relação que se instaura no sujeito-doente: sua percepção, sua imersão num território em si inabitado, fantasmagórico, fragmentário e da ordem do real. O sujeito fragmentado é, aqui, aquele tomado pelo excesso – de vivências traumáticas, de exigências socioculturais, de saberes superespecializados que cindem o ser humano, desumanizando-o. Esse sujeito contemporâneo demanda também pelo seu reverso: pelo próprio corpo. A denegação do corpo na condição de sujeito hospitalizado é a denegação do sujeito que padece, que sofre e que, impossibilitado de olhar para si, não se vê. É este espaço paradoxal: do olhar à escuta psicanalítica que esse percurso foi ensaiando em mim desejos e desafios na prática da escuta na instituição. Do corpo biológico doente, tal como o Eco, que clama, repete e assusta, vemos ressurgir um sujeito tal como Narciso, personagem mítico que, em-si-mesmo, *patienti* (paciente, em latim), recebe a ação de um agente – um mando de forças que operam na tentativa mórbida de obliterar o sujeito do desejo –, expondo-o à morte e destruição.

Portanto, o intento deste trabalho de investigação científica a partir das experiências clínicas hospitalares foi o de reconhecer nosso objeto de estudo: a psique, nas suas mais diversas apresentações. E para tanto, ampliar o campo de ação da nossa ciência: a psicanálise, como esperado de *um analista futuro*,<sup>6</sup> fazendo emergir, na cura pela palavra, novas vias de construção-reconstrução da subjetividade também diante da doença, da morte e da hospitalização.

6 “Que se espera, d’aqui pra frente, do analista futuro? Antes de mais nada, que reconheça seu objeto, a psique. Que a saiba reconhecer quando surge e que se sinta reconhecido, grato, por este ser psíquico de que participa; e não recalcitrante, ressentido, de mau humor com o real humano, como se vivesse num mau tempo...” Herrmann (2002, p.283).

A esperança de nosso saber contribuir para o cuidado do humano reside na especialidade do nosso ofício: “Nosso método é eficaz e dadivoso. Não se contenta em ser exercido no contexto da psicanálise de consultório, mas cria a atmosfera analítica onde quer que o empregue” (Herrmann, 2002, p. 290).

O futuro dos tempos é a atualidade e inserir-se nela, com todas suas complexidades e atavismos, é agir sobre a própria existência. A civilização, a representação do corpo, as instituições e o sujeito modificam-se e são modificados o tempo todo, produzindo sempre novas e constantes configurações - nas quais o analista também é inserido, é chamado a ouvir e a estar, pois o psíquico é essencialmente da ordem do humano e os campos de representações transferenciais estão impregnados concomitantemente pelo real (pelo tempo atemporal das pulsões) e pela realidade dos tempos em que se vive; ambos com desdobramentos da própria contemporaneidade.

## Referências

- ALONSO, S. L.; FUCKS, M. P. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- ALVES, R. *O médico*. Campinas: Papirus, 2003.
- AULAGNIER, P. *Um intérprete em busca de sentido*. São Paulo: Escuta, 1990.
- COURTINE, J. Os stakhanovistas do narcisismo. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 80-114.
- ESPER, E. M. B.; NEDER, M. O corpo contemporâneo. In: CONVENÇÃO BRASIL-LATINOAMÉRICA: CONGRESSO BRASILEIRO E ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 2., 2004, Foz do Iguaçu. *Anais on-line...* Foz do Iguaçu: Centro Reichiano, 2004. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais%202004/Elisa%20Maria%20Barbosa%20Esper.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2006.
- FAGUNDES, O. Ilusão de fusão e narcisismo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 423-442, 1993.
- FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FONSECA, T. M. G. Abrir o corpo da clínica. In: ENGELMAN, S.; FONSECA, T. M. G. (Org.). *Corpo, arte e clínica*. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 299-304.
- FORBES, J. *Você quer o que deseja?* São Paulo: Best Seller, 2004.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: tratamento psíquico (ou anímico)*. Rio de Janeiro: Imago, 1988a. v. 7.
- FREUD, S. *Obras psicológicas de Sigmund Freud: a história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago, 1988b. v. 14.
- FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: o ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago, 1988c. v. 19.
- FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: o mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1988d. v. 21.
- FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: construções em análise*. Rio de Janeiro: Imago, 1988e. v. 23.
- GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GOMES, D. R. G. *O corpo psicanalítico no hospital*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.
- HERRMANN, F. Mal-estar na cultura e a psicanálise no fim do século. In: JUNQUEIRA FILHO, L. C. U. *Perturbador mundo novo*. São Paulo: Escuta, 1994.
- HERRMANN, F. Como conclusão: daqui p'ra frente. In: BARONE, L. M. (Org.). *O psicanalista: hoje e amanhã: o II encontro psicanalítico da teoria dos campos por escrito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 281-291.
- LIPOVÉTSKY, G.; CHARLES, S. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

MENDES, E. D. *Os significantes da escuta psicanalítica na clínica contemporânea*.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

MOURA, G. C. M. Urgência subjetiva e tempo: o que é isto? In: MOURA, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital 3*: tempo e morte: da urgência ao ato analítico. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 17-21.

RECALCATI, M. A questão preliminar na época do outro que não existe. *Latusa Digital- Revista da*

*Escola Brasileira de Psicanálise*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 7. p. 1-12, 2004.

ROMERA, M. L. C. Postura interrogante-interpretante: por quem os sinos dobram? In:

BARONE, L. M. (Org.). *O psicanalista*: hoje e amanhã: o II encontro psicanalítico da teoria dos campos por escrito. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 47-56.

SILVA, D. Q. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 39, p. 37-46, jul. 2013.

---

### Contribuição dos autores

Gomes foi responsável pela confecção e revisão do artigo. Próchno orientou o trabalho.

Recebido: 02/05/2014

Reapresentado: 21/07/2014

Aprovado: 15/08/2014