

Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

Os Sentidos do Sintoma.
(Psicanálise e Gastroenterologia).

Paulo Roberto de Sousa.

Tese apresentada
à Faculdade de Ciências Médicas
como parte dos requisitos,
para a obtenção do título de
doutor em Medicina,
sob a orientação do
Prof.Dr.Antônio Frederico Novais de
Magalhães e a co-orientação do
Prof.Dr.Antônio Muniz de Rezende.

CAMPINAS. SP.

1991.

So84s

14262/BC

Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

Este exemplar corresponde à versão
final da Tese de Doutorado apresentada
à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas,
UNICAMP, pelo médico Paulo Roberto
de Sousa.

Campinas, 13 de julho de 1991.

Prof. Dr. Antonio F.N. Magalhães.
- Orientador -

Os Sentidos do Sintoma.
(Psicanálise e Gastroenterologia).

Paulo Roberto de Sousa.

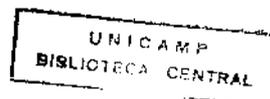
Tese apresentada
à Faculdade de Ciências Médicas
como parte dos requisitos,
para a obtenção do título de
doutor em Medicina,
sob a orientação do
Prof. Dr. Antônio Frederico Novais de
Magalhães e a co-orientação do
Prof. Dr. Antônio Muniz de Rezende.

CAMPINAS. SP.

1991.

PC-9107850

i



| | |
|------------|------------|
| UNIDADE | Bc |
| Nº CHAMADA | 50841 |
| V. | |
| TOMBO | 14262 |
| PROC. | 303/611 |
| C. F. I. | K1 |
| PREÇO | R. 3000,00 |
| DATA | 7-3-611 |
| Nº OPD | |

CM-00013707-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

| | |
|-------|---|
| So85s | Sousa, Paulo Roberto de, 1952- |
| | Os sentidos do sintoma : (psicanálise e gastroenterologia) / Paulo Roberto de Sousa -- Campinas, SP Is.n.I, 1991. |
| | Orientadores : Antonio Frederico Novaes de Magalhães, Antonio Muniz de Rezende. |
| | Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. |
| | 1. Psicanálise. 2. Gastroenterologia. 3. Fenomenologia. 4. Clínica médica. I. Magalhães, Antonio Frederico Novaes de. II. Rezende, Antonio Muniz de. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título. |
| | 20. CDD- 616.891 7 |
| | - 616.33 |
| | - 150.192 |
| | - 616 |

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicanálise 616.891 7
2. Gastroenterologia 616.33
3. Fenomenologia : Psicologia 150.192
4. Clínica médica 616

"Um dia descobriu-se que os sintomas têm (um) sentido."

Freud

Ah, os sentidos, os doentes que vêem e
ouvem!
Fossemos nós como devíamos ser
E não haveria em nós necessidade de
ilusões...
Bastar-nos-ia sentir com clareza e vida
E nem repararmos para que há sentidos...

Alberto Caiero.

Dedico esta -tese

\A minha mãe Irma.

AGRADECIMENTOS.

Ao Professor Dr. Antônio Frederico Novaes de Magalhães, pela orientação incentivadora e criativa tendo sido um dos interlocutores que deram origem a esta tese, e quem me permitiu ousar.

Ao Professor Dr. Antônio Muniz de Rezende, pela co-orientação sem o qual esta tese não teria sido possível, na sugestão das idéias e no processo de ajudar a pensar, sempre presente neste trabalho.

Ao Professor Dr. Rubem Azevedo Alves com quem aprendi que o corpo também é feito de palavras.

Ao Professor Dr. Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, pelas sugestões e empréstimos de livros valiosos de sua biblioteca particular, e pela sinceridade com que vem acompanhando o meu início, pela sua sabedoria verdadeira, e bússola no meu caminho acadêmico.

Ao Professor Dr. José Fernandes Pontes, que permitiu que esta tese pudesse ser vista por mim de um ângulo diferente, incentivador e ouvinte dando uma abordagem nova a este trabalho.

A Professora Dra. Elza Cotrin Soares, incentivadora sempre presente, marcando com o seu modo de ser a libertação do ensino de medicina em nossa faculdade, verdadeira pessoa humana e educadora.

Ao colega Professor Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda, incentivador e amigo, que com sua vasta cultura soube me ouvir e dar uma contribuição muito importante para esta tese.

Ao Professor Luiz Percival Leme Britto, pela correção do português.

Ao Professor Dr. Luciano de Souza Queiroz pela versão inglesa do Abstracts.

Aos Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, pelo incentivo e colaboração no subcapítulo sobre consulta médica.

A Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, bibliotecária, pela correção dos dados, na referência bibliográfica.

A minha mulher, Tânia Maria, pelo suporte nos momentos em que escrevia este trabalho de tese. (Pelos tempos de tese.)

A meus filhos, Paula Cristina, Giovanna e Guilherme Henrique, sempre perguntando porque era necessário fazer um trabalho destes.

Ao meu pai Manoel, e à minha mãe Irma. Meus verdadeiros professores.

Aos meus colegas e alunos da Unicamp.

Um agradecimento aos seres humanos que são: Severina, Teresa, Inês, Ofélia, Luiza, Pepa, Helbe, Violeta, Sheila, Laura, Silvestre, Nicolau, Samuel, Catarina e Beatriz, meus pacientes, que contribuíram para a realização deste trabalho, e ficaram e estarão sempre morando em mim.

---oooOooo---

SUMÁRIO

| | |
|---|------|
| Resumo | p.1 |
| Abstract | p.2 |
| Introdução | p.3 |
| Capítulo 1. Questões de Método | p.13 |
| 1.1. A Influência da Psicanálise | p.13 |
| 1.2. A Influência da Fenomenologia | p.15 |
| 1.3. A Auto-Organização do Texto | p.17 |
| 1.4. O Meu Modo de Atender o Paciente | p.19 |
| Capítulo 2. Leituras Difíceis (em vez de uma revisão bibliográfica) | p.23 |
| 2.1. O Modelo Biomédico da Medicina | p.25 |
| 2.2. O Nascimento da Clínica | p.27 |
| 2.3. A Expropriação da Saúde | p.29 |
| 2.4. O Normal e o Patológico | p.31 |
| 2.5. Os Modelos Alternativos de Saúde | p.32 |
| 2.6. O Corpo | p.34 |
| 2.7. O Pensamento Selvagem | p.36 |
| 2.8. O Vínculo | p.37 |
| 2.9. O Isso e seus Incômodos | p.39 |
| 2.10. O Real, o Imaginário e o Simbólico | p.40 |
| 2.11. Freud | p.42 |
| Capítulo 3. A Clínica Descrita | p.45 |
| 3.1. A Consulta | p.46 |
| 3.2. A Terapêutica | p.47 |
| 3.3. O Ensino | p.48 |
| Capítulo 4. A Clínica Vivenciada | p.52 |

| | |
|--|-------|
| 4.1. O Real do Corpo | p.55 |
| 4.2. O Imaginário dos Pacientes de Gastroenterologia | p.58 |
| 4.3. Diagnóstico e Interpretação Simbólica | p.65 |
| Capítulo 5. A Clínica Anotada | p.70 |
| Considerações Finais | p.171 |
| Referências Bibliográficas | p.177 |

Resumo Geral.

O capítulo 1 apresenta uma discussão de método, inspirado no "Livro do desassossego" de F. Pessoa, procurando com isso realçar a dificuldade que nós, clínicos, encontramos na solução de problemas de nossos pacientes, todas as vezes em que os sintomas ou as queixas escapam à referência médica corriqueira.

O capítulo 2 apresenta uma série de leituras que podem contribuir para uma visão holística da medicina.

O capítulo 3 e 4 fazem, respectivamente, a análise da prática atual da clínica de gastroenterologia e um estudo da possibilidade da valorização da entrevista como instrumento terapêutico. Segundo sugestão de Rezende, essa prática é descrita a partir de uma terminologia lacaniana, a saber, o real do corpo (a queixa e o sintoma); o imaginário (o que o paciente crê ter) e o simbólico (o sentido do sintoma), sem, no entanto, filiar-se a corrente psicanalítica inaugurada por Lacan.

O capítulo 5 traz a descrição e análise de 15 pacientes em que os elementos subjetivos e psíquicos estão bem evidentes.

Nas Considerações Finais recupero as principais contribuições que esta perspectiva pode oferecer à clínica médica.

Abstract.

Chapter 1 presents a discussion of method, inspired on F.Pessoa's "Livro do Desassossego" (Book of Unrest), stressing the difficulties that clinicians find in trying to solve patients' problems, whenever complaints or symptoms fail to fit into everyday medical terminology.

Chapter 2 contains a series of texts that are hoped to contribute to a holistic view of medicine.

Chapter 3 and 4 are dedicated respectively to an analysis of present day gastroenterological practice and the possible value of interview as therapeutic means. Following a suggestion by Rezende, this practice is described using the terminology of Lacan, i.e, a) the body's real (including the actual symptoms and complaints); b) the imaginary (what the patient believes he has) c) and the symbolic (what the symptom means). The lacanian psychoanalytic line is however not followed further.

Chapter 5 describes and analyses 15 patients in whom subjective and psychic elements are well to the fore.

Finally, the basic contributions that such perspective may offer to clinical medicine are stressed.

INTRODUÇÃO.

"Deus quere, o homem sonha, a obra nasce.
 (...)Todo começo é involuntário,
 Deus é o agente.
 O heroe a si assiste, vario
 E inconsciente."

Fernando Pessoa.

Pude verificar, nesses últimos anos, que vários pacientes apresentavam sintomas que fugiam do quadro de referência habitualmente usado no diagnóstico clínico. Não melhoravam, retornando com a mesma sintomatologia ou procurando outros médicos. Quando encaminhados a psiquiatras, psicólogos ou psicanalistas, voltavam à consulta dizendo que nada tinham na "mente". A dor estava no estômago. Havia para ela um lugar físico, no corpo, e, por isso, não entendiam o motivo do encaminhamento. Por vezes, reagiam agressivamente, cobrando de mim maior atenção para suas dores muito bem localizadas.

Algumas vezes, sem outra alternativa, mediquei-os com antidistônicos ou drogas antidepressivas. Mas a dor sempre voltava após a suspensão do medicamento. O alívio era frequentemente transitório.

Também e especialmente na prática hospitalar da "medicina convencional" está presente esta dificuldade. "Só Deus sabe das minhas noites acordadas", do quanto, como médico, presenciei, à beira dos leitos hospitalares, na expressão do rosto dos doentes e de seus familiares, a dor, o sofrimento, a solicitação dos meus cuidados, de compreensão.

Os consultórios e ambulatórios de gastroenterologia estão repletos de pacientes com manifestações deste tipo. *Quê fazer?*

Do mesmo modo, que muitos médicos desde a antiguidade verificaram, que toda doença tem um sentido para o paciente, só recentemente percebi esta importante relação. A manifestação clínica dos sintomas, além do orgânico, poderia ser a expressão de desejos inconscientes, de sentimentos reprimidos e de experiências remotas. No caso da Gastroenterologia e da Medicina Geral, pode-se dizer que "as relações íntimas precocemente estabelecidas entre as funções gastrointestinais de um lado e de outro o desenvolvimento psicosexual e as primeiras relações humanas das crianças fundamentam a riqueza de expressões e representações dos conflitos psicológicos no tubo digestivo." (Lima, 1981)

Lembro-me de pacientes examinados durante os anos de minha carreira. A muitos não consegui oferecer o afeto por eles esperado. Neguei afeto. Não percebi o que estava acontecendo. Não entendia a linguagem que usavam. Não havia lógica, sentido no que me diziam. Se os tivesse escutado de outra forma, teria havido, sim, outra lógica, outro sentido. E esta foi minha descoberta. Hoje, com a maturidade, adquirida paulatinamente, na experiência clínica, encontro alguma integração no "vínculo" que busco estabelecer com meus doentes, na consulta.

Costumo "brincar" que, no decurso dos anos de magistério, da prática cotidiana da Medicina, não ensino da mesma forma. E a própria gastroenterologia não é a mesma para mim, em decorrência das "transformações sofridas". Creio, portanto, que agora esteja ensinado, com mais eficácia, por ter-me tornado médico com visão gastroenterológica mais abrangente.

Minha geração de médicos preocupada, prioritariamente com a técnica, esqueceu-se do lado humano, aliás não ensinando adequadamente no curso de Medicina. (Pontes, 1968) E é preciso adquirir este lado humano. Não no sentido da erudição ou da adaptação da tecnologia ou, ainda, de humanitarismo ou filantropia, mas sim do humano que existe em nós. "Com efeito a conduta não é uma repetição mecânica de clichês, porém compreende a complexidade dos sistemas vitais e um mínimo de criatividade ante as solicitações do cotidiano, de origem interna ou externa, abrangendo todas as áreas da personalidade - a mental, a somática e a espacial." (Martins, 1981)

A liberdade de criar! É assim que caminha a ciência, sobre o abismo que

mostra a verdade através do que existe na razão e além da razão. "Só com a cabeça um homem não pode aprender a teoria da medicina, mas apenas com o que os olhos vêem e os seus dedos tocam(...) a teoria e a prática deviam reunir-se numa só coisa e deviam permanecer individas(...) A prática não deveria ser baseada na teoria especulativa". (Paracelso, apud Hall, 1988) Hall assinala ainda que "prática", para Paracelso, significava algo muito diferente da prática racionalista do médico moderno.

Do mesmo modo que o cubo, como fala Merleau-Ponty (1975), não mostra nunca todas as suas faces ao mesmo tempo, também o homem não se mostra inteiro. O ser humano não é nunca o que parece ser; sua imagem morfológica que o médico vê é ainda um lado humano seu.

Esta tese fez com que eu descobrisse que poderia exercer, de nova maneira, a medicina. Ela tem para mim um significado especial, é o resultado de um trabalho, de um modo de ver novo. É uma tese ex toto corde, estando impregnada de minha vivência no acompanhamento do sofrimento humano. Com isso, um novo mundo foi descoberto, por mim, um mundo descoberto com o auxílio da psicanálise. Posso dizer que, a partir daí, a medicina deixou de ser a mesma.

No desenvolvimento desse trabalho, tive, como objetivo principal mostrar que as queixas dos pacientes podem ter um outro significado, muitas vezes não observado por nós, médicos. Para realizá-lo, lancei mão, além da teoria e da experiência clínica, de minhas vivências como médico e analisando, aluno e professor.

É abordagem que acrescenta à clínica visão psicanalítica. Corresponde ao momento de "transformação" que estou vivendo. Começo a observar em meus doentes que seus sintomas têm outras conotações, muitas levando à abertura de um outro caminho, no sentido de uma trajetória que vai além do corpo para integrar o biológico ao humano.

"Há doenças piores que as doenças,
 Há dores que não doem, nem na alma
 Mas que são dolorosas mais que as outras
 Há angústias sonhadas mais reais
 Que as que a vida nos traz, há sensações
 sentidas só com imaginá-las
 Que são mais nossas do que a própria vida.
 Há tanta coisa que, sem existir,
 Existe, existe demoradamente,
 E demoradamente é nossa e nós...".

Fernando Pessoa.

A medicina passou a ser ciência de sabor com saber, isto é, tem para mim um valor diferente do que há alguns anos, porque passei a perceber o sentido que representa em minha vida.

Em nosso relacionamento diário, o contato com o outro nos transforma. O outro me vê com outros olhos e me responde outras coisas que não são o eco da minha própria voz. Se eu não perceber que é o outro que me completa e me informa quem sou e que é a partir do outro que sou o outro de mim mesmo, imagem especular que acrescenta e me faz crescer; então, para que serve o outro? Aprendi que meus pacientes podem me ajudar a entendê-los se eu o permitir e se eu também, reciprocamente, conseguir ajudá-los a se livrar de seus sofrimentos.

Como proceder para que o médico entenda esses novos conceitos? Tento, nesta tese, mostrar que o "*sentimento*" está expresso em qualquer manifestação clínica; embora, muitas vezes não entendido. Se captado e vivenciado, pode ser suficiente para o paciente não só aliviar-se de seus sofrimentos mas também compreendê-los mais adequadamente e a aprender a evitá-los. Esse "corpo simbólico" é, desta forma, tratado mediante a palavra que representa a ligação simbólica entre médico e paciente: palavras simbólicas. Nós, médicos, estamos impregna-

dos do furor curandi. É necessário que o tenhamos. Mas é, por igual, necessário também que tenhamos cuidado, pois, na tentativa vã de "curar", podemos causar ao paciente mais mal do que bem.

Ao olhar para o paciente como pessoa e não apenas para sua doença, há maior possibilidade de compreendê-lo, probabilidade de senti-lo em âmbito mais amplo, e, com sua ajuda, avançar em mundo de maior entendimento.

Aprendi que "a objetividade perdeu a sua auréola de detentora da verdade, pois já se sabe que o observador influi sobre o objeto observado..." (Atlan, 1989) O que o observador sente é ainda observação. Gostaria de tentar aliviar os textos médicos da sua aparente concretude, da falta de vida aprendida nos primeiros anos da faculdade com os anatomistas, histologistas, bioquímicos, que falam da linguagem do corpo humano, sem humanismo. Faltam poesia e vida nos textos de medicina.

A maioria dos médicos ainda não sabe o que a psicanálise encerra para oferecer-lhe, para conhecer o ser humano que se chama doente. E, mesmo admitindo que também a psicanálise não saiba o que possam saber os médicos, interessa-me, enquanto médico, resgatar a dimensão humana do homem que esta ciência traz.

Comecei a observar que, muitas vezes, não permitia ao doente que falasse sobre sua doença, dirigindo a entrevista com perguntas do tipo sim/não. Dessa maneira, a anamnese era "facilitada", mas o entendimento do paciente enviesado. Notei a importância de deixar livre o acesso para um relacionamento em que o doente pudesse falar de si mesmo e não só da sua doença. É evidente que quando estava falando meus sentimentos ficavam aguçados na busca do sentido que havia em tudo o que o paciente me comunicava.

Ao romper as fronteiras entre o físico e o psíquico, o corpo humano que examinamos a todo momento sobre o leito, passa a poder ser visto com conotação de união e não como áreas de uma especialidade restrita a somente um setor isolado.

O doente é um texto vivo e não é sua doença anatômica. Nas visitas às enfermarias, quase sempre o paciente é reduzido ao órgão "doente", ao "caso" este é "uma cirrose", aquele "uma pancreatite", o outro uma "diarréia crônica". Será isto o paciente que o médico ou

o profissional de saúde tem diante de si? Um órgão com uma lesão histopatológica? Convido todos a reflexão sobre esta atitude. Muitas vezes nos ambulatórios ou no pronto-socorro não há tempo a perder, é preciso agir rápido para "salvar a vida". Não é permitida a história pessoal mais demorada, é preciso tratar a "queixa" com "medicamentos sintomáticos". Mas, depois, podemos fazer um encaminhamento para que no ambulatório o paciente possa dizer mais sobre si e sua doença.

O paciente vem ao consultório. Ele entra, eu me levanto, estendo-lhe a mão, fecho a porta, peço para que se sente. Quando começa a dizer o motivo da consulta, inicia-se entre nós um diálogo de transformação. O paciente está ali à minha frente, o meu sentido como médico é o homem que está ali sentado, ou deitado num leito de hospital, à minha frente, e diz ou tenta dizer o quanto possa.

A linguagem do corpo se expressa pelo sintoma, que sempre é sua fala. Não há aparelho que a traduza e o médico deve, a partir do que diz o paciente ou do lugar da sua dor, escolher um caminho para decifrar a linguagem corporal: o doente conta a linguagem transformada, o corpo falando através do sintoma.

Os pacientes procuram o gastroenterologista com queixas de gosto amargo na boca, má digestão, mau hálito, dificuldade à deglutição, plenitude abdominal após as refeições. São queixas normalmente de resposta difícil e para as quais, muitas vezes, os exames subsidiários de propedêutica pouco auxiliam se não respaldados em "história clínica cuidadosa". Nestes "casos", a atitude do profissional de saúde, com formação ou conhecimentos psicanalíticos, pode ser um passo grande na ajuda do diagnóstico, através de uma leitura do humano dos pacientes.

Em outras palavras, este tipo de queixa pode ser o sentido de uma dor com intenso colorido emocional, que deve ser elaborada a partir de um viés psíquico.

No entanto, percebo que ao encaminhar o paciente para um psiquiatra ou psicólogo, ele reage negativamente: sentindo uma dor localizada, por exemplo, no abdome, e que,

não encontrando correspondente diagnóstico de lesão orgânica, não aceita ser orientado pelo psiquiatra; se a dor é física como poderia ser orientado pelo psiquiatra? Quando cuida apenas da "psiche"!

Há certo sentimento de rejeição, quando o médico não prepara o paciente para receber ajuda de um profissional de saúde que trabalha preponderantemente na área da mente. Sinto haver necessidade de bom contato prévio e a importância da formação de "vínculos" para que possa orientar e encaminhar adequadamente o paciente.

Groddeck, (1988) diz: "para que servem as doenças? Particularmente as dores abdominais? Sob muitos aspectos, elas são agradáveis. Antes de mais nada, permitem evitar os filhos. Depois, há a satisfação de ouvir o médico dizer que essa doença se deve ao marido, em virtude de suas depravações anteriores; na vida conjugal, todas as armas de que se pode dispor nunca são em número suficiente."(...) Minha convicção relativa ao poder do inconsciente e à impotência da vontade consciente é tão forte que chego ao ponto de considerar as doenças simuladas (O paciente nunca simula. O que acontece inconscientemente é o ganho secundário com a atenção obtida através do sintoma.) como sendo manifestações do inconsciente; ao ponto de que, para mim, fazer-se passar por doente é uma máscara por trás da qual se ocultam enormes setores dos mistérios da vida cuja extensão precisa é impossível determinar."

É com toda esta empolgação que descubro o humano falando do humano, o outro através da descoberta do sentido que há na fala do outro, o reconhecimento da minha fala, o saber ouvir com os olhos. A natureza do sintoma pode ser sentida na percepção de que não estamos sós e de que um ser complementa o outro. O homem não é uma ilha, ele se relaciona, se fala e, em se dizendo, fica em condição de perceber o que foi dito e o que disse sobre si mesmo. O homem ao se dizer percebe que está o tempo todo presente.

Talvez valha seguir o conselho de Rousseau: "Fazei o contrário do usual e quase sempre fareis bem." (Rousseau apud März, 1987) Pude ter o privilégio de aprender com o lado negativo dos "casos" clínicos que não compreendia e que não melhoravam, dos pacientes que procuravam outros médicos sem uma resposta, dos pacientes que retornavam para consulta

e insistiam em ficar com os sintomas. Mas o bom da história é isso, a transformação. Se estivesse satisfeito não pensaria mais em nada, quem está satisfeito não precisa pensar.

Groddeck (1988) continua a provocar: "não estou querendo dizer nem por um momento que a mulher possa provocar problemas abdominais por malícia ou por luxúria. Não é isso que estou dizendo. Mas o Isso, o inconsciente, impõe-lhe essa doença contra sua própria vontade consciente, porque o Isso gosta da luxúria, é perverso e exige sua parte. Gostaria que você me lembrasse, quando chegar o momento, de lhe contar como o Isso satisfaz seu direito ao gozo, por bem ou por mal, no bem e no mal."

A busca é a busca do que não temos, se já temos não buscamos mais. Esta tese é resposta a minhas angústias vividas, ao meu amargo na boca que não soube resolver clinicamente.

A idéia surgiu dentro de uma vivência emocional. 'A clínica, com o auxílio do que aprendi, fui acrescentando novos conceitos, da psicanálise, da filosofia, da antropologia, lembrando que o que faz a ciência progredir é o pensamento que induz ao conhecimento. "O homem não se comporta mas existe, e quando apenas 'se comporta' é porque ainda não cedeu à ordem propriamente humana da existência, e da existência simbólica" (Rezende, 1990)

Creio que a necessidade de sugerir este caminho para a medicina possa trazer uma visão mais humana para a nossa profissão e, por que não dizer, para o nosso relacionamento, algo mais humano, de maior percepção.

Teses de doutoramento e outros trabalhos científicos de medicina têm se desenvolvido a partir do estabelecimento de uma casuística e de um conjunto de procedimentos de testes e descoberta de drogas e/ou enfermidades e/ou comportamentos fisiopatológicos. A razão disto está no tipo de quadro de referências e objetivos adotados pelos cientistas e médicos.

Dado o objetivo específico deste trabalho, inspirado nas ciências humanas, fui levado a desenvolver o texto de modo algo diferente. Preocupado em compreender a fala do paciente e o papel terapêutico da relação médico-paciente, busquei a contribuição de uma literatura própria das ciências humanas, da psicanálise e da medicina social. A esta leitura chamei de "leituras difíceis (em vez de uma revisão bibliográfica)". (capítulo 2)

A organização metodológica inspira-se no método da auto organização do texto, segundo orientação do meu co-orientador, Antônio Muniz de Rezende. O método da auto-organização permite um texto mais fluido e especulativo e se baseia na dupla relação da cadeia de significantes e da seqüência semântica, isto é, levantada uma idéia ou um fato, esta idéia ou este fato nos leva ao encadeamento seguinte, nos leva ao passo seguinte. Pode-se dizer que, ao começar esta tese, não sabia aonde ia. Foi a tese que me levou e não eu a ela. Isto é o que se chama auto-organização. Em parte como no método psicanalítico, faço uma escuta, indo junto com o paciente; é o paciente que me leva, não sou eu quem o leva. Ambos caminhamos juntos.

O método não utiliza estatística e, por isso, na casuística, constituída de 15 observações clínicas, são significativos os elementos de natureza subjetiva componente latente do sintoma e, em quase todos, a ausência de confirmação diagnóstica da queixa. A casuística não tem preocupação quantitativa; o que importa é mais o aspecto qualitativo semântico. Como pretendo chegar a um nível simbólico, importa acompanhar a seqüência semântica, aos moldes da escuta psicanalítica.

Cada observação clínica é apresentada do seguinte modo: 1. Descrição clínica, incluindo anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica e a terapêutica. 2. Minhas impressões do paciente. 3. Anotação da fala do paciente sobre a sua doença particularmente no que diz respeito àquilo que acredita ser e às suas causas. 4. Uma análise interpretativa da sua fala incluindo especulações do papel terapêutico dessas interpretações.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo desenvolver, desde o estudo de 15 observações clínicas, a hipótese de que a clínica de gastroenterologia é lugar propício para o aparecimento de pacientes com queixas e sintomas de sofrimento gastrointestinal sem uma correspondência anatômica-fisiológica para tal. Mais do que isso, é minha hipótese de que esses pacientes, a partir de processos psicológicos vários, alguns dos quais bem descritos pela literatura psicanalítica, desenvolvem sintomas com componente psico-emocional. No entanto, eles vão à gastroenterologia

e não em outro lugar em busca de auxílio. Mesmo em casos em que há diagnóstico bem caracterizado de doença orgânica, procuro a interpretação simbólica e valorização psicológica da doença. É este aspecto, normalmente deixado de lado, que pretendo considerar nesta tese.

Ao terminar o trabalho, pude ir percebendo que ainda não me era possível sobrepujar a dicotomia mente corpo, bem como tratar o doente pela doença.

Busco, com isso, mostrar como o clínico de gastroenterologia e de outras especialidades pode, com sucesso, aplicar contribuições da psicanálise e das ciências humanas na sua clínica.

--oooOooo--

CAPÍTULO -1-

QUESTÕES DE MÉTODO.

(Discussão de método)

"Tudo vem da razão, diz-se na Antologia Grega. E, na verdade, tudo vem da sem-razão. Fora da matemática, que não tem que ver senão com números mortos e fórmulas vazias, e por isso pode ser perfeitamente lógica, a ciência não é senão um jogo de crianças no crepúsculo, um querer apanhar sombras de aves e parar sombras de ervas ao vento.

(...) Os classificadores de coisas, que são aqueles homens de ciência cuja ciência é só classificar, ignoram, em geral, que o classificável é infinito e portanto se não pode classificar. Mas o em que vai meu pasmo é que ignorem a existência de classificáveis incógnitos, coisas da alma e da consciência que estão nos interstícios do conhecimento."

(Do Livro do Desassossego)

Bernardo Soares

1.1. A Influência da Psicanálise.

O grande desafio de quem se desassossega com o estabelecido, no meu caso, com as limitações da clínica médica, está em encontrar um novo caminho. Incomodava-me a queixa do paciente, a não resolução de sua "doença". A psicanálise ofereceu-me este novo caminho, sem que precisasse deixar de ser médico. Inseguro e tateante, quis chamá-lo, inspirando-me em Bernardo Soares (1986), de método do desassossego.

Mas cabe ressaltar que a minha vivência com a psicanálise é algo que se acrescenta à minha medicina e, como tal, tem um valor que é meu. É uma descoberta que vem de dentro d'alma e só pode ser feita individualmente, embora possam ser coletivizados os

bens que dela procedam.

Diz Freud na Conferência XXIII proferida em 1917 : "para os leigos, os sintomas constituem a essência de uma doença, e a cura consiste na remoção dos sintomas".(...) "Os médicos atribuem importância à distinção entre sintomas e doença. A única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas". (Freud, 1976)

Diz o Prof. João Galizzi : "Cabe ressaltar, também, que percentagem muito expressiva de doentes - cerca de 40%, segundo alguns autores, e pouco mais, segundo outros - procura os serviços de gastroenterologia com afecções de outra natureza, quase sempre ligadas à esfera psíquica, havendo, com bastante freqüência, a coexistência de causas". (Galizzi, 1981)

Já em 1917 Freud nos faz um convite: adotar a posição do leigo e supor que decifrar os sintomas significa o mesmo que compreender a doença. Observe-se que "ser doente" é em essência prático: os sintomas podem ser um substituto da satisfação frustrada, problemas ancorados em algum ponto do passado do paciente. (Freud, 1976)

Pela revolução que fez reinserindo o homem na medicina, Freud devolveu ao ser humano a possibilidade de ser tratado com a ajuda de outro ser humano na sua interioridade mais profunda. Ali onde o anatômico não se mostra está o humano a ser descoberto. A contribuição que a psicanálise trouxe a medicina não pode ser desprezada. Ela veio para completá-la, não para excluí-la.

A psicanálise não é um ramo da medicina, é um ramo da vida, que mantém relações com a filosofia, a religião, a sociologia, a psicologia, a literatura... E poderia, ainda, dizer o inverso, que essas outras é que são ramos da psicanálise. Posso partir dela, posso voltar a ela. Freud em 1910 dizia: "até aqui os médicos nos acompanham, de agora em diante não mais". (Freud, 1970)

Por isso mesmo é que faz sentido a afirmação de Clavreul de que a psicanálise é o "avesso da medicina". Numa linguagem lacaniana, inspirada de Lacan, diria que é o "real" o que a medicina percebe, percutindo, auscultando, radiografando, fazendo endoscopia. Já o "imaginário" e o "simbólico" aparecem em uma linguagem mais difícil para sua percepção.

Ao lidar com essa distinção, descobro que o sintoma do mesmo modo que "o real" tem sentido, um sentido que começa a aparecer no imaginário e se completa no simbólico.

Há duas maneiras de definir o que estou fazendo : ou dando uma definição ou trazendo as próprias situações clínicas que venho trabalhando desde esta perspectiva. É deste segundo modo que trabalharei : no decorrer da tese apresento e comento 15 observações clínicas de gastroenterologia levadas a efeito com o auxílio da psicanálise.

Deste modo, estarei dando atenção especial à "fala" do paciente, buscando o que nela há de simbólico, o que vai além do "real", do orgânico. Por causa de minha preocupação com a palavra e por inspirar-me nas categorias lacanianas como "real", "imaginário" e "simbólico", alguém poderia pensar que estivesse querendo adotar o método laciano no sentido estrito. Mas não, apenas uso e de uma maneira bastante livre, os conceitos de Lacan e, como ele, considero importante a linguagem.

Mas não atendo apenas para a linguagem; atendo também para a emoção: a experiência afetiva emocional, o contato humano, o estar junto com o paciente. Eu trabalho os fatos, os fenômenos que os meus pacientes trazem, de maneira a encontrar neles um significado. Neste sentido, a abordagem que adoto, é muito mais fenomenológica que estruturalista. E, além de Lacan, tem outras inspirações, outros empréstimos fragmentários: de Melanie Klein, idéia de que o sujeito é gratidão; de Bion; a insistência no pensamento. Deste ponto de vista, a minha tese não tem um compromisso explícito com as teorias psicanalíticas de Melanie Klein, Bion ou Lacan; eu lanço mão destes autores, das leituras que faço deles, para, de um modo próprio, encarar meu objeto de trabalho e pesquisa: penso a situação vivida com o paciente, ouço-o e também ausculto-o, vejo-o e palpo-o.

1.2. A Influência da Fenomenologia.

Além da psicanálise, fui buscar também na fenomenologia uma filosofia que me permitisse ouvir e descrever o que os meus pacientes estavam me trazendo.

Conforme Rezende, o método fenomenológico decorre de uma filosofia que privilegia o fenômeno entendido como "uma estrutura reunindo dialeticamente na intencionalidade, o homem e o mundo, o sujeito e o objeto, a existência e a significação". (Rezende, 1990). Sua pretensão é de não separar os pólos entre o sujeito e o objeto, entre o homem e o mundo.

Se, por um lado, a fenomenologia pode ser vista como um "estudo das essências", por outro, concebe estas últimas como "essências existenciais" e, portanto, ocupa-se da "essência na existência ou, mais simplesmente, das significações existenciais.

A vivência do paciente é o fenômeno. Ao procurar a ajuda do médico, está trazendo uma vivência doentia, trazendo o fenômeno-doença.

A minha sensação quando estou com um paciente é que ele traz o seu mundo em nosso diálogo (na entrevista, na anamnese) e não posso ignorar que este ser humano que vem a minha procura está engajado numa situação que é dele e não minha e que é preciso ir ao seu encontro e falar com - e não para ou por - ele. Esse diálogo acaba me transformando. Não estou ileso, não sou uma parede: eu escuto e aquilo que o paciente diz passa a ser motivo de busca, na tentativa de ajudar; de preferência deixando o paciente encontrar sua própria ajuda.

Este método vem do amargo da minha boca que não consegui "curar", - e é o do paciente. Estou vivendo alguma coisa que o paciente me trouxe, uma metáfora na transferência.

É preciso ter claro que ninguém procura uma consulta ou vai a um médico se está saudável. É no desespero humano que o doente busca auxílio e é sabendo disto que tento ampará-lo procurando estar perto dele. Creio que este movimento é percebido pelo doente. Já ouvi algum dizer: "puxa, hoje estou sentindo que você está perto, que você pode me ouvir"; e outro: "sabe, eu preciso vir todos os meses aqui, só para ver você e saber como você está". Às vezes me deixa constrangido, o paciente vir todos os meses saber como estou e ficar conversando "coisas" tão humanas, fazendo com que a relação médico-paciente se torne humana.

A experiência e o mundo vivido do paciente são o fenômeno, o sentido huma-

no com que me relaciono: "tudo quanto sabemos sobre o homem e sobre o mundo, graças à contribuição das ciências, deve ser posto entre parênteses, para que possamos redescobrir a experiência em toda sua riqueza". (Rezende, 1990).

"O corpo, a condição corporal, o corpo-próprio e o corpo-sujeito são expressões que significam, de um lado, o não dualismo (cartesiano) da alma e do corpo, e, de outro, a concretude de nossa existência. A condição humana é corporal, mas o corpo integra uma estrutura propriamente humana, na qual o sentido que a unifica não se reduz ao das formas inferiores-sincréticas ou amovíveis- mas se plenifica como forma simbólica". (Rezende,1990).

Esta visão holística passa a ser a principal preocupação da visão médica do mundo: um mundo que não é só o da medicina. Se me restrinjo a uma visão centrada no homem doente, acabo por não reconhecer no homem a saúde, encontrando dificuldades para saber o limite entre o normal e o patológico. E, de fato, o homem está na fronteira da saúde e da impossibilidade de saúde, já que não basta o orgânico para se definir a saúde: "o homem "são" não é somente aquele que eliminou de si as contradições: é o que as utiliza e as incorpora no seu trabalho vital" (Merleau-Ponty, 1962).

1.3. A Auto-Organização do Texto.

Em vista disto, não poderia fazer uma tese presa à estatística ou que supervalorizasse a casuística. No caso do meu trabalho, não há como fugir ao fato de que o observador participa do "experimento", vivenciando-o. Os "casos" que apresento não compõem propriamente um corpus, sendo antes retratos significativos e fragmentários da observação. Assim o personagem Tomas, da Insustentável Leveza do Ser, pensava: "Em trabalhos práticos de física, qualquer aluno pode fazer experimentos para verificar a exatidão de uma hipótese científica. Mas o homem, porque não tem senão uma vida, não tem nenhuma possibilidade de verificar a hipótese através de experimentos, de maneira que não saberá nunca se errou ou acertou ao obedecer a um sentimento." (Kundera, 1990).

Poderia afirmar que, por inspiração lacaniana, vi o real do corpo, o imaginário

dos pacientes e o seu simbólico e, ao mesmo tempo, por inspiração da Fenomenologia, vi o paciente e sua doença como um fenômeno único.

Talvez valesse a pena dizer que este método só foi reconhecido por mim já numa etapa avançada do trabalho, quando relia e rabiscava o que escrevia. Acontece que escrevi sob um princípio de auto-organização do texto, pelo qual uma linha, um parágrafo, um capítulo, vai pedindo o seguinte, um complementando o outro, de modo que o texto se escreve de maneira continuada, quase abrupta num primeiro instante, e depois se elabora.

O método da auto-organização está em sintonia com as perspectivas psicanalítica e fenomenológica que adoto. Ele permite, e até estimula, o questionamento filosófico, a livre associação e a transferência e a contratransferência. Autoriza que do texto participem meus pacientes, professores, colegas, família, terapeuta, orientadores.

Assim, sumariamente, pode-se dizer que o método compreende três vertentes básicas e se realiza em dois momentos fundamentais. As vertentes seriam:

1. Uma visão psicanalítica, inspirada em Freud e tomando de empréstimo os três registros lacanianos - o real, o imaginário e o simbólico;

2. Uma tomada de posição existencial, com a adoção da fenomenologia existencial hermenêutica, assumindo o privilégio do fenômeno e a precedência da existência à essência, recusando toda forma de dogmatismo.

3. Um processo de auto-organização textual.

Os dois momentos seriam:

- 1) o da vivência com o paciente;

- 2) o da escritura do texto.

Este último ponto, origem e motivo desta tese, merece mais precisão. Passo, assim, a descrevê-lo, entendendo-o simultaneamente como parte do método de trabalho e de investigação acadêmica. E assim é porque o observador faz parte da observação, faz parte de maneira viva, de maneira vivida. O que quero dizer é que o que o observador sente é também objeto de observação, não podendo a observação ser neutra, inteiramente objetiva. Isso não existe. O que é importante é que, ao fazer a minha observação, também me observo, levando isso para a análise. Eu levei para a minha análise pessoal, supervisão e às vezes conversei com colegas.

1.4. O Meu Modo de Atender o Paciente.

A terapêutica se inicia no momento em que o paciente pensa em consultar. Neste instante, passam por sua cabeça noções que terão influência na escolha do médico, no seu comportamento e na reação ao próprio tratamento. Também a sala de espera faz parte da terapêutica. A sala de espera, como o nome diz, é um ponto de encontro, de união de pessoas com queixas afins. Nela começam os pacientes a falar de si entre si, de suas identificações com o que sentem, de suas fantasias e dificuldades. É muito importante este ar da sala de espera, com seu ambiente típico de poltronas e revistas velhas.

A porta está entreaberta: o paciente entra, eu me levanto, recebo-o com ar amigável, chamo-o pelo nome sempre, de preferência o nome todo (as pessoas têm nomes e alguns ainda não se acostumaram a isso). Isso faz com que fique mais próximo o relacionamento do médico com o paciente. Estendo a mão e cumprimento-o, peço para que se sente, sento-me também (a altura da minha cadeira é igual à do paciente, causando um efeito para o paciente e também para mim).

Pergunto o motivo da consulta: é o início da descoberta do enigma do corpo, o sujeito falando do que sente, a percepção dos sentidos, o mundo do paciente acontecendo ali à minha frente. O paciente, ali, dizendo da sua dor, do seu sofrimento humano, da sua condição humana, e eu, com as minhas limitações, tento compreender o que o paciente está querendo di-

zer. O abdome é um local muito propício à projeção psíquica e jogos de identificações com familiares.

É também um local de doenças de fundo orgânico e lembro-me sempre disto; apenas procuro não me restringir a esta dimensão.

Cada ser humano que se aproxima de mim, aguardo-o com desejo de tentar saber "coisas" suas, quem é, que quer saber de mim, que ele espera que eu diga, ou espera que eu faça? Que ele quer dizer com o seu sintoma?

Este primeiro momento da entrevista é descompromissado, de modo a permitir ao doente que diga o que quiser. Procuro não me preocupar com o modelo de anamnese típica, que aprendi e ensinei por vários anos. É após esta fala livre do paciente que tiro seu histórico, agora com contexto. Trata-se de uma entrevista dirigida, para saber as relações possíveis dos sintomas.

Há, assim, dois movimentos que não podem ser dissociados, porque complementares : um preocupado em permitir que aflorem os sentimentos e fantasias íntimas do paciente e outro, mais clínico, preocupado em ver a parte orgânica.

Procuro tomar as anotações sempre na frente do paciente. Anoto tanto as informações objetivas como frases que me chamam a atenção. Como a entrevista não é psicanalítica, (também é embora, não seja psicanálise) posso colocar posições de encaminhamento, fazer perguntas, observações. Como médico estou à vontade para dizer e anotar o que me parece significativo, ainda que os pacientes possam, sabendo que estou anotando, não dizer tudo. Aliás, tudo é impossível de ser dito.

A seguir, peso o paciente, peço que deite na maca, tomo a pressão arterial, faço o exame clínico geral e especial e, ao terminar, solicito ao paciente que volte a sentar em frente à minha mesa. Com isto cumpro a função de médico, inclusive no imaginário do paciente: ele espera de mim um comportamento médico e isto também faz parte da terapia.

Não digo de imediato a hipótese diagnóstica ao paciente; peço os exames necessários. (Num primeiro instante, em caso de indicação, medico sintomaticamente). Tento não fazer hipótese prévia de que a doença seja de fundo psíquico, admitindo sempre a possibilidade de

ela ser de fundo orgânico. (Podendo pensar nos dois também.) Se o paciente vem ao médico, há uma grande possibilidade de que haja algo de orgânico e não posso deixar de ser rigoroso na tentativa de ver o que de orgânico possa existir. O fato de procurar um médico é sinal de que há algo não indo bem.

Toda doença tem um significado especial na vida do paciente. Por isso pergunto-lhe, ao final da investigação clínica, o que imagina que tem. Mesmo nos "casos" em que há causa orgânica da doença, a imaginação vai além da causa; ela tem um valor, tem uma história. Eu poderia dizer, usando noutro contexto uma idéia de Rezende (1990), que na doença há sentido, há sentidos. 'As vezes o paciente não entende meu movimento, afinal, se vem ao médico, é para saber o que tem no corpo, se soubesse não viria. Mas normalmente é justamente o contrário o que acontece, muitos já vêm com "hipóteses diagnósticas", surgidas do senso comum e do imaginário, e o que tento saber é qual o sentido disso para eles.

Ao falar da parte emocional - ou "humana" - os doentes sentem uma angústia muito grande, e, com freqüência, não querem saber ou não deixam que seja levantada a hipótese emocional. Eles vão ao médico, mas não querem que ele veja o que pode haver de errado além do corpo.

Alguns reconhecem que há algo de "nervoso" com eles, outros sugerem que têm úlcera porque são "nervosos". É o imaginário funcionando: acha que tem câncer porque o pai teve sintomas semelhantes, ou alguém, na família.

No retorno do paciente, em torno de duas semanas depois, sugiro-lhe possíveis hipóteses que eu tenha sobre suas "doenças", relacionando com o seu vivido. Em "casos" de resultados negativos de exame, o paciente tende a duvidar de si, da sua dor, às vezes até de sua sanidade, em vez de aceitar motivações de natureza psíquica: como poderia aceitar que não tem nada se sente a dor real? Outras vezes, fico com a impressão de que o paciente tem um tipo de satisfação perversa ao descobrir que tem a doença!

Tento, junto com o paciente, saber o sentido do seu sintoma. Esse processo de explicitação é curioso, não é uma terapia psicanalítica e não perde sua dimensão clínica, mas, como no método psicanalítico, não dou conselhos nem fico explicando para o paciente o que está

acontecendo. É alguma coisa diferente. Mesmo nos "casos" em que haja um fundo orgânico bem estabelecido, a preocupação com os sentidos do sintoma tem função terapêutica.

Dou um exemplo : certa vez, uma paciente apresentou um tumor abdominal (um liposarcoma). Os exames confirmaram o diagnóstico, de modo que se pode dizer sem dúvida que havia uma base orgânica bem estabelecida; mas, para a paciente, o tumor era "o terceiro filho que não quis ter"! Além do orgânico e por causa dele, desenvolve-se o imaginário que também precisa estar na clínica.

Este é, em linhas gerais, meu procedimento de consulta e de investigação, particularmente no que difere do modo como a maioria dos médicos está acostumada a atuar. Naturalmente, que a apresentação é esquemática e redutora, não reproduzindo a riqueza e a unicidade do fenômeno.

O paciente vai embora. Talvez volte em um mês ou dois, depende das exigências do tratamento, do caso específico.

Não sei quem será o próximo paciente. No momento em que ele entrar, farei questão de cumprimentá-lo e de transformar essa relação numa relação em primeira instância humana. Não sou um tratador de estômagos. Nunca nenhum estômago chegou andando em meu consultório. Sempre vieram dentro de seres humanos e a eles pertenciam.

--oooOooo--

CAPÍTULO -2-

LEITURAS DIFÍCEIS (em vez de uma revisão bibliográfica)

Procuo despir-me do que aprendi,
 Procuo esquecer-me do modo de lembrar
 que me ensinaram,
 E raspar a tinta com que me pintaram
 os sentidos,
 Desencaixotar as minhas emoções verdadeiras,
 Desembrulhar-me e ser eu, não Alberto
 Caeiro,
 Mas um animal humano que a Natureza
 produziu.

Alberto Caeiro.

Uma revisão bibliográfica costuma mostrar a atualização do autor e trazer uma revisão de conceitos pertinentes ao desenvolvimento do trabalho. Não fiz por uma questão de método: meu trabalho não discute propedêutica e terapêutica convencionais de gastroenterologia e, portanto, não fazia sentido uma revisão da bibliografia desta área. A psicanálise e as ciências humanas, por sua vez, formam um corpo tão vasto que seria hipocrisia minha pensar em apresentar algo do gênero revisão bibliográfica.

Assim, apresento neste capítulo um conjunto de leituras, razoavelmente dispersas e nem sempre digeridas, que têm servido de alimento às minhas elocubrações e tentativas de mudança na prática cotidiana. Não são leituras médicas, não ensinam técnicas terapêuticas ou propedêuticas, mas contribuem, creio, para a construção de uma concepção humanista da medicina. Chamei-as, um pouco jucosamente de "leituras difíceis", mas entendo-as como um suporte teórico ao que estou defendendo.

A medicina da gastroenterologia não está só no mundo, como o homem também não está só. Entretanto, o que temos observado é um reducionismo, tanto do ato médico em si como da medicina arte que se relaciona com o homem no seu mundo. A partir da constatação de que não há só medicina no mundo e de que com frequência os profissionais passam todo o tempo realizando atos mecânicos, é razoável dizer que o sujeito está excluído deste processo. Médicos e pacientes são desumanizados, quantificados. Havia um professor meu que dizia que os médicos passam metade da sua vida correndo atrás dos pacientes e a outra metade fugindo deles. A rotina acaba transformando a medicina numa técnica, que repetida sempre acaba por dar ao homem a sensação de que a arte não existe mais. E também a especialização: na gastroenterologia já há uma variedade de subespecialidades, de modo que não há ninguém especializado no ser humano como um todo. Há congressos de fígado e uma sociedade de hepatologia; há outra de coloproctologia, nutrição; o setor de endoscopia já se subdivide; o pâncreas é um órgão que está a receber uma outra atenção, a ponto de aqueles que trabalham nesta área já proporem uma especialidade independente da gastroenterologia.

Não estou com isso querendo negar o avanço tecnológico, mas é preciso perceber que o homem está perdendo o seu lugar no mundo da tecnologia. O homem necessita ser resgatado pelo próprio homem.

A poesia lírica, a literatura, a música podem ajudar o homem a transformar o mundo num mundo melhor. O mundo do humano deve ser acrescentado ao mundo da medicina. Há uma alta porcentagem de pacientes que dizem o que sentem, mas não são entendidos na sua simplicidade, não conseguem ser ouvidos. Falam uma linguagem que o médico não capta, porque estão vivendo num mundo em que as coisas acontecem muito mais pela proximidade humana do que da técnica. Talvez o homem moderno não devesse deixar reduzir à técnica as coisas do humano. Por isso, a procura pelos farmacêuticos leigos, pela cura milagrosa é tão grande em nosso país. E também o consumo despropositado de medicamentos, "os similares supérfluos", como diz Pacheco (1978).

Certa vez, uma paciente me disse que estava cansada. Já havia mais de dez anos que fazia consultas, procurando a solução do problema, com vários médicos. "Eles dizem

que não tenho nada"! Mas como? Sofrer por dez anos é não ter nada? A paciente de fato não tinha nada que fosse visível aos equipamentos de raio-X ou a outro equipamento que mostrasse o anatômico do seu corpo, mas há "coisas" que não se mostram aos aparelhos, e sim à sensibilidade que caracteriza o humano. De fato, a medicina está longe de conhecer o ser humano (corpo humano e alma ou espírito). Os recursos disponíveis na atualidade não permitem o conhecimento de todas as anormalidades que fazem o homem sofrer.

Não querer admitir isso é negar o que há de mais humano em nós. Não sei se seria heresia chamá-lo de alma, mas reparo que Freud foi chamado doutor cura d'almas; este, aliás, foi talvez o maior chiste lançado contra ele.

Esta tese apresenta uma proposta de trabalhar a clínica a partir de um ponto de vista que considera o sujeito como um todo. Isto significa levar em conta não apenas a referência da clínica tradicional, mas também a experiência psicológica, cultural, antropológica do homem. Interessa, particularmente, explorar as possibilidades que se abrem com a utilização de conceitos psicanalíticos na prática cotidiana do médico.

2.1 O Modelo Biomédico da Medicina.

Fritjof Capra é um físico conhecido por suas posições filosóficas sobre física e ciência moderna. É particularmente notável o modo radical com que critica a ciência ocidental, apontando-lhe limites e impossibilidades. Em O Ponto de Mutação, um ensaio sobre os caminhos da ciência, Capra dedica todo um capítulo à medicina. Para ele, a "moderna medicina científica" tem por alicerce o "paradigma cartesiano". O corpo humano é aí tomado como uma máquina que, a exemplo do que ocorre com qualquer outro mecanismo, poderia ser analisado em termos de suas peças. Assim, fígado, baço, rim, aparelho locomotor, são coisas que se combinam por regras mecânicas bem estabelecidas. O médico, deste modo torna-se um mecânico do corpo humano: "O papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguilhado." (Capra, 1988)

Capra crê que este modelo de medicina surgiu com Descartes, visto que antes dele havia um outro modo de ver o homem e "a maioria dos terapeutas atentava para a interação de corpo e alma, e tratava seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual." É apenas no momento em que uma nova concepção de homem e uma nova estruturação social aparecem que os "os médicos, "achando cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente" aderem ao modelo do homem máquina.

Esta mudança permitiu o surgimento de uma visão centrada nos fatores externos ao homem, como a noção de fator etiológico, como se ele não fizesse mais parte desse mundo, como se não pudesse ser afetado pelo que ocorre dentro de si mesmo. A excessiva ênfase nas bactérias criou a idéia de que a doença é a consequência de um ataque vindo do exterior, em vez de um distúrbio do próprio organismo. A idéia de uma causa externa que provocasse uma doença dentro de um mecanismo promove a desumanização da medicina, favorecendo uma prática disciplinada e rotineira. "No processo de redução da enfermidade à doença, a atenção dos médicos desviou-se do paciente como pessoa total;(...) em vez de tratarem pacientes que estão enfermos, os médicos concentraram no tratamento de suas doenças"

Também Lacan sugere que a medicina atual veja o homem como uma máquina: "o médico, com relação ao corpo, tem a atitude do homem que está desmontando uma máquina" (Lacan, 1987)

No modelo biomédico, a noção de doença está ligada, de um lado, ao sintoma e, de outro, à causa etiológica. "O conceito de doença como entidade bem definida, levou a uma classificação das doenças que adotou como modelo a taxonímia de plantas e animais". Com isto só está "doente" o indivíduo que possa ser enquadrado numa das doenças previstas ou previsíveis. Caso contrário, o paciente será classificado de hipocondríaco: "pode acontecer que um paciente não apresente evidência de qualquer doença, mas sinta-se muito enfermo. Devido às limitações da abordagem biomédica, os médicos são freqüentemente incapazes de ajudar esses pacientes, que foram apelidados de "hipocondríacos".

Nesta medicina, "os remédios tornaram-se a chave de toda a terapia médica."

Não é à-toa que os pacientes, quando saem do consultório sem uma receita,

não se sentem tratados, tendo a sensação de pouco caso com a sua doença. Estão condicionados a ser tratados com remédios e não com palavras. Se procuram um médico, querem um tratamento médico. E médico não fala, médico medica. Conversar com médicos é algo esquecido e a rapidez na consulta mostra a sua eficiência no conhecimento das doenças, o "olho clínico".

Num modelo de medicina tão onipotente, a morte passa a ser encarada como uma adversária, de tal modo que quando um paciente morre sempre se aventa a hipótese de que o médico não tenha sido tão bom assim.

Lembro-me de um paciente de 88 anos, de cuja família era médico e amigo. Quando o velho morreu, atendi-o em sua casa; ele teve uma morte digna, natural, própria de um homem idoso, com um quadro clínico terminal. Não havia nada mais a fazer do que foi feito a não ser permitir ao paciente uma morte decente, no seu leito, em casa, com os familiares; mas a família talvez preferisse que ele tivesse sido levado para um hospital e, assim, ficasse afastada daquele sofrimento que era deles. Não puderam administrar a morte como um fenômeno natural. E nunca mais me deram notícias, talvez por achar que eu lembrasse a eles sofrimento e o que passaram naquela noite.

Dentro do modelo biomédico a morte é antinatural: "eles tendem a ver a morte como um fracasso; os corpos são retirados dos hospitais secretamente, na calada da noite e os médicos parecem significativamente mais temerosos da morte do que as outras pessoas, doentes ou saudáveis ." (Capra, 1988)

2.2 O Nascimento da Clínica.

Michel Foucault foi um filósofo estruturalista francês interessado na "ordem do discurso". Uma de suas áreas de interesse foi a medicina, uma das "ciências do homem", ainda que Foucault estivesse mais preocupado com a constituição do discurso médico do que propriamente com a prática médica. Para o pensador francês, um dos elementos centrais para o estabelecimento da medicina moderna foi a "invenção" na noção de disciplina, que permitiu o surgi-

mento do hospital como "instrumento terapêutico". Antes do século XVIII, o que havia de hospital funcionava como uma "instituição de assistência aos pobres", "um lugar aonde se ia para morrer e não para ser curado" (Foucault, 1979). O hospital moderno, aos moldes atuais, resultou de uma nova prática médica, e passou a ser para lá que iam os doentes a ser examinados. A metáfora usada pelo autor é "máquina de curar".

Esta nova prática tornou-se possível porque desenvolve-se na sociedade francesa do século XVIII um novo modo de organização dos espaços coletivos e do saber; a este modo de organização Foucault chamou de "disciplina", o que significava mais controle, mais sistematicidade, mais rigor na observação. A medicina passa de uma prática individualista, para a qual "a cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico", para uma medicina do meio, "cujo grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica" (Foucault, 1972).

Pelo menos em dois aspectos as falas de Foucault e Capra se aproximam. Foucault não diz, mas marca o nascimento da clínica num período fortemente influenciado pelo pensamento cartesiano. Além disso, a redefinição do espaço e a colocação dos doentes num local antes destinado aos pobres, fez com que o hospital passasse a ser uma oficina de conserto das engrenagens humanas que apresentassem defeito (a "máquina de curar") com todos os especialistas à disposição. Daí nasceu e desenvolveu-se uma estrutura administrativa que cuida para que médicos e pacientes cumpram à risca tudo o que for determinado pela alta direção que controla este saber médico. E também a padronização dos medicamentos é fruto desse poder, dessa espacialidade sem lugar para o humano. O doente ficou num lugar bem estabelecido, sendo tratado com todos os recursos da alta tecnologia. Morrerá só se o destino quiser, mas morrerá em perfeito equilíbrio ácido-básico, morrerá por teimosia, pois tudo será feito, tudo mesmo, menos a presença do humano. Essa leitura de Foucault me inquietou, bem como a de Ivan Illich. Elas mexeram comigo, fiquei dessassossegado com a atitude deles perante a medicina, e isso de certa forma fez com que eu chegasse a psicanálise.

2.3 A Expropriação da Saúde.

Ivan Illich, filósofo vienense radicado no México, é bastante conhecido por suas posições polêmicas sobre medicina, educação e sociedade. Em seu Némesis Medicae (1977), acusa a medicina de ser iatrogênica a nível clínico, social e estrutural. Para o autor, a medicina mais causa danos do que benefícios e constrói ao redor de si a crença absoluta na capacidade de cura pela medicina. A mesma dúvida expressa Clavreul (1983), que vê a medicina substituindo as operações mágicas e espirituais, fazendo, com isso, com que as pessoas passem a acreditar no poder de cura excessiva.

Vale registrar aqui, a título de exemplo, a queixa do médico rural, de Franz Kafka (1990) : "Assim são as pessoas na minha região. Sempre exigindo o impossível do médico. Perderam a antiga fé; o pároco fica sentado em casa desfiando uma a uma as vestes litúrgicas; mas o médico deve dar conta de tudo com sua delicada mão de cirurgião."

A iatrogênese clínica seria "a multidão de efeitos secundários, porém diretos, da terapêutica", isto é, todas as conseqüências decorrentes do uso de medicamento, da internação hospitalar, da intervenção cirúrgica etc. A medicina seria excessivamente dispendiosa e ineficaz. Além disso, o erro médico estaria acobertado por um anonimato conseguido através da transformação da prática individual em uma técnica que pressupõe a aplicação de "regras científicas" e o estabelecimento de "categorias de doente". No hospital, onde a técnica é sofisticada, "a negligência se transforma em erro humano "aleatório", a insensibilidade em "desinteresse científico", e a incompetência em "falta de equipamento especializado"

A iatrogênese social seria é a medicalização da sociedade, manifestada na "medicalização do orçamento", "a invasão farmacêutica", "o controle social pelo diagnóstico", a promoção da "magia preventiva (para estar na moda é preciso consumir check-up)", a medicalização dos grandes rituais (os transplantes, o tratamento do doente terminal) e a eliminação do status de saúde, graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente". Com isto, "todas as idades são

medicalizadas", desde o nascimento até a velhice e a morte.

Finalmente, a iatrogenese estrutural seria "uma demanda idólatra de manipulação [que] substitui a confiança na força de recuperação e de adaptação biológica, o sentimento de ser responsável pela eclosão dessa força e a confiança na compaixão do próximo, que sustentará a cura, a enfermidade e o declínio. O resultado é uma regressão estrutural do nível de saúde, visto que esta é compreendida como poder de adaptação do ser consciente". A iatrogenese estrutural estaria manifestada em três sintomas, a saber, a "alienação da dor, transformando-a num problema técnico, sem significado íntimo e pessoal; a "doença heteronômica", isto é, a colocação de um outro nome à doença; e a "morte escamoteada", isto é, a tentativa de esconder, encobrir, a morte, através de sua medicalização.

As posições de Illich parecem ecoar na denúncia recente que faz Alda Martinelli (1990). Ela reclama que a medicina, ao invés de oferecer uma morte digna e tranqüila para seu pai, usou sua morte para ganhar dinheiro, através de "exames desnecessários". Diz Alda : "O que me chocou nesse episódio é que, se meu pai tivesse morrido em casa, o sofrimento seria menor. Fala-se que o problema da medicina brasileira se resolveria com mais recursos para os hospitais privados. Também se elogia a parafernália tecnológica de última geração que os bons hospitais privados brasileiros compraram recentemente. Há uma terceira necessidade, além do dinheiro e das inovações tecnológicas. É preciso que existam profissionais de carne e osso e com a sensibilidade para entender o drama do paciente." (...) "Nos casos em que a medicina ainda não é capaz de salvar vidas, o melhor remédio continua a ser um tratamento médico humano e atencioso, como se fazia antigamente. Essa é a mística da relação entre médico e paciente - a mística do homem que devolve a saúde a outro homem. É claro que ainda existem médicos sensíveis. Mas fica evidente que a medicina brasileira tem falhado ao preparar seus profissionais para esta tarefa.

A posição de Illich apesar de bem fundamentada é, à meu ver, um tanto quanto de quem está do outro lado. Conheço a medicina pela experiência de estar constantemente presente no hospital e no atendimento diário com os meus pacientes e creio que é fácil para quem faz uma crítica como a dele, ficar sentado e dizer. Mas, para ir à frente de batalha e tentar

ajudar o ser humano, é necessário não só a crítica, mas também abnegação e generosidade, que encontrei e encontro em muitos médicos.

2.4 O Normal e o Patológico.

Georges Canguilhem foi um filósofo francês que, já formado, resolve fazer medicina. O Normal e o Patológico, exatamente sua obra de doutorado em medicina, traz a contribuição da filosofia para o estabelecimento das noções de saúde e doença.

Para o autor, "existem dois modelos da palavra saúde. A saúde, considerada de modo absoluto, é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos(...) A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis." A partir disto, é possível conceber a doença como parte da experiência do ser vivo e não algo necessariamente anormal. O anormal, aliás, em alguns casos seria a saúde perfeita.

A normalidade, por sua vez, seria um conceito relativo, que se estabeleceria desde um padrão de comparação e não de algo intrínseco ao indivíduo. "O homem só sabe que é normal num mundo em que nem todo o homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente" Em função disso, "qualquer conceito empírico de doença, conserva uma relação com o conceito axiológico de doença. Não é, portanto, um método objetivo que qualifica como patológico um determinado fenômeno biológico. É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico."

Canguilhem termina brilhantemente seu ensaio dizendo que "a ameaça da doença é um dos elementos constitutivos de saúde."

2.5 Os Modelos Alternativos de Saúde.

O modelo biomédico, apesar de ser o de maior status, o mais poderoso e o mais bem sucedido, não é o único, havendo diversos outros modelos de saúde, de homem e de cura, tais como, a homeopatia, a medicina "naturalista", o Do-in e a Acupuntura etc. Esses outros modelos, normalmente desvalorizados pela sociedade ocidental e considerados "alternativos", não partem do mesmo pressuposto de que parte a alopatia.

A homeopatia, por exemplo, considera a saúde como um estado de equilíbrio geral do indivíduo, sendo a doença causada por um excesso ou falta. A cura estaria, assim, não no combate a uma causa externa (o corpo é capaz de fazer isto por conta própria), mas no restabelecimento do equilíbrio rompido, o que se conseguiria através da estimulação energética de substâncias vitais. Apesar de muitas vezes estar associada a práticas místicas ou esotéricas, a homeopatia, em princípio, tem uma base tão materialista quanto a medicina alopática. O que está em disputa é a concepção de homem, de ciência e de cura.

O prestígio atual da medicina alternativa, pode ser devido ao fato de ser dito que o homem é atendido como um todo, ao contrário de grande parte de médicos que tratam os sintomas. Entretanto é preciso enfatizar que a verdadeira medicina alopática ensina que o doente deve ser tratado como um todo, como ser humano.

A medicina "naturalista", apesar de não explicitar claramente um modelo de corpo, adota da medicina alopática o seu modelo, tomando o corpo como máquina dividida em órgãos. A diferença está na terapêutica e na dieta. Ela supõe que as drogas naturais são mais baratas, mais eficientes e trazem menos efeitos colaterais.

A medicina oriental, o Do-in e a Acupuntura, tem como idéia fundamental a fusão do corpo com o espírito, que constituiriam a "totalidade humana." O homem teria uma estrutura energética, que pode ser mapeada em "linhas" de energia. Estas linhas, no entanto, não passam necessariamente por estruturas físicas bem definidas. É importante que se manifestem em uma

estrutura física, porque esta é o lugar de intervenção do terapeuta, que localiza pontos nevrálgicos a serem estimulados com o dedo ou com a agulha. Neste ponto, por causa da estimulação, irradia a energia que restabelecerá o equilíbrio da estrutura. A irradiação que sai desses pontos não tem a mesma explicação que na medicina alopática. O modo como a energia se distribui pelo corpo é outro: há dois pólos, o positivo e o negativo, yin e yan, que regem todo o funcionamento do indivíduo.

Este pequeno passeio pelos modelos alternativos sugere que não há um único modo de se entender/explicar a saúde. Em termos sintéticos, pode-se identificar três explicações fundamentais para a doença:

1. mau funcionamento da máquina humana - o corpo - ou de uma peça sua - um órgão - (medicina ocidental alopática e naturalista);
2. um desequilíbrio da homeostase, da estrutura do corpo (medicina homeopática);
3. uma perda/diminuição/desequilíbrio de energia, envolvendo o corpo e o espírito (Do-in, acupuntura)

É preciso, então, modificar o quadro de referência da medicina alopática, admitindo a possibilidade de outras interpretações do fenômeno humano. A alopatia tem sua importância, mas devemos acrescentar-lhe outras dimensões.

O conhecimento anatômico da estrutura do corpo é um fator fundamental, mas não dá conta do fenômeno humano. A doença e a saúde têm valor cultural muito importante.

Algumas doenças ou defeitos podem tornar-se "marca de prestígio", inclusive, na civilização ocidental. No século XIX, por exemplo, a tuberculose era uma destas doenças, o mal-do-século, a causa mortis de poetas, que morriam de tuberculose mesmo quando não morriam de tuberculose. Álvares de Azevedo e Castro Alves tiveram tuberculose, mas nenhum dos dois morreu de tuberculose. Castro Alves morreu de septicemia após amputação mal feita, uma doença "chula", não uma doença para um poeta morrer. Álvares de Azevedo de acordo com o atestado de óbito, e cronistas de sua época, teria morrido de tumor na fossa ilíaca, decorrente de uma queda de cavalo...(F.Rezende, apud Heller et al, 1982).

Hoje, observa-se o mesmo processo ocorrer com a AIDS. É uma doença ruim, que

expulsa o sujeito da comunidade, mas também que comove e, se ele tiver um papel simbólico na sociedade, transforma-se em um herói. São exemplos as histórias de Henfil e Cazuzu.

O erro não está em ser um clínico, o erro está em não considerar o homem como maior do que a clínica. Por isso me interessa tanto a fenomenologia, o fenômeno. O homem, como fenômeno, é sempre maior do que qualquer quadro de referência que se crie para explicar um homem, em um instante imediato.

2.6 O Corpo.

Maurice Merleau-Ponty foi um filósofo francês adepto da fenomenologia. Nunca escreveu nada diretamente relacionado à medicina, sendo autor de diversas obras sobre o comportamento, a percepção, a presença, o fenômeno.

Foi lendo Merleau-Ponty que fiz a descoberta do corpo humano, 19 anos depois de minha primeira aula de anatomia. (Merleau-Ponty, 1975).

Há um corpo anatômico e um corpo vivido. O corpo como coisa, o corpo anatômico, nós o descobrimos na doença, isto é, quando dói lembramos que temos fígado. Esse é o corpo físico, real, corpo concreto. O corpo anatômico é mostrado pela doença.

O corpo vivido é um corpo próprio, corpo sujeito, corpo fenomenal, corpo simbólico e, por fim, um corpo humano. O corpo próprio é o corpo da apropriação, o meu corpo, que me distingue dos outros e do mundo. O corpo sujeito não é um corpo coisa; ele remete à subjetividade, que apropria de maneira autônoma, sua própria vida. Por isso, meu corpo não é um objeto, meu corpo sou eu. O corpo fenomenal é o corpo que percebo e através do qual me relaciono com o mundo; é o corpo da percepção da vida, é, em suma, o corpo com o qual vejo o mundo e, também, meu limite, pois sou limitado pelos meus sentidos. O corpo simbólico diz o que estou sentindo, diz o que estou pensando; ele me representa e dá significado ao que faço e falo. Finalmente, o corpo é humano porque tem tudo isto e se faltar um dos outros aspectos não é um corpo humano. O corpo humano não é um corpo animal domesticado, isto muda a concepção de anatomia.

Cada aspecto do corpo engloba o precedente. "Estou lidando com um corpo humano que não é simplesmente um corpo animal, um corpo coisa, um corpo orgânico mas um corpo próprio, sujeito, fenomenal, simbólico, humano." (Rezende, 1989).

Deste modo, Merleau-Ponty supera o corpo anatômico, a máquina (parada) do modelo biomédico de que fala Capra. Ele apresenta à experiência humana o fenomenal e o simbólico, permitindo ver além do físico. Diz Rubem Alves (1989) : "E o que se descobriu é que o corpo, esta coisa que aparece como mistura de carne, sangue e nervos, não é feita destas coisas. O corpo é feito de palavras. Carne, sangue e nervos são apenas uma fina camada visível que envolve um segredo invisível, uma estória que mora em nós."

Esta passagem merece um comentário mais vagaroso. O médico está em contato não só com a anatomia do paciente, mas também com sua palavra embora não o perceba. Não percebe que o corpo fala do "corpo vivido". A vivência do paciente vem junto com ele à consulta. Ao corpo humano, acrescenta-se aquele de que fala o paciente: a vida. É neste sentido que o corpo é também feito de palavras, e quem se submeteu ao processo psicanalítico sabe disso. Esse corpo feito de palavras é da ordem da psicanálise.

Para entender a metáfora de que o corpo é feito de palavras é, portanto, preciso recordar que o sintoma é a "fala" do corpo manifesta no sofrimento. O sintoma nem sempre é patológico e é preciso sobretudo querer ver este outro lado, pois o paciente entra e diz, e o médico só acaba ouvindo o que quer ouvir. Eu gostaria de acordar um pouco a escuta médica, para entender esta linguagem do corpo. O sintoma é sinal de que alguma coisa não vai bem. Enquanto sinal ele é precioso, ele encarna o sentido para que o paciente possa ser cuidado.

Rezende, em quem fui buscar a leitura que apresentei de Merleau-Ponty, resume bem esta visão de corpo humano: "O corpo do homem não é um simples corpo, mas um corpo humano, que só pode ser compreendido a partir da sua integração na estrutura global. A animalidade do homem é de outra ordem." (Rezende, 1990)

2.7 O Pensamento Selvagem.

Claude Lévi-Strauss é um antropólogo estruturalista francês, famoso por suas obras sobre a cultura de índios sul-americanos. Sua teoria antropológica realça os aspectos estruturais e históricos das culturas e os diferentes modos como o homem organiza o mundo.

Trago dois exemplos antropológicos ligados à medicina que exemplificam a relação entre cultura e doença:

1. "Os índios do sudeste dos EUA fazem dos fenômenos patológicos uma consequência de um conflito entre os homens, os animais e os vegetais. Irritados contra os homens, os animais lhes enviam as doenças; os vegetais, aliados dos homens, respondem fornecendo-lhes remédios. O ponto importante é que cada espécie possui uma doença ou um remédio específico. Assim, segundo os chickasaw, as dores de estômago e as dores nas pernas procedem da cobra; os vômitos, do cão; as dores do maxilar, do cervo; as dores de barriga, do urso; a disenteria, do cangambá; os sangramentos do nariz, do esquilo; a icterícia, da lontra; as perturbações do baixo-ventre e da bexiga, da toupeira; as câibras, da águia; as doenças dos olhos e a sonolência, do mocho; as dores de articulações, da cascável etc." (Lévi-Strauss, 1989).

O indivíduo olha para o exterior e quer encontrar a causa da sua doença em alguma coisa fora dele. Daí porque os índios americanos identificam as doenças aos animais. Também o homem ocidental faz isso; a causa de sua doença não está mais relacionada a este ou àquele animal e a cura encontrada nesta ou naquela planta, mas ela não deixa de ser externa: é a comida, o trabalho, o stress do trânsito, a poluição, o micróbio, o vírus. Não se trata aqui de indagar qual a mais científica (mesmo porque, a nível do senso comum do paciente não há ciência envolvida), mas de anotar os modos pelos quais o homem explica o que se passa com ele.

2. O índio está doente. Quem o cura é o Xamã, através da expulsão dos maus espíritos. "Que a mitologia do xamã não corresponda a uma realidade objetiva, não tem importância: o doente acredita nela, e ele é membro de uma sociedade que acredita. Os espíritos protetores

e os espíritos malfazejos, os monstros sobrenaturais e os animais mágicos, fazem parte de um sistema coerente que fundamenta a concepção indígena do universo. O doente os aceita, ou, mais exatamente, ele não os pôs jamais em dúvida. O que ele não aceita são dores incoerentes e arbitrarias, que constituem um elemento estranho a seu sistema, mas que, por apelo ao mito, o xamã vai reintegrar num conjunto onde todos os elementos se apóiam mutuamente." (Lévi-Strauss, 1967).

O que interessa anotar aqui é que: 1. a doença e a cura tem uma explicação simbólica e é só neste sistema de referência que fazem sentido; 2. a cura depende da crença na palavra, na criação de um vínculo afetivo e numa interpretação do símbolo. Por isso, Lévi-Strauss dirá que "a cura xamanística se situa a meio-caminho entre nossa medicina orgânica e terapêuticas psicológicas como a psicanálise." Se atentarmos ao que dizem Melanie Klein, Groddeck e outros, também na civilização ocidental ocorreria uma cura xamanística, mesmo que as pessoas acreditem que micróbios existam e monstros não. A palavra do médico e o afeto que dedica ao paciente fazem parte da terapêutica.

2.8 O Vínculo.

Melanie Klein foi uma psicanalista famosa por seus estudos sobre os primeiros anos da vida da pessoa e por suas teorias à respeito da relação mãe-bebê. Começou a fazer seus estudos após os trinta e sete anos, escrevendo sobre o próprio filho. Sua obra é densa e não pretendo aqui discuti-la em detalhes. De fato, interessa recuperar um único aspecto de seu trabalho : a noção de vínculo.

Melanie Klein mostra, no caso Dick, a importância da presença do afeto na formação da personalidade. Dick, não construindo vínculo afetivo, mostrava-se incapaz de diferenciar um móvel de uma pessoa ou de discriminar a presença da ausência. A ausência de vínculo não permitia que ele "simbolizasse", isto é, desse um sentido àquilo que fazia: "o comportamento de Dick carecia de sentido e de propósito, e não tinha relação com nenhum afeto ou angústia."

(Melanie Klein, 1981). Foi com a análise, através do vínculo afetivo construído com a terapeuta, que o menino passou a estabelecer um contato que a mãe e a primeira ama-seca não tinham estabelecido com ele, impossibilitando a simbolização da unidade primitiva mãe-filho. Conforme comenta Rezende (1988), "deste ponto de vista, interpretar simbolicamente é buscar sinais da existência do vínculo, a partir da situação transferencial".

Também Bion chama a atenção para a importância do afeto: "Estes sentimentos que conhecemos pelos nomes de "amor" e de "ódio" parecem escolhas óbvias, se o critério for a emoção básica. A inveja e a gratidão, a depressão, a culpa, a angústia, todas ocupam lugar de relevo na teoria psicanalítica e seriam com o sexo escolhas para se colocarem junto ao amor e o ódio." (1966)

Estabelecendo o vínculo, a criança pôde recomeçar a falar, e falar coisas de que já sabia; ou seja, Dick pôde usar livremente o símbolo. O símbolo estabelece vínculo entre as palavras, entre as pessoas; ele reúne, junta, vincula. Com isso, "junto com o aumento de interesse e o estabelecimento de uma transferência cada vez mais intensa para comigo, havia aparecido a relação de objeto que, até então, fazia falta. Durante esses meses, sua atitude para com a mãe e a ama-seca tornou-se afetuosa e normal." (Melanie Klein, 1981)

Para Rezende (1988), o estabelecimento do vínculo é a questão fundamental para o desenvolvimento da atividade simbólica: [no caso Dick] "trata-se de uma criança destituída de vínculo afetivo, incapaz de discriminar entre a presença e a ausência. Como poderia ele simbolizar, se uma das características essenciais do símbolo é a permanência do vínculo apesar da separação? O vínculo simbólico, por assim dizer, garante a presença de um objeto mesmo ausente, podendo a pessoa a ele referir-se de maneira verdadeira." (1988)

Também na relação médico-paciente é importante a formação de vínculo. Já chamei a atenção na introdução para o caráter psicológico, afetivo, que têm muitas queixas de pacientes que procuram o médico. Estas queixas só poderão ser "percebidas" pelo paciente como algo que tem relação com a sua vida se puderem ser "simbolizadas", "interpretadas". A não formação de vínculo entre o paciente o médico deve, de alguma forma, contribuir negativamente, para o sucesso da terapia.

2.9 O Isso e Seus Incômodos.

Georg Walther Groddeck foi um médico alemão, tendo sido conhecido como o "analista selvagem", conforme suas próprias palavras. Groddeck dizia ter descoberto o Isso, o id, em Nietzsche, tendo-o depois "emprestado" a Freud. Talvez tenha sido o pai da psicossomática, aplicando a psicanálise à medicina. Seu livro mais famoso, O Livro dISSO (1988), é um conjunto de cartas versando sobre medicina e psicanálise e assinado com o pseudônimo de Patrik Troll. Na opinião de Lawrence Durrell no prefácio à edição inglesa do Livro dISSO (1988), Groddeck era mais um médico de almas e um sábio do que um médico; ele não podia permanecer nos limites de um determinismo psicológico tão rígido quanto o de Freud." (1988)

Seu livro é um texto mal comportado, de anotações fortes, várias da vida e da clínica. Anoto algumas passagens instigadoras e provocadoras, particularmente a quem professa a medicina:

O Isso:

"Acredito que o homem é vivido por algo desconhecido. Existe nele um "isso", uma espécie de fenômeno que acompanha tudo que ele faz e tudo que lhe acontece. A frase "Eu vivo..." é verdadeira apenas em parte; ela expressa apenas uma pequena parte dessa verdade fundamental: o ser humano é vivido pelo Isso."

"Todas as coisas têm duas caras, portanto é possível examiná-las dos dois lados e sempre, se nos dermos o trabalho, será possível encontrar para os incidentes da vida uma origem exterior e uma razão íntima."

"É indispensável analisar a si mesmo. Não é fácil, mas isso nos revela nossas resistências pessoais e logo nos deparamos com fenômenos que desvendam a existência de resistências particulares a uma classe, um povo, até mesmo toda a humanidade."

O médico:

"Acabei sendo médico porque meu pai era médico."

"Você tem aqui a essência do médico: uma propensão para a crueldade recalcada ao ponto de tornar-se uma coisa útil, e cujo sensor é o medo de fazer sofrer."

O doente:

"Fazer-se passar por doente é uma máscara por trás da qual se ocultam enormes setores dos mistérios da vida cuja extensão precisa é impossível determinar."

Os filhos:

"as pessoas que detestam a mãe não têm filhos. Quando se odeia a mãe, teme-se o próprio filho."

Groddeck dá valor simbólico a tudo o que faz um indivíduo, não reconhecendo a acidentalidade. Comenta D'Epinay (1988) : "o acaso não existe: toda doença, acidental ou não, tem um significado". Daí o sujeito doente está querendo dizer alguma coisa, a doença sempre tem um sentido que é preciso buscar. Por isso, ele especula o simbólico, interpreta o sintoma orgânico.

A radicalidade de Groddeck fascina. A riqueza de sua contribuição para a clínica está em estabelecer relações para tudo o que diz, sente e vive o paciente. Um mau hálito é mais que um mau hálito mesmo sendo um mau hálito.

2.10. O Real, o Imaginário e O Simbólico.

Jacques Lacan foi um psicanalista francês, sendo considerado o mais radical e controverso seguidor de Freud. Influenciado pelo pensamento estruturalista francês, fez uma obra extensa e de difícil entendimento. Para Lacan é central a palavra na estruturação do sujeito; o símbolo, experimentado através do discurso, remete sempre a uma outra coisa, de tal modo que não se tem acesso ao sentido primeiro. Pode se dizer que o sujeito, desde definição lacaniana, está representado entre dois significantes, de tal modo que um significante seria aquele que representa um sujeito para um segundo significante.

Lacan faz pensar que não é possível, ingenuamente, desconsiderarmos o que o sujeito diz, porque é uma linguagem que expressariam as neuroses de cada um. Não vou resenhar Lacan, nem creio que seria capaz disso. Interessa-me apenas aproveitar alguns conceitos seus e, ainda assim, deslocados do corpo de sua obra.

Este deslocamento é, de qualquer modo, inevitável porque Lacan afirmava que a psicanálise não tinha como objetivo curar pacientes, e que, se as pessoas em análise melhorassem, isso seria um efeito colateral bem-vindo. A afirmação causou considerável tumulto na França. Se a análise não se propõe curar, então não pode ser considerada como uma subespecialidade médica: o que ela está tentando fazer é algo estranho à medicina. Assim os médicos, os verdadeiros, estão certos em suspeitar da análise. (Schneiderman, 1988). Já a perspectiva que busco é a do tratamento clínico, afinal, sou um médico no exercício da medicina.

No capítulo VII do Livro 1 (1986), Lacan fala de "três sistemas de referências - o real, o imaginário e o simbólico - sem os quais não é possível entender a técnica e a experiência freudianas". Comentando o caso Dick, relatado por Melanie Klein, diz que "no caso desse jovem sujeito, real, imaginário e simbólico são sensíveis, aflorantes. O símbolo, eu lhes ensinei a identificá-lo com a linguagem - ora, não será na medida em que, digamos, Melanie Klein nos diz que os objetos são constituídos por jogos de projeções, introjeções, expulsões, de reintrojeções de maus objetos, e que o sujeito, tendo projetado o seu sadismo, o vê voltar desses objetos, e, por esse fato, se encontra bloqueado por um temor ansioso, vocês não sentem que estamos no domínio do imaginário? Todo o problema a partir de então é o da junção do simbólico e do imaginário na constituição do real."

Lacan coloca, assim, o real como constituído da junção do simbólico e do imaginário. Restaria saber como. O real seria aquilo que se nos apresenta: "O buquê reflete-se sobre a superfície esférica, para vir ao ponto luminoso simétrico. Entendam que todos os raios fazem o mesmo, em virtude da propriedade da superfície esférica - todos os raios emanados de um ponto dado vêm ao mesmo ponto simétrico. A partir de então, forma-se uma imagem real." Mas o

real não é independente do imaginário, ao contrário, só existe em função dele : "para que haja uma óptica, é preciso que, a todo ponto dado no espaço real, corresponda um ponto e só um num outro espaço, que é o espaço imaginário. É a hipótese estrutural fundamental." A ordem do simbólico, por sua vez, estaria ao nível da própria subjetividade e do sentido que lhe seria oferecido. "Quer dizer que, na relação do imaginário e do real, e na constituição do mundo tal como ela resulta disso, tudo depende da situação do sujeito. E a situação do sujeito - vocês devem sabê-lo desde que lhes repito - é essencialmente caracterizada pelo seu lugar no mundo simbólico, ou, em outros termos, no mundo da palavra."

Vê-se, assim, que o real, o imaginário e o simbólico constroem uma ordem de registro e não podem ser tomados isoladamente, isto é, sem se referirem mutuamente. Não vou usar estes termos exatamente dentro da referência lacaniana. Para utilizá-los nestas condições, precisaria conhecer profundamente a sua obra, o que não é o caso. De qualquer modo, fazendo uma transposição livre para a clínica, seria possível dizer que o real é a queixa do paciente, o sintoma do corpo, aquilo que o corpo está dizendo; o imaginário são as associações livres que fazem os pacientes, isto é, aquilo que eles dizem ser o motivo de sua doença, queixa; e, finalmente, o simbólico seria o "sentido", o valor psicanalítico que o sujeito oferece ao seu sintoma e que se estrutura como linguagem. Conforme anota Laplanche e Pontalis (1985), ao simbólico vincula-se a "idéia de que a eficácia do tratamento tem o seu elemento propulsor real no caráter fundamental da palavra".

Gostaria de notar aqui que se esta concepção afetiva do simbólico, aparece mais em Melanie Klein do que em Lacan, e se esse esquema que usei é um esquema de Lacan, na verdade a dimensão afetiva do símbolo é mais Kleiniana.

2.11. Freud.

Diz Lacan (1987) : "Freud é um médico, mas ele nasceu mais ou menos um século depois de Hegel, e no intervalo muitas coisas ocorreram, que não deixaram de ter incidências

sobre o sentido que se pode dar à palavra médico. Freud não é um médico como Esculápio, Hipócrates ou São Lucas. É um médico mais ou menos como nós todos somos. É um médico que, em suma, não é mais um médico, assim como nós mesmos somos um tipo de médico que não está mais nem um pouco na tradição do que o médico sempre foi para o homem."

A minha inspiração inicial está em Freud, principalmente nas suas obras:

1. Conferências de Clark. Em particular, a Primeira Conferência de Clark, em 1909 faz alusão a uma rota original: "Caminharemos por algum tempo ao lado dos médicos, mas logo deles nos apartaremos, para seguir, com o Dr. Breuer, um rota absolutamente original." (1970). Freud, sendo médico, segue o caminho que sua paciente indicou na cura pela "limpeza da chaminé", a "talking cure" (1970), expressão usada pela própria paciente. A seguir, diz Freud em 1909: "Até aqui nos tem sido vantajoso caminhar ao lado dos médicos, mas breve os deixaremos." (1970)

Eu, sendo médico, pude entender o que Freud queria dizer, mas isto me custou tempo, não foi tão fácil entender esta passagem.

2. Inibições, Sintomas e Ansiedade. É um texto difícil de Freud, feito também para o clínico que se disponha a aprender coisas novas sobre os sintomas, trazendo um caminho novo, uma nova abordagem do sintoma. O texto ajuda, em especial, a entender aqueles sintomas em que, não seguindo uma certa lógica no corpo do paciente, deixa o médico angustiado, não entendendo o que o paciente diz e, com isto, retirando-lhe o afeto e a atenção. "Os sintomas só se formam a fim de evitar a angústia: reúnem a energia psíquica que de outra forma seria desgarrada como angústia." (Freud, 1976)

3. O Sentido dos Sintomas. Aqui Freud, em 1926 convida a pensar que "os sintomas têm um sentido". Creio que o médico pode ajudar o paciente a saber qual é este sentido, indo junto dele, não fazendo o sentido para ele, mas conjuntamente, encontrando o sentido. "O sentido de um sintoma possui determinada conexão com a experiência do paciente. Quanto mais individual for a forma dos sintomas, mais motivos teremos para esperar que seremos capazes de estabelecer esta conexão. A tarefa, então, consiste simplesmente em descobrir, com relação a uma idéia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a idéia se justifi-

cou e a ação serviu a um propósito." (Freud, 1976)

Freud foi um médico que, com as descobertas que fez, foi além da medicina. Com ele descobrimos que o homem tinha um inconsciente, que imaginava, criava, projetava, descobrimos que o homem é mais do que sua anatomia.

De fato, o mundo não é o mesmo depois da psicanálise.

Cabe lembrar, entretanto, que a medicina de hoje ainda desconsidera Freud, sendo essencialmente a mesma do tempo em que se estabeleceu o modelo biomédico (Capra, 1988). A importância de Freud para quem está querendo olhar o homem de maneira mais ampla está nas especulações que fez sobre o inconsciente. Conforme Vieira & Hossne (1987), "com o grande avanço nas áreas de anatomia patológica, fisiologia experimental e microbiologia, que ocorreu nos séculos XVIII e XIX, (...) o doente passou a ser visto mais como objeto de pesquisa do que como pessoa a ser curada. Foram as idéias psicanalíticas de Freud que deram dimensão maior ao relacionamento médico-doente."

A medicina não pode se encastelar dentro de si mesma. Por isso, gostaria, com esta tese, de modificar um pouco a fala do médico, o que não significa negar o que a medicina também aprendeu, ajudou, construiu.

Para nós, médicos, os sintomas, passando a ter um sentido, fazem com que também haja uma revolução no próprio corpo humano.

--oooOooo--

CAPÍTULO -3-

A CLÍNICA DESCRITA.

(Análise da prática atual da clínica de gastroenterologia)

A realidade
Sempre é mais ou menos
Do que nós queremos.
Só nós somos sempre
Iguais a nós-próprios.

Ricardo Reis

Já fiz, na apresentação do método, uma descrição do modo como trabalho, caracterizando a importância que têm para mim os aspectos emocionais, imaginários e simbólicos do paciente e como os valorizo na minha prática, sobrepondo-os àquilo que me informa a clínica.

Neste capítulo, pretendo fazer uma apresentação sumária e do modo como entende se organiza a Clínica Médica tal qual está hoje estabelecida. Eximo-me, neste momento, de contar como particularmente tenho trabalhado, visando descrever o funcionamento da prática convencional. Veremos a estruturação da clínica, o modo como é ensinada nas escolas de medicina e normalmente apresentada nos manuais e revistas especializadas e o modo como o médico encaminha a consulta e relaciona-se com o paciente. Em nosso meio, um dos maiores exemplos é a revista *Arquivos de Gastroenterologia de São Paulo* que descreve as observações clínicas sempre do ponto de vista psicossomático. Mostrando que há médicos preocupados com o emocional dos doentes nas entrevistas e nos consultórios. Em especial a pessoa do Prof. José Fernandes Pontes que sempre voltado para este aspecto humano, desenvolveu e continua a rever seu trabalho, acrescentando ao aspecto socio-psicossomático agora o modelo antropológico cultural.

3.1 A CONSULTA.

O doente fala do corpo, diz a sua queixa. O médico pergunta, faz a anamnese e o exame físico, procurando estabelecer um diagnóstico, normalmente sujeito a confirmação através dos exames suplementares. Uma vez feito o diagnóstico, faz o encaminhamento, medicando-o, indicando a cirurgia, pedindo uma interconsulta, dispensando o paciente etc. Esta é a clínica tradicional.

Todo este processo está diretamente vinculado a um quadro de referência teórico da medicina que é fundamentalmente um quadro de referência orgânico (cf. Foucault, 1980). Por isso mesmo, particularmente na clínica gastroenterológica, a medicina tende a valorizar o paciente que tem algo "mais concreto", "palpável", mais "visível". O outro doente não seria propriamente um doente, mas um "píssico" ou "psicoleta", isto é, um indivíduo que inventa um doença. O próprio valor pejorativo destes termos mostra bem como este sujeito é desvalorizado, desconsiderado pela medicina.

A consulta dura cerca de quinze minutos. Este é o tempo sugerido pela OMS e presente na portaria 3046/82 do Ministério da Previdência e Assistência Social na resolução 03/81 do Ministério da Saúde. Naturalmente, este tempo pode variar um pouco de médico para médico e de serviço para serviço, costumando demorar mais nos casos de consulta em consultório ou hospital particular e menos para os casos de consulta com médicos e hospitais conveniados e da rede pública. Há casos de hospitais particulares em que um médico, normalmente assalariado, é obrigado a atender 28 pacientes em 4 horas de serviço.

Este modo de conduzir a duração e a frequência das consultas pode ser produtivo do ponto de vista administrativo, mas pouco contribui à terapêutica. O fato é que no atropelo da medicina de massa em que o médico não conhece o paciente e é impossível a formação de vínculo, já é de ser previsto o fracasso da terapêutica. O tempo de duração de quinze minutos para uma consulta, conforme preconizado pela OMS e estipulado pelos ministérios da Saúde e da Previdência, não considera as necessidades subjetivas do paciente. Conforme já

disse, penso que a terapêutica médica inclui também as consultas, não se reduzindo ao meramente técnico.

Já nos hospitais universitários, a consulta tende a ser mais detalhada e demorada, podendo durar até mais de 30 minutos. No entanto, não há neste caso continuidade de tratamento, o paciente retornando com outro aluno, impedindo a possibilidade da criação de vínculo com o paciente. É importante anotar que a maior duração do tempo de consulta decorre de interesses pedagógicos e acadêmicos. Além disso, o tempo de espera para que o paciente seja consultado é bastante grande, às vezes, de meses.

Na maioria das vezes, o tempo médio de retorno nos consultórios é de cinco a dez minutos. O paciente mostra os resultados dos exames e o médico, se achar conveniente mantém o tratamento, suspende-o ou estabelece uma nova conduta.

3.2 A TERAPÊUTICA

A terapêutica da clínica gastroenterológica é dirigida pelos sintomas e pelo diagnóstico. 'A queixa do tipo "queimação no estômago", o médico prescreve, anti-ácido, depois, no caso de diagnóstico bem estabelecido, o médico pode prescrever um medicamento mais específico (por.ex.bloqueador do receptor H-2 da histamina na célula parietal para uma úlcera péptica) ou encaminhar para tratamento cirúrgico (por ex : tumor).

É importante anotar que raramente um indivíduo que procura um atendimento de gastroenterologia não é medicado. De um modo ou de outro, a tendência do médico é valorizar clinicamente a queixa do paciente. A quantidade de marcas de remédios de gastroenterologia é muito grande, apesar de serem poucas as drogas disponíveis, "e a proliferação de medicamentos oferecidos ao consumo, os quais não têm, as mais das vezes, nada de novo senão o nome?" (Assis Pacheco, 1978). No entanto, anota Magalhães (1990), "a observação da história natural da úlcera péptica mostra que 40 a 50% das úlceras cicatrizam espontaneamente ou sob efeito do placebo em 4 a 6 semanas".

Esta terapêutica medicamentosa é resultado de uma prática estreita e massifica-

da da clínica. E criticando (corretamente) este aspecto desumano da clínica em que se desenvolvem e proliferam as "medicinas alternativas", muitas vezes sem nenhuma base teórica ou empírica mais desenvolvida. Seu grande trunfo é a valorização do paciente e de seu imaginário como elemento terapêutico.

3.3 O ENSINO.

No Hospital escola, com raras exceções, o aluno é conduzido a perceber órgãos e não pessoas. Todo o ensino médico está dividido pelos tipos de órgãos e doenças e não por indivíduos. Assim, as práticas das clínicas se referem ao paciente pelo órgão doente, pela sua doença; o estudante é orientado a ver a lesão: aqui temos um fígado palpável, naquele outro leito ali um sopro.

O indivíduo é despossuído da sua subjetividade, sendo comumente referido por sua doença e não pela pessoa que é. Ele é despossuído de si mesmo enquanto doente (Clavreul, 1983). Vêem-se muitos "casos" interessantes, anotam-se suas particularidades, mas pouco ou nada se sabe de seus portadores.

Esta perspectiva de ver a doença como algo em si empresta à medicina um certo ar de cientificidade, dando a impressão de que isto é que é ciência, reforçando a idéia de que se está fazendo alguma coisa correta. É assim, uma forma da medicina aparecer dominadora do seu próprio saber, reforçando o seu poder. O órgão doente: ele é a apologia da verdade médica.

A clínica dos livros didáticos faz com que a medicina apareça como se ela tratasse de objetos. Folheando suas páginas, encontramos pedaços de gente, órgãos e tecidos desprendido do indivíduo que os possuía. A necessidade de informar o estudante e o jovem médico do corpo com que está em contato acaba por escamotear o fato, também fundamental, de que este corpo é corpo sujeito (Merleau-Ponty, 1975). Na clínica gastroenterológica, particularmente, isto é muito importante, porque o abdome não é apenas um local onde se alojam muitos órgãos e onde ocorrem muitas patologias; ele é também um lugar de projeções, seja para o esta-

belecimento de doenças de fundo psíquico, seja para a projeção de uma dor existencial, seja ainda para a interpretação e valorização psicológica de doenças de fundo orgânico. Conforme Magalhães (1990), "grande parte das queixas relacionadas ao aparelho digestivo são de origem funcional, sem substrato anatômico detectável pelos métodos de investigação clínica rotineiros."

Também nas revistas especializadas, e são tantas, impera a objetividade. Como mostra Britto (1988) em sua análise de prática de relato de "casos", os textos acadêmicos elidem os sujeitos em prol do objeto descrito e da construção de uma linguagem adequada a um quadro de referências médicas rigoroso e estrito. Assim é que, nos prontuários hospitalares e anotações de anamnese - o modelo mais simples de um relato de caso - a fala do paciente, a sua queixa, é traduzida para uma outra terminologia, a um só tempo mais precisa e mais excludente. A "dor aqui" vira "o paciente refere dor no hipocôndrio direito" e "sinto um troço na garganta quando como" passa a ser "paciente refere dificuldade à deglutição".

Nas revistas especializadas, os relatos de "caso" clínico são detalhamento de raridades e novos achados, dificilmente descrevendo o que o paciente disse. Sua palavra é traduzida de uma linguagem popular para uma linguagem especializada, novamente estabelecida dentro de um quadro de referência de uma ciência bem estipulada e definida. Além disso, valorizam não apenas as doenças de fundo orgânico bem definido, mas os casos exemplares, que servem de modelo, de exemplo, para caracterizar um tipo de clínica. Ou seja, a prática médica, por uma necessidade de tornar-se objetiva, clara, de modo a reforçar seu poder de intervenção, abre mão do sujeito. Utilizando-me das palavras de Clavreul (1983), diria que "ao desejo de curar" impõe-se o "desejo de saber".

Há, além disso, um outro jogo de interesses bastante forte motivando esta prática. Ao desvalorizar o saber popular e ao submeter o clínico a um saber técnico que também não é seu, a prática médica acaba por sucumbir ao império da indústria da saúde, tornando-nos dependentes de toda uma parafernália especializada, de eficácia bastante duvidosa. Fica a impressão de que o médico que, embora vendo o paciente como um ser humano, não domine uma técnica muito sofisticada é menos capaz que um outro que a utilize. Não tendo como qualificá-lo dentro de determinadas especificações, teria menos valor e menos coisa a dizer.

O que há, então, é uma tendência clara de se estabelecer uma ciência médica, segura, estável e objetiva. Ao se tentar estabelecer isso, escamoteia-se todo o lado humano que está por trás tanto do doente quanto do médico. Do doente, desconsidera-se o aspecto emocional, afetivo, imaginário que tem; e o médico passa a ser um técnico procurador de sinais e sintomas, de patologias, enfim.

A crença cega na ciência pode levar a equívocos sérios. Simão Bacamarte escolheu a mulher por suas condições técnicas para a esposa e mãe. "D.Evarista reunia condições fisiológicas e anatômicas de primeira ordem, digeriu com facilidade, dormia regularmente, tinha bom pulso, e excelente vista; estava assim apta para dar-lhe filhos robustos, sãos e inteligentes." Mas D.Evarista não correspondeu as expectativas do alienista e, apesar de todo esforço, da pesquisa e da terapêutica, não teve filho algum; "à sua resistência, - explicável, mas inqualificável, - devemos a total extinção da dinastia dos Bacamartes (Machado de Assis, 1988).

A clínica médica, da forma como está sendo exercida, não deixa ver algumas "coisas" muito importantes para uma visada mais humana da medicina. Nossos conceitos e instrumentos de análise clínica, apesar de numerosos e sofisticados, tornam, freqüentemente, pouco claras as perspectivas terapêuticas. Mais do que isto, "a medicina moderna não admite mais esquemas terapêuticos baseados apenas na experiência pessoal de determinado médico ou na observação de resultados de estudos não controlados. É preciso confiar apenas nos ensaios terapêuticos cientificamente bem elaborados." (Magalhães,1990).

Não estou com isto desprezando o avanço das técnicas e as descobertas de novos medicamentos, mas creio que não podemos parar nisso. É verdade que a gastroenterologia transformada pelo uso dos endoscópios de fibra óptica não pode ser a mesma. Se a ultrassonografia veio ajudar, e muito, também mostrou que um doente visto por dentro não se revela na sua totalidade. Ele é muito mais do que uma fotografia interna.

Insisto, não se trata de recusar a técnica, mas de acrescentar algo a ela e subordiná-la aos interesses dos sujeitos envolvidos no tratamento. "O comportamento do médico deverá ser necessariamente diferente da postura do amigo que se presta a confidências. É fundamental que em nenhum momento da consulta abandone a pauta profissional Mas, para que

esse seu desempenho seja produtivo, deverá possuir algum preparo acerca do psiquismo do inconsciente." (Martins,1981) (grifos meus).

---oooOooo---

CAPITULO -4-

A CLÍNICA VIVENCIADA.

(O valor da Entrevista)

Dói-me a cabeça hoje, e é talvez do estômago que me dói. Mas a dor uma vez sugerida do estômago à cabeça, vai interromper as meditações que tenho por trás de ter cérebro.

(...) A prova que Deus pensa em nós é que temos corpo. Deus pensa-nos, por isso fisicamente somos; por isso também pensamos. O nosso corpo é a mostra visual da nossa limitação.

Bernardo Soares.

As observações clínicas que vou apresentar têm a característica comum de trazerem relatos de pacientes que vieram a meu consultório com sintomas e sem doença orgânica ou com doença orgânica e fundo simbólico suficiente para explicá-la. São observações clínicas escolhidas propositadamente, não aleatoriamente, e estão aqui por algum interesse especial, porque de algum modo me chamaram a atenção. É evidente que houve uma demora maior na consulta com estes pacientes do que habitualmente.

As queixas destes pacientes não seguiam as previsões da anamnese clássica, isto é, não apresentavam um padrão de comparação nem ofereciam um referencial que me permitisse formular hipóteses diagnósticas claras num primeiro momento. Tinham uma nítida marca de subjetividade e, por isso, não encontravam correspondência no quadro de referência da medi-

cina tradicional.

São, entretanto, queixas comuns em todos os consultórios e ambulatórios de gastroenterologia clínica. Daí minha sugestão de que se faça uma leitura do aspecto humano da doença e da dificuldade médica de resolver certos "casos". O fato dos pacientes não aceitarem a hipótese de que seu problema tenha como pano de fundo uma causa encontrada na sua própria vivência faz com que, com grande frequência, nós o mediquemos ou solicitemos exames só para provar ao paciente que não há nada de orgânico com ele, perdendo a oportunidade de trabalhar os motivos que o levaram a procurar o médico.

De fato, há um certo desprezo médico por sintomas desse tipo. Quando o paciente não tem "nada" palpável nem um achado anátomo-patológico, orgânico, os "casos" perdem o seu interesse e são tratados como "peripaque".

Ao fazer a anamnese desses pacientes, muitas vezes, sentia-me impotente, incapaz de um diagnóstico. Outras vezes, sentia-me onipotente (é assim que nos sentimos frente ao paciente), dominando o "caso". Outras ainda, desprezava o paciente que não seguia às previsões da medicina, trazendo sintomas que não estão nos livros e que não seguiam as leis da fisiopatologia. Queria dizer que eles estavam "criando" sintomas.

Esse tipo de queixa não se pode medir, não têm como ser medidos estatisticamente e não há instrumentos para avaliá-los.

Qual o "aparelho" para analisar um empachamento, peso, gosto amargo na boca, mau hálito, queixas do tipo "sofro do fígado", "doutor, o meu problema é o fígado"? É evidente que processos do inconsciente do paciente o dirigiram a isso.

Este paciente busca no consultório mais do que um diagnóstico. "O medicamento mais abundantemente administrado ao paciente é o próprio médico. Entretanto, sua atividade farmacoterápica é desconhecida. Em oposição aos medicamentos introduzidos na prática médica - submetidos todos aos rigores de uma investigação experimental - a "droga médico" é prescrita sem um adequado conhecimento de sua posologia, de que forma deverá ser aplicada, a frequência, as doses curativas e de manutenção e sobretudo os riscos e efeitos secundários. E isto porque todos os momentos de encontro com o paciente, a interferência do médico por si é

de extraordinária importância. Desde a coleta dos dados anamnéticos até a concessão da alta, sobressai a importância do médico no curso da doença do paciente." (Lima, 1981)

Selecionei 15 observações clínicas. Sua apresentação, a título de exposição, será dividida em três momentos. No primeiro momento, descrevo a queixa do "real do corpo", isto é, os sintomas e as queixas que os pacientes informam na anamnese e que correspondem àquilo que normalmente é levado em consideração na propedêutica tradicional; em seguida, no segundo momento, trago o "imaginário dos pacientes", fruto da associação daquilo de que se queixam com aquilo que supõem (ou imaginam) que tenham; finalmente, no terceiro momento, apresento o "simbólico" do material trazido, isto é, aquilo que num determinado momento do tratamento possa fazer sentido para o paciente na sua relação com o médico.

Antes de analisar as observações clínicas, vejamos um pouco como funciona cada um destes níveis.

4.1. O REAL do CORPO.

Que dor? Não sei. Quem sabe
saber o que sente?
Nem um gesto. Sobreviva apenas
ao que tem que morrer
(...)Feliz dia para quem é
O igual do dia.
E no exterior azul que vê
Simples confia!

Fernando Pessoa.

Há o real da dor. O paciente, crendo que existe uma patologia orgânica bem embaixo do local da dor, diz: "Quero um exame para saber o que tenho aqui". E aponta para o local da dor, como se realmente houvesse uma estrutura patológica que, sendo removida, curaria o paciente da enfermidade. A doença estaria ali, embaixo da dor.

Para o médico, o modo como o paciente faz suas suposições sobre seu corpo, sua saúde, foge a uma lógica acabada. Ele não se dá conta de que o que diz o paciente é uma caricatura da sua própria medicina, que só pode dizer aquilo porque ouviu que assim é na medicina. Mas também a medicina está preocupada com o sintoma em sua materialidade, aliás, é exatamente esta a história da clínica que conta Michel Foucault. (1980)

Também eu vejo assim. Formado médico e formando médicos dentro da tradição, encontrei muita dificuldade em entender o que diziam os pacientes. Raramente fui neutro e reconheço que, ao tomar nota nas anamneses, houve sempre um processo seletivo na minha escuta. Mesmo assim, os "casos" que estudei procurei descrevê-los de maneira suficiente e adequada, de tal forma que os que não viram os pacientes possam sentir-se informados.

Anoto que em uma única consulta não se pode conhecer o sintoma e o seu

significado, a não ser que a patologia seja muito evidente aos olhos e ao exame clínico, o que não tem sido habitual em gastroenterologia.

Além disso, a dificuldade em descrever os "casos" está em que o corpo, o real, impõe limite, enquanto que o imaginário e o simbólico não. É uma dificuldade minha, do meu corpo de vivenciar o que é corpo meu. Mas a própria identificação do paciente com a doença já diz muito, mais do que se pensa, diz o que cada um pode ver com o equipamento pessoal que tem.

Por exemplo, o nome, a idade, a profissão, o estado civil são vivências, limites corporais, elementos de identidade. No relato de caso tradicional o sujeito é apagado em favor de uma desejada objetividade científica, em cifras estatísticas. Na perspectiva para que aponto, o sujeito é sempre resgatado e todo aparato técnico submete-se, ao invés de submetê-lo, às suas, minhas, necessidades.

No momento, estou fascinado por estas idéias e o fascínio pode não deixar ver o real do corpo, daí uma certa dificuldade em descrever o que sempre fiz das anamneses clínicas clássicas. O diagnóstico com a "escuta psicanalítica" completa a anamnese médica. Mas, resalte-se, não existe anamnese psicanalítica, não pergunto "nada" ao paciente, apenas permito que faça associações livres sobre tudo. Lacan (1985) : "O real, eu diria, é o mistério do corpo falante, é o mistério do inconsciente".

Ao falar do real, a primeira coisa a notar é que não se interpreta o real, o real se observa, se descreve. É a história do cliente que chega e fala do real o tempo todo. Não há propriamente o que interpretar. Eu o interrompo, é verdade, com perguntas de dados que não estão muitas vezes no seu contexto atual, fazendo com que se lembre de noções agradáveis ou não. (Só em uma anamnese não dirigida é permitido ao cliente falar do que quiser).

Merleau-Ponty diz em Sinais (1962) : "Tal como o meu corpo, que não é contudo mais do que um pedaço de matéria, se reúne em gestos que visam além dele, do mesmo modo as palavras da linguagem, que consideradas uma a uma são apenas sinais inertes aos quais não corresponde se não uma idéia vaga ou banal, enchem-se repentinamente dum sentido que transborda nos outros quando o ato de falar os liga em um todo."

Quando um cliente fica a nível do real, está "sintomatizando" a sua palavra, de tal modo que a palavra vira sintoma, a palavra vira corpo, vira coisa, vira real e ele fica colado no real, o que pode, em alguns "casos", até ser uma defesa psicótica.

Mais ainda, o sintoma muda com o tratamento. Um sintoma em psicanálise é um sintoma para o sujeito. Cada um acaba fazendo, para o seu sintoma, uma teoria própria, com um sentido próprio, que é só seu. Por isso, não posso ter no corpo um sintoma que não tenha um sentido. Há o sentido que se encontra no quadro clínico próprio do "caso" e há, além desse, o(s) sentido(s) que paciente e médico constroem em suas leituras do sintoma.

Nesse sentido, a doença toma corpo, cria sentidos e mostra-se tanto nas queixas em que não há um substrato orgânico, como também nos "casos" em que a patologia orgânica se faz bem presente.

Uma observação ligeira dos "casos" que apresento mostra que a maioria dos pacientes traziam queixas vagas, imprecisas. Apenas em um dos "casos" houve algum achado clínico significativo (uma úlcera gástrica) relacionado à queixa. Mas em todos eles havia o mal estar, o sintoma, a dor física que justificava a procura do auxílio médico. Neste sentido, todos os pacientes vivenciavam os sintomas de que se queixavam (eles eram "reais") e imaginavam causas, motivos e até diagnósticos. A clínica tradicional julga estas queixas e sintomas, examina e apalpa o paciente, medica-o, se for o caso, ou dispensa-o por não encontrar nele nenhuma doença. Se eu fosse proceder a partir do esquema clássico tudo estaria terminado aqui. Mas eu quis proceder à minha investigação. E isto já remete a outro item: o imaginário.

--oooOooo--

4.2.O IMAGINÁRIO DOS PACIENTES DE GASTROENTEROLOGIA.

Dizem que finjo ou minto
Tudo que escrevo. Não.
Eu simplesmente sinto
Com a imaginação.
Não uso o coração.

Fernando Pessoa.

A criança nasce no "mundo dos afetos e da palavra". Ela não se apropria das palavras de uma vez. Ao nascer, a criança é inserida no universo da palavra e, através de uma adequação da linguagem, ela passará a nomear "as coisas", a interagir com os outros. E é da palavra e dos afetos, da sua troca com o meio ambiente e do convívio com outros sujeitos que ela se percebe no mundo. Por isso, não poder dizer o que sente, não se comunicar afetivamente, não falar seriam atos de traição à vida. Só quando coloca para "fora" o que pensa e imagina, além do que vive, é que o indivíduo se faz sujeito.

A medicina se faz aparentemente sem a fala. O que interessa é a observação do olho esperto, treinado, do médico. Observação esta que se inscreve num quadro de referências precisas e científicas. É o que os médicos chamam de "olho clínico".

É clássico o médico valorizar a anamnese. Tem-se dado um privilégio à observação do olho pelo olho, sem correspondente valorização da anamnese, ou embora se tenha dado importância a observação e ao olhar, eu pretendo trabalhar a escuta.

A queixa e a anamnese dependem do falar do paciente. Elas expõem o seu sintoma. O sintoma: letra engolida, sentimento vivido, cheirado, saboreado, deglutido, digerido, evacuado, pútrido, fétido. Memória retida, que o sujeito transforma no abdome ou no âmago do seu ser.

Há, então, dois níveis de observação: aquele do "olho clínico", surdo às reverberações das palavras; e o do "dizer", que remete a uma pluralidade de sentidos, dos quais a

referência física é apenas um destes sentidos. O valor simbólico, mítico, mágico de partes do corpo humano está presente em muitas culturas. Assim é que no Dicionário de Símbolos (Chevalier & Gheerbrant, 1988) encontram-se 47 verbetes diretamente relacionados ao corpo humano ou à prática médica. Em todos estes "casos" está presente um valor diferente daquele próprio da "ciência médica" e, pode-se dizer, o paciente ao usar um destes termos não o faz do ponto de vista da medicina.

É, pois, a nível do imaginário que o indivíduo se expressa. Somos, pelo menos numa dimensão, mais do que aquilo que somos; somos também o que imaginamos ser.

Ninguém, na verdade, tem consciência exata de quem é, do que é. Assim também se passa com a doença: o sujeito não a conhece propriamente. A presença da morte, do desconhecido absoluto, torna frágil, medroso, aquele em que ela se apresenta. Quando um sintoma - algo estranho e desconhecido - se manifesta em meu corpo, penso no que há de ser, imagino o que tenho e o que pode acontecer. Então, procuro o outro - o médico - para ouvir minha queixa, para fazer-me compreender o que tenho.

E será que o outro sabe ouvir? Será que está interessado em ouvir? São perguntas do imaginário, de quem sente com a imaginação, que não se dizem, diretamente, na anamnese.

Dou um exemplo: uma paciente procurou-me no consultório reclamando de dor na fossa ilíaca esquerda (dizia: "tenho dor na barriga há cerca de 5 anos"). Contava que, quando deitava, sentia dor do lado esquerdo e, se mudasse de posição, tudo mudava de posição e aquele lugar ficava vazio. Para ela, tinha "um tumor no intestino se alastrando, subindo embaixo da costela aqui" (apontando o hipocôndrio direito). De sua fala, duas imagens saltam à vista: a primeira é a maneira mágica como a medicina se apresenta ("quero passar num aparelho para ver tudo por dentro"). Só o desnudamento absoluto, o conhecimento do seu interior, podia tranquilizá-la. A segunda imagem repete as suas angústias: o câncer, o vazio, a morte. A paciente, que já sofrera uma cirurgia para extirpar um cisto de ovário, tinha medo de morrer e queria resolver este vazio. Mas, observo, "esvaziar-se, no sentido simbólico que os poetas e místicos dão a essa expressão, significa libertar-se do turbilhão de imagens, desejos e emoções. É es-

capar da roda das exigências efêmeras, para só sentir a sede do absoluto" (Chevalier & Gheerbrant, 1988). Talvez a paciente, que estava clinicamente normal, visse na ameaça do tumor e na possibilidade de sua extirpação a sua liberdade, o fim de suas angústias e dificuldades de vida.

Na queixa, o paciente faz mais do que informar o médico de suas doenças. Ele constrói textos. Ele fala de si, transformando o corpo em palavras. O paciente sente a culpa de uma coisa que não sabe bem o que é: "sou o culpado do que nem sei, de dor em aberto, no meu foro. Soubesse - se as coisas fossem outras. E fui tomando idéia" (Guimarães Rosa, 1985).

Os textos são símbolos imortais, imagens que a mente não conseguiu reter. São intoxicações de idéias, são a expressão do ser, são seqüências de palavras incontidas. Não há nada mais, só falas dispersas para apaziguar mágoas de um homem sofredor que diz para não falar do amargo na boca que sente. E que muitas vezes se compraz com seu queixume. Talvez não seja um absurdo dizer que o paciente é apaixonado pelo seu sintoma, seu texto.

Escreveu o semiótico francês Roland Barthes (1988): "Texto quer dizer Tecido; mas enquanto até aqui esse tecido foi sempre tomado por um produto, por um véu acabado, por detrás do qual se conserva, mais ou menos escondido, o sentido (a verdade), nós acentuamos agora, no tecido, a idéia generativa de que o texto se faz, se trabalha através de um entrelaçamento perpétuo; perdido neste tecido - nessa textura - o sujeito desfaz-se, como uma aranha que se dissolve a si própria nas secreções construtivas da sua teia. Se gostássemos de neologismos, poderíamos definir a teoria do texto como uma *hifologia* (*hyphos* e o tecido e a teia de aranha)".

As palavras que saem dos doentes são, além da queixa, uma teia de significações, pedidos, desejos. Por isso mesmo é que saem e é como se não saíssem, são só o expelido: palavras imaginárias, de dor vivida no coração.

O sentido imaginário é mágico. O paciente não melhora, acreditando magicamente (dogmaticamente) na sua doença. A sua lógica é outra e ele teima em não melhorar, imaginando-se pior do que realmente está. 'As vezes, morre sem saber que podia não morrer.

Cito o "caso" clínico de Julien S. que apresentava dores fortíssimas de ciática,

mas toleráveis, e que mesmo após consultar vários cirurgiões e nenhum haver concordado em operá-lo, num belo dia ele vai a busca de um cirurgião para que o opere de imediato, e ele encontrou quem fizesse a cirurgia rapidamente. No entanto o paciente morre no segundo dia do pós-operatório, subitamente. Ele encontrou um cirurgião que concordou em fazer o que ele queria, entrar num dia e ser operado no outro. Administrou a própria morte. (Benoit, 1989).

Certa vez, um paciente me procurou com uma dor no estômago que imaginava ser câncer. Estava sofrendo, sofrendo de morte, e mais pelo imaginar do que pelo ter realmente. Depois de realizados os exames, o paciente descobriu que não tinha câncer. Ele partiu, mas ficará para sempre nele a memória do câncer não tido, mas vivenciado, da morte presente.

Outra vez, atendi um paciente de 82 anos, que há três meses apresentava uma dor que dizia ser no estômago. Ele convivia com o seu organismo e sabia muito a seu respeito, nunca houvera nada de errado com o seu corpo. "Ah!, doutor estou com alguma doença". Ao examiná-lo, constatei uma úlcera gástrica e ele disse: "eu já imaginava, doutor, pois não suportei a venda da minha casa. Há exatamente três meses fiz um mau negócio e nunca fui mau pagador. Fiquei devendo, tinha que estourar em algum lugar."

Há, assim, além do real, aquilo que se imagina. E os motivos de um e de outro são muito diferentes. A causa de uma patologia pode ser um parasita, um microorganismo, um trauma, uma malformação congênita ou genética, deficiência enzimática, abuso de álcool etc. As "causas" do imaginário são subjetivas, resultado do que o sujeito, viveu, experimentou.

As pessoas vem ao consultório e imaginam que tem doenças, graves na maioria. Por que imaginam? Há muitas possibilidades, cito algumas :

Identificação com pessoas íntimas, com doentes ou com pessoas que morreram. Lacan morreu com a mesma doença da sua mãe (num pós-operatório, no mesmo hospital que ela.) (Roudinesco, 1989) Identificação com doenças vistas nos jornais, quando da morte de alguém importante, ou que representa algo para aquela pessoa em particular.

Culpa de não ter amado ou tratado adequadamente alguém da família, por exemplo, ou outra pessoa do seu relacionamento.

Penalização: "Eu fui muito ruim" dizia um delegado, que atendi certa vez; "eu

mereço isso, fui muito ruim, estou sofrendo pela doença, mas tenho muita coisa a pagar". A doença é a penalização merecida pelo mau elemento.

Desejo de morte: a pessoa parece querer morrer e vai ao hospital para morrer. Lembro do caso de Julien S., que "administra" a própria morte. (Benoit, 1989).

Reparação: o indivíduo procura reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor pelos seus fantasmas destruidores.

Lobato (1981) assinala que há "um grupo de situações clínicas (...) onde os desvios na esfera emocional têm sua maior expressão no plano somático. São pacientes-problemas cujos sintomas dependem de um dos seguintes mecanismos: 1- conversão; 2- somatização; 3- equivalentes depressivos; 4- hipocondria; 5- ilusão ou alucinação; 6- simulação."

E também Perestrello (1989) corrobora a idéia de que o imaginário passa pela cabeça do paciente: "O mesmo quadro clínico, o mesmo sintoma, enfim os mesmos dados semiológicos, estudados do ponto de vista explicativo-causal, terão significados diferentes conforme quem os apresentar. *Não há, portanto, que subordinar a pessoa aos dados semiológicos e sim estes à pessoa*".

No real, o paciente diz da dor no estômago, mas através do seu imaginário, que é muito humano, indaga: "doutor, tenho uma gastrite ? um câncer ? uma úlcera ? será nervoso ? gases ? As associações que faz vão depender do seu relacionamento com o mundo. O médico pode desconsiderar tudo isto e referenciar-se na bem estabelecida clínica; mas pode, também, ser o grande continente que suporta isso do paciente e não dizer: "isso é da sua imaginação, não tem sentido". O médico pode ouvir e dar atenção ao que o paciente possa dizer do que imagina ter e permitir que tudo isso participe do diagnóstico e da terapêutica.

Mas, pensar no imaginário não é loucura? Deixar que o paciente diga, não é absurdo? Como poderei pensar em algo assim? Para um modelo puramente curativo, as respostas a estas perguntas são óbvias: a medicina trata o doente no limite do sintoma. Mas para uma perspectiva que suponha que "a doença é um modo peculiar da pessoa se expressar em circunstâncias adversas" (Perestrello, 1989), importa não o sintoma, mas também aquilo que está na raiz do sintoma, de que o sintoma é apenas uma face.

Algumas pessoas, é verdade, ficam frustradas. Acostumadas a ser vistas como órgãos, dizem: "mas o senhor não está falando da minha dor no estômago"! __Não, diretamente não. Quero saber o que que está aí por trás de tudo isso, saber por que você está sofrendo tanto, por que está encarnando essa dor aí no estômago, saber que outra dor é essa, que angústia é essa que se encarna no seu estômago. A aceitação desta fala depende da relação que estabeleço com os pacientes. A criação do vínculo, tão trabalhada na psicanálise, tem também um papel na clínica. O vínculo entra na constituição da experiência simbólica (Melanie Klein, 1981), sendo assim fundamental à terapêutica.

Ao propor uma leitura do imaginário, suspendo temporariamente o que diz o exame do real. Neste instante, não preciso mais do corpo para examinar. O que importa, mais do que o fato, é que o paciente imaginou, criou imagens.

Enquanto o doente conta história e colho dados na anamnese, fico imaginando o que o doente possa ter. Por isso, o diagnóstico inicial também é um diagnóstico que traz na sua formulação aspectos do imaginário.

É evidente que faço meu diagnóstico com a ajuda do imaginário de "coisas" que sei e de "coisas" que são minhas, que vem de um outro saber (inconsciente). Sei coisas por intuição, que vêm dos meus cinco sentidos, posso imaginar partindo de coisas da minha vida. O que não significa, entretanto, o abandono do real.

Para poder imaginar, o médico necessita de pressupostos clínicos. Ainda que eu use sempre a intuição, não fico me imaginando sem raciocínio, sem um "olho clínico". A ele associo a fala do paciente, que faz com que uma certa área seja foco da minha atenção. A grande questão da medicina está em como ligar as ciências naturais com as do homem. No Dicionário dos Símbolos, como já anotei, encontram-se uma série de verbetes ligados ao corpo humano ou à prática médica. Tem-se, por exemplo, fígado, baço, coração, rim, boca. Lendo os verbetes, percebo que além das possíveis referências orgânicas que possam ter ou, mais especificamente, até da referência da clínica, todos estes termos estão carregados de valores simbólicos, de outras referências, de origem cultural, antropológica, arquetípicas etc. O médico normalmente na sua prática só vê a referência da clínica e, mais, desmerece as outras referências, porque

não as considera, inclusive, valorizadas cultural e existencialmente. Ele só valoriza aquilo que crê ser a verdade científica da medicina moderna e ocidental.

Ao considerar este outro lado (escuro) da lua, fico, no momento em que o doente faz a sua queixa do real do seu corpo, imaginando o que será que está por trás do sintoma (anoto: sintoma: symptoma, coincidência, acidente, acontecimento). Eu devolvo, então, a pergunta ao paciente: "o que você acha que tem ? Heresia ! Perguntar ao doente o que imagina que tenha , se veio ao médico justamente para saber isso. O doente percebe quando o médico o entende como um todo. Muitas vezes, não há uma coordenada lógica, mas é assim mesmo, a história de cada paciente tem e pode ter outra lógica, de modo que querer enquadrar cada um numa forma pré-existente é impossível.

Mas há uma conciliação entre o leito da clínica (Kliné) e o leito da alma (Psiche). "Kliné" é o lugar comum para quem observa o paciente "orgânico" e para uma entrevista psicanalítica. Nele o corpo pode despertar para o imaginário, o corpo (real) pode despertar para imaginário.

Assim é a leitura do Diagnóstico com a ajuda do imaginário de meus pacientes. Cada "caso" imaginário relaciona-se ao "caso" correspondente do real. Neste momento, anoto não mais o que a medicina vê no paciente, mas o que ele crê ter, o que imagina e vive e as causas deste ter. A consideração deste imaginário e suas vinculações a um universo antropológico mais amplo, permite um diagnóstico que vai além do clínico. Ao ouvir do paciente que está com um gosto amargo na boca, penso não apenas (ou, simplesmente, não penso) no objeto anatômico boca, mas num outro objeto, exatamente aquele construído pelo sujeito.

A pergunta inicial é sempre: o que você supõe, acredita, presume, admite, entende, julga, acha, crê que possa ser o seu problema, qual é a sua a doença? Não é uma linguagem científica, é do nível da opinião mesmo, que os gregos chamavam de doxa (é um saber não científico). Eu uso sinônimos e resguardo a palavra imaginário para mim, uso a idéia o que imagina ter.

-4.3. DIAGNÓSTICO E INTERPRETAÇÃO SIMBÓLICA

Para ser grande, sê inteiro : nada
 Teu exagera ou exclui.
 Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
 No mínimo que fazes.
 Assim em cada lago a lua toda
 Brilha, porque alta vive.

Ricardo Reis

Neste item, procuro mostrar como o ponto de vista simbólico permite compreender o imaginário da queixa e o real do sintoma. Percebo que em alguns "casos" a queixa do paciente e aquilo que ele crê manifestar-se em seu corpo encontram um valor correspondente em sua história pessoal; este valor -que é valor simbólico- não é nunca o mesmo, sendo oferecido pelo sujeito que o enuncia. "Pretender encerrar o sentido do termo "simbólico" em limites estreitos - defini-lo- seria ir contra o próprio pensamento de Lacan, que se recusa a atribuir a um significante uma ligação fixa com um significado." (Laplanche & Pontalis, 1985)

Tomo, de exemplo, o "caso" de uma paciente que dizia ter "um gosto amargo na boca". Clínico, procurei, ao exame físico da boca, o motivo da sua sensação: uma prótese, um dente cariado, má escovação; pedi, ainda, auxílio à anamnese e indaguei-lhe se vinha tomando algum remédio, se fumava, se sentia mau cheiro na boca ou percebia alguma secreção. A língua não trazia alterações morfológicas visíveis e a paciente apresentou-se hígida.

A queixa sugeria que a paciente teria alguma patologia na boca, a sensação era de gosto, que se dá na boca; portanto, haveria algo na sua boca e uma série grande de doenças poderia levar a esse mal. Mas não havia nada na boca da paciente para que eu pudesse medicá-la. Perguntei-lhe o que imaginava ter: "Só pode ser do fígado; tenho dor no vazio da cirurgia" (a paciente fora submetida a nefrectomia aos 18 anos de idade, 32 anos atrás!). O fígado não tinha como causar-lhe o "gosto amargo", nem podia estar relacionado à falta de um rim.

Interpelei a doente, perguntando o que achava que tinha, e ela disse que o proble-

ma estava localizado no figado. Ela elegeu este órgão, como poderia ter elegido a língua ou o estômago (afinal, tratava-se de um gosto amargo na boca). A escolha é individual e motivada, também, pelo inconsciente. Qual a conotação para a palavra ou, mais especificamente, qual o sentido da palavra figado para aquela paciente? Era uma coisa individual, tinha um significado seu, o gosto amargo vinha do figado, que devia ser bem examinado por mim. No exame físico nada havia do ponto de vista anatômico, mas ainda assim a paciente dizia que o problema era de que o figado não ia bem.

Esta imaginação talvez venha do modo como as pessoas experimentam a medicina: o figado é um órgão "popular", que causa mal-estar, azias, que precisa de "alcachofra", "hepatovises" etc. Mas também pode ter origem mais remota. A antropologia diz que "o figado é comumente associado às comoções da cólera, e o fel à animosidade e às intenções deliberadamente venenosas, o que explica o sabor amargo da bñlis" (Chevalier & Gheerbrant, 1988).

A paciente parecia não ter doença, conforme o exame físico e o complementar (ultrassonografia). Sua história de vida era marcada pelo desejo de sua mãe de abortá-la "de qualquer maneira"; passava mal sempre que tomava leite, ovo, queijo e usava há muitos anos, regularmente, "Epocler", um hepato-protetor de gosto amargo (o tratamento pelo similar), sem indicação médica.

Não há dúvida de que esta mulher sofria (paixão: sofrimento). Ela sentia sua queixa e cultivava-a há tempo. Sentia um vazio e acreditava que a "doença" vinha do figado, doença de gente ruim. Diz o personagem narrador de Notas do Subterrâneo "sou um homem doente.. .Sou um homem despeitado. Sou um homem desagradável. Creio que sofro do figado. (Dostoiévski, 1989). Talvez fosse possível dizer que o gosto amargo da paciente era o gosto amargo de sua própria vida, o sentimento de rejeição, a vida que ela não merecia.

O diagnóstico da doença que não estava no figado da paciente, mas que ela sentia como tal, eu não conseguia fazer. Eu só via que o "gosto amargo na boca" podia significar ódio, raiva, e procurava, à moda do que havia aprendido na faculdade de medicina, tentar reduzir tudo a uma só doença. Na ausência da doença física, pensei em hipocondria, que era ainda uma possibilidade médica. Mas o simbólico vai além e faz perceber que o "gosto amargo na

boca" pode indicar uma dor de viver, "uma dor no vazio da cirurgia", o qual "nunca poderá ser preenchido".

Se, a queixa do real do corpo era o gosto amargo na boca e, a nível do imaginário, a doença do fígado, a nível simbólico era a própria representação de si e da vida que a paciente levava. Ela devia estar doente!

Uma outra paciente relatava que, após a morte de sua mãe, havia cinco anos, começou a sentir uma dor no mesmo local do abdome em que a mãe tivera câncer (região hipogástrica); o câncer de sua mãe começara no útero e desenvolvera metástases para o intestino e o rim direito, informou-me a paciente. Foi primeiramente ao ginecologista; como não tinha nada no útero, veio consultar-se comigo com a idéia de que o câncer estivesse no intestino e, quando lhe disse que estava normal, ela rebateu: "ah, então deve estar nos rins, você me indica um urologista, preciso fazer exames para saber se o tumor não está lá". Mesmo após descobrir com o urologista que não tinha nada, a paciente permanecia insatisfeita. Ela criara fantasias de que uma doença estivesse afetando o seu corpo, a ponto de viver, sentir os sintomas. E, na verdade, estava, mas num outro sentido: o corpo estava dizendo, noutra linguagem, o que nem ela podia entender a princípio. Toda essa identificação talvez venha de fantasias de retaliação da mãe morta, introjetada num luto patológico ou mais da culpa reparatória por não ter podido estar presente junto à mãe no dia de seu falecimento, fazendo com que inconscientemente, se "manifestasse" no corpo os mesmos sintomas que a mãe tivera, para que a filha pudesse sofrer a mesma "paixão".

Para esta leitura da queixa e da fala do paciente, queixa do seu corpo, do real, procuro com o paciente o(s) sentido(s) simbólicos. Eles vêm do corpo. São acréscimos do real: é o real que desperta o imaginário e permite caminhar rumo ao simbólico. E aqui posso referir-me a Bion, que desenvolve o conceito de "modelo digestivo mental" estabelecendo uma ponte entre a "digestão alimentar" e a "elaboração mental". Daí a possibilidade de interpretar simbolicamente queixas como "não passa na garganta", "digestão difícil" etc. São coisas difíceis de serem digeridas na vida e que passam ao corpo. "Tenho razão para crer que se associam com a alimentação aquelas experiências emocionais das quais os indivíduos abstraem e, então, integram os ele-

mentos para formar os sistemas dedutivos teóricos que se usam como representações de realizações do pensamento". (Bion, 1966).

A medicina vive dos sinais. Esta é a sua semiologia, a do visível (Foucault, 1980), o do palpável. Mas o sinal não é símbolo, o sinal é e pode ser abstrato, o símbolo não. O símbolo se encarna no corpo, é vivido pelo sujeito. Rumo ao simbólico passamos pelo real, dos sintomas do corpo real, passamos pelo imaginário e chegamos ao simbólico.

É neste nível em que se encontra o sujeito da doença e não a doença em si. Quando o paciente ou o médico fala em dispepsia, pergunto: dispepsia de quem? Se é fato que é importante estudar a estrutura doente, o órgão, o corpo, é preciso lembrar também que há um ser humano no corpo e, então, faz-se necessário perguntar dispepsia de quem? Este sintoma pode ter uma origem não mecânica, pode estar motivado por uma "dor espiritual", por uma angústia. Sinais típicos de angústia têm aparecido em muitas queixas de meus pacientes relacionadas à dor e mal-estar no aparelho digestivo. Estes sintomas, que com frequência não têm correspondência orgânica, podem ser motivados por uma experiência de memória desagradável reprimida, podem ser uma espécie de deslocamento. A angústia, diz Freud, é algo que se sente, um estado afetivo e tem um caráter acentuado de desprazer. (Freud, 1976)

E mesmo nos "casos" em que a medicina encontra uma causa bem definida para uma doença e seus sintomas há a ação do imaginário e da interpretação simbólica do paciente. Certa vez, ao diagnosticar câncer de abdome (um lipossarcoma) em uma paciente ouvi dela: "este câncer é o meu terceiro filho que eu não quis ter". Conforme anota Valas (1990) : "o sintoma psicossomático, como o neurótico, teria um sentido. Aqui, fenômenos e estrutura se confundem. Para todos os autores seguidores desta orientação, a doença pode se referir a uma causalidade psíquica original. Para Groddeck, que vai mais longe nessa orientação, todas as doenças orgânicas se originariam de um desejo, e tomariam, por este fato, um sentido bem preciso. Ele introduz a expressão linguagem de órgão - um câncer do colo do útero podendo ser, por exemplo, a expressão de um desejo de filho. Neste caso que relato, a única diferença em relação ao comentário de Valas está no fato do sintoma aparecer como punição pela rejeição do filho.

O tratamento do imaginário rumo ao simbólico é completado pela psicanálise. Pode-

se, numa primeira fase, usar o método médico e, numa segunda fase, o método psicanalítico para completar o entendimento do sentido.

A relação é enorme e não há sentido estatístico. Um sintoma é, para cada ser humano, único, mas um sintoma pode ter sentidos diferentes para cada paciente. Dou um exemplo: Uma dor pode se localizar no corpo anatomicamente igual ao de outro paciente, mas para cada doente pode ter um sentido diferente.

Uma linguagem simbólica nos introduz às outras. A linguagem religiosa nos introduz a uma linguagem mítica que é também uma linguagem simbólica e vice-versa; o mito nos introduz à linguagem religiosa, a linguagem religiosa nos introduz a linguagem poética e assim por diante. É o que Rezende chama de a "transcendência extrínseca dos símbolos" ou "linguagens símbolos".

Quando no real o paciente não progride, precisamos do imaginário e do simbólico, no sentido de fazer entender para "curar". Há uma "cura" a nível do real, mas há também a cura a nível do simbólico. O simbólico é o que faz sentido. Antes dele, o sentido não aparece. O simbólico cura, restabelecendo o sentido das situações humanas e fazendo pensar, isto é, restituindo a saúde mental, o pensamento sadio: "a saúde mental é escolher viver com pessoas que não nos tornem doentes..." (Bowly, apud Anzieu, 1989).

--oooOooo--

CAPÍTULO -5-

A CLÍNICA ANOTADA.

(Análise de 15 Observações Clínicas.)

Escrevi estas estando doente
 E por isso elas são naturais
 E concordam com aquilo que sinto,
 Concordam com aquilo com que não concordam...
 Estando doente devo pensar o contrário
 Do que penso quando estou são.
 (Senão não estaria doente)
 Devo sentir o contrário do que sinto
 Quando sou eu na saúde,
 Devo mentir à minha natureza
 De criatura me sente de certa maneira...
 Devo ser todo doente - ideias e tudo.
 Quando estou doente, não estou doente para outra coisa.

Alberto Caeiro.

Com o objetivo de buscar o que estava por trás da sintomatologia dos pacientes, passei a ouvi-los por mais tempo. Prolonguei a anamnese e, graças a uma entrevista prévia sem roteiros, pude perceber que os pacientes estavam perto de mim, e eu também mais próximo deles. Procurei na psicanálise e em outras experiências com o humano a ajuda para pensar em um novo tipo de clínica.

Mas não seria um absurdo a busca do auxílio de uma ciência como a psicanálise para o tratamento dos sintomas no ser humano? Como é que se pode querer "curar" ou tratar os sintomas com palavras? O corpo humano não é feito só de carne, não é só anatômico. O corpo é também, e como é, um corpo simbólico e a "cura" advém no encontro com o símbolo. Baseando-me em que estou dizendo que posso aproximar a psicanálise da clínica?

Para dizer isso, é preciso dizer que para a maioria dos médicos a medicina, organiza-se de acordo com o modelo biomédico, no sentido de Descartes. (Capra, 1988). Esse modelo médico é redutor do humano. Ele reduz o humano a uma única dimensão, que é a dimensão da máquina, o homem-máquina: o homem seria um organismo que funciona mecanicamente; se tiver algum defeito conserta-se o defeito como qualquer outra máquina.

O que se pode acrescentar ao anatômico é o renascimento do humano. É uma anatomia do humano, que vai além do que podemos ver com os nossos olhos.

Há clientes que pedem um tratamento especial. Um tratamento médico que estabeleça vínculos, sem os quais não melhoram. Quando falo ou escrevo sobre vínculos, vem à minha memória o que me disse certa vez, Antero, (um aluno meu formado em 1989 aqui na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp). Oriundo da Guiné-Bissau, contava de um médico da selva que era seu conhecido e que, conhecendo todos os membros da tribo, podia "curá-los" ou tratá-los com mais simplicidade do que nós.

Este fato faz lembrar Albert Schweitzer, que partiu para a África e tornou-se o médico profeta das selvas. Antero dizia que o ato entre o médico e o indígena da tribo era simples, mas havia vínculos. Sem vínculo, nada poderia ser feito no caminho da "cura" dos sintomas ou mesmo no relacionamento humano maduro.

A medicina moderna parece ser uma medicina sem vínculos. Ao médico, apresenta-se um "outro", um corpo doente, despossuído de sua subjetividade. É para este sentido que aponta Clavreul: "Constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso (...) "O discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade." (Clavreul,1983).

Não é à-toa que as observações clínicas que apresento são exatamente aquelas dos pacientes com que formei mais vínculos.

De modo a manter uma relação estreita com a prática da clínica médica, mantendo inclusive sua estrutura esquemática mais freqüente na lida cotidiana. A apresentação das observações clínicas segue as orientações do livro "Semiotécnica da Observação Clínica", (Ramos,

1973). Os nomes, por motivos éticos, são fictícios. Assim, cada "caso" traz, na observação clínica, 1. Anamnese; 2. o exame físico geral; 3. o exame físico especial; 4. o diagnóstico; 5. os exames subsidiários; 6. o planejamento terapêutico. Acrescento o item "dados complementares" que traz informações dadas pelo paciente numa entrevista não dirigida e finalmente o item "como senti o paciente", aspecto novo, o que ficou em mim de cada pessoa. Nos "casos" em que o resultado dos exames foram dignos de nota apresento também esses resultados.

A prática clínica corriqueira, em função de seus interesses e condições para aqui. Entretanto, na hora em que descubro que o paciente não tem "nada de físico" recomeça o meu interesse pelo que pode haver além da queixa. Não é por ignorância clínica ou desconsideração para com a medicina e para com aqueles que, com dedicação e seriedade, a praticam que tento investigar o sentido do que diz o paciente, mas por pura inquietação.

Chamo a atenção para a falta de um roteiro exato, de um protocolo bem definido para seguir a investigação além do "real do corpo". Há, é verdade, uma espécie de protocolo oculto, de modo que tenho tido o cuidado de não omitir nenhuma pergunta importante. Mas meu contato com o paciente não é protocolar. Não chego com um papel impresso e peço ao paciente para preencher os diversos itens. O que quero é, ao contrário, marcar esta diferença. O protocolo pode, inclusive, modificar-se dependendo do que ocorra na consulta. O paciente pode trazer coisas que nenhum protocolo previu.

No "imaginário do paciente", trago as observações, fantasias e elocubrações de suas doenças. Procurei no mais das vezes reproduzir as palavras exatas dos pacientes, já que interessa ouvir a sua "fala". Em seguida, analiso algumas das implicações que elas podem ter para o entendimento de sua doença.

Finalmente, na "interpretação simbólica" trago o resultado a que eu e paciente chegamos a partir da tentativa de entendimento de suas queixas e comento o "sentido" que os "casos" têm para a saúde do paciente e para a prática médica.

Todas as minhas hipóteses psicodinâmicas são só hipóteses especulativas a partir da minha experiência como analisando e que só poderiam ser comprovadas se são verdadeiras ou falsas após meses ou anos com um acompanhamento mais profundo. Eu vou fazer algu-

mas especulações e o leitor tem direito a outras.

Há outras possibilidades, mas por se tratar de uma avaliação clínica, eu como médico, fico restrito à abordagem que vou apresentar.

Muitos dados foram tirados em várias consultas ou entrevistas.

Passo a apresentação das observações clínicas.

1-OBSERVAÇÃO CLÍNICA.1.

1.Anamnese. :

Identificação. : Severina. , 24 anos, casada, branca, brasileira, secretária, natural de Arapongas (P.R.), procedente de Campinas, onde reside há seis anos.

Queixa e Duração. (O.D) : - "Gosto muito amargo na boca há 6 anos".

História Progressiva da Moléstia Atual. (H.P.M.A) : Há seis anos vem apresentando um "gosto, muito amargo na boca e um mau hálito", principalmente pela manhã. Quando acorda, tem esses sintomas: "passa a língua no céu da boca e está seca"; nota melhora quando tem gripe ou febre, períodos em que passa a não ter mais nada, "some o gosto amargo na boca, "uns falaram de problema de fígado". O seu sintoma é diário nos seis anos: "todos os dias depois que vim para cá". Não refere outros sintomas.

Interrogatório sobre os Diferentes Aparelhos. (I.D.A): nada digno de nota. (n.d.n.)

Antecedentes Pessoais. (A.P.): doenças próprias da infância, viroses. Está casada há dois meses.

Hábitos e vícios : - n.d.n. (nada digno de nota)

Antecedentes Familiares. (A.F.): A mãe faleceu há 4 ou 5 anos de infarto, de repente, tendo tido sempre teve boa saúde. O pai sempre foi doente; casou novamente após a morte da mãe. Tem treze irmãos, sendo a caçula da família.

2.Exame Físico Geral. (E.F.G.): Bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas, acianótica e anictérica. Pressão Arterial (P.A.) = 110 X 70 mmHg; pulso = 80 batimentos por minuto (bpm); temperatura = 36,7°C; Peso 53 Kg; Altura = 1,58m.

3.Exame Físico Especial. (E.F.E.): n.d.n. Não tem mau hálito.

4.Hipótese diagnóstica: Sem anormalidades do ponto de vista do aparelho digestivo.

5. Exames Subsidiários : nenhum

6. Planejamento Terapêutico : orientação, avaliação psicanalítica.

7. Dados complementares : Na entrevista não dirigida, a paciente referiu uma certa dificuldade em estar morando em uma cidade que não é a sua; por outro lado, falou de uma relação muito difícil com o pai; ela estava apreensiva e o casamento recente fez com que lembrasse da relação do pai com a mãe. Comentando muito que o pai casou novamente após a morte da mãe. É a caçula e sente-se abandonada "aqui" na cidade "grande".

Como senti a paciente.

Severina, mulher caçula, com a orfandade presente o tempo todo, é pobre, e traz um olhar de quem quer chorar e não pode ou não quer. Tem um ar de abandonada, de quem usa roupas simples, sandálias e um certo sotaque de quem, embora tendo nascida no Paraná, leva consigo a saga dos nordestinos. Seus pais são migrantes do nordeste e seu sotaque veio junto, é como se fosse uma exilada involuntária. Traz a herança dos jagunços, dos desprotegidos da sorte, da infelicidade, de, sendo caçula, pertencer a uma família tão numerosa e com tantas mudanças. Ela fala de si, mas fico com a impressão que é de sua mãe ou através dela que fala. Há uma outra falando, uma mãe morta dentro dela, um abandono da cidade natal, também imposto pelo destino nomade, do país continente, que aos mais fracos impõe a sujeição pela própria sobrevivência. Diria que a paciente, com vestido branco, cavado, de rendas e, sandálias de couro, mais parece com uma migrante recém-chegada das terras nordestinas. Um casamento recente fez com que ficasse revendo e revivendo a nova situação com saudade, com vontade de ficar perto da família. Tem um olhar triste e expressivo, fico com vontade de ajudá-la. E ela pede isto.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela presume ter?

"Não poderia ser fígado, o meu problema ?"

A fala da paciente.

"Meu corpo, daqui para baixo (coloca a mão direita abaixo dos lábios), não funciona."

"A gente tem pai, só quando tem mãe. Meu pai antes era exemplar, depois ficou ausente, e fica difícil de ir em casa."

"Com isso, você vai morrendo aos poucos. Tolero a sua segunda esposa." (de seu pai)

"A pessoa, às vezes, tem uma mágoa. Mas não é o meu caso. Mas como o pai vive longe, isso (o casamento do pai) não afeta."

"Tenho uma mágoa grande aqui dentro."

"Há seis anos vim da cidade interiorana. Tenho saudades da família, de um pouco que deixei lá, a saudades de amigos, de um namoradinho."

"Ódio é um sentimento que nenhum ser deve sentir."

"Não sou de guardar rancor."

"Aqui a boca não funciona." (apontando para o lábio)

"Você já me virou do avesso, agora quero um remédio."

"E meu chefe tinha mau hálito, mas isso foi há 2 anos, e eu não gostava dele."

Comentário.

O que mais me chamou a atenção nesta paciente foi o gosto amargo na boca, o mau hálito. Pneuma, o ar, é a própria vida, de modo que há uma relação entre o amargo na boca, o mau hálito e a vida que está levando em Campinas há 6 anos. Severina deixou a família e coisas aconteceram depois desta mudança: a mãe morreu e ela "descobriu" o pai que tinha ("a gente tem pai, só quando tem mãe"). A pergunta passa, então, a ser: e você teve mãe? O problema que ela traz é o problema de um casal, ela filha de um casal, o pai sempre doente, a mãe morta há 4 ou 5 anos de "enfarte". Como foi este casal na sua vida? Talvez, o seu gosto amargo na boca tenha relação com o medo de perder que sempre esteve presente na sua vida.

A paciente já disse alguma coisa. E, virada do avesso, pede um remédio: o remédio é o

que eu vi dentro dela. Acho que esse é o remédio que ela está realmente pedindo e para o qual eu talvez possa chamar a sua atenção. Na verdade, cada uma das falas da paciente faz parte de um sintoma. A mágoa e o rancor que não podem ser assumidos causam-lhe problemas difíceis de serem elaborados e que se manifestam na queixa:

"O meu corpo daqui para baixo não funciona". Ela divide o corpo em duas partes, uma que funciona e outra que não funciona. E, interessante, coloca da boca para baixo o seu não funcionamento, como se tivesse feito alguma coisa errada.

"A gente tem pai só quando tem mãe". Este comentário remete para a sua dependência das figuras materna e paterna: ela está casada há dois meses, talvez passe por sua cabeça se, tendo casado, não estaria repetindo o que fizeram seus pais ou, ainda, se não estaria traindo o próprio pai (já que ele "traíra" a ela e a mãe casando-se novamente).

"Meu pai antes era um pai exemplar, depois ficou ausente e fica difícil de ir em casa". Essa fala da paciente coloca-a em situação de uma dependência que é, ao mesmo tempo, da estrutura edípica e, também, de falta, a falta da figura do pai.

"Com isso você vai morrendo aos poucos". Noto nesta fala que a paciente sentiu a ausência paterna, o que teria feito com que ela fosse talvez colocada de lado na relação do pai com a mãe. Também ela se sente morrendo aos poucos, sua relação com o pai vai morrendo aos poucos, como a mãe. Há uma identificação com a mãe.

"A pessoa às vezes tem uma mágoa". Essa fala é uma fala de quem diz, sem perceber, o que sente. É lógico que a pessoa está falando de si mesma. A mágoa é o amargo na boca. "Mas não é o meu caso." Percebendo que está falando de si, trata imediatamente de negar.

"Mas como o meu pai vive longe, isso não me afeta".(*) Na verdade, afeta sim, senão não diria. A distância não é o problema. O motivo maior de sua angústia poderia ser a separação do pai, que ficou maior com o segundo casamento ou a morte da mãe? O que vemos mais manifesto é a fachada, o que está atrás? Provavelmente é mais com a mãe do que com o pai.

"Tenho saudades da família, de um pouco que deixei lá, dos amigos, de um namorado". Tem saudades do seu passado; a sua história, a sua imaginação, ajudam a construir o sentido do seu sintoma, um sintoma amargo de boca amarga pelo que ficou para trás.

"Ódio é um sentimento que nenhum ser humano deve sentir". Ela se coloca numa posição de proibição da sua parte agressiva. Deveria ser culpada por ter ódio e, por isso, o amargo do ódio na boca. Quem sabe haja ódio pela morte da mãe.

"Aqui a boca não funciona". Quer, com isso, dizer que não adianta querer saber mais nada. Ela diz o seu limite e, por isso, pede uma medicação: "Você já me virou do avesso, agora quero um remédio". Ela fica no real, não conseguindo falar de coisas não palpáveis. Não percebe que as palavras que falou podem eliminar os seus sintomas, e que as que eu possa dizer no meu relacionamento com ela podem servir de remédio. Será que ela quer? Parece que não quer esse tipo de remédio.

"E meu chefe tinha mau hálito, isso foi há dois anos e eu não gostava dele". Talvez pensando no pai, coloca uma figura masculina, um chefe, como objeto de ódio ou de raiva. O chefe da sua família pelo menos lá no trabalho, tinha um bafó na boca e ela se identifica com esse sintoma. Não gosta de si. Há uma identificação projetiva ao matar a mãe, que ela projeta no chefe.

(*)Denegação ou negação. "A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que está reprimido. (...) Negar algo em um juízo é, no fundo, dizer: 'Isso é algo que eu preferiria reprimir.'" (Freud, 1976)

III- SIMBÓLICO

O sentido do sintoma: A perda do amor paterno e materno, da cidade natal, da infância.

O sentido do seu sintoma está em sua própria vivência, em sua relação com o mundo. É razoável supor que sua sintomatologia tenha um fundo edípico.

Distinguindo o rancor ativo e a mágoa, mais passiva, ela sofre. Está falando de alguém, da esposa do pai, que tomou o lugar da mãe. Está profundamente decepcionada com o pai, que era um pai idealizado, exemplar, e que casando de novo, ficou sem essa idealização, ficou um pai que não gosta mais dela. O problema começou quando a mãe morreu. Ela condicionou o afeto paterno à presença da mãe. Então, pode ser que a mágoa seja também da mãe que a deixou. E a deixou também sem pai: "a gente tem pai só quando tem mãe". Como a mãe foi embora, ficou sem mãe e sem pai, que vida amarga! Sem mãe e sem pai, ela está com a fantasia da orfandade, sem a mãe que morreu, sem o pai que a deixou e sem a possibilidade de preencher esse vazio, porque o pai casou de novo. Essa mãe morta deve estar mais reprimida. Ela mata a mãe para casar com o pai e ele casa com outra.

A postura do médico seria perguntar: "Você se virou do avesso, qual é o remédio? Não tenho cápsula para lhe dar, você precisa entender o que você é, o que você achou dentro de você mesma. Fisicamente, você não tem nada; você procurou um dentista, procurou um otorrinolaringologista, um gastroenterologista e ninguém encontrou nada de errado em seu corpo. No entanto, você tem queixas e é preciso encontrar o que as motiva."

O simbólico não é simplesmente o concreto, o fígado, a boca. Não é só porque ela não tem mãe e não tem pai que a queixa apareceu. O fato de ter se casado há dois meses pode ter mexido com os seus sentimentos e suas fantasias. Que condições ela tinha de se casar? Até que ponto, não foi o pai, que sempre esteve doente e que se casou novamente com outra mulher e não com ela, que a deixou queixosa dos homens, da figura masculina. "Casa-te na tua aldeia, e se puderes na tua rua, e se puderes na tua casa." (Lévi-Strauss, 1990)

Pela palavra a pessoa se diz sem saber. A palavra, que é símbolo, não é necessariamente a coisa, é a coisa com o seu sentido, levando em conta a somatização. Mas Severina foge do simbólico.

Quando Severina diz "Você me virou do avesso", volta para o real e pede um remédio. Ela poderia perguntar "o que eu tenho por dentro", o que seria perguntar sobre o simbólico, mas, ao invés disso, voltou para o concreto: "me dá um remédio, eu tenho um sintoma, me dá um remédio". Se ela puder perceber o sentido da sua queixa Severina encontrará o seu "remédio". E ela quer?

Então revendo as três partes juntas:

I-Real: Gosto amargo na boca há 6 anos.

II-Imaginário: "Não poderia ser figado o meu problema."

III-Simbólico: A perda do amor paterno ou materno revividos no seu casamento, da cidade natal, da infância.

Evolução: em acompanhamento, com melhora episódica do sintoma. Provável tendência a persistência dos sintomas enquanto não houver elaborado o conflito.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA 2.

1. Anamnese:

Identificação: Teresa, 29 anos, casada, branca, brasileira, prendas domésticas, natural e procedente de São Paulo.

Q.D.: "Dor aqui há cerca de 5 anos." (aponta para a região da fossa ilíaca esquerda.)

H.P.M.A.: Dor na fossa ilíaca esquerda há cerca de 5 anos com piora há 7 meses; dor na fossa ilíaca direita com piora há uma semana; há um dia ficou o tempo todo com dor do tipo "vazio"; há irradiação da dor para flanco direito e região do hipocôndrio direito: a dor "sobe

e vem próxima às costelas." Há um dia tive dor o dia todo; refere constipação intestinal acompanhando a dor de "há um dia", hábito intestinal irregular.

A.P. : Cirurgia de cisto de ovário há 5 anos. Uma filha em parto por cesárea com cinco anos de idade.

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.F. : Mãe falecida de câncer de útero há 5 anos. Filha apendicectomizada há 2 anos.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 120 X 80 mmHg; pulso = 84 bpm; Temperatura = 36,4°C; Peso = 57 Kg; Altura = 1,65m.

3.E.F.E. : dor à palpação na região da fossa ilíaca esquerda; não há alterações que possam ser percebidas à palpação.

4.Hipóteses diagnósticas. : Colopatia funcional. Aderências por cesária anterior ou novo cisto de ovário?

5.Exames Subsidiários. : Ultrassonografia abdominal e enema opaco normais

6.Planejamento Terapêutico. : Sintomático: orientação para ser submetida a uma psicanálise.

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, a paciente falou quase todo o tempo da sua relação com a mãe e o esposo; a mãe morreu de câncer. "Minha filha nasceu no dia em que a minha mãe morreu"; (há lapsos de datas na anamnese, a cirurgia de cisto de ovário coincide com o nascimento da filha) "Eu não pude estar presente nos últimos momentos de vida da minha mãe". Quer estudar, mas o marido tem ciúmes e não deixa que estude. Falaram para ela que o marido tem uma amante o que ela diz ser verdade, mas acha ser conversa de cidade pequena. Diz ainda que o marido não a satisfaz. Ela não pode ser mulher.

Como senti a paciente.

Teresa veio com um aspecto de quem está profundamente angustiada. Parece que tem, neste jeito apressado de falar, algo a dizer sobre si mesma. Mora num bairro periférico de uma cidade pequena e fica, às vezes, na janela vendo as coisas acontecerem. Vêm-me a idéia de que ela assiste a vida do camarote da janela da sua casa, sem participar. Ela seria uma atriz em um cenário seu e fala da pequena cidade como algo a que não se adapta. Na consulta, fica sentada, mãos no colo, como que se estivesse se protegendo. Não gesticula, fica parada e fala depressa. Uma imobilidade de estátua que me deixa impotente, fico com a sensação de impotência muito grande à sua frente, como que se quisesse pegar nas suas mãos e fazê-las mexer, dar-lhes vida, afinal, ela parece morrer, não participa, espera que eu lhe de vida. Teresa parece acomodada a uma situação sem querer modificá-la. Dá-me a sensação de alguém muito frágil, com dificuldades pessoais. Órfã de mãe, ela mesmo mãe já tornando a filha órfã, antes mesmo da própria morte. É uma paciente assistindo o sintoma passear pelo corpo, parada na janela, há uma mãe morta dentro dela, uma viva morta.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela admite ter.

"Tumor no intestino, se alastrando subindo embaixo da costela aqui."

A fala da paciente.

"Fiz cirurgia do ovário há 5 anos e quando deito do lado esquerdo, tenho a impressão que vem tudo para o lado esquerdo e fica um vazio à direita."

"Sinto dor tipo vazio."

"Sou super nervosa." e "Me sinto fracassada."

"Quero passar num aparelho para ver tudo por dentro. Não tem um aparelho assim ?"

"Me preocupo em ter câncer no intestino!"

"Casei grávida!"

"Tudo o que começo a fazer paro na metade, curso de pintura, corte costura, cursinho."

"Meu esposo e eu vamos nos separar, dizem que ele tem outra."

"Minha mãe morreu há cinco anos por câncer de útero que subiu para o rim, e pegou o pulmão dela."

"Após a morte da minha mãe, meu pai tem uma companheira e é ausente da família."

"Quando tive ela, quando minha mãe nasceu, quero dizer minha filha nasceu". (comentava da mãe).

"Quando tive a menina, minha mãe estava no hospital falecendo."

"Não pude ficar muito tempo com ela."

Comentário.

Nesses comentários faço especulações, sem comprovação, não se trata de psicanálise.

A paciente imagina ter um tumor maligno no intestino e vai à procura do tumor "aqui dentro" para justificar alguma coisa, alguma falha dentro dela: um tumor talvez para se penalizar, para se identificar com a mãe.

"Fiz cirurgia do ovário direito há cinco anos, e quando deito do lado esquerdo tenho a impressão de que fica um vazio à direita". Ela se queixa das coisas vazias que tem no local da remoção do ovário; aparentemente esse discurso da queixa não tem sentido, ou não segue a uma norma bem estabelecida pela clínica. Ela não poderia ter sensações de vazio. Que é sentir um vazio dentro do discurso médico? Na sua imaginação, pode ser o vazio da perda do órgão e poderia ser o vazio da perda da mãe. Há uma coincidência da cirurgia de ovário com o nascimento da filha.

"Dor tipo vazio, sou super nervosa, me sinto fracassada". São queixas que aparentemente definem o que está sentindo, um vazio, e diz ser muito nervosa e fracassada. O vazio da mãe, retaliação por esvaziar a mãe. (Segal, 1975)

Fracasso, pelo casamento que não vai bem e fracasso pela falta materna, e paterna. O

édipo, estruturando a personalidade da paciente, transforma-a em prisioneira das suas próprias fantasias, do seu próprio mito interno. Outra hipótese poderia ser a inveja da mãe e a filha morre no seu lugar.

"Quero passar num aparelho para ver tudo por dentro". Qual é o dentro que precisa ser visto? O que ela quis dizer com dentro? Dentro do que? Dentro dela mesma. Não há aparelho que veja melhor um ser humano do que um aparelho humano bem formado, que esteja com uma condição afetiva e emocional disposta a isso, desde que o paciente permita. Mas cabe observar também o mito da medicina que é capaz de ver tudo, curar tudo. A medicina não diz isso, mas permite que os pacientes imaginem que ela seja assim.

"Não tem um aparelho assim?" Ela deseja e dá a entender que precisa de algo que veja por dentro. Mas parece que ela sabe que um aparelho assim não existe. Se eu fosse um cirurgião, uma cirurgia para ver o que tem dentro, seria muito facilitada; mas ela me procurou sabendo que eu era um clínico, ela não queria ser operada.

"Me preocupo em ter câncer no intestino". Ela se preocupa em ter um câncer no intestino, como a mãe teve um câncer no útero, há uma identificação com o câncer materno. Ela provocou o câncer na mãe? Provavelmente imagina.

"Casei grávida". Há uma sensação de culpa quando desta fala, como se estivesse pagando agora por isto. A criança que nasceu é a culpada e ela se culpa do pecado de ter casado grávida. Poderia ser um aborto esta morte materna? Competindo e derrotando a mãe.

"Tudo o que começo a fazer paro na metade, curso de costura, corte e costura e curso de desenho". Há sensações de que as coisas ficam pela metade, o casamento, o estudo, sua própria vida. São coisas que ela mesma interrompe, os seus sintomas são na metade do corpo. Além disso, ela mais uma vez se condena, se culpa, se julga incapaz.

"Meu esposo e eu vamos nos separar, dizem que ele tem outra". O pai tem outra que é a mãe; a mãe morre e o pai arruma outra mulher. O marido tem outra, ela vê sempre a figura de uma outra, mulher. É sempre rejeitada, não ocupando o seu lugar na própria vida.

"Minha mãe há cinco anos morreu de câncer de útero que subiu pelo rim e pegou o pulmão dela". Interessante é que os seus sintomas coincidem com os sintomas da mãe; a sua

dor na fossa ilíaca direita também sobe para o dorso à direita, e, curiosamente, segue o mesmo trajeto do tumor da mãe.

"Após a morte da minha mãe meu pai tem uma companheira e é ausente da família."

Novamente a situação edípica: o pai como objeto da disputa. Será que ela matou a mãe e agora está tendo culpa por isto(inconscientemente?) e sente a ausência da figura paterna em casa e no lar da mãe agora ocupado?

"Quando tive a minha (mãe), quando tive a menina, minha mãe estava no hospital falecendo." Ela faz um ato falho. Ela teve a mãe, a mãe nascendo no lugar da filha, a filha sendo incorporada pela mãe que morreu, no mesmo dia. Sensações de que pudesse dar à luz a própria mãe e recordações do próprio nascimento. Talvez fantasia de matar a filha ou de abortá-la.

"Não pude ficar muito tempo com ela." Novamente a paciente se culpa por não ficar com a mãe nos momentos finais da sua vida e se culpa pela filha ter nascido naquele dia.

Este "caso" remete à leitura de um texto de Melanie Klein que fala da "rivalidade da filha com a mãe, que culmina em não poder ter seus desejos sexuais gratificados pelo pai. Tais perturbações primitivas da relação da menina com a mãe constituem um fator importante no desenvolvimento de seu complexo de Édipo." (Melanie Klein, 1975) Também Teresa "rivalizou" com a mãe, disputando o seu lugar. Agora procura reencontrar o seu espaço na "manifestação" dos mesmos sintomas que apresentava sua mãe.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do sintoma: Culpa pela morte da mãe, manifestada agora no desejo de ter um tumor e sofrer as dores da mãe. Identificação materna introjetiva.

Novamente a situação triangular, a mãe que a deixou e morreu com câncer, o pai que agora está com outra que não pode ser ela, o marido que agora não está mais tão presente, o medo de que as coisas fiquem pela metade, não conseguir estudar e terminar os cursos que começa. O sentido do seu sintoma me parece ser uma identificação com os sintomas da mãe, ter

que passar pelo mesmo caminho por que ela passou, o mesmo modo de sentir no corpo, para se culpar de não estar presente no dia da morte da mãe, a mãe que perdeu. Ou de coisas mais primitivas, o que provavelmente está mascarando conflitos mais primitivos.

A paciente sofre pela morte da mãe um luto não bem elaborado, uma difícil situação em que disputa os lugares femininos, o lugar da mãe, o lugar da atual mulher do pai, o lugar na sua casa com o marido e, talvez, o próprio lugar de mãe, o seu relacionamento com a filha.

Há um sentimento pela morte da mãe, mas, por outro lado, há uma disputa do lugar da sua mãe. Ela disputa o pai. Como se, passando pelos sintomas que a mãe teve, pudesse se redimir da culpa por não estar presente no dia do seu falecimento.

A paciente não apresenta nada de orgânico e, no entanto, ela tem queixas do seu relacionamento com o mundo, com o mundo criado dentro dela.

Talvez valha a pena recordar o mito de Inês de Castro, a que foi rainha depois de morta. As mães são rainhas após a sua morte. E, agora, ela busca com uma culpa inconsciente resgatar, através do seu corpo, o cadáver da mãe, assim como Inês de Castro é exumada por ordem de D. Pedro I de Portugal que se insurge contra seu pai e expõe a amada para ser adorada por todo Portugal. Esse sintoma de morte que ele tanto procura não pode ser achado pelos aparelhos, porque simplesmente não pertence ao corpo anatômico, mas ao corpo simbólico. O seu sintoma diz muito mais do que uma simples dor, não é uma dor qualquer, é uma dor de luto, de perda, de culpa.

'A semelhança do que ocorre com os indígenas de que nos falou Lévi-Strauss, a paciente quer uma explicação fora dela. Acontece que, na maioria das vezes, não podendo ver, a paciente vem à procura de um aparelho que a veja por dentro. Este aparelho poderia ser o médico, que deveria ter a sensibilidade de saber também das coisas humanas e menos "tecnificadas". Nós podemos aprender com os médicos das tribos, que formam vínculos afetivos, poetas e com o mundo à nossa volta. Basta querer. Não basta ter olhos, é preciso que esses olhos enxerguem.

Esta visão do seu simbólico não pode ser generalizada. Ela é só desta paciente e, para uma outra, o sentido deve ser totalmente diferente. O sentido não é nunca igual e nem pode

ser quantificado. No mais das vezes, só pode ser descoberto após a criação de vínculo, e de um número maior de entrevistas. Ninguém diz tudo numa só consulta. Aliás, tudo não se diz nunca, fica sempre algo por ser dito.

Então revendo as três partes juntas:

I-Real: Dor aqui há cinco anos (aponta para a região da fossa ilíaca esquerda)

II-Imaginário: Tumor no intestino se alastrando subindo embaixo da costela aqui.

III-Simbólico: Culpa pela morte da mãe, manifestada agora no desejo de ter um tumor e sofrer as dores da mãe. Identificação materna introjetiva.

Evolução: Persistência dos sintomas. Solicitada a avaliação de um urologista. Exame de urografia excretora normal. Os sintomas estão iguais provavelmente devido a manutenção das atuais condições de vida e psíquicas da paciente. Há a possibilidade de retorno dos sintomas após suspensão da medicação sintomática (buscopam simples). (Talvez os sintomas tenham menos a ver com as aderências e mais com os conflitos psíquicos.)

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 3.

1. Anamnese:

Identificação : Inês, 32 anos, casada, branca, nível universitário, natural e procedente de Rio Claro.

Q.D. : "Dor no estômago há 1 ano."

H.P.M.A. : Há um ano apresenta dor epigástrica de forte intensidade com ritmo de três tempos, com episódios de acalmia, tendo piorado há alguns dias. Procurou-me num momento de crise de dor abdominal de forte intensidade; estava com dores muito fortes e muito angustiada durante a consulta.

Foi submetida a exame radiológico e endoscopia do aparelho digestivo, tendo sido os exames normais.

I.D.A. : n.d.n.

A.P. : 5 filhos, 2 partos normais e 3 cesáreas.

Hábitos e vícios. : n.d.n

A.E. : Mãe falecida com problema de fígado (cirrose hepática); tem três irmãos, sendo a mais velha dos filhos. Pai com antecedentes de úlcera péptica.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas (P.A.) = 110 X 80 mmHg; pulso = 84; Altura = 1,70m; pulso = 86 bpm; temperatura = 36,8°C; peso = 58Kg.

3.E.F.E. : Discreta ptose palpebral à esquerda; dor à palpação, mesmo que superficial, na região epigástrica.

4.Hipótese diagnóstica. : Síndrome dispéptica; Úlcera péptica.

5.Exames Subsidiários. : Endoscopia digestiva normal.

6.Planejamento Terapêutico. : anti-ácidos e, se necessário, posteriormente, ranitidina.

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, a paciente queixou-se bastante do seu casamento, manifestando o desejo de separação: "Sabe, não dá mais pra conviver com uma pessoa assim, não dá mais, eu quero a separação, não consigo mais viver desse jeito, venho tendo dores muito fortes, fica impossível conviver com uma pessoa assim. Estou com muita raiva dele, saí de casa para casar, este foi o meu mal. E agora já não aguento mais, não dá para viver assim." Nesses dados eu observo a importância da sequência do discurso.

Como senti a paciente.

Inês sempre tem deixado sensações de dificuldades, pois tem um discurso autoritário. Fala como se estivesse com muita raiva; eu sentia sua raiva, ela transferia para mim. O seu ódio me invadia; ódio do que ela mesmo falava. Esse ódio invadia o ambiente de consulta e ela, embora sendo uma mulher muito bonita, mostrava no rosto, com os lábios serrados, apertados, pressionados pela mandíbula inferior, um ar de muita tensão, uma aflição de dor, fosse por não saber como resolver a sua vida fosse porque estava lá, consultando-se. Sempre veio ao consultório bem vestida, nesses dez anos que é minha paciente, mas ultimamente está desleixada, trazia a roupa amarrotada e havia engordado muito, cerca de uns oito quilos. Estava gorda e, no entanto, engolindo aquela situação, querendo a separação. Cabelos não penteados, coisa que sempre ela cuidara; nos olhos, os supercílios tremiam mais que o habitual e um de seus olhos abria-se com dificuldade. Inês estava de olhar baixo, agitado, tenso. Não se dava bem com as pessoas, veio sem marcar a consulta, de repente, quer ser atendida na hora, passando na frente de outras pessoas. Ela fazia-me sentir incomodado com isso, pois eu não poderia deixar de atendê-la, porque sua dor transformava, no modo de apresentar-se, em uma urgência.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela pensa ter?

"penso ter uma úlcera no estômago."

A fala da paciente.

"Estou para me separar."

"Já não aguento mais viver com este cafajeste."

"Depois de tudo que eu passei com este cafajeste."

"Pedi a separação."

"Casei com ele só para ficar livre dos meus pais."

"Ele que vá para aonde quiser."

"Há piora da dor quando ele fica em casa principalmente nos fins de semana."

"Ele disse que se houver a separação que ele suicida."

"O meu pai, agora tem uma namorada e viaja com ela, coisa que raramente fazia com a minha mãe."

Comentário.

A paciente vem com queixa do real do corpo : "penso ter uma úlcera no estômago; tem alguma coisa errada aqui". Ela imagina ser uma úlcera mas, ao dizer "estou para me separar", as coisas ficam mais complicadas. Poderia levantar algumas hipóteses. A paciente imagina que esta separação possa ajudá-la a sentir-se melhor. Mas ela não consegue separar-se, vive uma dependência muito grande da figura materna, que ela odeia sem perceber, e da figura paterna. Eu vejo ódio na sua expressão; é a própria simbolização da pessoa que odeia. Ela transforma as suas relações em relações de ódio. "Não aguento mais viver com este cafageste". Há coisas difíceis na sua vida: "casei com ele só para ficar livre dos meus pais". Como não ficou livre nem dos pais nem do marido, traz tudo junto. "Há piora da dor quando ele fica em casa (o marido), principalmente nos fins-de-semana." É plausível que este fato possa desencadear os sintomas.

A sua dor no estômago me parece uma tentativa de dizer que as coisas não estão boas. Pude sentir ou intuir (Bion, 1973) na sua fala que, havia alguma coisa a mais, não era uma dor usual, era uma dor pela qual a paciente dizia estar sofrendo e que era em outro lugar que doía. Bion: "Suponhamos que o paciente se queixou de uma dor, não física, mas mental; ninguém duvida da existência da angústia ou vê qualquer incongruência em procurar auxílio para curá-la. Achamos necessário estabelecer uma diferença entre a dor de uma perna quebrada, é a dor, digamos, do luto; às vezes preferimos não fazê-lo, mas trocamos a dor mental pela física, e vice-versa. Tanto o médico como o psicanalista concordam em considerar que a doença deve ser reconhecida pelo médico; em psicanálise, o reconhecimento tem de ser feito também pelo doen-

te."

Ao imaginar ter uma úlcera, talvez uma dor, marcada pelo relacionamento de ódio pelo esposo. Casamento obrigado, coisas de antigamente.

A dor não estava visível aos equipamentos médicos, não se fez presente na anatomia. É verdade que uma úlcera pode aparecer em situações de "stress", mas, afastada a possibilidade de lesão orgânica, a saída pode estar na falta do que ela está sentindo.

O fato da sua dor piorar nos fins de semana ou quando o esposo está por perto é indicativo de que as coisas não vão bem. Há a separação, mas Inês não consegue nunca se separar, ela está ligada pelos filhos a uma situação permanente de dependência. O fato de ter casado para sair de casa fez com que ela entrasse numa outra casa, que ela não admite ser a dela.

Denigre a figura do marido, mas vive às custas de um cafajeste, ela mesma não consegue viver diferentemente.

"Penso ter uma úlcera no estômago". Ela sente a dor localizada e não pode falar da outra dor. Tem vergonha, e fala de modo que eu seja induzido a pensar que o que ela tem é algo orgânico. Afinal, ela é bióloga e não admite que seu problema seja emocional; disso ela entende muito bem. Vem com uma dor muito bem localizada, que, portanto, deve ser uma úlcera.

"Estou para me separar". A separação, recordando tantas separações e perdas necessárias que o ser humano tem, mas que ela passa a vivenciar de forma sintomática: a dor no abdome, na região epigástrica. Dor da separação que ela mesma não sabe se quer: separar-se significa dor, uma dor da separação, dor de parto, dor de abdome somatizando um sentimento de dor da separação.

"Já não aguento mais viver com este cafajeste". O marido é uma pessoa que ela não suporta mais. É insuportável de viver junto, uma dor insuportável, viver com alguém que só dá o sustento. A separação solucionaria o problema, uma separação para não viver com alguém que poderia estar dando amor. Como ela talvez não sabia viver esse amor, busca um amor cafajeste, de alguém que a agride, alguém que a usa. Ela se sente uma pessoa não amada.

"Depois de tudo que eu passei com este cafajeste". O que foi esse tudo? ela não pode dizer em uma consulta médica, as coisas ficam muito restritas, difíceis de ser abordadas. Afinal,

ela está em consulta médica e sua dor é muito bem localizada. O tudo é o indizível, o impronunciado, a própria vida. O cafajeste é aquele que substituiu os pais dos quais ela pensava livrar-se casando. O perigo é tomar o cafajeste como alguém real. Pode ser um aspecto dela projetado. Ela cafajeste, que deixou os pais, que lhe deram a vida.

"Pedi a separação". E a dor vem em seguida, dor da separação pode ser localizada no abdome, dor no estômago, dor de pedido de separação. Como a dor para sair do útero, de casa para o casamento, do nascimento dos filhos. Agora uma repetição: dor localizada e de separação.

"Casei com ele só para ficar livre dos meus pais". O casamento marca uma ruptura de pais que ela precisa agredir. Sair de casa é dizer "não preciso de vocês, sou auto-suficiente, posso viver com uma pessoa que tirando-me daqui, dê a mim um sustento igual ao de vocês". Mas casar com alguém para punir os pais é algo que deve ser melhor investigado. É possível que estejamos lidando as projeções de aspectos dela no mundo. Por que será que ela não pode cuidar de si mesma? Só a análise poderá mostrar.

"Ele que vá para onde quiser." Fala com ódio. Ele não existe como ser, é coisa, objeto de agressão, que foi usado para que ela pudesse sair de casa. Mas é o seu estômago que dói e a rejeição se manifesta em seu próprio corpo.

"Há piora da dor quando ele fica em casa principalmente nos fins de semana". É evidente que esta fala tem uma lógica. Ela vem dizendo o tempo todo que o problema está projetado no marido. O objeto não amado. O objeto amado. Ela projeta nele uma coisa ruim e acaba tendo de volta o que projetou, o objeto ruim vem de volta e é reintrojetado, de uma maneira como ela o imagina, como coisa não desejada. O ódio faz parte do que ela mesmo plantou com a imagem de marido. Ficar com alguém assim tão indesejável acaba dando dores no estômago.

"Ele disse que se houver a separação ele se suicida." Dentro dessa perspectiva, ele faz chantagem com ela. É uma resposta ao que ela sempre fez com ele. E isso acaba por acontecer: ele sofre meses depois um acidente automobilístico, fica numa UTI por alguns dias, tem alta. Esse fato acaba por fazer com que ela o aceite de volta. O que ela fez com ele, ele repete

com ela.

De qualquer forma uma fantasia de uma doença faz parte do pensamento de qualquer pessoa. Sempre que se vai a um médico há hipóteses diagnósticas feitas pelos pacientes que têm um sentido na vivência do próprio paciente.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do sintoma: dor da separação, a mãe sempre gostou mais da irmã, sempre esteve mais com a irmã. Com a morte da mãe esta situação fica pior ainda; a paciente começa a sentir culpa, vai em busca de doença semelhante da mãe, que faleceu de cirrose hepática, e começa a se preocupar em demasia com o fígado.

Como os médicos desta cidade não encontram nada no seu fígado ela busca um "figuração" (expressão usada pela própria paciente) um médico da capital, um professor, o "papa" (expressão usada pela paciente) em fígado para dizer a causa da sua doença. Fiquei imaginando se em uma cidade como essa, com cerca de 2500 médicos, o fato dela procurar alguém fora daqui já não seria uma busca da impossibilidade de aceitar que lhe digam a verdade. Mas não importa, ela continua buscando uma justificativa no seu corpo, há algo errado que vocês não descobrem. Mas volta decepcionada, quando não encontra nada de errado com o seu fígado. Será algum outro órgão?

"Penso ter úlcera no estômago, um buraco aqui dentro (aponta para a região epigástrica), quero fazer uma endoscopia para ter certeza." E não houve quem a convencesse do contrário. Feito o exame, nova decepção. Desta maneira, ela percorre outros médicos para encontrar uma doença de um nome indecifrável para explicar seu problema.

A frase em que diz que está para se separar é sentida também no abdome. Toda separação lembra uma outra, a saída do ventre materno e a própria morte da mãe. O fato de não agüentar mais "este cafajeste", este pai cafajeste que um ano após a morte da mãe já está com outra mulher, e viaja sempre com ela, coisa que raramente fazia com a sua mãe. Há um mari-

do e um pai cafajeste.

"Casei com ele só para me ver livre dos meus pais". Nesta fala ela mesma se coloca numa posição de confronto com os pais, ela poderia estar casada por vingança edípica, já que seu pai não se "casou" com ela, sai de casa e se casa com o primeiro que aparece, só para se ver livre. Acontece que é ela quem diz e ela está o tempo todo incomodada com isso. Quer a separação, mas não tem condições de morar sozinha, depende econômica e emocionalmente da relação com o marido. A sua expressão é de ódio o tempo todo, ódio a si mesma.

Quando sente esse ódio do esposo, passa a sentir também ódio de si mesma. Vive um relacionamento de infelicidade e não consegue esconder isso. Sua fala está toda contagiada pelo ressentimento.

Será que realmente ela poderá entender o seu sintoma, ou o sentido do seu sintoma, ou pelo menos falar dele e vivenciá-lo de forma menos patológica? Esta paciente tem um quadro clínico muito rico no relacionamento humano, e eu não saberia dizer por quanto tempo ela permanecerá com seus sintomas, talvez a vida toda, se não houver um entendimento afetivo da sua dor.

No dia da separação houve uma festa, era aniversário de um dos filhos, festa para comemorar uma separação que nunca vai ocorrer. Ela quer e não quer se separar, ela quer e não quer nascer. O nascimento de um dos filhos vivido como uma separação.

Revedo as três partes:

I-Real: Dor no estômago há um ano.

II-Imaginário: Penso ter uma úlcera no estômago.

III-Simbólico: Sair de casa para casar. Separação da casa dos pais, separação da sua casa atual.

Evolução: Melhora clínica. Assintomática há mais de um ano.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 4.

1. Anamnese:

Identificação : Ofélia, 50 anos, branca, casada, natural e procedente de São Paulo, prendas domésticas.

Q.D. : "gosto amargo na boca há muitos anos."

H.P.M.A. : Queixa-se de gosto amargo na boca desde que nasceu, reclamando sofrer do fígado. Faz uso de "epocler" ("não consigo viver sem esse remédio"). Tem enxaqueca desde que "se conhece por gente" e não consegue se alimentar com leite e derivados, que fazem piorar os quadros de enxaqueca.

Há dias, que vem sentindo um gosto amargo insuportável.

I.D.A. : Constipação intestinal freqüente.

A.P. : Nefrectomia esquerda aos 18 anos por cálculos renais. Cisto de ovário há dois anos, com histerectomia. Cirurgia por hímem imperfurado, logo após o casamento. Três filhos, todos os partos por cesárea.

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.E. : Mãe com câncer de útero operada e falecida aos 78 anos de infarto do miocárdio. Pai com 80 anos.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 100 X 70 mmHg; pulso = 72 bpm; temperatura = 36°C; peso = 46Kg; Altura = 1,50m.

3.E.F.E. : n.d.n

4.Hipótese diagnóstica. : Constipação intestinal, Cefaléia tensional.

5.Exames Subsidiários: nenhum

6.Planejamento Terapêutico: Medicamentos sintomáticos. Faz uso de vários remédios, se automedica com muita freqüência e tem um grande estoque de remédios em sua casa.

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, a paciente reclamava de dores por todo o corpo. Diz que elas fazem parte da sua vida e que já não agüenta mais, fez o que pode para todo mundo e só recebeu decepção. Queixa-se de que ninguém a entende, que faz tudo para todos e que um dia vão dar valor, mas aí já vai ser tarde. Após a morte da mãe, foi junto com o marido, morar com o pai, para poder cuidar dele.

Como senti a paciente.

Ofélia faz com que eu sinta muita pena dela. Inicialmente, vítima, ela vem contar dela. Eu sinto também o gosto amargo que ela passa por ter tantas queixas do mundo, um mundo que não quer aceitá-la. Não pode continuar a viver assim, mas, ao mesmo tempo, não ouve o que eu tenho para dizer; ela só ouve a si mesma, não escuta o que os outros dizem, só ouve a própria voz. Assim mesmo, Ofélia faz da sua vida amarga um caminho difícil para ela e para os que vivem com ela. Amizades não existem, ela as amarga. Quer ser examinada, faz os exames e, depois, como que por encanto, os sintomas mudam de lugar. Eles passeiam pelo seu corpo. Procura todo tipo de tratamento, até religiões, para tentar ficar boa, mas logo enjoa e muda dizendo que no início era bom, mas agora não dá mais resultado. Fico, às vezes, sentindo cansaço em ouvir suas queixas tão absurdamente chatas.

II-IMAGINÁRIO.

O que é que ela julga ter?

"Sofro do fígado."

A fala da paciente.

"Após a cirurgia do rim fica um vazio no lugar da operação."

"Tenho dor no vazio da cirurgia."

"Tenho a idéia de que esse vazio nunca poderá ser preenchido."

"Minha mãe tentou me abortar de todas as maneiras possíveis. Eu não devia ter nascido."

Maldita hora em que eu nasci."

"A morte da minha mãe foi muito triste."

"Meu pai, ninguém agora quer cuidar dele."

"Não consegui ter relação sexual na minha noite de núpcias. Tinha um problema, uma membrana que impedia a relação sexual."

Comentário.

"Sofro do fígado" O que a paciente quer dizer com isso? Retomo aqui a referência de Chevalier & Gheerbrant (1988) citada no item 4.3. "O fígado é comumente associado às condições de cólera, e o fel, à animosidade e às intenções deliberadamente venenosas, o que explica o sabor amargo da bílis (...)o islã atribui ao fígado as paixões, e ao fel, a dor."

O fígado é o culpado por seu sofrimento, ela sofre do fígado, ela tem cólera, raiva, paixão e dor. Ela não foi nascida do desejo, a mãe fez de tudo para abortá-la. Assim, o vazio que ficou do órgão extraído é um vazio de vínculos; ela não consegue se ligar a ninguém e, no entanto, se liga desesperadamente às pessoas, de modo que, quando estas ameaçam abandoná-la, ela "chantageia", tem sintomas para os outros possam não rejeitá-la.

O motivo de sua consulta ao médico é a evidência do sentimento de rejeição: ela tem um gosto amargo na boca, ela não recebia bem o alimento, passando mal sempre que tomava leite e ovo - coisas ligadas ao nascimento. Quem se alimenta mal sofre do fígado, diz o ideário popular e reforça a mídia. Ofélia se alimenta mal, desde que nasceu, já que mamou no seio da mãe que não a queria. Neste sentido, é bastante razoável sugerir que o gosto amargo na boca e o vazio da cirurgia indicam que a paciente encarna em si a rejeição que sofre.

Ela não tem a quem agradecer pela vida que tem. Nasceu do acaso e por acaso. Quem não sente gratidão fica sentindo vazio, vazio de vida, vazio de espaço por ocupar.

"Após a cirurgia ficou um vazio no lugar da operação". A medicina não conhece vazios que ficam no lugar de cirurgia. Mas há outra possibilidade: uma nefrectomia aos dezoito anos é uma "pedreira", diria Groddeck (in D'Epina,1988) : quando a vida se torna uma pedreira formam-se pedras no próprio corpo. Um rim cheio de pedras, extraído em sua juventude, tem um

significado especial para a paciente, que passa a vida se lamentando da perda do rim e faz disso uma auto penalização. É preciso que os outros tenham dó dela. E ela usa isso o tempo inteiro: ela tem a falta de um rim, um vazio que nunca vai poder ser preenchido, e precisa de cuidados especiais.

"Tenho a idéia de que este vazio nunca poderá ser preenchido". Talvez o sentimento de rejeição pela "expulsão uterina forçada" esteja presente para sempre na fantasia da paciente. Será que ela é uma abortada por natureza? A paciente não se conforma por ter nascido desta forma e culpa os pais. No fundo, gostaria de matá-los. A mãe a rejeitou quando não a quis e voltou a rejeitá-la ao contar que não a queria. Apesar disso, ela vai morar com o pai abandonado e solitário com a morte da mãe. Não aceitando o seu gesto de culpá-lo, tenta ser gentil e vai preencher o vazio deixado pela mãe na vida do pai.

"A morte da minha mãe foi muito triste." Ela teve um infarto do miocárdio, mas vinha sendo tratada de câncer de útero. Este câncer, na fantasia de Ofélia, pode ser a forma da mãe pagar a culpa por ter tentado expulsar a filha de forma tão absurda. Ela sente culpa por ter desejado a morte da mãe. Uma mãe que pagou com um câncer no útero o seu pecado não ficou impune, teve o que mereceu. A filha está vingada, mas é a culpada por esta vingança.

"Meu pai, ninguém agora quer cuidar dele." Ela fica responsável pelo pai, não deixa que os irmãos cheguem perto dele; com a morte da mãe, Ofélia passa a ser a mulher do pai ("palavras do seu esposo"), passa a viver em função dele 24 horas por dia e só sai com o marido quando o pai pode sair. Ela tem uma vida difícil e tenta dizer ao pai que sem ela ele não teria quem cuidasse dele.

Ofélia ama o pai, mas cobra caro pelo seu amor. Não perdoa a tentativa de aborto que tanto mal lhe faz. Ela "sofre do fígado", lugar de animosidade, de raiva. Sua punição será a de Prometeu e, como ele dirá: "ó minha augusta mãe: ó tu, divino éter que cercas o universo de luz eterna...vede que injustos tormentos me fazem sofrer" (Ésquilo).

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: Gosto amargo da vida, a rejeição materna.

O gosto amargo da própria vida é a própria rejeição materna e, porque não, também paterna, fruto dos múltiplos abortos tentados para que ela não fosse gerada. A paciente não poder tomar leite, o leite é ruim e lembra a mãe que a rejeitou. E da rejeição do mundo, que uma vez que não a quis, ela passa a não querer o mundo: o amargo na boca.

As coisas que lembram a mãe - os brancos, os alimentos brancos, a ausência branca nas cores da vida, o vazio. Aqui está o fundamento da gratidão. Como ela pode se recordar de alguém que a quis expulsar da vida, de alguém que quis matá-la, como alguém assim pode ter ainda a capacidade de amar, se foi violentada intra-uterinamente? Como recorda Melanie-Klein (1981), no caso Dick, se não houver vínculos não é possível que uma criança seja feliz ou que se lembre dos pais de um modo afetivo. Sem afeto e rejeitada, que vida pode ter uma criatura humana?

Será que alguém assim poderia gerar? Ofélia tinha um hímem imperfurado. Uma "membrana" dificultava a primeira relação sexual, na noite de núpcias, tendo sido necessário uma cirurgia para que fosse possível a sua vida sexual. Como se o útero se fechasse para a vida que poderia vir dela.

Com a morte da mãe, a impressão que se tem é que a paciente faz um casamento com o pai. Ela só vai a lugares que o pai possa ir (e com isso o seu relacionamento com o esposo ficou mais difícil). Interfere no casamento dos filhos, está sempre junto deles, não deve abandoná-los. Deixá-los crescer seria uma irresponsabilidade, ela os estaria rejeitando.

O fígado é o culpado de tudo isso. A paciente põe no anatômico a culpa para poder medicalizar o próprio corpo. Ela resolve tudo com pequenos remédios e vai vivendo. Muitos médicos lhe disseram que ela era assim mesmo, que necessitava conviver com esses sintomas a vida inteira e que devia andar todo dia. Uma fórmula não muito eficiente, mandar a paciente andar. Mas que pode ter outra conotação: é como que se o médico, não entendendo o que a paciente quisesse dizer, "mandasse-a andar", isto é pedisse para que fosse embora.

O Dicionário de Símbolos de Chevalier & Gheerbrant (1988) fala do vazio: "Esvaziar-se, no sentido simbólico que os poetas e místicos dão a essa expressão, significa liberta-se do turbilhão de imagens, desejos e emoções; é escapar da roda das existências efêmeras, para só sentir a sede do absoluto".

Para Ofélia, o "vazio" é exatamente aquilo que preenche e dá sentido à sua existência. Ela incorpora a rejeição no seu corpo e preenche-o de vazio. Sua fantasia será a de quem, rejeitada, sente um vazio no corpo e, rejeitando, vive um gosto amargo na boca.

Reverendo as três partes:

I-Real: Gosto amargo na boca há muitos anos.

II-Imaginário: Sofro do fígado.

III-Simbólico: Rejeição.

Evolução. : A paciente não melhora, vive indo em médicos quase todos os meses. Não consegue permanecer com o mesmo médico. Telefona constantemente. Já propus que se submetesse a um tratamento de abordagem psicanalítica, mas a paciente recusa dizendo que é muito caro e que tudo que eles vão dizer ela já sabe que não adianta nada, que ninguém descobre o que ela tem e que, na verdade, ela é um caso muito difícil, ninguém nunca vai descobrir o que ela tem. Retorno constante da queixa.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 5.

1.Anamnese:

Identificação : Luiza, 27 anos, enfermeira, casada, branca, natural e procedente de Campinas. (trabalhando atualmente em setor de digitação no hospital).

Q.D. : emagrecimento dia a dia há anos.

H.P.M.A. : a paciente apresenta queixa de que não consegue se alimentar e que está

emagrecendo dia a dia já algum tempo (não sabe dizer exatamente desde quando); refere falta de ar, esquecimento fácil das coisas, muita agitação e muito sono, mas não consegue dormir; procurou um cardiologista e os seus exames foram normais; foi também avaliada por um endocrinologista, tendo os exames da tireóide sido normais..

I.D.A. : Episódios de dores articulares.

A.P. : Não se lembra de nada que ocorreu na sua infância. "Não tive infância".

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.F. : Três irmãos, pai alcoólatra, mãe com boa saúde.

2.E.F.G. : regular estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, paciente realmente emagrecida e tensa, mãos frias e com um fâcies de "angústia". (P.A.) = 120 X 80 mmHg; pulso = 76 bpm; temperatura = 36,2° C; Peso = 46 Kg; Altura = 1,68 m

3.E.F.E. : fâcies emagrecida.

4.Hipótese diagnóstica : Emagrecimento a esclarecer. Anorexia nervosa?

5.Exames Subsidiários. : Hemograma, glicemia, radiografia de tórax, (A paciente já havia feito exames para a investigação de doenças da tireóide, com resultados normais). Os exames estavam normais.

6.Planejamento Terapêutico: não tem condições de submeter-se a análise. Tratamento sintomático: "carnabol".

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, a paciente queixou de não conseguir "ver" sua infância, chegando a afirmar que achava que sequer a tivera. Os pais tem problemas de relacionamento, o esposo não trabalha e ela sustenta a casa, o pai bebe muito.

Como senti a paciente.

Luiza é magra de ruindade, é magra como a Olívia do Popeye. É magra e vai emagrecendo, fica emagrecida, caquética, esquelética, de aspecto físico, consumida. Sinto extrema debilidade, e fraqueza. Entrava com o uniforme de enfermeira disfarçada de operadora de microcomputador. Com mãos trêmulas, voz trêmula, fraca, nariz afilado, delgado, exemplo da própria fraqueza humana. Fala de si mesma. Trazia no peito um crachá de identidade hospitalar, um lenço na cabeça, branco, triangular, meias e os sapatos de acordo. Sempre era a primeira a ser consultada, chegava mais cedo do que os outros. Sem brincos, sem pintura, sem vida. Chegava ao consultório, sempre em grande desespero.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela crê ter?

"Não sei o que tenho."

A fala da paciente.

"Estar emagrecendo dia por dia."

"Estou esquecendo tudo."

"Não consigo lembrar da infância. Sinto um branco quando você fala da infância."

"Meus pais são separados. Há dez anos eles não vivem mais juntos."

"Meu esposo está desempregado já há dois anos."

Comentário.

"Não sei o que tenho". Ela vem a consulta e diz não imaginar o que possa ter. Está bloqueada, não pode dizer dela nem do que ela mesma sente. Mas imagina ter alguma coisa, caso contrário não viria à consulta. Não sabe e não pode saber, pelo menos por enquanto.

"Estou emagrecendo dia a dia". Está perdendo peso, não se alimenta, não quer ingerir a

vida dura de ser ingerida. (Cabe aqui lembrar o modelo alimentar proposto por Bion). E vem sentindo dificuldade de engolir, não consegue comer. E isto tem consequência no seu espírito. Conforme anota Bion: "Falei, por exemplo, de certas locuções como uma evidência, não para a memória, mas para "fatos não digeridos".(grifos meus) Implícito nesta afirmação está o uso do aparelho digestivo como modelo para os processos do pensamento. Tenho razão para crer que se associam com a alimentação aquelas experiências emocionais das quais os indivíduos abstraem e, então, integram os elementos para formar os sistemas dedutivos teóricos que se usam como representações de realizações do pensamento." (Bion,1966)

"Estou esquecendo tudo". Não quer lembrar e não pode dizer disso. Quer, ao contrário esquecer tudo; mas a solução não é essa, dos conflitos externos ela pode fugir, mas dos internos não há jeito de fugir, precisa não lembrar. Há nesta atitude uma demonstração inequívoca de resistência.

"Não consigo lembrar da infância". Que infância ela deve ter tido que agora não consegue se lembrar. Quais foram as lembranças que fizeram com que ela não possa lembrar? O que fez para que ela ficasse desse jeito? Fiz todos os exames necessários para investigar as causas de emagrecimento, e os resultados foram normais. Luiza emagrece de lembranças da vida, da infância, dos dias de início de alimentação, talvez do início da própria vida alimentar.

"Sinto um branco quando você fala da infância." Infância que dá um branco! Que será que ocorreu com ela? Não importa, ela não está podendo dizer e isso tem de ser respeitado pelo médico. Formando vínculo isso talvez possa ser recuperado, num relacionamento humano, com amor e respeito, mas sem dó. Quando se tem dó não se pode ajudar. Esse afeto pode dificultar o manejo da situação. A paciente nega sua infância, nega com isso sua origem e oferece algumas poucas pistas para eu entendê-la: "um bebê que apresenta dificuldades de se alimentar costuma despertar angústia e culpa na mãe, e, desse modo, influenciar desfavoravelmente a relação dela com ele. Nessas maneiras variáveis, há uma interação constante entre o mundo interno e o externo que perdura através da vida." (Melanie Klein, 1975).

"Meus pais são separados". "Há dez anos eles não vivem mais junto." O pai é alcoólatra e a oralidade dele pode ter influenciado a sua não ingestão alimentar, o que agora pode ter

relação da paciente com a relação paterna. Sua dificuldade de falar do pai - a Luiza mostrou-se incomodada quando perguntei do pai - pode estar relacionada à sua angústia e à sua anorexia nervosa. O ódio ao pai pode ser um motivo dela não lembrar da infância. Curiosamente, a paciente casa-se com um homem que ela tem de sustentar, um homem, portanto, não independente.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: O sentimento de rejeição, expresso numa vida difícil de engolir e no alimento ruim.

Luiza não sabe o que tem, mas sabe que há algo de errado consigo, senão não viria procurar um médico. Seus sintomas são indicações de que há algo de errado: perder peso, não conseguir se alimentar, está na impossibilidade de digerir a própria vida, de viver o casamento: ela sustenta a casa, sendo sugada pela situação que vive com a família. Não aceita a separação dos pais, como se pudesse interferir no relacionamento do pai com a mãe, como se fosse culpada dessa separação e pudesse remediar a situação, Luiza mantém seu casamento a qualquer custo, trabalhando para sustentar a casa. Tudo isto a incomoda, deixa-a travada e seu corpo, como sua palavra, reage paralizando-se. Sua recusa é sempre uma negativa: negativa da infância, de falar do pai, de comentar seu casamento, de continuar digitando (a mão travada impede-a de trabalhar), de continuar consultando um médico que não quer resolver seu problema.

Não pode comer tem também conotação sexual: Luiza não consegue comer a relação com o marido que não trabalha e que ela sustenta. Querer não engolir, não engordar. A situação se faz presente desde a infância. Quando fala de uma infância não lembrada e que traz desconforto muito grande, a paciente começa a chorar. Ela está proibida de lembrar. E, então, guarda, no corpo toda a dor que não pode dizer. Luiza somatiza a sua resistência em verbalizar seus sentimentos. Em outras palavras, proibida por seu super-ego de "verbalizar", deixa que o

corpo fale no seu lugar. Ela emagrece, não come mais, não agüenta por para dentro estas coisas de fora que o mundo, o pai alcoólatra e repressor a faz engolir. Neste sentido, sua dificuldade de falar é em si uma fala, uma simbolização do que esta vivendo e não tem consciência. Mezan (1987), comentando um artigo de Freud, anota que "inicialmente, o consciente é o mais evidente, e é preciso justificar a introdução do inconsciente; no final, o inconsciente domina a cena, abrangendo todos os processos e representações que mencionamos, e a consciência é relegada ao nível de um "sintoma", cuja produção depende de tantas circunstâncias que o notável é que algum conteúdo *chegue* a tornar-se consciente.

O sintoma, diz Groddeck, vem para ficar e o médico se engana quando pensa que o paciente quer se curar. Curar a qualquer preço é violentá-los.

Esquecer tudo é a saída. Lançar mão do esquecimento para não sofrer pode ser uma alternativa, ainda que não necessariamente a mais útil, pois o sintoma aparece para que ela se lembre de que alguma coisa não vai bem. E por isso ela veio ao médico.

Revedo as três partes:

I-Real: Emagrecimento dia a dia há anos.

II-Imaginário: Não sei o que tenho.

III-Simbólico: Recalcamento. Ela recalca, não sabe, não pode saber.

Evolução: Houve melhora após terapêutica sintomática. Retornou após dois meses de tratamento com dores em todas as articulações, queixando-se de não conseguir fechar as mãos nem fazer o trabalho no hospital. Ela é uma enfermeira que trabalha num serviço de digitação e, naquele dia, não podia nem trabalhar. Dei dois dias de licença, após os quais a paciente voltou com melhora do quadro clínico. Fiquei sabendo mais tarde que abandonou o serviço. Não mais retornou para consulta.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 6.

1.Anamnese:

Identificação. : Pepa, 26 anos, solteira, branca, enfermeira, natural e procedente de Jundiá.

Q.D. : "dificuldade para engolir há 4 dias."

H.P.M.A. : Pepa notou que há quatro dias começou a apresentar uma certa dificuldade à deglutição; nunca apresentou episódios anteriores. O sintoma iniciou subitamente durante a cerimônia de casamento do seu único irmão; após esse dia vem tendo dificuldades para se alimentar.

Essa dificuldade tem se acentuado, de modo que a paciente solicitou a possibilidade de fazer um exame para afastar alguma doença no esôfago.

L.D.A. : n.d.n.

A.P. : n.d.n.

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.F. : Um irmão e pais com boa saúde que residem na cidade de origem da paciente.

2.E.F.G. : Bom estado geral, acianótica, anictérica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 130 X 80 mmHg; pulso = 80 bpm; temperatura = 36,5° C; Peso = 82 Kg; Altura = 1,67 m.

3.E.F.E. : paciente obesa.

4.Hipótese diagnóstica. : Obesidade.

5.Exames Subsidiários. : não solicitei nenhum exame.

6.Planejamento Terapêutico. : anti-ácido.

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, a paciente afirmou gostar do serviço que faz. Frequentemente, quando vê aquelas crianças doentes (do local aonde trabalha), tem uma certa saudade de casa. Gostaria de poder trabalhar em sua cidade. Mas como a cidade

não tem possibilidade de absorver uma profissional como ela, resolveu vir para Campinas.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela pensa ter?

"Não consigo engolir, acho que há alguma coisa na minha garganta, que não passa."

A fala da paciente.

"Dificuldade para engolir há quatro dias."

"Tudo começou quando eu estava no altar, era o casamento do meu irmão."

"Tenho a sensação de que parece que há uma salsicha na minha garganta."

"Teria alguma relação com algo que comi?"

Comentário.

"Não consigo engolir, acho que há alguma coisa na minha garganta, que não passa." Pepa não consegue engolir o casamento do seu único irmão. O casamento que não era com ela. São sensações que não passam pela garganta, são difíceis de ser engolidas, o que não passa é a sensação da vida sem o irmão.

"Dificuldade para engolir há quatro dias." Esta afirmação sugere uma relação direta com o dia do casamento do irmão. A hipótese poderia ser de que a paciente não consegue engolir a relação edípica com o irmão e o casamento de seus pais?

"Tudo começou quando eu estava no altar, era o casamento do meu irmão." Interessante que a paciente não tenha notado que há uma relação direta com o fato do sintoma aparecer no altar e na hora em que o irmão estava casando. Ela diz e não percebe a relação, isto denota o fator inconsciente do sintoma.

"Tenho a sensação de que parece que há uma salsicha na minha garganta." A salsicha é, pela cor e pela forma um objeto fálico. A boca, usada para falar, para comer, para a atividade

sexual, é o lugar em que ela vai projetar a sua dificuldade, a sua fantasia.

"Teria alguma relação com algo que comi?" Eu creio que foi algo que não comeu direito, a relação com a comida não bem engolida. Não engoliu esse casamento do irmão. Um irmão que seria seu esposo e que seria para ela um objeto de desejo proibido, uma relação incestuosa que não pode ser realizada conscientemente.

D'Épinay (1988) diz, comentando Groddeck: "O id considera a garganta como entrada para o interior. Qualquer que seja sua incorreção, esta hipótese provou, para ele, sua eficácia nas afecções desta região do corpo."

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: O casamento do irmão: inveja, o desejo incestuoso e sentimento de culpa.

O grande interesse meu em apresentar o caso dessa paciente está no modo como aparece sua queixa de disfagia, tão freqüente no consultório e normalmente não valorizada. São as circunstâncias que chamam a atenção aqui, entre outras, a força do seu caráter edípico, manifestado no motivo da disfagia - o casamento do irmão - e o fato de o sintoma desaparecer após uma endoscopia. A penetração de um aparelho que visse por dentro que ela não tinha nada foi suficiente para curá-la da sensação de dificuldade de engolir.

A dificuldade de engolir expressava a dor que Pepa sentia com a separação decorrente do casamento do irmão. Por que este sintoma apareceu de modo tão agudo exatamente no altar, onde e quando o irmão casava? Pepa falou pouco, mas arrisco algumas hipóteses. Há, em primeiro lugar, a possibilidade de Pepa invejar o irmão.

Ela gostaria de estar se casando no lugar dele ou com ele e vivendo a sua felicidade. Afinal, ele casa e ela não. Ele é bom, ela é ruim, feia, gorda, infeliz. É claro que este sentimento indigno, feio, malvado, deve ser punido e, por isso, Pepa sente um aperto na garganta.

Ela sente culpa de sua inveja. E sente também culpa de abandonar os pais, que agora ficam sozinhos. Ela está fora de casa e o irmão, casando, também sai de casa. O que será que os pais, sozinhos, vão fazer? Quem vai cuidar deles? Pepa saiu de casa e não casou. Ela abandonou a cidade, a família, os pais, e foi trabalhar, viver sozinha a própria vida.

Ao sair de casa e não casar Pepa rompeu, de algum modo, com o que todos esperavam dela (ela, inclusive): que se casasse. Culturalmente, a mulher é educada para o casamento e aquela que não casa "fica pra tia". Talvez por isso Pepa diga que a cidade não a comportava! Sair da cidade é uma boa justificativa para sair de casa sem casar. Agora que seu irmão se casa ela sente mais forte a sua "falta".

Uma outra possibilidade, ainda dentro do núcleo edípico, seria dizer que Pepa deseja "inconscientemente" casar com o irmão ou, mais ainda, casar com o pai, já que é possível, simbolicamente, dizer que a figura do pai e do irmão estejam amalgamadas numa única. Pepa teria dificuldade de entregar para a cunhada o irmão, que ela tanto ama, assim como tem dificuldade de aceitar que seu pai, que ela tanto ama, tenha preferido sua mãe a ela. A dificuldade de engolir estaria, então, associada ao sentimento de rejeição; Pepa estaria sendo rejeitada pela família.

Ao dizer que "tem a sensação de que parece que há uma salsicha na garganta", a paciente expressa claramente o conteúdo edípico de sua fantasia. A salsicha é o falo, o órgão masculino que ela deseja para si e que não pode ter para ser seu desejo incestuoso; por isso mesmo, o órgão fica preso na garganta, agredindo-a: é um pênis agressor, mau, que quer fazer o proibido, quer comê-la (salsicha é um alimento, é feita para ser comida).

A consulta ao médico é uma busca de equilíbrio. O médico - identificado à figura do pai - , com todo o seu saber, saberá cuidar dela, curar o seu mal. A endoscopia é uma penetração (a penetração do pai) que poderá escrutinar o seu interior e extrair o objeto (desejo) invasor. O próprio exame funcionou como elemento terapêutico ao ser inserido na sua fantasia. Pepa faz um deslocamento de sintoma, transferindo-o para um órgão de entrada do alimento e ficando "entupida", como se tivesse comido o irmão. A endoscopia, no mesmo nível simbólico, é a forma física de "desentupir" a sua garganta, liberando-a para a vida.

A importância da endoscopia no ato terapêutico é tratada por Lima (1981). Após anotar o aspecto de agressividade física e emocional do exame e também seu valor simbólico, caracterizado de um veredicto final, o autor, citando Perestrello, diz: "todo ato médico é um ato vivo por mais técnico que possa parecer. Não existe ato puramente diagnóstico, todos repercutindo sobre a pessoa doente, tendo ao final um significado terapêutico ou antiterapêutico, segundo as vivências despertadas no paciente e no médico" (Grifos meus).

Inveja do irmão, do seu casamento, desejo incestuoso, ela casando no lugar do irmão, inveja dele? Ele casa e ela não. Ele é bom, e ela é ruim, feia, gorda, infeliz. Estas especulações minhas podem fazer sentido para ela, mas ela pode não concordar.

Culpa de abandonar os seus pais, que agora ficam sozinhos, ela fora de casa e o irmão saindo de casa. O que será que eles sozinhos vão fazer, ela não participa desse casamento?

O abandono da cidade, como forma de deixar também em outro lugar a sua vida, deixa a cidade, a família e agora o irmão casando também a abandona.

A "metáfora" da "salsicha", a sensação de que uma salsicha estaria na sua garganta no momento da sensação da disfagia, não seria levada a sério pela posição ortodoxa da ausculta médica. Como diz Barthes (1977), "Toda lei que oprime um discurso é insuficientemente fundamentada."

O interesse dessa observação clínica é essa lógica, essa outra possibilidade de ausculta, do que a paciente diz. "Onde está seu corpo de verdade? Você é o único que só pode se ver em imagem, você nunca vê seus olhos, a não ser abobalhados pelo olhar que eles pousam sobre o espelho ou sobre a objetiva (interessar-me-ia somente ver meus olhos quando eles te olham): mesmo e sobretudo quanto a seu corpo, você está condenado ao imaginário," (Barthes, 1977).

Neste casamento dos seus pais, agora sós, do seu irmão que casa e agora vai com outra ficar também só, onde ela entra? Estará condenada a ficar só, a vontade da relação e a cura pela punição? Um exame, uma submissão ao objeto fálico, ao pai médico, à figura do médico que ela escolhe para se submeter, num exame que ela não participa, ela é vista por dentro, ela é penetrada, por um aparelho, um endoscópio, e sabemos do certo grau de sadismo que a profissão médica traz implícita no seu exercício.

A não deglutição, ou a dificuldade para engolir este casamento, esta separação que o casamento do irmão propicia, um casamento com outra que não ela. O que os pais ou o que ela fez do seu relacionamento com o irmão.

De qualquer forma não é usual que nós médicos possamos ver esse novo ângulo, essa valorização da fala do paciente, da doença como uma linguagem, essa anatomia falante, esse corpo vivido falando dos seus sintomas, passando de uma clínica descrita, para uma clínica vivenciada, e anotada de uma forma mais humana, mais holística. Uma clínica centrada na vivência do paciente, no seu corpo vivido, e não só no da anatomia. A consulta poderia parar no real do corpo, e eu estou propondo esta nova visada, ver além do corpo da anatomia, ver no corpo vivido. A salsicha como um pênis, como um órgão fálico no seu esôfago, o desejo talvez de ter o irmão dentro dela, relações incestuosas proibidas na festa totêmica, na festa em que o irmão vai dividir a sua sexualidade com outra. Quais seriam as suas vivências com o irmão, e as suas fantasias com relação ao irmão, que agora tem outra além dela? Tudo isto que parece estranho aos colegas médicos, embora eu saiba que exista uma preocupação com a parte emocional nas consultas eu creio que esta nova vista do paciente possa ajudar a entender o sentido dos seus sintomas. Diferencio dos cinco sentidos, para sentidos (simbólico) dos sintomas. As sensações que

o corpo possa ter de fantasias inconscientes. Porque essa loucura de sentir o sintoma no "altar", onde o irmão estava casando e, procurar um médico gastroenterologista para dizer isto? Será que a sua percepção não poderia dizer a ela o sentido desse sintoma? Não, ela diz sem perceber que está se dizendo. Precisaria de mais tempo, de mais consultas mas querer dizer tudo não é possível. Fica aqui um alerta de que os sintomas podem e devem ter um sentido polissêmico.

Fazer uma endoscopia, ou ver o esôfago por dentro não contribui para ver o dentro das pessoas, estamos vendo por dentro, mas não o dentro que precisa ser visto. Há mais sentidos que não se mostram, a linguagem pode ajudar a vermos mais, mas é preciso ter uma idéia de psicanálise, do quanto esta ciência pode nos ajudar a entender o humano.

O que não passa nessa garganta, nessa entrada do alimento da vida, tomado da mesma mãe que seguiu o mesmo caminho, tem agora um obstáculo, há o início súbito de uma dificuldade em perder ou em engolir esta situação do irmão casar. Isso não me passa pela garganta. Ela volta para o real quando pede um exame para saber o que tem na garganta. Quero um exame, só que para curar tem que simbolizar.

Não consegue engolir, há alguma coisa na garganta que não passa, que é o casamento do irmão.

A situação de quem vive uma perda, isto é, na fantasia de renunciar ao irmão, para uma outra, não engole esse casamento, mas ao mesmo tempo deseja. Quase se poderia dizer ela não engole o desejo que tem do pênis do irmão. Certamente é alguma coisa fálica e é o amor pelo irmão, e a dificuldade de entregar o irmão para a cunhada.

Revendo as três partes:

I-Real: Dificuldade para engolir há 4 dias.

II-Imaginário: Não consigo engolir, acho que há algo na minha garganta que não passa.

III-Simbólico: O casamento do irmão, desejo incestuoso, inveja, sentimento de culpa.

Evolução : A paciente retornou com a mesma sintomatologia, sendo necessário a realização de endoscopia digestiva (normal). A paciente apresentou melhora do quadro clínico após a realização do exame.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA 7.

1.Anamnese:

Identificação : Helbe, 55 anos, casada, branca, professora, natural de Santa Bárbara do Oeste, procedente de Campinas.

Q.D. : "Dor no estômago há 7 meses."

H.P.M.A. : Dor do tipo queimação na região epigástrica há 7 meses sem relação com a alimentação. Sente um "calor pelas costas que sobe" e " aperta como se tivesse apertando o coração, aqui no peito". Já foi a dois cardiologistas e o último após não constatar nada de alterado, encaminhou-a para o gastroenterologista, sugerindo a possibilidade de uma hérnia ou esofagite. Tem uma sensação de "negócio duro de engolir", sensação de "que o peito fica apertado", tem também sensação de fome. Há irradiação para o dorso bilateralmente.

I.D.A. : n.d.n.

A.P. : lombalgias de repetição. Três filhos, partos normais.

Hábitos e vícios : (n.d.n)

A.F. : Pai falecido de infarto, mãe com boa saúde 82 anos.

2.E.F.G. : Bom estado geral, anictérica, acianótica mucosas coradas e hidratadas. P.A. = 130 X 80 mmHg; pulso = 80 bpm; temperatura = 36,2°C; peso = 86 Kg; Altura = 1,78m

3.E.F.E. : dor à palpação na região epigástrica.

4.Hipótese diagnóstica : síndrome dispéptica. (Comprovado posteriormente Úlcera gástrica, tipo péptica crônica, com biópsia para pesquisa de células neoplásicas negativa.)

5.Exames Subsidiários : radiografia de esôfago estômago e duodeno, seguida de endoscopia digestiva.

6.Planejamento Terapêutico. : ranitidine 300 mg ao dia.

7.Dados complementares: Na entrevista a paciente relaciona sua doença à descoberta de que o seu marido estava com uma outra mulher e diz: "eu não suportei, a vida toda trabalhando, cuidando dos filhos, e para quê?.Não há reconhecimento, eu estive em tratamento com uma psicóloga lá do meu bairro, do posto, mas não está dando muito resultado, ela às vezes não pode vir, outras vezes eu tenho dificuldades em dizer sobre mim, mas o meu marido não podia aprontar esta comigo."

Como senti a paciente.

Helbe entra. É alta e grande e dá um sorriso maior do que ela. É gorda, simpática, apreensiva, e entra dizendo de uma dor que me parece não tão doída, mas curtida. Tem rugas que rasgam o seu rosto marcando precocemente a sua tez. Na face, olhos tristes, desanimados, com uma necessidade iminente de poder dizer, fala das suas dores, da sua vida, dos filhos que ainda carrega, não se libertando do peso. Não tem mais condição de suportar e, fala da sua dor, das suas dores, da sua vida, dor de viver, dos filhos que tem de cuidar e das perdas. É falante, e não esgota o assunto, mas ela está deprimida e de olhar baixo. Aposentada, deveria ficar em casa. Triste condição de seu melhor envelhecimento, talvez lembrando a síndrome de Branca de Neve. Usa roupa em excesso, escondendo o corpo, sempre de calças compridas. Tem vergonha do corpo, que, vestido não se mostra.

Helbe está sempre de colarinho fechado e mangas compridas, como convém a uma diretora de escola estadual. Mesmo aposentada, traz o cargo embutido, estigma da sua personalidade, e faz questão de dizer.

Impressiona-me o fato de falar dessas coisas, que são marcas que imprimem nela e em mim essa transferência. Ela cativa e faz com que eu dedique um tempo maior na consulta, como retribuição. Acaba me dizendo como se estivesse dando um aula, explica em detalhes, abre as mãos, gesticula, o bastante para ela mesmo sentir-se atendida. Simpática, mobiliza-me, a diretora aposentada; muito mais do que isso, um ser humano formidável.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela acredita ter?

Esofagite?

A fala da paciente.

"Negócio duro de engolir."

"Aperta como tivesse apertando o coração."

"Passei a ser insegura, que nunca fui."

"Não gosto muito do meu pai.

"Sensação de fome."

"Sou uma pessoa reativa."

"O peito fica apertando."

"Era chefe de uma escola e agora estou aposentada."

"Esse relacionamento do meu marido foi o que provocou a úlcera em mim."

Comentário.

De início é importante observar que doenças enterogástricas podem frequentemente ter motivo psicológico. São as chamadas doenças psicossomáticas ou as "somatizações". "É comum, na prática geral, do conhecimento de que todos os sintomas gástricos funcionais são influenciados por preocupações, medo, brigas de família e contratemplos nos negócios."(Alexander, 1989) Helbe chegou ao meu consultório com queixas difusas, vagas, que se levaram a supor que se tratava de mais um caso de uma doença sem confirmação de diagnóstico orgânico. Mas ela tinha uma úlcera e é razoável imaginar que esta tenha surgido de uma pressão emocional intensa. E isto que investigo agora.

"Esofagite.". Helbe vem ao consultório com suspeita de esofagite. Perguntei onde ouvira

falar esofagite e ela não soube precisar: disse que seria mais ou menos a mesma coisa do que gastrite, algo que estaria ocorrendo no seu estômago. Ela está nomeando e localizando a sua dor.

"Negócio duro de engolir." Helbe sente dificuldade no relacionamento com sua família. Sente a perda dos filhos que estão já crescendo e a perda do marido que a trai com outra mulher. Sente ainda que perde sua capacidade de ser mãe com a parada da menstruação. Tudo isto é um negócio duro de engolir. Um pênis agressor que invade pela boca.

"Aperta como se estivesse apertando o coração." O coração sente-se apertado pela dor; a dor da perda. Nós temos, na verdade, dois corações: um anatômico e um outro do sentimento. A dor que Helbe sente por causa de sua úlcera, já talvez produzida pela vida difícil que vivia, estende-se aos seus corações, mas primitivamente ao coração do sentimento: é uma dor intensa que serve de metáfora para explicar a dor física. Também Manoel Bandeira (Moisés, 1986) traduz a sua doença - tuberculose - em símbolo de vida: "os versos escorrem do corpo deixando um acre sabor na boca e o médico, questionado sobre a possibilidade de se fazer um pneumotórax, responde: "não, a única coisa a fazer é tocar um tango argentino". É importante observar que a dor de Helbe é física e pode ser motivada por uma irradiação ou outra causa qualquer. A dor não é "imaginária"; estou falando do seu sentido para a paciente.

"Passei a ser insegura que nunca fui." A perda do amor por causa da outra fez com que a paciente duvidasse do seu papel como mulher e perdesse a vitalidade para continuar. Ela engordou bastante nos últimos meses. Não se conformando com o fato de o esposo ter outra mulher.

"Não gostava muito do pai." "Não conheci o meu pai, ele saiu de casa cedo, deve andar por aí, não sei nada sobre ele, ele pode até já ter morrido, não me importo por isso." Nesta fala, Helbe destila todo o seu ódio pelo elemento masculino. O pai a traíra e, agora, o marido também a trai. Sua relação com o masculino é de rejeição, de negação e de vontade de vingança ("ele pode ter morrido, eu não me importo")

"Sensação de fome." A dor tipo fome por vezes faz lembrar do ritmo das úlceras pépticas, os ritmos de Moynihan. Embora eu não tivesse afastado a possibilidade de uma úlcera, fato

que depois se comprovou, fiquei naquele instante mais preocupado com o fator emocional da paciente, chegando a supor que ela não tinha doença orgânica. Sua fome podia ter motivos outros, como, por exemplo, a carência afetiva. Aliás, mesmo confirmado o diagnóstico de úlcera péptica, esta possibilidade permanece.

"Sou uma pessoa reativa." Helbe quis dizer que se considera uma pessoa que dá volta por cima, enfrenta o mundo e vai atrás da resolução de seus problemas e daquilo que os motiva. Vejo-a com certa regularidade e ela parece que quer realmente resolver a sua vida de forma adulta e madura. Mas, no momento, isso parece difícil para ela, que está sob forte tensão. Talvez também seu organismo seja reativo e tenha produzido a úlcera por causa das suas dores de vida.

"O peito fica apertando." O aperto no seu peito poderia ter relação com algum esofagopatia ou coronariopatia. Mas pode também estar associando à angústia (aperto, fechamento).

"Era chefe de uma escola e agora estou aposentada." Helbe perdeu o poder e sente-se agora só. Era uma pessoa bem quista na escola onde era diretora e agora está só em casa, aposentada após vários anos de trabalho. Ela pede para ser cuidada e quer repouso. Conforme observa Alexander (1989), "o denominador comum nestas tensões emocionais é um intenso anseio por repouso, segurança, ajuda."

"Esse relacionamento do meu marido foi o que provocou a úlcera em mim". Nesta fala, Helbe dá liberdade à sua fantasia e postula um motivo claro para a sua doença: a culpa é do mundo, que a traiu, "abandonando-a, indo estar com a outra." Helbe sofre, pela segunda vez em sua vida, a rejeição do pai.

Helbe não pode engolir essa situação do seu mundo atual como também não pôde engolir a situação vivida com o abandono (paterno). Ela cresceu, mas, de algum modo, continuou presa a um relacionamento infantil. Quando o marido busca um relacionamento extra-conjugal, ela entra em pânico, dizendo que não esperava por isto, que foi uma alta traição, a causa da sua úlcera. Ela, que imaginava viver só para os filhos, agora os vê crescidos e independentes; ela sofre com isso também, como se quisesse que eles ficassem ligados a ela para sempre e não crescessem.

Helbe fala do pai com raiva. Ela tem uma memória difícil de sua relação com o pai que abandonou a família quando ela era pequena e nunca mais apareceu. Que pai é esse que a filha não pode aceitar? É o pai não nomeado, um pai não aceito. Um pai que bebia demais e que deixou lembranças desagradáveis, de abandono. Que homem é esse que não aparece, o traidor? E agora ela tem uma nova constatação da traição masculina: um casamento com um marido que a traiu. Ela não aceita esta condição de traída e tem uma úlcera no lugar da perda. Apesar de verbalmente culpar o marido, ela continua vivendo com ele e agride a si mesma, fazendo uma úlcera que justifique seu sofrimento.

Para completar, Helbe sofre a menopausa e a aposentadoria. Está ficando velha e não terá ninguém para cuidar dela (a mãe velha exige atenção, os filhos crescem e abandonam-na, o marido a rejeita e procura satisfazer-se com a outra) Helbe sofre de amor: "O anseio, reprimido, por amor é o estímulo psicológico inconsciente diretamente vinculado aos processos fisiológicos que, finalmente, levam à ulceração." (Alexander, 1989)

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: O marido ter outra mulher.

Não engolir essa situação do mundo atual (mas ela também não engoliu a situação paterna, o Édipo novamente). O pai, que bebia e as suas lembranças dele não são nada boas, ela não cresce ela fica presa ao relacionamento infantil com o pai. O seu mundo fica restrito à vida que o pai que bebia tinha no passado. Quando o marido busca um relacionamento extra conjugal, ela entra em pânico, diz que não esperava por isto que foi uma alta traição, uma punhalada nas costas, uma úlcera, uma dor. Diz que vive só para os filhos e que eles agora estão crescendo e não ligam para ela, como se ela quisesse que eles ficassem ligados a ela para sempre, e não crescessem. "Esse relacionamento do meu marido foi o que provocou a úlcera em mim." Os filhos, a situação existencial prendendo a paciente na condição humana, nas dificulda

des de ceder, a traição, o que faz sentido eu creio que no caso de Helbe é isso não engolir a sua situação existencial, a sua vida.

Tem um relacionamento bom com a mãe, só que ela já é de idade e dá muito trabalho, recentemente ela caiu e quebrou a perna, mas está se recuperando e está andando com certa dificuldade mas está bem.

Novamente o relacionamento humano próximo, como sentido do sintoma, embora haja uma úlcera no estômago, a paciente se refere a ela com um aspecto vivido, diferente de nós médicos, que quando se fala em úlcera vem à minha memória uma lesão ulcerada, o aspecto anatômico, histológico, etiológico e a terapêutica, é que para os pacientes as doenças tem um sentido diferente daquele que nós como médicos entendemos. Há coisas acontecendo na vida das pessoas e nós só perguntamos das suas dores na anamnese, mas a vivência fala de mais coisas, e de coisas vivas dentro das pessoas que faz com que elas as sintam no corpo.

Eu não esperava encontrar uma úlcera nesta paciente, eu acreditava que fosse um problema emocional, mas para minha surpresa havia uma lesão ulcerada também. Talvez uma resposta frente a esta situação existencial. Eu, embora não crendo, tive que constatar, e afastar em primeiro lugar uma lesão orgânica para depois ir além do orgânico, além da anatomia para acrescentar nela mesma o sentido do sintoma, do humano. Por que não fazer as duas coisas? O ideal talvez fosse ter uma visão de conjunto muito maior, mas a minha formação pede que seja afastada em primeiro lugar a causa orgânica.

"Negócio duro de engolir esse relacionamento do meu marido com outra mulher." "Essa dor que aperta como se estivesse apertando o coração." E na verdade o outro coração é que está afetando a paciente.

Que pai é esse que a filha não pode aceitar? O pai não nomeado, um pai não aceito, um pai dito pela mãe. Nós somos todos filhos da mãe, mas há uma questão, somos também filhos do pai. Há uma história do pai que é contada pela mãe. Como será que esta mãe falou para ela do seu pai. Que pai é esse que não aparece, traidor? E agora ela precisa de nova constatação, um casamento com um marido que a traia. Um casamento traído. Uma relação com o esposo traidor. Alguém que ela possa culpar. Ela então não aceita, e tem uma úlcera no lugar dessa perda.

"A "fêmea" mental, emocional e sexualmente reprimida, a "fêmea" que reveste sua mente com um espesso e quase impenetrável véu, muito embora suas pernas e ombros estejam expostos, a "fêmea" que ainda acredita que a função mais importante de sua vida é casar-se com um homem para servi-lo, obedecê-lo e gerar-lhe filhos - de preferência do sexo masculino." (Saadawi, 1982).

Reverendo as três partes:

I-Real: Dor no estômago há 7 meses.

II-Imaginário: Esofagite.

III-Simbólico: A traição, o marido ter outra mulher.

Evolução: Clinicamente satisfatória, com confirmação de endoscopia. Prevalecem os problemas emocionais. Cicatrização da úlcera após o controle em 2 meses, manutenção das dificuldades emocionais.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 8.

1.Anamnese:

Identificação : Violeta, 60 anos, negra, viúva há 12 anos, natural e procedente de Campinas, funcionária pública.

Q.D. : "Um buraco no estômago há 4 anos."

H.P.M.A. : vazio no estômago há 4 anos acompanhada de dor que ela não sabe caracterizar. Já foi a vários médicos e conta que ninguém sabe o que ela tem; a dor não apresenta relações com nada que se relacione a alimento. Dizem que é pelo nervoso.

I.D.A. : n.d.n.

A.P. : 6 filhos nascidos de parto normal. Vitiligo há 12 anos.

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.F. : esposo, falecido, era alcoólatra.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas. (P.A.) = 110 X 90 mmHg; pulso = 68 bpm, Temperatura = 36,0°C; peso = 53Kg; Altura = 1,63m.

3.E.F.E. : descoloração da região peri orbitária, peri oral, mãos e região supra púbica.
(Compatível com vitiligo.)

4.Hipótese diagnóstica. : síndrome dispéptica.

5.Exames Subsidiários. : endoscopia digestiva normal.

6.Planejamento Terapêutico. : anti-ácido e acompanhamento clínico, com retornos frequentes.

7.Dados complementares. : Na entrevista não dirigida, a paciente diz que é pobre e tem vida muito difícil; trabalha na prefeitura fazendo todo tipo de serviço e não pode parar. Mas a "doença" piorou quando o filho casou e foi morar com a esposa, que não cuida bem dele como

ela cuidava. Disse que não teve sossego com os pais, com o marido e, agora, com os filhos.

Como senti a paciente.

Violeta é uma mulher negra e pobre, lembrando a condição da atriz principal do filme "A cor púrpura". Fala do pai, do marido, dos filhos. Ela, com aquelas marcas de vitiligo no seu corpo, metade branco, metade negro, mãos brancas num corpo negro, alma branca, alma negra, num corpo de mulher ela, ali, representando para mim a mulher negra, ela, sofrendo, diz da sua dor. O que fazia com que me ligasse a ela era seu sorriso, sua voz musical, seu olhar vivo, por trás de óculos com poucos graus e de armação escura. É isso a sua eficiência, a sua linguagem clara e precisa, um sotaque perfeito, um português sem erros. Aquilo tudo me impressionava, exemplo de ser humano, exemplo de vida humana com aquelas marcas no corpo e na alma, no tempo.

A sua identidade verdadeira era essa e não a do modelo anterior que eu fazia.

Violeta é extremamente simpática, de uma espontaneidade simples. Seu olhar, sua voz, seu modo de ser me transformaram, ela representa para mim um modelo de vida, as coisas vivas que ela traz, os seus vínculos com os filhos, e também comigo. Ela mesma, tão cuidadosa ao falar, ela e suas duas cores fazem do humano um exemplo do que o anatômico pode fazer com a pessoa. Isso ficou em mim e nunca vou esquecer essa paciente.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela pensa ter?

"Não sei, ninguém sabe."

A fala da paciente.

"Tenho um vazio no estômago há 4 anos. Já fui a vários médicos e ninguém sabe o que eu tenho."

"Meu esposo, não era grande coisa. Era alcoólatra e só tive descanso quando ele faleceu."

"Nasci marcada."

"Fico muito preocupada com o meu filho que casou há 4 anos. O seu casamento não vai longe."

"Os filhos ficam na barra da minha saia."

"Não tive sossego com o pai e a mãe, com o esposo e agora com os filhos."

"Não sei o que tenho. Ninguém sabe. Já fui a vários médicos e eles não sabem o que tenho. Eu não sei nem imagino o que possa ser, sinto esse vazio, esse buraco aqui no meu estômago já há quatro anos. Foi depois que o meu filho casou."

Comentários.

"Não sei, ninguém sabe." Violeta não sabe a doença que tem, mas sabe que tem alguma coisa. Ela sofre, tem um buraco, um vazio no estômago e isto causa-lhe dor. Mas ninguém sabe que doença é essa, inominável.

"Tenho um vazio no estômago há 4 anos." A doença de Violeta descreve-se pelo negativo: ela tem um nada, uma falta, um vazio; mas também tem um buraco, lugar por onde as coisas escapam e deixam o vazio, lugar por onde se sente invadida, agredida e que dói. Então, Violeta sofre porque não tem uma vida própria (tem um vazio) e sofre porque é agredida, invadida pelos filhos, pelo marido, por todos aqueles que não reconhecem o seu valor. Chevalier & Gheerbrant (1988) vêem o buraco como "símbolo da abertura para o desconhecido: *'aquilo que desemboca no outro lado (o além, em relação ao concreto) ou que desemboca no oculto (o além, em relação ao aparente)...O buraco permite que uma linha passe através de outra linha (coordenadas do plano dimensional)*. Eles distinguem o "vazio" do "buraco" : "no plano do imaginário, o buraco é mais rico de significado que o simples vazio: é repleto de todas as potencialidades daquilo que o preencheria ou que passaria por sua abertura, é como a espera ou a súbita revelação de uma presença." No "caso" de Violeta, o vazio e o buraco se completam, sendo aquele causado por este: o buraco é a metáfora da agressão do mundo(a marca do lugar agredido); o vazio é o que ficou desta agressão.

"Já fui a vários médicos e ninguém sabe o que eu tenho." A paciente já esteve em várias

consultas e não pode encontrar uma resposta ao "vazio", ao "buraco", que sente. Isto não existe na linguagem médica, o vazio da falta. Pelo menos não existe no relato da paciente, que pode também não ter sabido ou não ter querido ouvir.

"Meu esposo não era grande coisa. Era alcoólatra e só tive descanso quando ele faleceu."

O relacionamento com o esposo é marcante para a paciente. E de fato ela não diz a "verdade", ela mesma informa que continua sem descanso, apesar da morte do marido. O aparecimento do vitiligo coincide com a morte do marido, morte de alcoólatra, difícil. É comum a associação de doenças de pele a questões psicossomáticas (cf. Alexander, 1989; Anzieu, 1989)

"Nasci marcada." Marcada pela vida, pelos pais, pelo casamento e pelos filhos e, agora, após a morte do esposo, pela marca do vitiligo. Nasci marcada é uma frase mágica, que expressa uma força do destino, algo inevitável, contra o que não se pode lutar.

"Fico muito preocupada com o meu filho que casou há 4 anos." O filho não é bem tratado pela nora; ela não lava bem a sua roupa, "lavar roupa suja em casa" ela não cuida bem dele. O filho de quem ela mais gostava acabou se transformando no "filho pródigo" que sai de casa contra a vontade do pai e sofre "lá fora". O vaticínio do pai não poderia ser outro: ele não é ainda (e não será nunca para ela) um homem maduro e apto para assumir a sua vida com a mulher e, por isso voltará para casa quando malograr o casamento. Na verdade, Violeta precisa estar sempre preocupada com a família, como uma maneira de poder sofrer de perto as suas marcas.

"Os filhos ficam na barra da minha saia." Ela sem que perceba não os deixa sair e diz que são eles que não saem da barra da sua saia.

"Não tive sossego com o pai e a mãe, com o esposo e agora com os filhos."

Ela sofre de relacionamento humano, parecendo um Édipo com o pai difícil. Ela nasceu "marcada para sofrer" e alimenta neuroticamente um cotidiano de sofrimento.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: A compulsão para o sofrimento.

Violeta disse que após o casamento do filho começou a sentir um "buraco no estômago", como se a "falta" do filho estivesse no seu corpo. A nora não cuida dele como ela cuidava e ele cometeu a imprudência de abandoná-la para morar com a esposa. Violeta fala do filho como alguém especial, como alguém que ela coloca no lugar do pai. O filho é o pai, a nora é a mãe e ela ocupa o lugar da filha que odeia a mãe e deseja o pai. Invertendo as relações pode colocar-se no lugar de vítima e sofrer a rejeição. O filho mais querido, aquele que deu mais trabalho e com quem ela mais se preocupa preteriu-a, indo morar com a nora. Ela deseja o fim deste casamento e diz que ele "não vai longe."

Também quando reclama dos outros filhos, acusando-os ficam na barra da sua saia, Violeta não percebe que inverteu a relação (assim como no caso do filho casado, transformando simbolicamente em pai).

É ela que os mantém presos, não os quer ver crescer. Todo este movimento está marcado pelo complexo de Édipo. A paciente sofreu com o pai, sofreu com o marido alcoólatra, sofreu com o filho que casa e abandona-a e sofre com os filhos que não quer deixar crescer. Violeta sofre com os homens na sua vida e não percebe. Sente o buraco no estômago e a dor no buraco. O vazio no estômago nada mais é do que a falta do que precisa ser preenchido. Ela é uma mulher marcada na pele (o vitiligo). Marcada pelo sofrimento de uma vida que não se preenche, é feita para os outros e Violeta vem a um gastroenterologista. Poderia ter procurado uma médica, mas vem a um médico. Tenta formar vínculos com a figura masculina, alguém que cuide dela e possa, numa relação transferencial, dar um pouco de si para ela preenchendo o seu vazio.

Revedo as três partes:

I-Real: Um buraco no estômago há 4 anos.

II-Imaginário: Não sei ninguém sabe.

III-Simbólico: Compulsão para o sofrimento.

Evolução: satisfatória, a paciente não apresentou mais sintomas.

1-OBSERVAÇÃO CLÍNICA 9.

1.Anamnese:

Identificação :Sheila, 50anos, desquitada, branca, brasileira, enfermeira, natural de Santo Antônio da Posse, procedente de Campinas.

Q.D. : "Icterícia há dois dias."

H.P.M.A. : a paciente relata que há dois dias foi olhar-se no espelho e detectou uma icterícia, mostrou para uma pessoa da sua família e esta recomendou que me procurasse, pois poderia ser uma hepatite. Não há outros sinais de clínica de doença hepática. Não há colúria, acolia fecal, febre, artralgia. Nem clínica de uma moléstia infecto contagiosa.

I.D.A. : dores abdominais em região pélvica com grande frequência.

A.P. : quatro filhos dois partos normais, um por cesárea, um fórceps, um abortamento. Faz análise há 5 anos. Duas filhas e dois filhos.

Hábitos e vícios. : tabagista crônica 1 maço por dia há mais de 30 anos.

A.F. : pai falecido quando ela estava ainda intra-útero materno.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 120 X 80 mmHg; pulso = 80 bpm; temperatura = 36,6°C; peso = 56Kg; Altura = 1,55m.

3.E.F.E. : dor à palpação difusa do abdome.

4.Hipótese diagnóstica. : A paciente não apresenta alterações clínicas compatíveis com doença do aparelho digestivo no momento.

5.Exames Subsidiários. : dosagem de bilirrubinas e transaminases todos normais.

os sintomas tendem a retornar durante os episódios de maior angústia da paciente mas ela passa períodos bem.

6.Planejamento Terapêutico: orientação sintomática.

Evolução: melhora da sensação de icterícia, após o resultado dos exames de sangue.

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, a paciente comenta o fato de ser fi-

lha de mãe viúva, deprimida, desde o seu nascimento. Lastima do seu "destino" e lembra que os irmãos diziam que era muito ruim, pois seu pai não a esperou nascer "e parece que nenhum homem me espera". Além disso, sua mãe perdeu uma irmã durante a sua gestação. "Eu esperava um rosto alegre e encontrei uma mãe deprimida."

Como senti a paciente.

Sheila, é uma pessoa só. Veste-se com roupas de aspecto sóbrio, de cores vivas e com jóias que contrastam com a sua idade. Aparenta, com isto, menos idade do que tem, talvez quinze anos a menos, e o que chama atenção é o seu modo de ficar na cadeira, com as pernas cruzadas e com as mãos entre as pernas, como se estivesse orando.

Fala sem interrupção, mas é amável, educada, comportada. Faz questão de mostrar a sua marca profissional, deixa-me à vontade e fica também muito à vontade. Conversaria horas com ela. Mas em certas ocasiões é inoportuna. Em várias consultas, invadia o horário de outro paciente; eu ficava com receio de mandá-la embora, dizer que o tempo acabou mas é o que tenho feito ultimamente, Ela me faz perder um tempo a mais com ela, pede uma atenção a mais, pela carência, pela própria condição do que sente, pelas perdas, ela tenta se agarrar às pessoas que sempre lhe dão menos do que precisa.

Fico com a impressão de que sente e me faz sentir uma dificuldade em prender a minha atenção. Sheila me olha frontalmente o tempo todo, exigindo a minha muito dedicada atenção. É muito gentil, sedutoramente gentil. Pede para que tenha mais tempo para ela do que para os outros pacientes, para que a ajude digerir a sua solidão, uma separação não digerida, não possível.

II-IMAGINÁRIO.

Você tem alguma idéia a respeito do que possa ter?

Hepatite.

A fala da paciente.

"Se você falar que não é nada já fico aliviada, vou dormir hoje tranqüila."

"Ser filha de mãe viúva, de pai morto, meus irmãos diziam que eu era muito ruim, pois meu pai não me esperou nascer."

"Você espera uma mãe alegre, e quando você vê uma mãe deprimida, de luto pela morte do marido, meu pai, e de sua irmã, minha tia."

"Sou a caçula de uma família grande, sempre desamparada pela mãe que cuidou de tantos."

"Casar de novo, não, burrada só se faz uma vez na vida."

"Fiquei decepcionada porque as bilirrubinas são normais, e agora?"

Comentários.

"Hepatite" Sheila não soube dizer com precisão porque achava que estava com hepatite. Na verdade, não apresentava sinais da doença e, sendo enfermeira, poderia saber. Não tinha febre, colúria, acolia fecal ou outros sintomas característicos. Ela somente se olhou no espelho e se achou icterica.

Sheila tinha condições de perceber que não apresentava os sintomas. No entanto, imaginava-se com a doença, exatamente como qualquer outro paciente. A própria idéia de estar "amarela" indicam hepatite é bem típico do imaginário popular. E ela não estava icterica, mas podia estar "amarela de ódio".

O fígado é o órgão das emoções fortes: ódio, rancor, raiva, animosidade. O termo ódio poderia ser interpretado como uma doença da linguagem, manifestada no corpo através do desejo de Sheila de ter uma doença no fígado, uma doença que a envenenasse. A hepatite substituiria o ódio ao ex-marido, ódio ao pai, às figuras que representem o pai, figuras masculinas que a abandonam, o filho que está para casar e que, casando, deixa-a só. Sheila tem dificuldade de dizer diretamente o que sente e usa o corpo como uma linguagem para dizer de outro modo, o que está proibido de ser dito. O que ela está recalcando é o ódio de si mesma e ódio das per-

das que sofreu: a perda do pai, do marido, do filho, da herança.

"Se você falar que não é nada já fico aliviada. Vou dormir hoje tranqüila". Mostra confiança no médico e também sugere que admite a possibilidade de não ter hepatite. Ao reafirmar a ausência clínica da doença, o médico estaria devolvendo à paciente a confiança em si: se ela não tem a doença é porque não é tão má assim Sheila, como a rainha má de Branca de Neve, indagou ao espelho sobre si. Ela estava precisando de que alguém lhe dissesse que não havia nada de errado com o seu organismo.

"Ser filha de mãe viúva, de pai morto. Meus irmãos diziam que eu era muito ruim, pois meu pai não me esperou nascer." Sheila conta do nascimento sentido com muita angústia, não se conformando e, ao mesmo tempo, culpando-se pela morte do pai. Ela teria matado o pai, que morreu quando a mãe estava grávida dela. Tendo vindo ao mundo sob o manto negro do luto, num ambiente em que as pessoas estão deprimidas, a paciente sente culpa e ódio de si mesma. Sua responsabilidade é muito grande: seu pai morto, sua mãe impossibilitada de gerar outras crianças, os irmãos tornados orfãos. Sheila lembra-se da mãe deprimida; ela diz hoje, algo que vem de seu passado remoto, uma lembrança de seu nascimento marcada em seu inconsciente. Melanie Klein (1975) chama a atenção para um tipo de sentimento de culpa que é própria do filho caçula: "Principalmente os filhos mais novos e os filhos únicos amiúde experimentam intenso sentimento de culpa por sentirem que seus impulsos de ciúme e de agressão impediram a mãe de dar à luz outro filho." (Melanie-Klein, 1975) No caso de Sheila este sentimento de culpa é reforçado pela morte do pai. Diz ela: "você espera uma mãe alegre e, quando nasce, vê uma mãe deprimida, de luto pela morte do marido, meu pai, e pela morte de sua irmã, minha tia". E completa: sou a caçula de uma família grande, sempre desamparada pela mãe que cuidou de tantos".

"Casar de novo, não, burrada só se faz uma vez na vida." Sheila não quer casar nunca mais, mas não se desliga da figura masculina. Ela vem ao consultório e, numa consulta demorada, pede para que eu a desmintam. Ela não se separa de mim. Ela se contradiz ao reclamar da falta de companhia que sente. Usando a linguagem de Freud, Sheila faz uma denegação; ela diz não para não dizer sim. Ela não poderia ter casado, não tinha estrutura para isso. Afinal,

se não foi esperada pelo pai como poderia ser aceita pelo marido. Há, aí, muita raiva e a "icterícia" pode ser isso, raiva do pai que a abandonou e do marido, que está com outra que não ela.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: a dificuldade de lidar com a morte. Necessidade e dificuldade em amar e ser amada.

"Estou com muito ódio, acho que quando olhei no espelho a icterícia que eu estava tentando enxergar era devida ao ódio, isto faz muito sentido para mim agora."

"Eu tive muitas dificuldades no relacionamento com meu esposo, havia muita competição, nós não nos entendíamos. E agora sinto muito ódio por tudo isto."

A filha que poderia matar o pai, um pai que não a esperou e, ela que não espera. Tem dificuldade de se despedir da figura masculina. E curiosamente, sempre que isso ocorre, sente um abandono, um abandono e uma culpa. Culpa por alguma sensação de ruptura, que ao mesmo tempo acaba se repetindo e há até algum prazer em que isso se repita. A cada nova vez ela revive aquela situação de abandono que de alguma forma é revivida com prazer-sofrimento.

Quando Sheila se vê no espelho, há um despertar de uma imagem que de há muito ela queria recusar. Ela está envelhecendo e há outra mulher com seu ex-marido, uma mulher mais jovem que disputa o seu lugar. A "síndrome da Rainha da Branca de Neve" toma lugar na sua vida: e já não é a mais bonita, está envelhecendo. O espelho diz a sua verdade, tocando na sua ferida narcísica. Vê então, a necessidade de se expressar no corpo, é o seu corpo que diz a ela que está pálida, icterícia, amarela da morte, da morte que a persegue desde que nasceu. Sua vida é cheia de perdas e ela não pode mais agüentar viver sempre perdendo. Sua vida é repleta de acontecimentos em que o ódio da "outra" faz despertar o desejo de envenenamento. Daí a impregnação do fígado, através de uma "infecção hepática"; o vírus dentro do seu fígado,

comendo sua arquitetura, destruindo o órgão da paixão. Mas, é importante frisar, Sheila vive uma paixão por si mesma: ela se vê e projeta imagens que ela mesma escolhe: a mãe com fâcias deprimida, o pai que foi embora, o marido que a deixou, o filho que casou. Enfim, ela não é o centro do mundo e o espelho vem e lhe diz a esta verdade.

Como a rainha má, ela prepara a poção venenosa com que pretende matar a outra: a branca de neve, simbolizada na atual mulher do ex-marido, a princesa que lhe roubou o dote - a herança do ex-sogro -. Ela está amarela de seu passado de que ela não consegue se libertar. Enfim, Sheila sente que está pálida e diz da sua cor: um amarelo que só ela vê. Ela está, na verdade, dizendo mais da morte do que da vida: é a icterícia amarela da morte.

Sheila está a frente do espelho. Ela se vê, Rainha mãe, perdendo a beleza. É a figura de adoração narcísica que percebe a ameaça do fim da vida, e a beleza da outra, a preferida, que está com o marido. Ela que está icterícia, verde de raiva.

Quando lhe disse que os exames estavam normais, mas que havia na literatura psicanalítica outras conotações para o que ela trazia, que podiam ser coisas de uma emoção que a inquietavam, ela soltou-se e falou da herança que o marido havia recebido e de que os seus filhos não tomariam parte. Ela aceitou o ódio ao ex-marido, ao pai e aos irmãos que a maltratavam.

A hepatite é uma doença transmissível, é infecto-contagiosa e sexualmente transmissível, mas a infectividade do que Sheila viu no espelho não vem do mundo exterior. Ela talvez sinta uma que justifique a morte de seu pai, quando ainda habitava o seu útero; um útero de morte, um útero caixão. Sheila perdeu a vida no dia em que nasceu. Há coisas mortas dentro dela, ela está envenenada pela culpa da morte do pai, pela separação com o marido, pelo casamento do filho.

Ela vem ao médico recuperar a sua saúde, seu narcisismo. Sua queixa me deixou incomodado. Que história é essa de não estar icterícia e vir dizer que olhou no espelho e se achou icterícia? Se ela ultrapassar o espelho e puder ver além, vai perceber que a queixa que colocou nos olhos são coisas que estão acontecendo na sua vida, no corpo vivido, que não corresponde ao anatômico. O corpo da anatomia está lhe dizendo que a dor está no corpo vivo.

A imagem do espelho é narcísica. Mas ela não se apaixona pelo desconhecido, como faz Narciso. Ao contrário, ela age como a Rainha má que sabia que estava em frente ao espelho seu aliado. O ódio de morte determinou que fosse morta a rival, a filha de uma história de um pai ausente. É a essa rainha má - a própria Sheila - que o espelho anuncia que não há mais jeito, que ela está condenada a sofrer do fígado pelos crimes que cometeu.

Essa hepatite, pálida, amarela, cor de morte, de falta de vida, justificaria a sua reação de desapontamento quando da normalidade dos exames. Não bastou que lhe dissesse que não estava icterícia, foi preciso mostrar que não havia laboratorialmente indícios de doença hepática. A hepatite é uma agressão ao organismo mas é também uma forma de obter um benefício secundário. Quem sabe se ela ficar doente vão cuidar dela e não mais abandoná-la. É possível que ela tenha escolhido esse órgão por um outro mecanismo, mas o fato é que na antropologia a escolha do fígado é sinal de que há também ódio, raiva, fel.

Revedo as três partes:

I-Real: icterícia.

II-Imaginário: hepatite.

III-Simbólico: ódio, dificuldade em lidar com as perdas, a velhice e a morte.

Evolução: melhora da sensação de icterícia, após o resultado dos exames de sangue. Vem ao consultório episódicamente com manifestações de dores no baixo ventre.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 10.

1.Anamnese:

Identificação. : Laura, 30 anos, separada há poucos anos, encaminhada por uma colega psicanalista, estudante de direito, branca, natural de São Paulo, procedente de Campinas.

Q.D. : "Mau hálito há 2 meses."

H.P.M.A. : Há cerca de dois meses intensificação de um mau hálito, não apresentando relação com nenhum outro fator que ela possa relacionar, não há piora ou melhora com nada que se lembre.

I.D.A. : n.d.n.

A.P. : nasceu de parto normal, acha que foi amamentada por pouco tempo. Anteriormente procurou o seu dentista que não encontrou nada que pudesse indicar que o seu mau hálito fosse devido a alguma alteração odontológica.

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.F. : pais com saúde.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 120 X 80 mmHg; pulso = 80 bpm; temperatura = 35,9°C; peso = 58Kg; Altura = 1,58m

3.E.F.E. : n.d.n. O seu exame físico foi completamente normal. Hígida, nada de importante, do ponto de vista da anatomia.

4.Hipótese diagnóstica. : Sem alterações no aparelho digestivo.

5.Exames Subsidiários. : nenhum

6.Planejamento Terapêutico. : anti-ácido.

7.Dados complementares. : Na entrevista não dirigida com o paciente, a paciente dizia, principalmente, da dificuldade de se separar, que o marido ainda a visitava no lugar que ela mudou e que ficava com muita angústia, pois estava separada e não estava separada, não sentia esta separação. Ele aparecia de repente, e com o relacionamento entre ele e outra pessoa do

seu trabalho, e como eles trabalham juntos ela fica sabendo e vendo, o que faz com que piore o seu sintoma, o seu mau casamento, o seu mau relacionamento, mau hálito sentido, como má vida, impossibilidade de se ligar a alguém, e principalmente dificuldade em se separar do marido, marido que se separou mas que ela ainda não está separada.

Aparentemente calma querendo fazer um exame para ver se tem uma úlcera, pois o seu pai teve úlcera mas como não tem sintomas que indiquem uma endoscopia, conversei com a paciente sobre a minha não indicação do exame.

Como senti a paciente.

Laura entra com um sorriso, roupa clara, branca, cabelos bem penteados, cuidada. Não sabia se o que tinha era psicológico ou era orgânico, dúvida que também me perseguia. Fiquei com a preocupação de afastar uma causa orgânica. Ouvi Laura com atenção: estava muito tensa, de olhar fixo, querendo resposta imediata. Uma possibilidade de que o problema fosse orgânico a deixaria mais feliz. Seus olhos negros, vivos, estavam muito atentos a qualquer das minhas suspeitas diagnósticas. Senti vontade de dizer que o seu problema era emocional ouvindo mais do que falando. Seu "mau hálito" não invadia o ambiente, e não sentia nenhum odor fétido contaminando a sala, nada me atrapalhava. Havia nela um ar de indecisão, de indefinição, de não saber que caminho tomar. Eu tinha dificuldades de tentar esclarecer à paciente sobre o mau hálito, já bem visto pelo dentista e otorrinolaringologista. Ela disse que ficou melhor, falando dessas coisas, deste mau hálito muito bem localizado, um mau de cheiros que vinham de dentro.

Como estudante de direito, cordial, ela ia contando sobre o sintoma: Eu prestava atenção a coisas que sentia dela, que envolviam-me contratransferencialmente. Fui eu quem ficou com o seu mau hálito, sem saber o que fazer com ele. Ouvindo-a, pude sentir e perceber o que ela queria dizer. Percebi que tinha certa dificuldade em por para fora as coisas podres dentro dela. Seu mau hálito ficou na minha lembrança, como um mau relacionamento, com uma vida mau cheirosa.

Voltou a estudar depois da separação. Fico pensando na frase que Penna (1989) usa no

seu livro Corpo sofrido e mal-amado: "Mulher que sabe muito pode não casar." : Esta frase diz respeito à escolaridade das mulheres brasileiras que, apesar de terem nível universitário, têm mães com o primeiro ou o segundo grau, apenas e que as formaram para casar e cuidar dos filhos. As mães lhes dizem que se ficarem estudando vão saber de coisas e não vão casar, como se a condição para que a mulher pudesse se identificar como ser fosse a maternidade. Laura, não tem filhos, "graças a Deus". Senti que Laura procurava uma ligação e tendo dificuldades em conseguir uma, tratava de estudar, nada mais.

II-IMAGINÁRIO.

O que ela supõe ter?

"Não sei se tenho algo orgânico, parece que úlcera não é, mas não sei se não seria o caso de fazer um exame no meu estômago."

A fala da paciente.

"Estou separada e me separando."

"Parece que não consigo me separar."

"Ainda bem que não tenho filhos."

"Não quero que as pessoas se aproximem de mim."

"Agora estou estudando na faculdade."

"Não tenho dores em nenhum lugar do meu corpo"

"O meu mau hálito é sentido pelos outros também."

"Minha mulher é turca doutor e quer mandar."

Comentários.

"Não sei se tenho algo orgânico, parece que úlcera não é, mas não sei se não seria o caso de fazer um exame no estômago."

Sua queixa inicial dá uma idéia de que Laura parece sugerir que possa existir algo no seu organismo que cause o mau hálito. Mas admite também a possibilidade de ser de fundo emocional. O orgânico e o psíquico estão dentro dela e ela quer dividir, separar, como se pudesse controlar uma parte da outra. O fato de ter algo orgânico faria com que ficasse mais conformada, pois, achando uma doença orgânica, tudo estaria justificado, enquanto que uma causa psicológica torná-la-ia dependente da psicanálise. Laura duvida do fator psicológico, e questiona a analista fazendo com que esta a encaminhe ao gastroenterologista, que conhece a linguagem do corpo, ajude-a a convencer-se de que não tem nada de orgânico ou afaste alguma patologia.

"Estou separada e me separando." Laura fala da dificuldade da separação e da presença constante do ex-marido em sua residência.

"Parece que não consigo me separar." Como isso a impede de tomar as decisões por sua conta, quer que eu a ajude a se separar. Sua dificuldade é a de romper ligações afetivas.

"Ainda bem que não tenho filhos." Os filhos poderiam dificultar a sua relação de ligação com o ex-marido, "As pessoas que detestam a mãe não tem filhos" como dizia Groddeck (1988). O temor de ser odiado pelos filhos, pode impedir a gestação. Quem odeia um dos progenitores tem receio de ser odiado.

"Não quero que as pessoas se aproximem de mim." Ela desfez um relacionamento recente e não quer que ninguém se aproxime pelo menos por enquanto. Essa separação com mau hálito, esse relacionamento mau cheiroso.

"Agora estou estudando na faculdade." Será que o seu marido não a proibia de estudar? Será que ela mesma não se proibia de muitas outras coisas? Fico com a idéia do que Studart (1990) diz: "Embora continue a ser uma criatura sem projetos próprios - vivendo ainda através de outrem - a mulher moderna já pode ver o mundo que lhe negaram. Enquanto ela passa o aspirador de pó, a tevê lhe mostra, via satélite, cientistas que substituem um fígado por outro, o pintor que apresenta a sua tela premiada, o estadista que expõe a sua plataforma política. Por que não poderia ela ser esses cientista, esse pintor, esse estadista? Por que deve continuar passando aspirador, enquanto eles modificam o mundo?"

"Não tenho dores em nenhum lugar do meu corpo." O corpo não está sofrendo, ela diz de sentimentos, que estão em outro lugar. Vem a um gastroenterologista, crê que algo está errado com ela, mas não sabe precisar se isto que está errado é do corpo ou da alma. Ela precisa colocar o mau em algum lugar do corpo: o mau hálito é tido como dor, dor sentida sintomaticamente no corpo, pois a boca pode por para fora o que está sentindo.

"O meu hálito é sentido pelos outros também." ("Se o ser humano tem mau hálito, seus não quer ser beijado" (D'Epinay, 1988). Um modo de afastar as pessoas, de mantê-las à distância é sentir mau hálito, é colocar um hálito ruim na boca. Isto é um gosto que a afasta dos outros que a fazem sofrer, do mau marido, relação má cheirosa com ele. Contamina o meio ambiente para não ser bem quista, espalha um mau hálito, um mau ar. Ela não quer conseguir respirar bem, o ar desse relacionamento sai exalado de forma a contaminar todo o seu olfato. Uma mulher sofredora e mal amada. Laura diz que o seu mau hálito é sentido pelos outros e isso tem pleno sentido, na medida em que contamina o meio ambiente.

O aspecto mais visível é que ela não quer as pessoas perto dela. O mau que crê ter é uma maneira de afastar o marido. Talvez haja aí um "não quero perto de mim". Não quer a proximidade do marido junto dela; não quer a proximidade das pessoas que procuram o marido; não quer a aproximação de outras pessoas que por acaso se interessassem por ela. Ela quer ficar sozinha, quer manter as pessoas distanciadas. Mas quer afeto e, por isso, não consegue separar-se.

O seu estado de espírito é de angústia. "A psicanalista me encaminhou, mas aqui me sinto melhor do que com ela lá, mais a vontade, me sinto melhor. Ela disse: "estou querendo parar análise", e eu disse que precisava era aumentar suas sessões. Há coisas que ela não diz na análise. É o que está cheirando mau que ela não disse. Esse mau hálito pode ser o mau hálito das coisas guardadas.

III-SIMBÓLICO.

O Sentido do seu sintoma: O papel do sintoma é uma maneira de afastar as pessoas. Ela põe um mau hálito no ambiente. A separação do marido e o fato de estar sempre em contato

com ele, irritam-na.

O mau hálito é um modo de manter as pessoas distantes, isto é, um mecanismo de defesa. Aparentemente, tem coisas, que ela não sabe explicar, dentro dela.

Ela percebe que não há nada do ponto de vista orgânico. Mesmo assim, insiste nesta incerteza. Eu poderia receitar um medicamento à base de menta, um purificador do ar da sua boca, mas há coisas dentro dela que precisam ser tratadas: o ar que Laura respira sai com mau hálito. O marido que a procura e de quem ela que não consegue se separar, ele a vigia, e ela tem de aguentar que ele saia com pessoa do serviço onde ela trabalha. E sendo estudante, na área do direito, as coisas devem ser muito certas.

A resistência de uma parte talvez esteja mantendo a analista, à distância.

Os aspectos que dizem respeito ao sintoma, interpretados simbolicamente, dizem: você não está livre na sua análise, está segurando uma porção de coisas. Prisão de ventre mental, donde vem a flatulência, os gases o mau hálito.

Em relação à analista, Laura sente que não diz; guardando. São estas mesmas coisas que a estão afastando da analista.

A vida de Laura tem um aspecto de crueldade: ela separou-se do marido e continua com ele. Eles trabalham juntos, é uma situação penosa, difícil, um sofrimento. Laura sofre do fato de trabalhar com o marido. Ela não disse qual o motivo da separação. Seria um fato a ser investigado. Dependendo do motivo da separação pode mudar tudo, se ela for culpada muda tudo. Será que ela está provocando uma separação inconscientemente? Qual seria a queixa em relação ao marido? Foi tráfada? Ou, ao contrário, foi o marido que não a quis mais?

Não conseguir separar-se é, mais ou menos, a situação da tortura. Laura gostaria de separar-se, não consegue permanece numa situação de tortura e sofre.

Que ar difícil, não chegue perto.

Revedo as três partes:

I-Real: mau hálito há 2 meses.

II-Imaginário: "não sei se é algo orgânico, parece que úlcera não é, mas não sei se não

seria o caso de fazer um exame no meu estômago."

III-Simbólico: o hálito seria uma maneira de afastar as pessoas.

Evolução. : Melhora clínica. Sugerir à paciente que aumentasse o número de sessões na sua análise pessoal, e que ela pusesse tentar "por para fora" o que estava sentindo.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 11.

I.Anamnese. :

Identificação. : Silvestre, 25 anos, branco, natural de Jaú, procedente de Monte Mor, operário de metalúrgica, casado.

O.D. : "Gosto amargo na boca há 5 meses."

H.P.M.A. : o paciente foi encaminhado pelo médico do local onde trabalha, com uma carta em que pede a ajuda, pois está perdido no diagnóstico do paciente e solicita resposta por escrito, diz que já fez vários exames, todos negativos.

O gosto amargo piora nos momentos em que o paciente passa por algum nervoso.

I.D.A. : n.d.n.

A.P. : n.d.n.

Hábitos e vícios. : n.d.n.

A.F. : pais com boa saúde.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérico, acianótico, mucosas coradas e hidratadas, P.A = 110 X 80 mmHg; pulso = 76 bpm; temperatura = 36,6°C; peso = 68Kg; Altura = 1,75m.

3.E.F.E. : teleangiectasias na região malar e eritema na região hipotenar bilateralmente.

4.Hipótese diagnóstica. : O paciente não apresentou alterações no aparelho digestivo.

5.Exames Subsidiários. : nenhum.

6.Planejamento terapêutico. : anti-ácido.

7.Dados complementares. : Na entrevista não dirigida com a paciente, ele dizia muito pouca coisa, fechado sobre si mesmo, foi muito difícil obter inicialmente algo que pudesse indicar uma pista para a possível orientação adequada do paciente. Numa segunda consulta o paciente pôde ficar mais à vontade e dizer mais coisas a seu respeito, mas sempre com muita dificuldade.

Como senti o paciente.

Não há muito o que falar deste paciente de gosto amargo enviado por um colega da fábrica onde trabalha, para tentar a resolução do seu problema. Silvestre não diz muito, mostra a carta do médico que o enviou para consulta e fica esperando uma solução mágica. Como na fábrica as coisas são maquinaismente resolvidas, quer uma solução também mecânica.

Vou em frente, tento ver nele o que poderia haver a mais, que outros sentidos, que outras coisas. Negação total. Inicialmente, Silvestre começa a dizer de si, de sua esposa e do filho que vai nascer dentro de um mês. Fica confuso, quer saber o porque do sintoma. A carta que traz do médico é guardada num bolso dentro de um envelope timbrado. Isto também é motivo de preocupação, pois o médico da fábrica o enviou e pediu um relatório por escrito e ser levado de volta. O próprio médico da fábrica, também confuso, quer saber a etiologia, a fisiopatologia, enfim, os detalhes desse caso tão comum que não é tão facilmente resolvido. E impotente frente a solução do seu problema, o médico o encaminha; isso é um bom sinal. Silvestre está inibido de falar das suas coisas, das coisas que a mulher quer fazer só na hora que quer e não quando ele quer. Fala com muita dificuldade de si mesmo. Está proibido de falar, ou proibi-se de falar. A mulher o proíbe e ele mesmo acaba se proibindo. Senti proibição nele mesmo. Um operário, metalúrgico com o seu sintoma de gosto amargo, e aguarda a chegada do segundo fi-

lho. Há coisas acontecendo com ele e a mulher o proíbe de fazer coisas que ela quer que ele faça, mas só quando ela quiser. O paciente se fecha, está proibido de falar.

II-IMAGINÁRIO.

O que você acha que tem?

"Acho que é por causa dela"(esposa).

A fala do paciente.

"Ela quer que eu faça as coisas na hora que ela quer."

"Se eu não fizer ela fica me cobrando. Se digo que hoje não dá para fazer, ela fica me cobrando."

"Tenho dois filhos" (o segundo filho vai nascer dentro de um mês)

"Me sinto mal beijando a mulher assim."

"Minha mulher é turca doutor e quer mandar."

Comentários.

"Acho que é por causa da minha mulher." Há homens que não se satisfazem nunca e Silvestre está com a idéia de que a mulher o proíbe como a sua mãe o proibia. Ele está fechado para o diálogo, não diz o que pensa, é muito difícil uma conversa aberta. Sua queixa é o gosto amargo na boca e a causa, o que motiva isto, é a sua mulher. Quem seria essa mulher castradora que torna sua vida amarga, infeliz. Melanie-Klein (1975) comenta um caso de um homem que se sentia desamado, cujos "casos com moças tinham sido sórdidos". Castrado, reprimido, amargurado, o homem não encontrava na mulher a companheira de vida, mas sim um obstáculo. Por isso, "só em pensar agora [em seus seios] o torturava com sua imagem persistente"

"Ela quer que eu faça as coisas na hora que ela quer". Que coisas, beijá-la? Ter uma relação com ela? Com ela grávida, que são estas coisas? O desejo dele fica dependendo da vontade dela. Se ele tem desejo sexual, ele não pode realizá-lo, porque depende da vontade dela.

Então, transfere a frustração para a boca: ele não come doce, ele come amargo. E que comer é esse? Que relação sexual é essa que não é gostosa, que é amarga? Ela controla o desejo dele. Tem que fazer na hora que ela quer. Ele está sexualmente dependendo dela. No contexto da gravidez, inclusive com o que ele pode sentir de inibição por causa da própria gravidez. Esta fala é dita com alguma revolta, Silvestre está revoltado com a posição dos seus pedidos.

"Se eu não fizer ela fica me cobrando. Se digo que hoje não dá para fazer, ela fica me cobrando." Ele se sente cobrado pela esposa grávida e que pede a todo instante. Para não a contrariar, porque o filho pode nascer com problemas, ele faz os gostos dela, mas fica com uma "bruta raiva" por ela não o deixar fazer o que quer e amargura-se.

"Tenho dois filhos" (o segundo vai nascer dentro de um mês) Ele se cobra a todo tempo, e diz que é cobrado. O filho ainda não nasceu, mas já amarga a vida e ele diz que tem já dois filhos. De qualquer forma, informa muito pouco. Não dizer é uma forma de expressar seu descontentamento com a vida. Viver uma vida de cobrança, de obrigações (por causa dos filhos), amarga, é muito difícil.

"Me sinto mal beijando a mulher assim." Dá gosto amargo na boca, não dá para sentir, beijo tem que ser sem amargor.

"Minha mulher é turca doutor e quer mandar." Com esta frase ele faz uma crítica ao fato de a mulher opinar. "Mandar em homem não! ainda mais em metalúrgico". Creio que não aceita o fato da mulher cobrar a presença, uma mulher "turca", como toda a mulher oriental, deveria ser submissa.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: Gosto amargo na vida, o desejo frustrado de amar.

O paciente vem com uma carta de um médico que já fez tudo que era possível para resolver o caso. Como medicar esse gosto amargo na boca do paciente que os médicos não conseguimos resolver?

Silvestre fala da esposa com muito constrangimento, como se estivesse confessando algo

muito do seu íntimo, algo que ele está sentindo de amargo no seu relacionamento com ela. Ela não o deixa fazer o que quer está sempre querendo que faça o que ela quer. Por isso ele não gosta de beijá-la, seria como beijar uma mãe castradora.

Silvestre sente-se prisioneiro de uma situação. A mulher está frágil, ele é responsável pelo seu estado e pelos filhos. Talvez isto o incomode, mas rejeitar um filho, assumir antipatia por sua vida, é muito doloroso. E por isso ele sente o gosto amargo na vida. Mas isso não está dito, o que está dito é ela que quer que ele faça as coisas na hora que ela quer. Ou, dizendo de outro modo: ele pode fazer o que quer. De fato, sua ansiedade é sexual, mas tem medo de dizer, de se relacionar com ela. O gosto amargo na boca é o gosto amargo destes nove meses de submissão à vontade da mulher. O gosto dela se satisfaz de outra forma, os seus desejos, digamos, no imaginário popular, são de comer outras coisas, frutas, doces, mas não ter uma relação sexual. Em qualquer hipótese, os desejos dele ficam dependentes dos dela. Numa palavra, numa frase, é por causa dela, a mulher, a mãe. "Não dá nem pra beijar, fica o gosto amargo".

Silvestre, ao procurar o médico, tenta dizer o que diz seu corpo. No início de nossa consulta, ele negou qualquer problema familiar. O problema, como sempre, era físico. Só depois de saber que não tinha nada clinicamente é que pôde dizer que o sentido daquele amargo era o relacionamento com a esposa. Não pode jogar futebol com os amigos nos fins de semana, que a esposa não deixa, não pode divertir-se, devendo ficar preocupado com o segundo filho que está para nascer.

O sentido do seu sintoma amargo está no relacionamento com a esposa.

Eu enviei uma contra-resposta para o paciente entregar ao médico que me pediu uma orientação no caso clínico. Disse que a causa do gosto amargo estava no viver do paciente, que ele deveria investigar mais a sua vida. Mas não sei se foi isto o que aconteceu. Os pacientes querem remédios (é isto o que lhes ensina a propaganda e, também, o senso comum).

Para que se sinta o peso que sente um homem que se submete à mulher, transcrevo uma passagem do livro A Outra Face de Eva. É um livro escrito por uma mulher árabe que fala da dificuldade de ser mulher no mundo árabe. O que ela diz dos homens é bem o imaginário do que é ser masculino:

Não se espera que o homem obedeça a sua mulher. Pelo contrário, considera-se indigno um homem fazer o que sua mulher sugere ou lhe pede. Omar Ibn El Khattab disse uma vez: "Discorde de suas mulheres e não faça o que elas pedem. Assim você será abençoado. Porque é dito: 'Consulte-as e então aja de outro modo'." O Profeta aconselha: "Não viva como escravo de sua mulher". O líder religioso muçulmano, El Hassan, vai mais longe quando afirma: "Sempre que um homem começou a obedecer às vontades e desejos de sua mulher, o desfecho foi Alá lançá-lo às chamas do Purgatório". (Saadawi, 1982)

Reverendo as três partes:

I-Real: Gosto amargo na boca há cinco meses.

II-Imaginário: Acho que é por causa dela (esposa)

III-Simbólico: Coisas que ela quer que ele faça, a dificuldade para amar com a esposa grávida. A sua sexualidade comprometida. Ela quer, e o seu desejo não quer satisfazê-la. A rivalidade com o filho?

Evolução: Persistência da queixa. Enviei uma carta para o médico da firma onde trabalha, e o paciente não tem retornado mais para ser consultado.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA. 12.

1.Anamnese. :

Identificação. : Nicolau, 10 anos, branco, estudante, natural e procedente de Jaguariúna.

Q.D. : "Dor no umbigo há 1 ano."

H.P.M.A. : Há cerca de 1 ano vem apresentando dor na região umbilical de forte intensidade sem relação com a alimentação ou horário determinante. Não obtendo melhora com os medicamentos habituais, foi submetido a uma série de exames. Exames radiológicos e endoscópicos normais. Um exame protoparasitológico constatou Giardia lamblia, mas mesmo após a medicação específica não obteve melhora.

I.D.A. : Episódios de cefaléia freqüentes.

A.P. : Nascido de parto normal.

Hábitos e vícios. : (n.d.n.)

A.F. : Um irmão. Pai falecido quando o paciente tinha 4 anos.Mãe com boa saúde, casou novamente há cerca de 4 anos.Uma irmãzinha falecida, da qual lembrou só na entrevista livre, 6 meses após a consulta inicial.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérico, acianótico, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 90 X 60 mmHg; pulso = 88; temperatura = 36,5°C; peso = 38Kg; Altura = 1,38m.

3.E.F.E. : Normal. Ao examiná-lo não encontrei alteração ao exame clínico, a não ser dor à palpação da região umbilical de leve intensidade. Notei apreensão na criança.

4.Hipótese diagnóstica. : Dor abdominal a esclarecer. Síndrome Dispéptica. Verminose. Possibilidade de problema emocional.

5.Exames Subsidiários. : O paciente trouxe vários exames com resultados normais; endoscopia digestiva, trânsito intestinal; num dos exames de fezes apresentava Giardia lamblia

6.Planejamento Terapêutico : Acompanhamento clínico e Orientação psicanalítica.

7.Dados complementares : Na entrevista não dirigida com o paciente, notei uma certa apreensão na criança, um ar diferente. Ele parecia querer dizer algo, e ninguém o ouvia. Após a morte do pai, fez um desenho de uma casa em que via pela janela o pai no céu, ajoelhado diante de Jesus. Isto me provocou uma certa apreensão. O paciente queria dizer alguma coisa naquele dia em que o pai morreu. Ele não dizia muita coisa, a mãe estava desesperada, já tinha feito tudo que era possível, mas, estando muito envolvida, não poderia ajudá-lo. Fiz várias entrevistas livres com a criança e ele foi se abrindo lentamente. Pôde, então, falar da morte de sua irmã ainda com seis meses de gestação dentro da mãe, e do desejo da mãe de ter dois filhos. A morte da irmã parecia não fazer parte da história valorizada pela mãe, mas a criança a sentia, pois estava no lugar desta criança que morreria. Ele era o segundo filho, que só nasceu depois da irmã morrer. Caso ela não tivesse morrido, ele não teria sido gerado. Ele conviveu muito de perto com a morte do pai, que, estando doente, ficava mais em casa e podia ficar mais com o Nicolau do que os outros adultos. Os doentes, os velhos e as crianças tem muitas coisas em comum.

Como senti o paciente.

Este jovem de 10 anos, apresenta um olhar triste, há alguma coisa nele que faz pena. Eu o vi de olhar baixo, não conseguia olhar para cima. Magro, crescendo e com uma grande dependência da mãe, uma mãe sedutora, uma mulher que o deixa só. Uma mãe professora, que não deixa que ele diga do sentimento que tem pela morte do pai, que esconde as fotografias do pai e que, ao mesmo tempo, vem sofrendo por tudo o que ele está sentindo. Faz perguntas a mim com se eu fosse um "sabe tudo", identifica-me com o pai, que também tinha bigode. Há entre nós um relacionamento muito próximo, muito amistoso. Seu "skate" fez marcas na sua pele e, ele que deixa ver crostas de quedas. Peço para a mãe sair para que possamos conversar. Ela depois quer saber tudo o que ele disse, como se tivesse vergonha de perguntar ao próprio filho. Um filho que sente a dor que ela não sabe resolver. Dor de mãe com filho doente, da perda do próprio marido.

II-IMAGINÁRIO.

O que ele presume ter?

Acho que é a Giardíia o meu problema, porque nos exames de fezes sempre apareceram giardíia.

A fala do paciente.

"Tenho essa dor bem no umbigo."

"Meu pai tinha um bigode igual ao seu."

"A escrivaninha do meu pai era igual a sua."

"A minha barriga cabe uma porção de coisas"

Comentários.

"Acho que é a Giardíia o meu problema, porque nos exames de fezes sempre apareceram giardíia." O verme que está devorando o seu abdome, a sua dor, é uma giardíia, mas na sua imaginação é um deslocamento do sintoma. Nicolau lança mão do que lhes disseram para definir o seu mau; dá a ele um nome - giardíia -, mas percebo algo escondido na sua fala, no seu olhar pedindo ajuda, na sua dor no umbigo. Não há nenhum órgão que possa provocar dor por um ano seguido em uma estrutura como essa. Creio ser necessário observar mais esta criança que sentiu muitas perdas, e que os adultos não perceberam. "Sofrimento abdominal", "dor de luto abdominal", talvez de culpa pelas mortes que ele presenciou na sua família.

"Tenho essa dor bem no umbigo". Partem do umbigo as suas ligações com o mundo: a mãe, o pai, as ligações mais íntimas começaram através dessa estrutura. O umbigo é o "centro do universo" e as relações com o mundo começam pelas ligações afetivas, sendo através do umbigo que se enunciam neste paciente. Fica a cicatriz, a cicatriz umbilical, de que nunca se livrou. Ao olharmos um abdome nu, vamos observar que essa permanência de sintomas tem coisa a mais a ser verificada: uma dor localizada pode não ser tão localizada na anatomia, quem

fica preso à anatomia não vê o humano. E o corpo humano é também vivido, conforme Merleau-Ponty (ver. capítulo 2.)

"Meu pai tinha um bigode, era igual ao seu." "A escrivadinha do meu pai era igual a sua." É um ponto importante para uma boa empatia, uma boa transferência. Que o paciente veja no médico aspectos físicos, psicológicos, de comportamento que eram de alguém que ele amava e possa transferir isto para o médico. Partida para uma relação de repetir um fato anterior, ou a semelhança com alguém que amava.

"Na minha barriga cabe uma porção de coisas." Até uma dor de luto pelo pai, pelo avô e pela irmazinha (ele ocupou o seu lugar, lugar de alguém morto na família, alguém que ele sente culpa de ter matado). Estas são mortes não elaboradas por Nicolau, a que a própria mãe não dava importância. Ele já estava com essa dor há um ano, e ninguém o ouvia, ninguém prestava a atenção à sua dor muito bem localizada, ali no abdome, preso a estruturas guardadas internamente.

Perseguido pela idéia da morte do pai, ou de tê-lo matado (afinal ele era pequeno e ficou vários anos com o pai doente em casa, Nicolau ficava brincando na beira do leito do pai) Nicolau vive de perto essa perda: um pai que subiu para os céus, um pai morto que ele tenta buscar de qualquer jeito, um pai internalizado no seu abdome. Ele se pune por essa morte não entendida.

"Acredito que o anseio de compensar a morte prematura do pai e, em certo sentido, conservá-lo vivo, muito contribuiu para o desejo impetuoso e voraz de Fabian de viver a vida plenamente. Diria que ele também foi voraz por amor ao pai." (...) "um impulso no sentido de provocar a morte em conflito com uma necessidade voraz de prolongar a vida e, portanto, a vida do pai internalizado, penetrando em outras pessoas e concretamente roubando-lhes as vidas. Esta luta interior entre a busca da morte e o combate a ela fazia parte do seu estado mental inatável e irrequieto." (...) "Desejo mencionar outro aspecto do pai interno morto. A culpa que se relaciona com a morte do pai resultante dos desejos de morte contra ele tende a transformar o pai morto internalizado num perseguidor. (Melanie-Klein, 1975)

Seu pai morreu quando ele ainda não tinha como elaborar a perda. Das várias mortes

que circundam a sua vida, a do pai parece ser a parte mais intensamente presente, talvez pelo sentimento de culpa de tê-lo matado. Nicolau não resolveu este sentimento, pois a mãe tem outro marido a quem ele não pode matar. Pode haver sentimentos de onipotência, de que ele com o seu desejo o mate.

"Como sabemos, os desejos de morte e o ódio contra o pai como um rival conduzem não somente à ansiedade persecutória como também - porque entram em conflito com o amor e a compaixão - a graves sentimentos de culpa e depressão na criancinha." (Melanie Klein, 1975).

Falar da morte, mostrar as fotos proibidas do pai na época em que vivia, significa resgatar imagens mortas de coisas que já aconteceram e que nunca mais vão existir. Isto faz com que Nicolau lembre e fique com medo de matar seu pai dentro dele. Ele quer mantê-lo vivo e ter o sintoma é um modo de dizer isto aos outros, inclusive à mãe, e ao atual padastro. Nicolau talvez imagine que a mãe tenha matado o pai ou que, pelo menos, não sinta mais a sua falta, já que elaborou o luto e pode se unir a um outro homem. É por isso que ela não percebe o medo da morte que cerca Nicolau.

As mortes do pai e da irmã e do avô são sentidas como algo inaceitável e deste modo, passam a ser fantasias, sensações de dor abdominal, periumbilical. O abdome é um túmulo em que ele guarda essas mortes. Os mortos não desaparecem assim tão facilmente das nossas vidas. Com isso, Nicolau tem dificuldade de se relacionar, fica com receio de que as pessoas de que mais gosta possam morrer. Sentindo a dor, ele pode reparar essas perdas e vingar seus mortos dentro de si, de modo a dividir com eles, através da dor abdominal, a sua culpa.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: O sentido da dor umbilical é a morte do pai, do avô e de uma irmazinha que faleceu aos seis meses de vida intra uterina.

Embora Nicolau não tenha conhecido a irmãzinha que morreu, sua morte foi vivenciada. Ela deu lugar a sua vida, pois os pais, principalmente a mãe, só queriam ter dois filhos. Foi esperado, mas no lugar de uma criança morta.

A morte do pai quando tinha apenas quatro anos, marcou-o profundamente e ficou calada dentro dele até há cerca de um ano, quando começou a sentir as dores na região peri-umbilical. Ninguém lembrou da possibilidade de que poderia se tratar de uma dor emocional, dor no vivido.

Recordo de um dia em que Nicolau me telefonou para avisar que havia morrido um peixe no seu aquário. Ele entrou em pânico, mas pode falar dessa morte, coisa que era proibida em casa.

Com o segundo casamento da mãe, Nicolau não fala com agrado da pessoa que ocupa o lugar do pai. Ela não é aceita pelo paciente, porque o luto não está bem elaborado.

Nicolau escreveu um livro, em que ele conta a sua história desde o dia da morte do pai. Fez, também, um desenho no dia da morte do pai, em que o pai estava no alto e ele aqui em baixo, puxando com uma corda. É um modo de ligação presente entre os dois.

Este "caso" pode ilustrar quanto pode ocorrer de saúde para o paciente quando se tem uma abordagem mais holística da pessoa humana, sem colocá-la em compartimentos diagnósticos com receitas prontas. A barriga não se presta apenas a digestão:

Qual o significado da barriga? pergunta Moyers, e Campbell responde: "A barriga é o lugar escuro onde acontece a digestão e uma nova energia é criada. A história de Jonas na barriga da baleia é um exemplo de tema mítico praticamente universal: o herói é engolido por um peixe e volta, depois, transformado. (Campbell, 1990)

Revido as três partes:

I-Real: dor no umbigo há um ano.

II-Imaginário: "acho que é giardia o meu problema, porque nos exames de fezes sempre apareceram giardia.

III-Simbólico: A morte do pai, do avô e da irmazinha (aos seis meses de vida intra uterina)

A separação, a perda.

Evolução: Satisfatória, com ausência de sintomas por mais de um ano.

Observação: Por se tratar de criança, cuja verbalização é menor, eu trabalhei com desenhos, e outros recursos lúdicos.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA 13.

1.Anamnese:

Identificação. : Samuel, 26 anos, branco, solteiro, brasileiro, sitiante, natural e procedente de Nova Odessa.

O.D. : "Dor no estômago há 6 meses."

H.P.M.A. : Dor na região epigástrica há cerca de 6 meses, com episódios de ritmo de três tempos, acompanhada de plenitude pós prandial e episódios de cefaléia universal. Tonturas e náuseas acompanham o quadro clínico episódico.

Faz acompanhamento há 3 anos com neurologista clínico devido a uma cefaléia episódica; faz uso de medicamento antidepressivo.

I.D.A. : n.d.n.

A.P. : Nasceu de parto normal gemelar e foi o segundo a nascer.Nunca foi submetido a cirurgia anteriormente.

Hábitos e vícios. : tabagista crônico (um maço por dia) há cerca de 10 anos.

A.F. : Pais com boa saúde, irmão gêmeo.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérico, acianótico, mucosas descoradas e hidratadas, P.A. = 120 X 70 mmHg; pulso = 86bpm; temperatura = 36,0°C; peso = 69Kg; Altura = 1,82m.

3.E.F.E. : exame físico normal.

4.Hipótese diagnóstica. : Síndrome dispéptica (úlceras pépticas)

5.Exames Subsidiários. : protoparasitológico negativo e endoscopia digestiva com duodenite do tipo erosiva.

6.Planejamento Terapêutico. : ranitidina, e encaminhamento para psicanálise.

7.Dados complementares. : Na entrevista não dirigida o paciente relatou que vinha tendo dor principalmente após o dia em que o seu irmão resolveu sair de casa. Ele passou uma semana muito ruim, com fortes dores; também a dor de cabeça o "atacou", por causa da namorada. Diz que "já não aguenta trabalhar naquela pobreza do sítio do pai, todo o dia é a mesma coisa, tirar leite das vacas pelas manhãs e repetir tudo de segunda a segunda". Tem vontade de estudar, mas, devido ao seu trabalho no sítio, isso fica mais difícil. Conta que tem medo de entrar em lugares em que o ambiente é mais fino, a sua casa do sítio não tem luxo. Quando vai ao "shopping", por exemplo, tem receio de entrar; na casa da namorada, que fica na cidade e é melhor que a sua, sente-se constrangido. Os pais são pessoas simples, sem luxo. Tem vergonha de morar no sítio e de ter esta vida.

"...Deixa-me viver e morrer como lavrador, assim viveu meu pai, assim deve viver o filho, porque é maior merecimento para homens humildes realizar grandes coisas, que fazê-las para homens nobres". *Máximo Gorki*

Como senti o paciente.

Samuel entra com as mãos nos bolsos, e me cumprimenta com a mão esquerda escondida. Sorri sem mostrar os dentes, e com um ar de desapontamento. É tímido, tem uma fala leve, a voz é baixa, é trêmula e insegura. Veste calças jeans, o cabelo é penteado e escorrido, usa um tipo de brilhantina, e dá a impressão de ter tomado banho recentemente sem secar os cabelos. Reclama da condição de lavrador e sente o cheiro da coqueira à volta, mas não perce-

bo odor. Tem a fâcies da própria terra que ara e o ar de quem vive insatisfeito por ter herdado a terra em que trabalha. Não estudou muito e não diz qual sua escolaridade, aparentemente não dando importância; mas gostaria de ter estudado mais. Os pais são pessoas de quem cuida. Fica como alguém que está deslocado do seu ambiente, a cidade o afronta, não sente bem aqui. Fica constrangido no consultório médico, e parece impossibilitado de contar sobre as suas coisas.

Lida com os animais com destreza, cuida do gado leiteiro, ara a terra. Tem dela a sua cara. Gente e cidade não fazem parte do mundo do sítio onde vive e trabalha.

Seu irmão gêmeo é alguém que não consegue separar de si mesmo. Não sabe quando é seu e quando é do irmão e, fica confuso sobre os destinos comuns. A separação é uma coisa sentida, sofrida, doída. O irmão é, alguns segundos mais velho do que ele, um irmão gêmeo, que envolve a sua mente toda. Está tomado pelo seu espelho irmão, imagem de si próprio.

A presença do outro que é a sua própria. Narciso perdido em sua própria imagem, buscando no irmão a possibilidade de projetar seu próprio ser.

II-IMAGINÁRIO.

O que ele acha ter?

Creio que o meu problema é no estômago, não sei o quê, e a minha cabeça dói muito.

A fala do paciente.

"A minha dor de cabeça começou quando a minha namorada foi tirar umas férias na praia e eu fiquei imaginando o que será que ela podia estar fazendo longe de mim."

"Meu irmão saiu de casa; não agüentava mais trabalhar com o meu pai, daí começou a minha dor no estômago."

"Não agüento mais trabalhar no sítio."

"Com freqüência eu me sinto mal quando vou a lugares que tem luxo, tipo "shopping" ou à casa da minha namorada.

"Depois da morte do meu irmão eu senti piora de tudo isso."

Comentários.

"Creio que o meu problema é no estômago, não sei o que, e a minha cabeça dói muito."

Samuel diz do estômago, fala o tempo inteiro da dor, mas não fala de si mesmo. É evidente que está falando de si quando fala da sua dor, ela está dentro dele. Há coisas recalçadas, que não sabe, não quer dizer, e será necessário um longo tempo de acompanhamento para que possa dizer. Quando diz "tenho não sei o quê no estômago", talvez queira dizer que no centro do corpo sente uma dor de separação, a separação do irmão gêmeo.

"A minha dor de cabeça começou quando a minha namorada foi tirar umas férias na praia e eu fiquei imaginando o que será que ela podia estar fazendo longe de mim." Samuel projeta na namorada o desejo de fazer alguma coisa, desejo reprimido, de alguma coisa que não é possível de pensar ou ser pensada; é algo que o próprio paciente pensa estar fora dele, mas é seu desejo refletido no outro. Na verdade é dele.

"Meu irmão saiu de casa não agüentava mais trabalhar com o meu pai, daí começou a minha dor no estômago." Samuel fala do irmão gêmeo. Dizendo dele, está falando da sua cópia fiel, seu irmão é, às vezes, ele mesmo. Se o irmão saiu de casa, por que ele permaneceria em casa? Afinal, também tem vontade de sair de casa e vê no irmão gêmeo real a sua vontade manifestada. O irmão que saiu mais cedo do útero materno; o irmão que morreu. A vida dos dois está tão interrelacionada que Samuel tem o irmão vivo dentro de si e acaba imaginando fazer o que o irmão fez. Fica dependente desse irmão primeiro, o caminho, o modelo, sem perceber seu próprio caminho.

"Não agüento mais trabalhar no sítio." Diz da dificuldade em sair do local de trabalho, da sua condição de ligação com a família, com o irmão, com o mundo. Seu mundo, ele o vê pobre, não percebe sua riqueza interna.

"Com freqüência eu me sinto mal, quando vou a lugares que tem luxo, tipo "shopping" ou à casa da minha namorada." Samuel diz das suas dificuldades em lidar com as coisas de valor, com os objetos externos mais valorizados. Ele se sente empobrecido, dentro dele não há

coisas que possa valorizar. Por isso o sítio é lugar pobre e sua ligação com a terra considerada empobrecida. Ela não lhe dá o devido valor. Até a própria sociedade não valoriza esse tipo de atividade. Ir a um local de compras como um "shopping" faz dele uma pessoa que novamente projeta fora o seu interior, é um lugar bonito, de luxo, e sua casa do sítio é um lugar pobre.

"Depois da morte de meu irmão eu senti piora de tudo isso." Sente-se culpado pela morte do irmão. Assim como Caim matou Abel, Samuel ressentido-se da morte do irmão gêmeo e não sabe se deve morrer ou viver, se a vida que vive é sua ou de seu irmão. Ele se confunde com o irmão, não sabe quem é ele e quem é o irmão. Samuel podia sempre se ver no irmão; era espelho, estímulo narcísico, reprodução, cópia, e agora está perdido e ele incorporando no sintoma essa relação. Um irmão morto vive em sua mente e dirige a sua vida.

Bion (1988) fala no artigo "O gêmeo imaginário" de um paciente que aparentemente não fazia "distinção nítida entre o real e o imaginário". Creio que Samuel não distingue entre ele, o real e o irmão, imagem refletida de si mesmo. Sua fantasia sugere o personagem irmão gêmeo e morto vivo dentro dele e com coisas mortas desse luto não elaborado, que ele traz como dor. Culpado, nega a realidade da morte e os sintomas se acentuam.

III-Simbólico.

O sentido do seu sintoma: A separação do irmão, a dor de um luto, a dificuldade em separar o gêmeo real do gêmeo imaginário que mora dentro dele.

Num mecanismo de projeção, Samuel fica imaginando o que será que a namorada estaria fazendo, sendo que, no fundo, é ele que tinha vontade de fazer. Tem, então, o sintoma para não ficar pensando no problema. Groddeck (1988) brinca dizendo que a cefaléia é para não pensarmos no problema, a dor de cabeça vem como tentativa de não fazer com que se pense mais na situação.

O sentido da sua dor no estômago pode ser decorrência da sua separação do irmão, que

saiu de casa para trabalhar fora. Depois da morte do irmão, reforçou-se o sentimento de abandono. O Édipo, que nesse paciente, por ser gêmeo, assume um caráter de quatro pessoas, passa de uma situação triangular para uma situação quadrangular, envolvendo Samuel, o irmão gêmeo, a mãe e o pai. Após a morte do irmão os sintomas recidivam com muita intensidade e o paciente começa a ter sensações de que também vai morrer. Ele pensa que a sua morte deveria ocorrer junto com a do irmão, se nasceram juntos, por que não deviam morrer juntos?

Como o irmão gêmeo nasceu primeiro, ele deveria morrer primeiro, ele sempre esteve em primeiro lugar, "às vezes eu era o primeiro também".

"Eu acho que esta minha sensação de enchimento na barriga tem a ver com as minhas preocupações, as idéias de que nunca estou bem".

Samuel vive a dor de separação e o sentimento de solidão dela oriundo. Ele nasceu gêmeo e agora está só. A dor de luto é sentida justamente no abdômem, lugar do cordão umbilical, que o uniu ao irmão. A alma falando no corpo. O sintoma fala no corpo anatômico do que ocorreu no corpo vivido. Ele não ficou sozinho no útero como a maioria fica, teve medo da solidão uterina; ficou com o irmão e com a perda, está irremediavelmente só. De qualquer maneira, é uma situação que recorda a separação do corpo materno. Ele não está mais no útero da mãe.

Samuel conta que quando queria ver como ficava com uma roupa era só olhar para o irmão e já sabia se a roupa estava boa ou não. Agora é diferente, ele está só, seu luto se faz presente nos sintomas, os sentidos dos seus sintomas estão justificados.

O medo de entrar em locais que aparentem riqueza, mostra mais claramente o seu medo dos outros. Samuel é bicho do mato, excluído do convívio social.

Ele sempre se viu no irmão e, imagina-se em outra pessoa. O que ela possa estar pensando dele? O que imagina passa a ser uma coisa verdadeira da fantasia passa a uma coisa real. O carro novo passou a ser guardado na casa da namorada, ele não conseguia guardá-lo na sua casa. No sítio só tem coisas simples e velhas.

Vem-me à cabeça a lembrança de Rômulo e Remo, gêmeos que fundaram Roma e foram alimentados por uma mãe loba. Talvez uma mãe loba castradora esteja por trás dessa his-

tória, mas a ligação da mulher à terra é muito antiga na história da humanidade. Campbell (1990) : "a verdadeira santidade da própria terra, que é o corpo da Deusa".

Revendo as três partes:

I-Real: dor no estômago

II-Imaginário: "creio que o meu problema é estômago, não sei o que, e a minha cabeça dói muito."

III-Simbólico: Projeções de vontades na imagem dos outros; o irmão como espelho, imagem do semelhante. A perda da identidade pessoal: ele e seu irmão são a "mesma" pessoa.

Evolução : Houve melhora da dor, mas mesmo após a cura da duodenite erosiva, o paciente vem apresentando episódios de dor epigástrica, tendo uma piora acentuada após o falecimento do irmão gêmeo. Orientado para abordagem psicanalítica, com a qual está obtendo melhora dos sintomas. Em análise há cerca de um ano. Boa evolução também, na fase inicial após uso de bloqueador de receptor H-2.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA 14.

1.Anamnese:

Identificação : Catarina, 25 anos, casada, branca, arquiteta, natural de São Bernardo e procedente de Valinhos.

Q.D. : "Dor no estômago há 1 ano."

H.P.M.A. : Há aproximadamente 1 ano vem apresentando dor epigástrica de forte intensidade, que não cede com os medicamentos habituais; não tem uma periodicidade ou ritmo que sugira úlcera péptica. Persistência da sintomatologia, mesmo após o uso dos medicamentos habituais, para o tratamento das doenças do trato digestivo alto, como anti-ácidos e bloqueadores do

receptor H-2.

I.D.A. : Frigidez sexual.

A.P. : Uma filha nascida por cesárea há cerca de 1 ano. Está grávida há dois meses (um ano e oito meses após a queixa inicial).

Hábitos e vícios.: tabagista crônica há mais de 10 anos.

A.E. : Mãe faleceu de câncer há cerca de 2 anos. Pai saudável. Três irmãos.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 90 X 60 mmHg; pulso = 84bpm; temperatura = 36,0°C; peso = 42Kg; Altura = 1,60m

3.E.F.E. : Exame físico normal.

4.Hipótese diagnóstica. : Síndrome Dispéptica. Dispepsia de origem provavelmente emocional. Gastropatia Funcional.

5.Exames Subsidiários. : Endoscopia digestiva normal, radiografias do tubo digestivo alto normais.

6.Planejamento Terapêutico. : Medicação anti-ácida e orientação psicanalítica.

7.Dados complementares. : Na entrevista não dirigida, Catarina fala com dificuldade de si mesma. Não conseguia se abrir nas primeiras consultas, queixava se de dores no estômago e, curiosamente, falava pouco da sua vida pessoal. Após uma formação de vínculo comigo, pôde se abrir, contar que tinha raiva do marido por ele ter mãe e que não suportava a sogra, desejando a sua morte. Quando sua mãe estava para morrer o marido não a levava para ver a mãe, alegando ser difícil ir ao hospital a toda hora. Ela não o perdoa por isso. Com a morte da mãe, seu pai mudou de comportamento com relação a ela. Chegou a ficar alguns dias na casa do pai, ocupando o lugar da mãe, dando ordens aos irmãos e dizendo o que deviam fazer. Não tinha vontade de ir para casa, apesar da insistência do marido. Sofreu muito com essa situação e sentia uma necessidade de limpar o seu apartamento a toda hora, nada podia ficar fora do lugar, qualquer sujeira poderia contaminar a filha, que engatinhava.

Como senti a paciente.

Catarina é magra, de olhar carcomido, muito magra. Tem olhos fundos, cabelos negros escorridos compridos, roupas igualmente escuras, fazendo lembrar uma pessoa mais velha que ela. Seus sapatos não condizem com a idade, sempre fechados, escondendo os pés. Seu sorriso mostra as gengivas, mas há no seu olhar um ar de tristeza. Ela quer dizer outras coisas além do que diz, eu noto isto. Há uma sensação de dependência, sinto que me vê um pouco como o seu pai. Um pai que deve acolhê-la, com quem possa dizer algo mais sobre o que está sentindo. Emagrecida pela vida que não a deixa engordar, Catarina dá a sensação de ser infeliz. Está sempre com uma bolsa na mão ou no colo e esconde as mãos atrás da sua bolsa. Não coloca a bolsa sobre a cadeira vazia ao lado ou sobre a mesa, dando a impressão de que não se sente segura sem a bolsa. Há uma certa inquietação nela, fala dirigindo o olhar diretamente nos meus olhos, frontalmente, e não me deixa desviar ou prestar a atenção em outra coisa. É o centro da consulta, não descansa, não relaxa para contar o seu problema, a sua queixa.

II-

IMAGINÁRIO.

O que você acredita ter?

"Será que não tenho um câncer? Me sinto mal só falando esse nome."

A fala da paciente.

"Tenho raiva da minha sogra, por ela estar viva e a minha mãe ter morrido."

"Tenho raiva do meu marido porque ele tem mãe e eu não."

"Ele vai ver quanto é duro perder a mãe."

"Depois que a minha mãe morreu, eu passei a assumir a casa."

"Meu pai agora tem uma outra mulher e não liga mais para os filhos."

"Eu até entendo que ele precisa de alguém."

"Minha mãe morreu tão cedo."

"Estou cansada de cuidar da minha filha, é pecado não é? dizer isso."

"Minha sogra eu já não agüento mais ela se mete muito na minha vida."

"Meu marido faz tudo o que a mãe pede."

"Acho que estou gostando de um ex namorado meu."

Comentários.

"Será que não tenho um câncer?, me sinto mal só falando esse nome." Um câncer poderia estar no lugar da culpa. Ao dizer câncer, se sente mal falando "este nome": câncer é doença ruim e pode estar no lugar de uma possível culpa inconsciente pela morte da mãe.

"Tenho raiva da minha sogra, por ela estar viva e a minha mãe ter morrido." Passa a agredir a sogra por estar viva; deveria morrer para satisfazer seu gosto sádico. Catarina precisa matar os que tem o objeto desejado por ela, uma mãe, uma sogra morta, uma desafiante, uma relação edípica mal resolvida.

"Tenho raiva do meu marido porque ele têm mãe e eu não." O marido tem o que ela não pode mais ter: uma mãe. Quantos objetos desejados o marido deve ter que ela não pode ter. O poder, o falus, a mãe, que ela perdeu, a mãe que ela matou.

"Ele vai ver quanto é duro perder a mãe." Deseja que a sogra morra para que o marido saiba o quanto é duro perder, o quanto é duro ficar sem. Tem desejos de morte, de destruição. Vive, mas os outros devem morrer para que possa viver.

"Depois que a minha mãe morreu, eu passei a assumir a casa." Após a morte da mãe, Catarina assumia a casa do pai, não ligando muito para a sua própria, como se sua casa não existisse mais e o pai precisasse ficar com ela. Uma relação incestuosa e edípica não solucionada.

"Meu pai agora tem uma outra mulher e não liga mais para os filhos." O pai está agora com outra mulher, que não é ela nem a mãe, é uma outra mulher, uma terceira no seu relacionamento.

"Eu até entendo que ele precisa de alguém." Entende, mas, ao dizer isso, coloca-se numa posição de não entender. Afetivamente não engole.

"Minha mãe morreu tão cedo." Sente a falta da mãe com quem se identificava. Imagina que pode ter nela o mesmo tumor da mãe. Câncer, palavra proibida, que ela diz com receio de quem revela o desejo de ter uma doença igual.

"Estou cansada de cuidar da minha filha, é pecado não é?, dizer isso." Catarina coloca-se no lugar da mãe que abandona a filha. Morre cansada de tanto cuidar da filha. Vive o espectro do pecado de deixar uma filha no mundo, uma filha órfã de mãe, como aconteceu com ela.

"Minha sogra, eu já não agüento mais ela se mete muito na minha vida." A sogra é, objeto de disputa. O marido tem mãe, uma mãe que foi roubada pela culpa de tê-la matado.

"Acho que estou gostando de um ex-namorado meu." Agora passa a não gostar mais do marido e vai em busca de um objeto perdido no tempo, um ex-namorado, que possa cuidar dela e do que perdeu no tempo, que quer recordar.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: O luto pela morte da mãe. Uma atitude invejosa: Catarina tem raiva do marido, porque ele tem mãe.

Catarina sentia dor epigástrica, bem localizada mas poderia estar sentindo dor noutra região, a hipogástrica, lembrando o útero, ou numa região indeterminada. O fato dela estar grávida pode vir a ser a cura de todo esse interior, a reconciliação com a maternidade.

Ela pôde engravidar e pode fazer uma reconciliação com a mãe. Ela própria transformando-se em mãe.

O que Catarina pode trazer para a consulta foi o sentimento de perda da mãe e o medo de ter o mesmo tumor que matou a mãe.

Há um deslocamento para o seu corpo do sintoma psíquico: a dor intensa no estômago é a dor da perda da mãe. Assim, ela pode negar o que ocorreu. Sua mãe não poderia ter morri-

do, não desta maneira. E o seu pai, antes mesmo que a mãe morresse, estava tendo relacionamento com outra pessoa, que, descaradamente, trazia para dentro de casa para visitar a mãe. Catarina não aceita nem a nova mulher do pai nem a sogra. O marido, porque tem uma mãe, passou a ser objeto de inveja, de ódio.

Há, portanto, várias culpas de ódio. Catarina está com ódio do pai, do marido, da madrasta, da sogra. Todas estas relações de ódio fazem com que viva dores cada vez mais fortes no estômago.

Ao mesmo tempo que aparece a sua dor, ela vai se sentindo culpada e tem um certo prazer no sintoma. Ele veio para ficar. Nenhuma doença orgânica foi detectada, nenhum achado, nenhum sinal, Catarina não tem doença orgânica e, no entanto, sofre a condição humana "pática". Como diz Ésquilo: "Só pelo sofrimento o homem aprende. De novo, a doer de lembrada dor, Assim o seu coração sangra e não dorme. Até que contra o seu quer, um dia, Há de encontrar-se com a sabedoria." (Melanie Klein, 1975).

Dizer o nome da doença, câncer, faz com que lembre da morte materna e, no entanto, tem o sintoma: uma dor no estômago, que diz ser a dor de um tumor.

Há uma atitude invejosa. Tem raiva do marido por ele ter mãe, tem raiva das coisas boas, é uma atitude que ao mesmo tempo ataca as coisas boas, e as coisas boas dos outros e de sofrimento por perder. Tem perdas e inveja, e estes sentimentos despertam-lhe muito ódio, muita agressividade.

Noto que ela tem raiva principalmente de figuras femininas: da mãe, por ter morrido, da sogra, por estar viva, da filha por dar trabalho, da cunhada com quem já brigou e com quem não conversa mais, da atual namorada do pai. Há raiva, ódio de morte, e ela se sente culpada.

Reverendo as três partes:

I-Real: Dor no estômago. (A queixa)

II-Imaginário: Câncer no estômago.

III-Simbólico: A morte da mãe e a reconciliação com a mãe. Ela própria é mãe, ela não

eliminou a mãe.

Evolução : Após um ano em análise, a paciente obteve melhora dos sintomas.

I-OBSERVAÇÃO CLÍNICA 15.

1.Anamnese:

Identificação : Beatriz, 42 anos, viúva, branca, brasileira, professora de história, natural de Valinhos, procedente de São Paulo.

Q.D.: "Dor aqui embaixo há muitos anos." (Apontou com a mão para a fossa ilíaca direita).

H.P.M.A. : Há muitos anos, dor na fossa ilíaca direita de forte intensidade, episódica que "desafia" até o ginecologista, "que não sabe a causa". Notou piora da dor recentemente, ficando insuportável. Ela não faz relação com nenhum acontecimento ou ingestão de alimento ou menstruação. I.D.A. : n.d.n.

A.P. : Quatro filhos, partos normais, sem cirurgias anteriores.

Hábitos e vícios : n.d.n.

A.F. : mãe com diagnóstico de Psicose Maníaco Depressiva (P.M.D) e com 70 anos. Pai saudável, com 78 anos. Um irmão saudável.

2.E.F.G. : bom estado geral, anictérica, acianótica, mucosas coradas e hidratadas, P.A. = 100 X 60 mmHg; pulso = 76 bpm; temperatura = 36,5°C; Peso = 53Kg; Altura = 1,65m..

3.E.F.E.: Não encontrei nenhuma anomalia ao exame físico, a palpação abdominal é completamente normal.

4.Hipótese diagnóstica: Dor abdominal a esclarecer.

5.Exames Subsidiários: Ultrassonografia Normal.

6.Planejamento Terapêutico: Sintomáticos em caso de necessidade.

7.Dados complementares: Na entrevista não dirigida, Beatriz falou da sua dor e da perda

do marido. Cria que tudo estava normal, ela fora já no dia seguinte cuidar do inventário e em um mês estava tudo em ordem; os filhos não tocavam no nome ou na morte do pai, e a família se restabelecia muito bem. Dizia tudo isso numa aparente frieza, contava tudo com uma aparente sensação de que queria demonstrar que não estava sofrendo, mas os seus olhos diziam o que estava acontecendo. Há na sua fala um aspecto de certa rigidez. Está construindo uma nova casa, com acomodações para seus pais em local separado, e disse que se algum filho quiser casar, poderá alojá-los. Não parece demonstrar os seus sentimentos. Frisa que ninguém sabe da sua dor e que o seu ginecologista nunca soube explicar o motivo. É minha paciente já há cerca de doze anos e depois do falecimento do marido, há um ano e pouco, deixou de me procurar até a data do 1º aniversário da morte do marido, tendo dito que nesse período não teve nenhum problema. Leva uma vida aparentemente normal, se ocupando o máximo.

Como senti a paciente.

Beatriz entra no consultório com muita angústia. Quer saber a causa do seu problema e que eu dê uma solução. É uma pessoa falante, muito falante, não pára o tempo todo de falar. Fico escutando e observo nesta fala coisas acontecendo na sua vida. Tenho a impressão de que não quer saber o que acontece com ela.

Beatriz mostra-se uma menina de colégio, lembra uma normalista, talvez a sua queixa seja essa, a de alguém a procura de uma história. Ela mesma, professora de história, fala de outras e não dela. Muito bem controlada, conseguindo resolver tudo sozinha. Tudo muito bem, de forma a não ter de dizer nada além do que quer. Falante, ela acaba por se trair. Esconde, nos seus cabelos a forma de um "coque", que lembra uma avó já idosa. Não usou luto, nunca pôs uma roupa que mostrasse que estivesse sentindo luto. Fica um certo tempo da consulta com a chave do carro na mão, como se fosse dar partida ou quisesse ir embora. Eu sentia necessidade de que terminasse a sua fala e a consulta mas ela falava cada vez mais. No fim, parecia que tinha atendido umas cinco pacientes. Ela disse muito, mas não convenceu, nem a mim, nem a si própria. É uma paciente que gostaria de atender poucas vezes. É autoritária, gosta de dar or-

dens e, não é agradável. Sorri, mas não é um sorriso alegre, dando a impressão de que está sentindo mais do que dizendo.

Uma velha de 42 anos, uma mãe, avó, viúva, e ainda jovem, mas com muitas perdas que ela luta para não aceitar.

Uma aldeã italiana, que tem plantado na sua horta cheiros de temperos, trazidos desde a imigração e que até hoje não lhe saem da memória. Uma nona em potencial, uma filha transformada numa nona viúva que "veste o luto" no seu corpo e tem uma dor incógnita, uma dor que ninguém pode saber, uma dor abdominal.

II-IMAGINÁRIO.

O que você crê ter? "Não sei o que é, e ninguém sabe o que é esta dor que sinto."

A fala da paciente.

"Nem o meu ginecologista consegue saber o que é isso."

"Eu acho melhor negar tudo."

"Sabe, não se fala da morte e não se diz o nome dele em casa."

"Outro dia, escreveram "papai" e eu não tive coragem de perguntar quem foi."

"Será que é só emocional?"

"Sabe, no dia da morte dele, antes de que ele sáísse para o trabalho, queria dizer alguma coisa para mim, mas eu disse que tinha de fazer uma coisa e depois eu sai, isso fica me incomodando, será que ele já estava com dor? "

"Disse espere aí tenho de fazer outra coisa, quando eu voltei ele já estava no banho."

"Fiquei com isso na cabeça uns três meses."

"No dia que antecedeu o aniversário de um ano da morte dele eu fiquei revivendo os minutos os segundos, às 5 horas quando ele acordou."

"Gostaria de perguntar ao meu filho que constatou a sua morte e foi ao necrotério fazer

a liberação do corpo, mas não consegui perguntar como foi que ele ficou."

"No mesmo dia já tratei do inventário. Deixei tudo em ordem em 30 dias."

Comentários.

"Não sei o que é e ninguém sabe o que é esta dor que sinto."

O luto pela morte súbita do esposo, talvez culpa pela morte do esposo, que acaba sentindo quando da proximidade do aniversário da sua morte, vivendo aqueles minutos como se fossem dias, cada minuto antes exatamente como há um ano.

"Nem o meu ginecologista consegue saber o que é isso." Um ginecologista geralmente é o médico que sabe e lida com as coisas mais íntimas das mulheres. O fato de ele não saber o que ela tem denota um fato: ele não pode dizer a ela a sua verdade; se disser, não terá estrutura para agüentar essa verdade, a perda do amor.

"Eu acho melhor negar tudo." Quando diz que é melhor negar tudo, coloca-se numa posição de defesa, negando a morte, mas, ao mesmo tempo, negando o morto.

"Sabe, não se fala da morte e não se fala o nome dele em casa." Acaba sendo uma maneira de matá-lo de novo. Ele morreu e, nós vamos enterrá-lo, vamos enterrar as nossas lembranças junto com ele. O que leva a pensar que a primeira dor possa ser da mesma natureza, pode ser o mesmo sintoma. O fato de não querer lidar pode ser o fato de querer continuar com a dor, de continuar com a culpa, a punição. A morte do marido é um assunto proibido. O "pai" está morto, mas parece que todos querem negar. O nome do pai, do chefe da família do clã, só pode talvez ser pensado. Há aqui uma repetição de uma proibição, dizer o nome do pai sagrado é reconhecer a sua morte.

"Outro dia, escreveram "papai" e eu não tive coragem de perguntar quem foi." Não teve coragem de perguntar quem escreveu numa folha de papel junto ao telefone, e não aceita ainda a idéia de que o marido morreu, ele sempre tão presente e ausente, "ele" escrito nas entrelinhas de um papel junto ao telefone.

"Será que é só emocional?" Duvida que o sintoma seja só emocional. Afinal ela é controlada, consegue não falar da morte do marido e consegue proibir que esse assunto seja ventilado

em casa. Mas não consegue impedir uma dor emocional sua. Ela controla tudo, a vida dos filhos, dos pais e, não precisa mais do marido. Ele está morto dentro dela, e nega isso, o luto.

"Sabe, no dia da morte dele, antes de que ele sapsse para o trabalho, queria dizer alguma coisa para mim, mas eu disse que tinha de fazer uma coisa e depois eu sai, isso fica me incomodando, será que ele já estava com dor ?" Ela não ouve, e parece que este fato se repete com alguma frequência na vida dela. Só pode ouvir a própria voz, dela mesma, como Narciso da sua onipotência. Não ouviu o marido nem no seu último dia e se culpa disso, de não poder ter ouvido.

"Disse espere aí tenho de fazer outra coisa, quando eu voltei ele já estava no banho." Ele pressentia essa morte e queria dizer algo e não o escutei, não pude ouvir o que tinha para dizer, foi embora sem que soubesse". Ela então se culpa por não ter ouvido. E eu poderia ouvi-la?

"Fiquei com isso na cabeça uns três meses." A culpa, o conflito de ter de morrer com isso na cabeça, ele precisou sempre trabalhar fora, correndo para ter um "infarto", um sentido para o seu destino.

"No dia que aconteceu o aniversário de um ano da morte dele eu fiquei revivendo os minutos, os segundos, às 5 horas quando ele acordou." Ficou revivendo no processo de elaboração do luto, toda a sua trajetória na data da sua morte, uma reação de aniversário. Cassorla (1982) enfatiza a importância da identificação das reações de aniversário não só no trabalho do psicoterapeuta, com também no do clínico.

"Gostaria de perguntar ao meu filho que constatou a sua morte e foi ao necrotério, fazer a liberação do corpo, mas não consegui perguntar como foi que ficou." Ficou então querendo saber do marido, mas não quer sofrer, imaginando como poderá ter acontecido e, como poderia ter morrido. Sofre e não divide com o filho. Quer controlar tudo até os seus sentimentos. Como era o corpo morto, ela não queria ainda tomar conhecimento.

"No mesmo dia já tratei do inventário. Deixei tudo em ordem em 30 dias." Ela parte para o real, tenta enfrentar a realidade, dá uma de durona, ela diz da sua capacidade em resolver tudo e no fundo essa morte não a abalou, consegue controlá-la pelo menos aparentemente.

III-SIMBÓLICO.

O sentido do seu sintoma: O fato de não se permitir falar, não aceitou a morte, recalcou e também o sofrimento, que aparece como a volta do reprimido.

Beatriz, está proibida de dizer e, no entanto diz: "nem o meu ginecologista sabe, ninguém sabe o que eu tenho, esta dor que eu sinto". E em parte é verdade. Ela não poderia transformar o seu sintoma em uma tradução elaborada. É a sua fala do corpo que interessa. Quem poderá saber da sua dor, do que vem passando pela perda do esposo? Quem poderá confortá-la? Quem poderá dizer como tudo aconteceu se, ainda não acredita, negando fala de outras coisas, coloca a dor no seu corpo, para não dizer de si. Quantas vezes isso vem acontecendo? Pelo menos na sua memória, quantas recordações proíbe de dizer? Por isso, ao dizer: "ninguém sabe o que tenho", tem razão. Vem em busca de uma ajuda, falar do seu luto, sua dor. E se eu não for continente e ficar no real, então poderia pedir exames, ou ficar apalpando, examinando, mas o sentido do que está no corpo, não está só no corpo da anatomia.

Está ainda proibida de dizer, deslocando para o corpo a sua dor. A sua resistência em aceitar que a morte pode ser dita, e talvez este poderia ser o caminho que terá de fazer por sua conta. Creio que a paciente, estando ligada a um passado de relacionamento muito afetivo e vivo com os pais, numa dependência que ao mesmo tempo, a impediu de ficar com o marido, que foi mantido sempre longe, trabalhando longe até no dia da sua morte. Uma dor não fácil de reparar e com a chegada do aniversário da sua morte a lembrança dos minutos, dos segundos do dia em que ele morreu fez aparecer nela a necessidade de buscar ajuda no sintoma. Ao compartilhar essa sensação comigo, pude ouvi-la e tentar entendê-la, e junto perceber, o sentido do seu sintoma.

Eu fiquei pensando no porquê dessa dor antiga? Será que Beatriz não poderia tê-la recalcado? Levanto uma hipótese de que há um parentesco entre estas duas dores. Aquele sintoma como não foi trabalhado poderia talvez voltar no mesmo lugar. Interessante que ele não volte num outro lugar, mas no mesmo. Será porque não foi pesquisado? Mas de qualquer for-

ma, é um reforço do recalçamento, ela não toca no assunto e poderia dizer: "não vou cuidar disso", e deixa num local onde os outros recalques também poderiam estar. Mas o recalçado está aumentando e a dor aumentou com o aumento do recalque.

Revedo as três partes:

I-Real: Dor aqui (aponta para a região da fossa ilíaca direita).

II-Imaginário: Não sei, ninguém sabe.

III-Simbólico: Recalque da morte e do sofrimento, a dor aparece no lugar do recalçado.

Evolução: Melhora dos sintomas após a consulta. A paciente se resignou e melhorou da dor aparentemente. A paciente pode ficar com o sintoma por muito tempo. A melhora deve ser temporária, ela não permite um envolvimento de vínculo mais permanente, é paciente que vem ao consultório querendo uma solução rápida, mágica para os sintomas.

--oooOooo--

CONSIDERAÇÕES FINAIS. (Conclusões)

Não basta abrir a janela
 Para ver os campos e o rio.
 Não é bastante não ser cego
 Para ver as árvores e as flores.
 É preciso também não ter filosofia nenhuma.
 Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.
 Há só cada um de nós, como uma cave.
 Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
 E um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,
 Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.
 (...)Porque conhecer é como nunca ter visto pela primeira vez,
 E nunca ter visto pela primeira vez é só ter ouvido contar.
Alberto Caieta

Eu procurava um sentido para a minha vida, quando apenas viver bastava. Quería algo mais, meus doentes diziam uma linguagem que só passei a entender depois de tentar entender a mim em primeiro lugar. Eu não posso deixar de dizer que tentei e foi uma busca que não terminou, aliás, não vai terminar nunca. Alguns pacientes querem um sentido para o seu sintoma. Na minha experiência, muitos preferem o sintoma, às vezes, em forma de metáfora. Pode ter um sentido do transformado(*), do vivido na clínica e creio que tentei dizer isso. Nessa experiência de estarmos vivos, nessa condição de absurdo existencial, podemos melhorar a vida do nosso semelhante.

(*)Estou tomando a palavra transformado no sentido em que Bion a utiliza, o mesmo sintoma pode ser transformado, ou muda de lugar, de relação com a emoção.

Entendendo sua vivência, ouvindo-o. Trata-se de uma vida humana, de uma caminhada ao lado da vivência do corpo vivido, da existência mais profunda dos seres humanos.

Cada paciente que atendi foi um resultado único para si mesmo e para mim. Embora a topografia do sintoma fosse, em muitos casos, a mesma do ponto de vista anatômico, pude verificar que os sintomas podem levar a um caminho totalmente diferente e que cada ser humano é único em sua capacidade e em sua individualidade. E sendo cada um um só, pude ter resultados que beneficiaram individualmente cada ser humano. Não tenho resultados que ofereçam e dêem uma fórmula mágica, uma solução final, uma solução matemática. Eu nunca tive esta presunção. O meu objetivo era mostrar que muitos doentes que vão aos gastroenterologistas não têm problemas diretamente relacionados a esta especialidade e creio que os "casos" clínicos puderam ajudar os leitores a entender o que eu queria dizer. Fui com Freud, que era médico, num roteiro original, que os médicos gastroenterologistas talvez já percorram sem darem conta do que estão fazendo. Eu tentei valorizar o aspecto contratransferencial, valorizar o humano, o que posso ver além do que nós usualmente vemos nos pacientes. E com ajuda da literatura e da psicanálise há o surgimento de um mundo novo, a descoberta de que, além do corpo anatômico, há o corpo vivido e, na vivência, há um sentido.

Esta tese poderá trazer uma contribuição aos médicos mostrando que existem outras maneiras além da medicina tradicional de ver os pacientes.

O que fazer com os pacientes que não vão ao psicanalista e que não tem condições de simbolizar com a palavra? Se pudessem simbolizar com a palavra, eles não adoeceriam do corpo e sim da mente, seriam neuróticos. Mas os pacientes "psicossomáticos" não tem condições de simbolizar com a palavra. A somatização é mais primitiva, o neurótico já tem capacidade de simbolizar. Os "psicossomáticos" não simbolizam nada, e trocam de médicos com grande freqüência. É mais primitiva a dor de barriga do bebê antes de saber falar.

O ser humano pode, com a ajuda desta conduta, ser visto de uma forma mais global e integrar o todo. Na história de cada ser humano está embutida a nossa história também. Não fiquei neutro perante os "casos" clínicos que acompanhei. Eles mexeram com meu in-

timo, de modo que não fiquei ileso com este trabalho, antes fiquei impregnado, fiquei marcado também. Estou transformado, estou com todas sensações que, sendo dos meus pacientes, são minhas também. Nunca mais vou ser o mesmo e, como o observador faz parte da observação, muitas coisas que os pacientes disseram e que seleccionei para apresentar foram sensações que tive e que não pude guardar, não pude deixar de escrevê-las.

Nesta caminhada não estou só. Estou com muitos colegas médicos, que também têm esta visão, uma visão muito humana, muito viva, da existência do médico gastroenterologista que trabalha diariamente no consultório, revivendo com os doentes a sua vida sintomática, uma vida cheia de outras coisas que só podemos entender quando passamos a entender que o significado da vida está em ouvir o outro, em se doar, sem compaixão, mas estar ao lado junto com os doentes, com o ser humano na sua caminhada.

Estou no consultório procurando uma gastroenterologia, que trate de homens e não de órgãos. Pensando sobre estas observações de pacientes cujo diagnóstico não é tão simples assim e que, no entanto, se multiplicam e implicam um tipo de comportamento inclusive ético. Que significa dar um remedinho para satisfazer o cliente, para aplacar a "ira" de seu inconsciente? Na grande maioria das vezes a medicação decorre do entendimento do que os doentes dizem; a tradução de fala do paciente que numa linguagem médica reduz o seu valor, o seu sentido, de modo que, ao não entender a natureza do processo sintomático, o médico não tenha outra opção senão medicar.

Cabe perguntar:

Será que só os médicos podem tratar os doentes?

Por que muitos pacientes permanecem com os sintomas por anos?

Por que os sintomas voltam?

É possível o modelo biomédico dar conta de todos os pacientes? Não.

Terão os sintomas alguma causa determinada? Sempre?

É possível conhecer a origem de um sintoma só com a anamnese?

Há coincidência no surgimento dos sintomas com algum fator da vida do paciente? Podem as doenças orgânicas terem causa psicogênica?

Terão os sintomas algum significado ou sentido?

Por que, muitas vezes, os pacientes não melhoram com o tratamento clássico e recorrem às medicinas alternativas?

Pode o médico, com a formação que habitualmente tem, enxergar a polissemia dos sintomas?

A medicina tem muito a aprender com a psicanálise e outras áreas de conhecimento e tem muito a rever com essa ajuda, principalmente ouvindo, escutando além do estetoscópio e vendo além do endoscópio. Atrás do corpo anatômico está o corpo vivido, o que o paciente tem a dizer. A terapêutica médica precisa permitir a formação de "vínculos" com o paciente; "vínculos" que dêem a sensação de que esteja ocorrendo uma transferência de coisas humanas na relação médico-paciente.

O paradoxo do paciente pode ser enunciado do seguinte modo:

O paciente não tem uma doença orgânica, mas está doente. Imaginando-se doente, ele se coloca perante o médico. Ele sente a queixa, que sempre é verdadeira, vivida, sentida. Seu sofrimento pode ser de natureza diferente da que a medicina supõe, mas é real. Lançado mão do senso comum, o paciente cria a doença e a vive no corpo.

A "cura" do sintoma pode ter uma dimensão clínica, tratável com sintomático. A dor pode, pelo menos provisoriamente, ser atenuada com remédios. Mas há também uma "cura" simbólica, em que o paciente percebe que a doença imaginada tem uma outra razão de ser, além do físico do anatômico, como fruto do desejo, das fantasias.

O paradoxo do médico é o seguinte: "se o paciente não tem doença, então o sintoma não pode ser verdadeiro." O paciente "cria" a queixa. Dito de outro modo, se a queixa tem confirmação diagnóstica, então não há mais nada a ser pesquisado. Este "paradoxo" reduz o indivíduo a uma dimensão anátomo-patológica, correspondendo à medicina que Capra chama de "Modelo Biomédico", que Foucault analisa no Nascimento da Clínica, que Illich ataca. É a medicina sobre a qual incide a análise de Canguilhem. É a medicina que despossui o indivíduo da sua subjetividade.

Proponho uma clínica que consiga desfazer os paradoxos do doente e do mé-

dico.

O paradoxo do médico é desfeito no momento em que ele aceita as outras dimensões do humano como constitutivas do homem, desde a dimensão médica até as dimensões psicológicas, sociológicas, religiosas etc. Admitindo o caráter tão pequeno da ciência, é impossível recusar os aspectos da natureza psíquica ou energética entre outros façam parte dos processos que estabeleçam condições de normalidade e de doença.

A terapêutica se reduz à administração de drogas ou à intervenção cirúrgica. Ela se sustenta numa relação essencialmente humana, afetiva, uma relação de vínculos, como os descritos por Melanie-Klein (1981). Esses vínculos são constituídos somente na medida em que a relação médico-paciente se der entre sujeitos e não entre um técnico e um corpo.

Um mecânico pode até criar vínculos fetichistas com um motor, mas não pode fazer amor com um automóvel.

A resolução do paradoxo do paciente se dá no momento em que ele puder simbolizar a sua queixa aparentemente clínica e, aí, encontrar o universo simbólico que é o da "cura". A descoberta desta dimensão pode ter dificuldades por dois motivos: dificuldade do paciente de lidar com seus afetos e angústias; e pelo fato da clínica desvalorizar o afeto, contribuindo para que os pacientes os recalquem ainda mais, escamoteando sua própria vida.

Uma nova clínica gastroenterológica não pode abandonar todos os avanços que o conhecimento humano atingiu, não pode se dar ao luxo de recusar os instrumentos de diagnóstico e de terapêutica. Mas pode, utilizando essas conquistas, ultrapassar a dimensão do físico e chegar a um tratamento pleno do ser humano.

"Este novo aspecto da clínica que estou propondo é trabalhar desde os aspectos clínicos essenciais não transformando os pacientes em coisas, em órgãos, mas ouvir o que eles podem dizer através dos sintomas orgânicos e propor que seja ouvido a sua experiência viva, que transcende a própria anatomia. Os sentidos do sintoma estão na sua experiência vivida, experimentada nas profundezas da relação com o mundo, o seu imaginário atuando diretamente na busca de uma causa, e o médico auxiliando a isso tudo ter um sentido ou sentidos. Simbolizando, o paciente entende a si mesmo e pode curar, cicatrizando na experiência entendida o

sintoma somatizado e com isso não retornar mais. Essa escuta enobrece a relação médico-paciente, transformando este ato concreto num ato humano de comunicação num relacionamento transferencial."

Discutindo com colegas a respeito dos sentidos do sintoma, eles observaram um interesse que me motivou a continuar. Muitos colegas vieram conversar sobre seus pacientes e, notei uma mudança de comportamento neles. Quem ler esta tese e entender, vai mudar a escuta, eu creio que o médico vai melhorar. E interessa saber se o médico melhorou, de uma praxis inspirada numa experiência semelhante à que acabo de fazer. A minha preocupação é também com os médicos embora não seja só com eles.

A transformação que sofri foi a da passagem de uma medicina da gastroenterologia do corpo anatômico, para o corpo vivido.

A mensagem pode ser para o médico de que talvez pudesse ser diferente o exercício da medicina, se todos os médicos entendessem a importância para a pessoa deles de uma psicanálise pessoal. Mas a dimensão humana não para aí, ela transcende.

Como diz o Prof. Antônio Frederico Novaes de Magalhães (1990) : "O médico deve escutar atenta e pacientemente o indivíduo que o procura, com interesse genuíno em ajudá-lo como ser humano, respeitando e preservando sua dignidade. Por mais breve que seja o contato com o paciente, é sempre possível atendê-lo com calor humano, paciência e carinho".

Não meu, não meu é quanto escrevo.
 A quem o devo ?
 De quem sou o arauto nado ?
 Por que enganado,
 Julguei ser meu o que era meu ?
 Que outro mo deu ?
 Mas, seja como for, se a sorte
 For eu ser morte
 De uma vida que em mim vive,
 Eu, o que estive
 Em ilusão toda esta vida
 Aparecida,
 Sou grato Ao que do pó que sou
 Me levantou.
 (E me fez num momento
 De pensamento.)
 (Ao de quem sou, erguido pó,
 Símbolo só.)

Fernando Pessoa.

Referências Bibliográficas.

- ALEXANDER, F. - Fatores emocionais nos distúrbios gastrintestinais. In: _____ - Medicina psicossomática. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.68-102.
- ALVES, R. - "Corpo e símbolo" 1989 (mimeografado).
- ANZIEU, D. - O Eu-pele São Paulo, Casa do Psicólogo, 1989. p.139.
- ASSIS, M. - O alienista. 13.ed. São Paulo, Ática, 1988. 55p.
- ATLAN, H. - Novas fronteiras da ciência. In: Descamps, C. - Idéias Contemporâneas. Entrevistas do Le Monde. São Paulo, Ática, 1989. p.17-25.
- BARTHES, R. - O Prazer do texto Lisboa, Edições 70, 1988. 117p.
- _____ - Roland Barthes por Roland Barthes. São Paulo, Cultrix, 1977. 205p.
- BENOIT, P. - Psicanálise e medicina teoria e casos clínicos Rio de Janeiro, Zahar, 1989. 142p.
- BION, W.R. - O aprender com a experiência Rio de Janeiro, Zahar, 1966. cap.14. p.59-61
- _____ - O aprender com a experiência Rio de Janeiro, Zahar, 1966. cap.20. p.77-81.
- _____ - O gêmeo imaginário. In : _____ - Estudos psicanalíticos revisados Rio de Janeiro, Imago, 1988. p.9-25.
- _____ - A medicina como modelo. In : _____ - Atenção e interpretação. Rio de Janeiro, Imago, 1973. p.7-28.
- _____ - Transformações : mudança do aprendizado ao crescimento Rio de Janeiro, Imago, 1984.
- BRITTO, L.P.L. - O relatório Pinotti e a doença de Tancredo. Medicina e discurso. Campinas, Papyrus, 1988. 187p.
- CAMPBELL, J. - O poder do mito São Paulo, Palas Athena, 1990. 242p.
- CANGUILHEM, G. - Exame crítico de alguns conceitos: do normal, da anomalia e da

doença, do normal e do experimental. In: _____ - O normal e o patológico, 2.ed. Rio de Janeiro, Forense, 1982. p.95-117.

_____ - Um novo conceito em patologia: o erro. In: _____ - O normal e o patológico, 2.ed. Rio de Janeiro, Forense, 1982. p.249-261.

CAPRA, F. - O Ponto de mutação São Paulo, Cultrix, 1988. 447p.

CASSORLA, R.M.S. - A importância da identificação das reações de aniversário. J. Bras. Psiq., 31 (5) : 301-306, 1982.

CHEVALIER, J.& GHEERBRANDT, A. - Dicionário de símbolos. Rio de Janeiro, José Olympio, 1988. 996p.

CLAVREUL, J. - A Ordem médica poder e impotência do discurso médico São Paulo, Brasiliense, 1983. 275p.

D'EPINAY, M.L. - Groddeck a doença como linguagem. Campinas, Papirus, 1988. 165p.

DOSTOIEVSKI, F.M. - Notas do subterrâneo Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989. 156p.

ÉSQUILO. - Prometeu acorrentado. In : SOUZA, J.B.M. - Tragédias gregas. Rio de Janeiro, Ediouro, s.d. 140p.

FOUCAULT, M. - O nascimento da clínica Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980. 241p.

_____ - Ciência e saber. In : _____ - Arqueologia do saber Rio de Janeiro, Vozes, 1972. p.201-222.

_____ - O nascimento do hospital In : _____ - Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979, p.99-111.

FREUD, S. - Inibições, sintomas e ansiedade. In : _____ - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1976. p.95-201. (ed. original de 1926)

_____ - Cinco lições de psicanálise. In : _____ - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, Imago, 1970. v.11 p.3-51. (ed. original de 1910)

_____ - O sentido dos sintomas. In : _____ - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, (Conferência XVII) Rio de Janeiro, Imago, 1976. v.16 p.305-322. (ed. original

de 1916-1917)

_____ - A negação. In : _____ - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976. v.19 p.295-300. (ed. original de 1925)

_____ - Os caminhos da formação dos sintomas. In : _____ - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (Conferência XXIII) Rio de Janeiro, Imago, 1976. v.16 p.419-439. (ed. original de 1916-1917)

GALIZZI, J. - Introdução ao estudo do paciente em gastroenterologia. In: DANI, R. & CASTRO, L.P. - Gastroenterologia clínica Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. v.1 p.1-7.

GRODDECK, G.W. - O livro d'ISSO. São Paulo, Perspectiva, 1988. 241p.

GORKI, M. - Como aprendi a escrever. Cadinho, São Paulo, s.d. 106p.

HALL, A.R. - Inovação na biologia. In : _____ - A revolução na ciência 1500-1750. Lisboa, Edições 70, 1988. p.209-246.

HELLER, B. et al - Álvares de Azevedo. São Paulo, Abril, 1982. p.29.

ILLICH, I. - A expropriação da saúde. Nêmesis da medicina. 3.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977. 196p.

KAFKA, F. - Um médico rural São Paulo, Brasiliense, 1990. 76p.

KLEIN, M. - A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego.1930
In: _____ - Contribuições a psicanálise São Paulo, Mestre Jou, 1981. p.295-313.

_____ O Sentimento de solidão 2.ed. Rio de Janeiro, Imago, 1975. 160p.

KUNDERA, M. - A insustentável leveza do ser. 63.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990. 314p.

LACAN, J. - A tópica do imaginário. In : _____ - O seminário livro 1 os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro, Zahar, 1986. p.89-106.

_____ O seminário livro 20 mais, ainda. 2.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1985. p.178.

_____ - Freud, Hegel e a máquina. In : _____ - O seminário livro 2 o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. 2.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1987. p.86-102.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - Vocabulário de psicanálise 8.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1985. 707p.

LÉVI-STRAUSS, C. - A eficácia simbólica. In : _____ - Antropologia estrutural. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1967. p.215-236.

_____ & ERIBON, D. - De perto e de longe. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990. 235p.

_____ - Universalização e particularização. In : O pensamento selvagem. Campinas, Papirus, 1989. p.183-213.

LIMA, J.P. - Aspectos da relação, médico-paciente em gastroenterologia, hepatologia e endoscopia digestiva. In : MARTINS, C. et al. Perspectivas da relação médico-paciente 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.107-118.

LOBATO, O. - Consulta clínica: início da relação médico-paciente. In : MARTINS, C. et al. - Perspectivas da relação médico-paciente. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.25-39.

MAGALHÃES, A.F.N. - Considerações gerais sobre terapêutica em gastroenterologia. In : _____ - Manual de terapêutica em gastroenterologia. São Paulo, Roca, 1990. p.1-2.

MARTINELLI, A. - A doença dos médicos. Veja, São Paulo, 31 out 1990. p.126.

MARTINS, C. - Perspectivas da relação médico-paciente 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

MÄRZ, F. - Jean-Jacques Rousseau. In : März, F. Grandes educadores. São Paulo, E.P.U. 1987. p.76-80.

MERLEAU-PONTY, M. - Sinais Lisboa, Minotauro, 1962. p.196 e 357.

_____ - A estrutura do comportamento. Interlivros, Belo Horizonte, 1975. p.106 e 221.

MEZAN, R. - Freud : a trama dos conceitos. São Paulo, Perspectiva, 1987. p.216.

MOISÉS, M. - ManA literatura brasileira São Paulo, Cultrix, 1986. p.388-389.

PACHECO, M.V.A. - A máfia dos remédios Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978. 153p.

PENNA, L. - Corpo sofrido e mal-amado As experiências da mulher com o próprio corpo. São Paulo, Summus, 1989. p.65.

PERESTRELLO, D. - Conceituação do homem a medicina da pessoa. In : _____ -

A Medicina da pessoa. 4.ed. Rio de Janeiro, 1989. p.61-89.

PESSOA, F.A.N. - Ortónima lírica e dramática. In : _____ - Obras [Organizado por Antônio Quadros] Porto, Lello & Irmão, 1986. v.1 p.423.

PONTES, J.F. - O ensino da psicologia no currículo médico. Arg. Gastroent. S.Paulo, 5 (1): 3-13, 1968.

RAMOS JR., J. - Anamnese. In : _____ - Semiotécnica da observação clínica, 3.ed. São Paulo, Sarvier, 1973. v.1. p.1-196.

REZENDE, A.M. - Do sintoma ao símbolo: primeiras leituras de Freud. Jornal de Psicanálise, São Paulo, 33:7-11, 1983.

_____ - A importância da interpretação simbólica no desenvolvimento da psicanálise. Trabalho temático. Rio de Janeiro, Imago, 1988. 19p. (Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, Rio de Janeiro, 1988)

_____ - Apostila do Curso de Pós Graduação FM - 494, 1989, (mimeografado)

_____ - Concepção fenomenológica da educação São Paulo, Cortez, 1990. 96p.

ROUDINESCO, E. - Epílogo. In : _____ - História da psicanálise na França. Rio de Janeiro, Zahar, 1989. p.738-742.

ROSA, J.G. - Primeiras histórias 15.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985. 160p.

SAADAWI, N.E. - As noções desvirtuadas sobre feminilidade, beleza e amor. In :

_____ - A face oculta de eva São Paulo, Global, 1982. p.97-114.

_____ - Amor e sexo na vida dos árabes. In : _____ - A face oculta de eva. São Paulo, Global, 1982. p.167-190.

SCHNEIDERMAN, S. - Jacques Lacan. A morte de um herói intelectual. Rio de Janeiro, Zahar, 1988. cap.3 p.50-63.

SEGAL, H. - A obra inicial de Melanie Klein. In : _____ - Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro, Imago, 1975. p.12-21.

SOARES, B. - O livro do desassossego. In : Fernando Pessoa Obras [Organizado por Antônio Quadros] Porto, Lello & Irmão, 1986. v.2 p.541-916

STUDART, H. - Mulher objeto de cama e mesa. 20. ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1990.

53p.

VIEIRA, S. & HOSSNE, W.S. - A ética em pesquisa. In : _____ - Experimentação com seres humanos. São Paulo, Moderna, 1987. p.51-70.

VALAS, P. - Horizontes da psicossomática. In : WARTEL, R. et al. - Psicossomática e psicanálise Rio de Janeiro, Zahar, 1990. p.69-86.

--oooOooo--