

UM ESTUDO SOBRE A SOMATOSE INFANTIL EM
PACIENTES PORTADORES DE LEUCEMIA

Aurélio Palmeiro da Fontoura Marcantonio

Dissertação apresentada como exigência parcial
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob a orientação do
Prof. Dr. José Luís Caon

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Curso de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Fevereiro, 1999

Agradecimentos

Hoje, quando interrompo este trabalho, não para a conclusão, mas para uma conclusão, vejo nele mais do que o trabalho solitário de escrever e de pesquisar.

Vejo uma pesquisa que se embrenhou na mata complicada dos conceitos psicanalíticos que tratam da somatose e dos problemas de pesquisa articulados neste estudo. A realidade com a qual convivemos neste período em nada facilitou as coisas, nem para a pesquisa e nem para o pesquisador. O risco de vida de uma criança doente e impotente frente à realidade da leucemia é uma experiência singular.

Penso, então, nestes dois anos, que não foram quaisquer, e vejo nesta dissertação mais do que minhas elaborações, os autores e os casos. Vejo muitas pessoas, que participaram direta e indiretamente neste percurso, as quais sempre lembrarei. Ao meu orientador de pesquisa prof. Dr. José Luis Caon; professores do curso e da banca, participantes da pesquisa, funcionários da UFRGS e do HCSA, aos colegas Felipe Pezzi, Isac Nikos Iribarri e Otávio Nunes, amigos, namorada e familiares, meu profundo e sincero agradecimento.

SUMÁRIO

Resumo	05
Summary	06
I. INTRODUÇÃO	07
1.1. Leucemia	07
1.1.1. Causas não psíquicas da leucemia	09
1.1.1.1. Fatores biológicos.....	09
1.1.1.1.2. Hereditariedade.....	09
1.1.1.1.3. Idade	09
1.1.1.1.4. Infecções.....	10
1.1.1.2. Fatores físicos.....	11
1.1.1.2.1. Químicos	11
1.1.1.2.2. Radiação	12
1.1.1.2.2.1. Radiação ionizada.....	12
1.1.1.2.2.2. Radiação não ionizada.....	12
1.1.1.3. Leucemia secundária	12
1.1.2. Diagnóstico.....	13
1.1.2.1. Sinais e sintomas.....	13
1.1.2.2. Testes laboratoriais.....	14
1.1.2.2.1. Contagem total do sangue.....	14
1.1.2.2.2. Esfregasso.....	14
1.1.2.2.3. Biópsia de medula.....	15
1.1.2.3. Estadiamento.....	15
1.1.3. Tratamento.....	15
1.1.3.1. Princípios gerais	15
1.1.3.2. Quimioterapia	16
1.1.3.3. Radioterapia	16
1.1.3.4. Transplante de medula óssea.....	17
1.1.4. Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).....	18
1.2. Teorias em somatose ou psicopatologia somática.....	19
1.3. Freud, as psiconeuroses, as neuroses atuais e a somatose.....	26
1.4. Somatose e conversão.....	31
1.5. Lacan e a somatose ou psicopatologia somática	36
1.6. Nasio, as formações do objeto <i>a</i> e a somatose ou psicopatologia somática	40

1.7.	Números e cifras	44
1.8.	A holofrase.....	47
1.9.	O complexo de “Nebenmensch”.....	49
1.10.	Problema de pesquisa.....	50
1.11.	O corpo na psicanálise	51
1.12.	O objeto <i>a</i> e sua relação com a somatose.....	53
II.	MÉTODOS.....	60
2.1	Delineamento.....	60
2.2	Participantes.....	63
2.3	Procedimentos.....	64
2.4	Instrumentos.....	65
III.	RESULTADOS.....	67
3.1	Caso 1.....	67
3.2	Caso 2.....	70
IV.	DISCUSSÃO.....	75
4.1	Caso 1.....	75
4.2	Caso 2.....	81
	REFERÊNCIAS	83

RESUMO

O presente estudo propõe-se a investigar as possíveis manifestações da somatose infantil em pacientes do Hospital da Criança Santo Antônio portadores de Leucemia Linfoblástica Aguda. Utilizamos o método psicanalítico de estudo com casos para a escuta psicanalítica de dois casos escolhidos: o caso 1, filha única de quatro anos de idade uma família que reside na região da serra; recebeu o diagnóstico de LLA aos dois anos e nove meses, sem recidivas e com bom prognóstico. O caso 2, menino com sete anos de idade, com dois irmãos mais velhos e um mais moço, família residente na grande Porto Alegre; recebeu diagnóstico de LLA aos três anos, duas recidivas após o diagnóstico e um prognóstico reservado. A partir de nosso instrumental teórico conceitual concebemos a somatose como efeito da ação do mecanismo denominado foraclusão local. Este mecanismo é consequência do emassamento ou compactação entre os significantes primordiais S1 e S2. Em ambos os casos estudados, encontramos nas histórias subjetivas dos participantes a presença de significantes envolvidos no desencadeamento e no curso da doença.

SUMMARY

The present study aims to investigate the possible manifestations of childhood somatosis in patients of the Hospital da Criança Santo Antônio, who carry Acute Lymphoblastic Leukaemia (A.L.L.). The psychoanalytic hearing of both chosen cases was based on the psychoanalytic method of case studies. In case 1, the only daughter of a family, who lives in the mountains, became an A.L.L. diagnosis without relapses and with a positive diagnosis. In case 2, a 7 year old boy, who has two older and a younger brother and whose family lives in Porto Alegre area had A.L.L. diagnosed when he was three. He went through two relapses after the diagnosis and has a reserved prognostics.

Based on our theoretical concept, somatosis is described as an effect of the action of a mechanism named local foreclosure. This mechanism is a consequence of condensation between the primary fundamental significant S1 and S2. In both studied cases the presence of significant was identified in both development of the sickness and in the subjective stories of the interviewed participants.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. Leucemia

A palavra Leucemia origina-se do grego, significando “sangue branco” e está freqüentemente referida à idéia de câncer no sangue. O termo se refere a um grupo de condições malignas proximamente relacionadas que afetam células imaturas que formam o sangue na medula óssea.

Na medula óssea são produzidos diferentes tipos de células sangüíneas. A medula é um tecido esponjoso localizado no meio dos ossos. As células sangüíneas derivam-se de uma célula muito primitiva. Menos de 1 em 5.000 das células da medula é uma célula primitiva ou pluripotente.

O crescimento e o desenvolvimento de células normais na medula óssea é cuidadosamente controlado para produzir o número correto de cada tipo de células, mantendo assim, um corpo saudável. Esta exigência é necessária para produzir 3 milhões de células vermelhas e 120.000 células brancas a cada segundo.

As células primitivas originam uma maturação em série progressiva de diferentes tipos de células, que, eventualmente juntam-se a todas as células sangüíneas funcionais encontradas na circulação.

Todas as células sangüíneas envelhecem e morrem quando não são mais necessárias. O tempo de vida das células sangüíneas variam muito, as células vermelhas do sangue vivem aproximadamente 4 meses após sua saída da medula, granulócitos (neutrófilos) vivem por poucas horas e plaquetas por alguns dias. Isto porque as células brancas e as plaquetas têm um tempo tão curto de vida que não podem ser facilmente renovadas através das transfusões.

Alguns linfócitos muito especializados podem viver por muitos anos. É por causa desta memória destas células que algumas doenças podem conduzir à imunização por toda vida.

Para manter o número apropriado de cada tipo de célula sanguínea é importante que as células mortas sejam retiradas do sangue ao final de sua vida útil. A maior anormalidade no câncer é tanto uma falha das células no processo de envelhecimento e morte como uma produção excessiva e descontrolada de células.

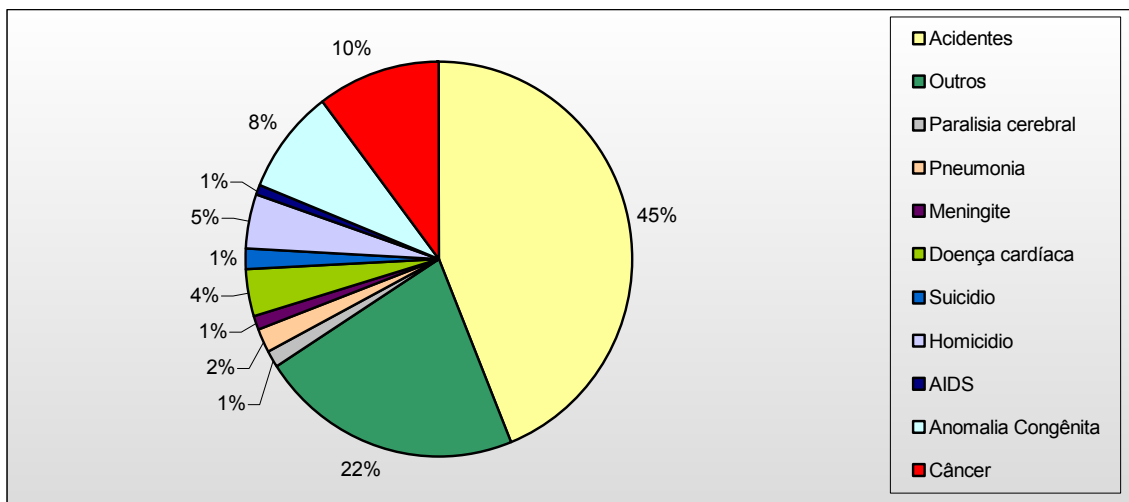
Na leucemia o mecanismo normal de controle falha e a medula começa a produzir um grande número de células anormais que não correspondem a nenhum tipo específico de células normais. Isto interrompe a produção normal de células sanguíneas levando a anemia e a baixa contagem de plaquetas. Frequentemente na leucemia o baço e o fígado aumentam de tamanho e isto pode causar desconforto abdominal.

As células brancas produzidas em grande número na leucemia são todas anormais, o que significa que os pacientes poderão ter frequentemente sérias infecções.

A leucemia pode ser classificada como linfóide ou mielóide e como aguda ou crônica. Linfóide e mielóide referem-se ao tipo de células brancas afetadas. Se é uma célula linfócita ou linfócito-like (que são células semelhantes ao linfócito) esta condição é chamada de leucemia linfócita ou linfoblástica. Leucemia mielóide afeta qualquer dos outros tipos de células brancas ou células vermelhas ou células produtoras de plaquetas. Os termos crônico e agudo são frequentemente mal entendidos. Eles referem-se somente à velocidade com a qual a doença progride se não é tratada, e não em relação à seriedade da doença. A leucemia aguda surge rapidamente e, se não é tratada efetivamente, progredirá com rapidez. A leucemia crônica desenvolve-se e progride lentamente, mesmo quando não tratada.

O gráfico* abaixo mostra em percentuais as causas de morte de crianças entre as idades de 1 a 14 anos de idade. Essa estatística inclui países orientais e ocidentais, desenvolvidos e em desenvolvimento. Observa-se que entre o grupo das doenças mais fatais neste período o câncer aparece em primeiro lugar, responsável por 10% das causas de morte.

* Adaptado do U.S. Estatísticas Vitais, em Principles and Practice of Pediatric Oncology (Princípios e Práticas de Pediatria Oncológica)



1.1. Causas não psíquicas da leucemia

Como todos tipos de canceres, as leucemias e as doenças relacionadas ao sangue ocorrem como resultado de mudanças ou dano nos genes que controlam o crescimento celular, desenvolvimento e divisão.

Na maioria dos casos nenhuma causa específica pode ser identificada. É sabido que existem alguns fatores que aumentam o risco do desenvolvimento de leucemia ou alguma das doenças relacionadas. Muito ocasionalmente existe uma causa clara para casos de leucemia e mieloma, como o que foi observado no caso dos sobreviventes da bomba atômica. Nessa circunstância, a radiação ionizada é o agente (físico) responsável pelo desencadeamento de diversos tipos de canceres.

1.1.1 Fatores biológicos

1.1.1.1 Hereditariedade

Não há nenhuma evidência que qualquer forma de câncer possa ser hereditária. Mesmo nos casos muito raros de canceres presentes ao nascimento, a doença desenvolveu-se como resultado de um dano celular ocorrido no útero. Na grande maioria dos casos de leucemia e

outras formas de câncer não há evidências de que os pais dos pacientes corram risco maior do que qualquer outra pessoa. As leucemias em crianças são raramente hereditárias (Knudson, 1995).

Há algumas condições hereditárias nas quais o risco de desenvolver câncer é maior. Entre os exemplos inclui-se a Síndrome de Down e a condição chamada de ataxia telangiectasia. Ataxia telangiectasia afeta a habilidade das células de reparar danos nos genes e por causa disso muitos diferentes cânceres são observados mais freqüentemente do que na população em geral. Em outros casos, incluindo a Síndrome de Down as causas não estão bem entendidas.

1.1.1.2. Idade

Existem alguns tipos de cânceres que ocorrem mais comumente em crianças do que em adultos. Um destes é a leucemia linfoblástica aguda, a qual é mais comum entre as idades de 2 e 5 anos do que em qualquer outra idade. Este é conhecido como o período crítico da leucemia na infância ou período de pico.

Algumas doenças como o mieloma e a leucemia linfoblástica crônica são muito pouco freqüentes em jovens.

O risco de desenvolver uma leucemia ou um quadro semelhante aumenta com a idade. O aumento do número de casos dos mais diversos tipos de cânceres em pessoas de idade avançada é provavelmente simplesmente o resultado de um acúmulo de danos genéticos nas células através dos anos. Muitos desses danos nas células que são causados ao longo do tempo resultam na morte das células, mas com mais de 3 milhões de novas células sanguíneas sendo produzidas a cada segundo é inevitável que algumas células acumularão dano nos genes através dos anos.

1.1.1.3. Infecções

Leucemia não é uma condição infecciosa. Entretanto, é possível que alguma infecção viral possa atuar como desencadeante ou como fator associado. Um vírus chamado Epstein-Barr vírus (EBV) está associado com alguns casos da doença de Hodgkin's em crianças e

adultos com mais idade. Está claro que EBV por ele mesmo não é suficiente para causar a doença porque infecção com vírus é muito comum na população em geral, considerando que a doença de Hodgkin é relativamente rara. Outros vírus, ainda não identificados, podem estar envolvidos na causa de linfomas e leucemias.

Existe somente um tipo de vírus que é definitivamente conhecido como causa da leucemia ou linfoma em seres humanos. É o chamado HTLV-1 (célula humana T leucemia/linfoma vírus). É comum somente no Japão e em menor extensão no Caribe. Leva décadas desde o início da infecção até o desenvolvimento da leucemia ou linfoma. É provável que muitos poucos casos de leucemia ou linfoma sejam observados por este vírus no Reino Unido.

O padrão de exposição a infecções pode ser uma causa significativa para os casos de crianças com LLA no período crítico (dos 2 aos 5 anos de idade). Na medida que as doenças infecciosas da infância diminuíram na sociedade ocidental e as famílias tornaram-se menores, tornou-se menos comum a exposição de crianças a infecções no primeiro ano de vida. Uma resposta rara em relação ao atraso do primeiro estresse no sistema imunológico pode ocasionar o desenvolvimento da leucemia. Evidências para sustentar isto incluem uma redução do risco da leucemia infantil observada em crianças que foram imunizadas antes de seu primeiro ano de vida e em crianças que freqüentam creches ou grupos similares durante os primeiros anos de vida.

A mistura populacional que ocorre quando uma nova cidade é construída ou um grande número de trabalhadores desloca-se para uma nova área tem também sido sugerida como uma causa significativa da leucemia infantil. Neste caso o estresse é menor no período de exposição e maior na nova natureza dos agentes infecciosos. Esta teoria não explica o período de pico de incidência na infância da LLA.

1.1.2. Fatores Físicos

1.1.2.1. Químicos

A exposição química mais comumente relacionada à leucemia relaciona-se ao ato de fumar, o qual tem sido considerado como um fator de risco significativo para LMA. Estima-se que um quarto de todos os casos podem estar relacionados com o ato de fumar

Benzina em altas concentrações é conhecida por causar leucemia e é possível que algum outro produto químico orgânico similar possa aumentar o risco de leucemia e doenças relacionadas. É muito improvável que alguém na Inglaterra possa estar exposto a altos níveis de benzina ou produtos químicos similares fora do local de trabalho. Há uma quantidade muito pequena de benzina presente na gasolina sem chumbo, mas este índice não é considerado suficiente para causar leucemia.

1.1.2.2. Radiação

1.1.2.2.1 Radiação ionizada

Radiação ionizada é o termo utilizado para o tipo de radiação liberada pelas máquinas de raio-x ou por materiais radioativos. Altas doses de radiação definitivamente podem aumentar o risco de leucemia e doenças relacionadas. Isto foi observado nos sobreviventes da bomba atômica e pela experiência de outras pessoas que se expuseram acidentalmente a altos níveis de radiação. Grande parte dos pesquisadores acreditam que é extremamente incomum que a exposição a baixos níveis de radiação possa causar leucemia ou doenças relacionadas.

1.1.2.2.2. Radiação não ionizada

Alguns estudos sugeriram que parece haver um aumento do risco de leucemia em crianças que moram perto de redes de alta tensão elétrica ou outros recursos elétricos. Tem sido sugerido que campos eletromagnéticos (CEM) pode ser capazes de causar leucemia ou acelerar as condições para suas manifestações. Estes estudos basearam-se em um número muito pequeno de casos e em estimativas da carga de exposição a campos eletromagnéticos. Esta teoria não explica o elevado número de casos de crianças entre 2 e 5 anos de idade. O uso de eletricidade teve um grande aumento nas últimas 3 décadas enquanto que o número de crianças com leucemia tem se mantido relativamente constante.

1.1.2.3. Leucemia secundária

Algumas formas de leucemia e doenças relacionadas têm sido mais freqüentes do que o usual em pacientes que receberam tratamento intenso com drogas anti-câncer. Isto é conhecido como leucemia secundária. Os quadros mais comumente observados neste grupo de pacientes são a LMA e a síndrome mielodisplásica.

É importante entender que somente uma porcentagem muito pequena de pacientes com câncer desenvolvem leucemia como resultado de seu tratamento. Infelizmente, este mal secundário é geralmente mais resistente ao tratamento medicamentoso e por isto pode ser difícil de tratá-lo.

1.1.2 Diagnóstico da leucemia

1.1.2.1. Sinais e Sintomas

Na leucemia e doenças relacionadas os sinais e sintomas da doença não são específicos. Isto significa que eles todos podem ocorrer em condições mais comuns não cancerosas.

Os sintomas que são observados com mais freqüência na leucemia e doenças relacionadas são:

- cansaço excessivo
- falta de ar
- palidez
- dor nos ossos e nas articulações
- sangramento
- machucados freqüentes
- infecções persistentes
- desconforto e dor abdominal
- aumento das glândulas linfáticas
- febre persistente
- sudor noturno
- fraturas patológicas

Os pacientes podem demonstrar qualquer combinação de sintomas. Alguns podem ser mais óbvios do que outros. Sintomas iniciais talvez pareçam ser mais brandos do que uma gripe.

Palidez, cansaço, fraqueza e falta de ar são causados pela anemia (diminuição do número de células vermelhas), o que reduz a capacidade do sangue de conduzir oxigênio pelo corpo.

A dor óssea pode ser causada pela produção anormal de células sangüíneas na medula ou pelo dano ósseo no mieloma (um tipo de tumor). O dano ósseo no mieloma pode levar a fraturas patológicas, isto é, ossos fraturados resultantes de machucados de baixo impacto. Machucados e/ou problemas de sangramento são resultantes de uma baixa contagem de plaquetas. Infecções são um problema apesar do alto número de células brancas, pois são poucas as células brancas normais.

Desconforto abdominal pode ser um problema quando há um aumento do volume do bazo e/ou do fígado.

Febre persistente pode ocorrer mesmo na ausência de infecção. Isto provavelmente é o resultado de uma aceleração geral do metabolismo do corpo pela alta taxa de produção das células tumorais. Isto pode explicar também o suador noturno, o qual é tipicamente uma característica do linfoma a algumas formas de leucemia.

1.1.2.2. Testes de Laboratório

Um médico clínico poderá suspeitar do diagnóstico de leucemia ou doenças relacionadas, mas esse será confirmado somente por testes laboratoriais.

1.1.2.2.1 Contagem total do sangue

Este é um teste que mede os diferentes tipos de células sangüíneas e o nível de hemoglobina (parte vermelha do sangue, responsável pela condução do oxigênio pelo corpo).

A contagem total do sangue é feita por uma máquina e os resultados apontarão para uma forte indicação de que o paciente tem produção anormal de células sanguíneas e talvez também indicar o diagnóstico mais comum.

Se a contagem do sangue sugere a possibilidade de leucemia ou doença relacionada, o paciente ou o médico serão avisados com urgência pelo laboratório que realizou o exame. Para

confirmar o resultado será realizada uma nova contagem de sangue e outros testes serão solicitados.

Um paciente com leucemia é propenso a ter uma baixa contagem de células vermelhas e plaquetárias, e estar anêmico. A contagem de células brancas é usualmente muito maior do que o normal. Entretanto, em certas situações, se a medula está seriamente afetada, a contagem de células brancas poderá ser menor do que o normal.

1.1.2.2.2. Esfregasso

Se os resultados de uma contagem total de sangue são anormais será examinado no microscópio o esfregasso. O aparecimento de leucemia ou alguma doença relacionada no esfregasso é um tanto distintivo e o diagnóstico é freqüentemente claro neste estágio.

1.1.2.2.3 Biópsia da Medula

Uma biópsia de medula é necessária para quase todos os pacientes com leucemia ou doença relacionada. Isto se dá a partir da obtenção de uma pequena porção da medula de dentro do osso com uma agulha e uma amostra do osso para mostrar a estrutura da cavidade da medula óssea. As amostras são comumente obtidas da parte posterior do osso do quadril, embora o externo possa ser usado para aspirado de medula óssea. O procedimento causa algum desconforto, mas por pouco tempo. Geralmente, utilizam-se anestésicos para este procedimento.

1.1.2.3. Estadiamento

Estadiamento é um sistema para estimar a extensão do progresso da doença desde seu momento mais inicial até o momento em que o paciente apresenta um quadro sintomatológico significativo. Este sistema não é usado para muitas formas de leucemia porque estas já estão, geralmente, em estágio avançado e os pacientes têm sintomas de sua doença quando diagnosticada. Na leucemia linfótica crônica muitos pacientes não têm sintomas quando diagnosticados e o sistema de estadiamento é baseado na presença e severidade dos sintomas, bem como nos resultados dos testes laboratoriais.

O sistema de estadiamento para o linfoma e para o mieloma depende da extensão da doença e como os sintomas estão presentes. Em várias outras condições relacionadas à leucemia, decisões no prognóstico e no tratamento são baseadas mais na classificação do sub-tipo do que no sistema de estadiamento.

Para algumas doenças estes são métodos aceitáveis para a classificação de pacientes, como: bom, intermediário e ruim. O prognóstico é baseado nos resultados dos testes de laboratório e nos sinais e sintomas presentes no diagnóstico.

1.1.3 Tratamento

1.1.3.1. Princípios Gerais

O objetivo principal do tratamento é o de alcançar a remissão. Isto significa que o paciente está livre dos sintomas e os testes laboratoriais não mostram evidências de células malignas. Isto é conhecido como uma remissão completa ou resposta completa. Em alguns casos, o paciente responde ao tratamento, mas ainda permanecem evidências da doença, o que é chamado de remissão parcial ou resposta parcial. Se o paciente não responde ao tratamento sua condição é descrita como refratária ou resistente. Os diferentes tipos e sub-tipos de leucemia e doenças relacionadas variam muito em relação a sua resposta a diferentes formas de tratamento. Algumas formas da doença são facilmente tratadas com quimioterapia (drogas anti-câncer). Estas são chamadas quimiosensitivas. Do mesmo modo, as formas da doença as quais são muito suscetíveis à radiação, são conhecidas como radiosensitivas.

Se o paciente alcançou tanto uma remissão parcial ou total mas a doença mais tarde retorna, isto é chamado de recidiva. Em alguns casos a recidiva ocorre enquanto o paciente ainda está recebendo o tratamento. Esta é uma recidiva em tratamento e freqüentemente indica que as células malignas tornaram-se resistentes às drogas ou a outro tratamento que esteja sendo usado. Estes casos são muito difíceis de serem tratados. Contudo, podem responder ao uso de alguma nova droga, particularmente quando este ataque às células malignas distingue-se dos demais já utilizados.

1.1.3.2 Quimioterapia

O principal tratamento para a leucemia e doenças relacionadas é o uso de drogas anti-câncer (quimioterapia).

A maioria das drogas anti-câncer atuam eliminando todas as células divisoras. Embora este tratamento seja eficiente contra o câncer, causa também efeitos colaterais por danificar as células divisoras da raiz do cabelo, da pele e dos intestinos. Existem algumas drogas mais específicas no combate às células tumorais, as quais tendem a ter menos efeitos colaterais. É normal usar combinação de drogas para reduzir possíveis problemas de resistência que poderão mais tarde se desenvolver.

1.1.3.3 Radioterapia

É principalmente usada no tratamento de linfoma (câncer nos linfonodos) e em algumas células malignas do plasma, tais como o mieloma múltiplo e plasmacitomas solitários.

Radioterapia causa severos danos nas células divisoras. O grau de radio-sensibilidade para um tipo particular de câncer depende das células estarem sujeitas ao dano que acarretará a morte. A radioterapia é não seletiva como a quimioterapia mas, pelo fato de se poder direcionar com precisão o fecho de radiação, os efeitos colaterais tendem a ser mais localizados.

1.1.3.4. Transplante de medula óssea

Os transplantes de medula óssea são necessários para restituir a produção normal de células sangüíneas quando a medula está tão doente ou danificada que não pode mais funcionar normalmente. Algumas vezes, o dano na medula é o resultado do tratamento da leucemia ou outro câncer sangüíneo. Com o intuito de destruir todas as células leucêmicas, talvez seja necessário usar tal tratamento intensivo que destrói a medula.

A causa mais comum para fazer um transplante de medula é tratar a leucemia ou outro câncer do sangue que não tenha respondido à terapêutica ou que tenha havido uma recidiva. O aspecto mais importante do transplante de medula óssea é prover células primitivas suficientes, as quais produzem todas as células sangüíneas. É também importante para minimizar o risco do retorno das células tumorais quando o paciente participa como seu

próprio doador, para evitar complicações no tratamento como infecções e rejeição do transplante.

1.1.2.2.4 Leucemia linfoblástica aguda ou leucemia linfóide aguda (LLA)

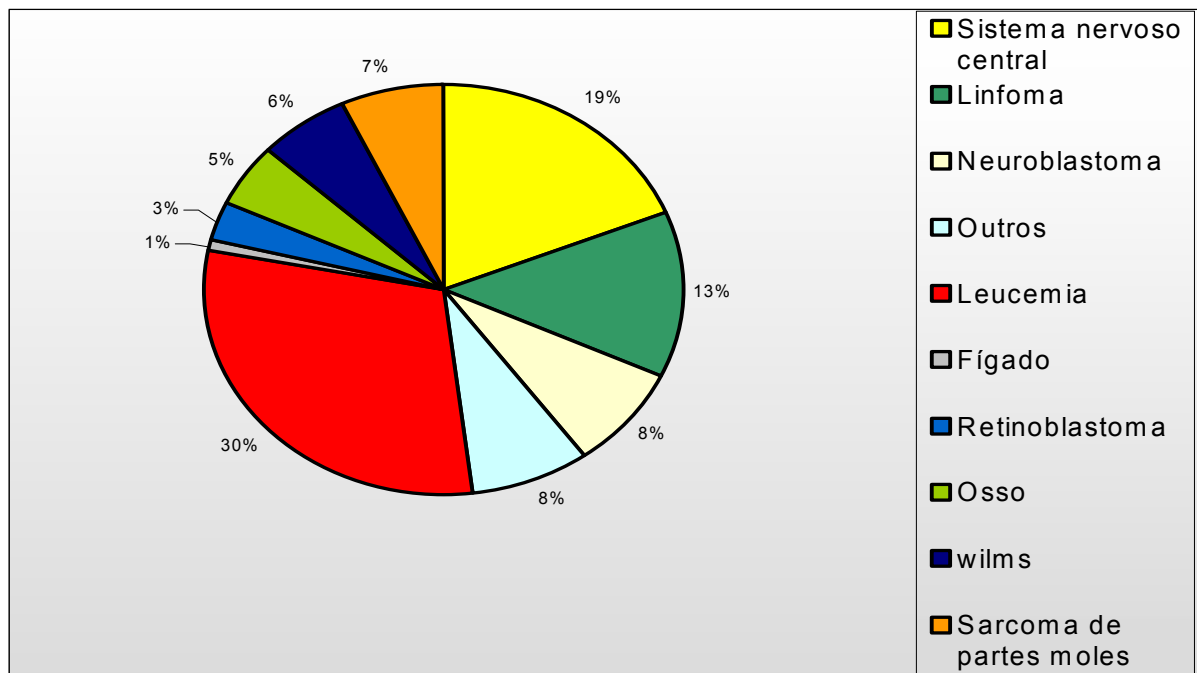
Existem duas linhagens de células brancas, ambas responsáveis pelas defesas do corpo, que são: as células linfóticas e as mielóticas. A leucemia linfoblástica aguda, também chamada de leucemia linfóide aguda, é a doença na qual as células linfóticas são produzidas anormalmente.

A leucemia linfoblástica aguda é o câncer infantil de maior incidência. A doença ataca os linfócitos, um grupo de células brancas. Células leucêmicas acumuladas na medula óssea substituem as células brancas normais e espalham-se pelo fígado, baço, nódulos linfáticos, sistema nervoso central, rins e gônadas.

A experiência terapêutica com a LLA é uma das histórias de verdadeiro sucesso na clínica oncológica moderna. Durante os últimos 40 anos, o prognóstico foi melhorado dramaticamente para as crianças com esta doença. Antes de uma terapia anti-leucemia efetiva, a LLA era fatal, e as crianças sobreviviam por dois ou três meses depois do diagnóstico (Poplack, 1989).

Em relação a sua incidência nos Estados Unidos da América, aproximadamente duas mil crianças são diagnosticadas a cada ano; o número de meninos é ligeiramente maior do que o das meninas. O pico de incidência ocorre entre os três e os cinco anos de idade. Tem um índice

aproximado de 98% de remissão completa, isto é, ausência de células leucêmicas, para crianças com diagnóstico recente de LLA. A remissão deve ocorrer entre um período de quatro a seis semanas. No mínimo 70 a 75% das crianças são curadas (op. cit.).



O gráfico* acima mostra a distribuição de câncer em crianças com até 15 anos de idade. Essa estatística inclui países orientais e ocidentais, desenvolvidos e em desenvolvimento. A leucemia ocupa quase um terço de todos os casos de cânceres infantil, ocupando o primeiro lugar na incidência de câncer na infância. Dentre os casos de leucemia, 75% são casos de leucemia linfoblástica aguda (Robison, 1989).

1.2 Teorias sobre a somatose

Neste item situamos, mesmo que brevemente, as teorias sobre a somatose. A questão é introduzida a partir de suas origens nos pensadores da Grécia antiga, uma vez que esses são os primeiros a tematizar as relações entre o psíquico e o somático. Posteriormente,

* Adaptado do Surveillance, Epidemiology e do programa End Results, em Principles and Practice of Pediatric Oncology.

apresentaremos as teorias mais significativas, bem como os respectivos autores que contribuíram, cada um a seu modo, para o avanço das pesquisas no campo da somatose. A perspectiva psicanalítica específica sobre o tema será trabalhada posteriormente em outro item.

A preocupação com as interações entre o psíquico e o somático não é exclusiva da modernidade. Médicos e filósofos da Grécia antiga demonstraram claramente seus interesses e preocupações em relação a essa questão. Contudo, esse tipo de reflexão só foi possível depois de realizada a distinção entre psíquico e somático. Essa distinção foi feita por Anaxágoras no século V a.C. (Guir, 1988). Segundo Diógenes Laércio, “ele foi o primeiro que à matéria acrescentou a inteligência” (Ferrater Mora, 1990). Aristóteles e Platão, dois grandes filósofos com estilos e perspectivas distintas, refletiram também sobre essas questões. Aristóteles entendia que corpo e espírito formam uma única substância, posição denominada de hilemorfismo. A posição de Platão não é tão explícita. Contudo, em seu texto, “O Banquete”, está colocada a idéia da influência do amor e das paixões sobre o adoecimento do corpo, o que demonstra a intuição do autor sobre as influências do espírito sobre o corpo.

No século XVII, o filósofo Baruch Espinosa (1983) compreendeu de modo muito preciso as implicações das relações do psíquico e do mundo simbólico com o somático. As duas passagens abaixo estão em seu livro sobre ética:

“Uma afecção, que é uma paixão, deixa de ser paixão no momento em que dela formarmos uma idéia clara e distinta”. (p. 280)

E ainda:

“Como os pensamentos e as idéias das coisas se ordenam e encadeiam na alma, exatamente da mesma maneira as afecções do corpo, ou seja, as imagens das coisas, se ordenam e encadeiam no corpo”. (p. 279)

Para Descartes (1983), corpo e espírito são distintos e separados, porém apresentam influências recíprocas. Esta posição foi denominada de interacionismo.

Wundt (1973), tem outra idéia sobre a questão de que corpo e espírito são dois aspectos diferentes no homem. É o paralelismo psicofísico.

Estes são apenas alguns de um grande número de autores que, antes da descoberta do inconsciente freudiano, debruçam-se sobre as interrogações que o tema suscita. Produzem conceitos, explicações e teorias importantes em tempos distintos da nossa realidade atual, o que demonstra o poder da intuição destes pensadores.

A distinção feita por Anaxágoras, segundo Guir (1988), deu início ao caminho das reflexões sobre as relações entre psique e soma. De Anaxágoras até hoje muitos autores contribuíram para o avanço das explicações e teorias sobre as relações do corpo com o espírito. Consideramos, aqui, a psicanálise freudiana como um marco fundamental no processo da construção das atuais teorias sobre a somatose. Esta consideração refere-se à história do movimento das idéias e teorias sobre as questões pertinentes nas relações do psíquico com o somático. É consenso entre vários autores (Eksterman, 1992; Guir, 1988; Marty, 1993; Volich, 1998) que os pioneiros no campo de pesquisa da somatose tiveram grande influência da teoria psicanalítica, inclusive muitos deles tiveram contato pessoal com Freud. De modo que as principais teorias que hoje estudam os fenômenos produzidos nas interações entre psique e soma apóiam-se, em maior ou menor grau, em pressupostos psicanalíticos.

Foi somente a partir das descobertas introduzidas por Freud, da sexualidade infantil e do inconsciente fundamentalmente que a noção de psíquico foi reformulada, reinventada e, conseqüentemente, também ampliada. Até Freud, o domínio do psíquico equivalia à própria consciência. Os filósofos contemporâneos ou anteriores a Freud, ou mesmo os textos literários e religiosos, também empregavam o termo inconsciente, sem entretanto chegar à formalização e ao sentido que foi conferido ao termo a partir das formulações freudianas. Uma conseqüência direta desta concepção de inconsciente é um matema freudiano, que aponta para uma expansão dos limites que balizam o psiquismo. Esse matema aparece em 1916, quando Freud diz que “o eu não é senhor em sua própria casa”, ou seja, o eu corresponde a uma parte, uma porção da psique e não coincide com o todo desta. Essa idéia, do eu responder pelo psíquico, teve sua máxima divulgação através do cogito cartesiano: “Penso, logo existo.” O que é considerado um passo ou um marco significativo na evolução da mentalidade humana, na medida em que o *cogito* cartesiano introduz a possibilidade de o homem, que não tinha outra alternativa senão atribuir sua existência a Deus, de colocar-se, ele mesmo, como responsável pela sua existência. Devemos observar, por outro lado, que Descartes introduz

também uma idéia que até hoje perdura, o dualismo entre mente e corpo, onde corpo e mente são entendidos como entidades separadas e distintas.

A descoberta do inconsciente introduz uma nova dimensão à idéia vigente em relação à mente humana, o que torna então insuficiente explicar a alma (Seele)* humana somente a partir da consciência. Então Freud cria um modelo, um aparelho psíquico para dar conta, para entender e explicar uma realidade, a realidade psíquica. Sob este nome, “aparelho psíquico”, Freud introduz uma teoria da alma, bem como seu estudo no campo da ciência.

A psicanálise do final do século passado e do início deste século, portanto a psicanálise freudiana, concentrava seus esforços na investigação dos processos somatoformes conversivos, momento inicial no qual os pacientes com sintomas somatoformes não conversivos eram pouco considerados pelo tratamento psicanalítico. No final deste mesmo século, a psicanálise novamente lança seus questionamentos e seu olhar sobre o corpo que padece de somatose.

Longe de ser um campo homogêneo em relação a conceitos e abordagens, a somatose é também objeto de trabalho e investigação em outros domínios do saber, como no comportamentalismo, no cognitivismo, na yoga e na sociologia, os quais não serão tratados aqui.

Mesmo no campo interno da psicanálise, as teorias sobre a somatose divergem em alguns aspectos. Alguns autores diferem pouco entre si com relação ao encaminhamento de suas respectivas abordagens sobre este fenômeno, outros diferem mais radicalmente. Não seria oportuno descrever detalhadamente cada uma destas teorias no presente estudo, pois tomaria demasiado espaço e tempo, não sendo este o interesse central desta pesquisa. Entretanto, não podemos deixar de evocar as principais contribuições neste campo.

Encontramos em Valas (1990) um critério muito peculiar, que possibilita uma visão mais objetiva sobre as teorias da somatose, o qual tomaremos aqui como referência para balizar a questão das teorias atuais em somatose.

Além da abordagem lacaniana, da qual Valas se utiliza amplamente, divide as teorias neste campo em três grupos: um primeiro grupo, do qual fazem parte autores que entendem que os fenômenos da somatose têm um sentido, ou seja, que é possível atribuir-lhes sentido; em outro grupo, os autores entendem que estes fenômenos não têm sentido, ou seja, não é

* Seele, do alemão, quer dizer alma; termo originalmente empregado por Freud.

possível atribuir-lhes sentido; uma terceira posição é sustentada por Valabrega (op. cit.) que, aproveitando as contribuições das duas tendências teóricas acima citadas e descartando o que não lhe serve, formula uma outra teoria que se aproxima do sentido da conversão histérica. Ter sentido ou não é algo que deve ser entendido a partir do modelo da neurose, no qual a afecção somática está referida a uma causa psíquica original e objetivável.

No grupo onde os fenômenos da somatose têm sentido, embora cada autor encontre um caminho próprio para atribuir este sentido, o consenso é de que efetivamente há um sentido possível a ser atribuído a estes fenômenos. Encontramos neste grupo autores como Groddeck (1988). Para ele, todas as doenças orgânicas se originam 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 (op. cit.). Groddeck procura superar, embora intuitivamente, o dualismo mente-corpo. Afirma que a doença surge como último recurso para a solução de um problema, que escapa, muitas vezes à consciência.

Dunbar (Valas, 1990) fala em neurose de órgão e psicose de órgão.

Alexander (op. cit.) introduz a noção de neurose vegetativa. Para ele, a doença é consequência de emoções, pulsões não satisfeitas, desviadas e reprimidas. Neste sentido, o desejo fundamental reprimido por muito tempo pode agir sobre o sistema endócrino e vegetativo e acarretar, assim, lesões corporais.

E ainda, Volich (1998), referindo-se a Dunbar, English, Ruesch e Alexander, coloca que estes autores da escola de Chicago dirigiam seus trabalhos no sentido de buscar estabelecer relações entre conflitos emocionais específicos e estruturas de personalidade com alguns tipos de doenças somáticas.

Mélanie Klein (Valas, 1990) introduziu o termo conversão somática, que diz respeito a conflitos anteriores ao período edipiano e mergulha suas raízes nas fases mais arcaicas do psiquismo.

Por último, Garma (op. cit.), é de posição mais extremada em relação ao determinismo psíquico nas afecções somáticas. Para ele, cada sintoma psicossomático corresponde a uma estrutura particular da personalidade, e a cada doença um determinismo puramente psíquico.

No segundo grupo, os autores entendem que os fenômenos da somatose não têm sentido. Esta é a posição da Escola de Psicossomática da Sociedade Psicanalítica de Paris, que

muito contribuiu para esse campo com suas pesquisas, onde figuram P. Marty, seu principal expoente, M. Fain, L. Kreisler, M'Usan e David, R. Held. As investigações desse grupo de pesquisadores partiram basicamente do conceito freudiano de neurose atual, que é uma das duas vias na perspectiva freudiana de abordar o corpo, sendo a outra a conversão histérica. Uma contribuição significativa dos autores Marty e M'Usan (1993) foi a formulação do conceito de pensamento operatório, o qual designa pessoas cujas relações objetais são marcadamente pobres de investimento libidinal e ausência de reações afetivas perante perdas ou perante outros tipos de acontecimento traumatizantes.

Para os autores acima citados, a psicopatologia somática não tem sentido. Ligam-se a uma verdadeira carência das atividades de representação. É nesta perspectiva que se entende que um aparelho psíquico precariamente estruturado não consegue dar conta adequadamente da descarga e do investimento da energia pulsional, atingindo, conseqüentemente, o corpo. Trata-se de uma explicação que procura elucidar os mecanismos psíquicos em questão. A somatose ocorrerá, então, na medida que:

...a ausência de representação faz a libido e a agressividade se confundirem e se transformarem em energia pulsional indiferenciada. O corpo é então submetido ao impacto direto das forças pulsionais liberadas...Em conseqüência, a questão não é encontrar um sentido nesses fenômenos, mas dar-lhes um, construindo para o doente um fantasma e colocando-o a sua disposição (Valas, 1990, p. 74).

Estes pesquisadores do Instituto de Psicossomática de Paris privilegiam em suas abordagens a compreensão dos fenômenos da somatose de um ponto de vista econômico. Neste sentido, a patologia somática não conversiva é o resultado da impossibilidade de elaboração da excitação através dos recursos psíquicos do indivíduo, em função de uma estruturação deficiente, no plano representativo e emocional, do aparelho mental. A partir da perspectiva econômica, os pesquisadores visam compreender os caminhos da excitação pulsional no organismo e suas possibilidades de descarga (Volich, 1980).

Para Marty (1993), esta fragilidade a nível estrutural, de uma estrutura constituída deficitariamente, pode ser também entendida desde um ponto de vista tópico, quando coloca que “a ausência de um superego pós-edípico, ao contrário, assinala a fragilidade do ego”. Valas (1990) comenta a função do superego na teoria de Marty (1993), ao dizer que este que

“habitualmente serviria de ligação e controle entre o isso e o eu, estaria aqui clivado...” (p. 74) Trata-se de um superego deficitário, que não cumpriria com sua função na ligação entre o eu e o isso, criando uma distância entre estas duas instâncias e dificultando assim o trabalho do aparelho psíquico.

Dejours (1998) critica o solipsismo (doutrina que considera o eu como única realidade do mundo) presente na obra de Marty (1993), ao dizer que sua obra “consiste em analisar os movimentos psíquicos unicamente em função do que se passa no interior do sujeito tomado isoladamente, e, portanto, a não considerar o exterior, inclusive o outro” (p. 41). A ênfase dada à teoria do traumatismo na teoria de Marty (1993) é também comentada e criticada por Dejours, além de salientar a importância do outro na constituição do sintoma somático, ao dizer:

“Afirmar o primado da intersubjetividade é colocar em questão, de certa forma, o privilégio, sem dúvida excessivo, que a teoria de Marty atribui à teoria do traumatismo. A teoria do traumatismo é verdadeira, sem dúvida; mas não podemos explicar tudo desta maneira. Uma outra maneira de dizê-lo é afirmar que o sintoma somático é endereçado a um outro: eu adoço por alguém. A crise somática acontece no âmbito da relação com o outro, quando esta relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é um pouco devido ao outro”. (p. 41)

A somatose infantil foi especialmente estudada por Kreisler, Fain e Soulé (o primeiro é pediatra, o segundo é psicanalista e psiquiatra num hospital infantil e o terceiro é psicanalista com experiência na clínica psicossomática de adultos). Desenvolveram um trabalho conjunto de pesquisa que teve como um de seus resultados a publicação do livro “A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância”. O estudo desenvolvido pelos autores procura estabelecer uma psicopatologia do infante em seus primeiros anos de vida. Esta psicopatologia está relacionada com distúrbios funcionais, os quais vinculam-se a certas etapas do desenvolvimento do bebê e do infante, tendo, assim, características próprias a cada etapa. Esses distúrbios funcionais do bebê só podem ser entendidos a partir do que se inscreve na relação mãe-bebê, ...”e constituem, em última instância, uma simples manifestação, um

sintoma aparente, de uma enfermidade ou de uma síndrome mais complexa, em virtude do disfuncionamento da díade” (Kreiser, Fain e Soulé, 1981, p. 23)

Os autores citados nessa seção participaram e participam efetivamente na produção de conhecimento e do avanço das pesquisas sobre a somatose, cada qual com sua teoria e a seu modo. Examinaremos, a seguir, as principais contribuições de Freud para o estudo do tema aqui proposto.

1.3 Freud, as psiconeuroses, as neuroses atuais e a somatose

A presente seção tem como objetivo situar as principais contribuições de Freud para o estudo e as pesquisas do que é definido atualmente por somatose ou psicossomática, como outros autores preferem nomear. Para tal, vamos definir e diferenciar a nosografia freudiana que trata das interações mais importantes entre o psíquico e o somático. Conceitos como os de psicose e de neurose atual, assim como os de conversão histérica, são centrais para este propósito. Outros conceitos contribuíram decisivamente para o avanço das pesquisas neste campo, tais como o de narcisismo, especialmente o narcisismo primário, o de auto-erotismo, e de corpo erógeno.

O trabalho freudiano de investigação do psiquismo produziu duas vias que tratam com maior profundidade as interações entre o psíquico e o somático. As queixas sobre o corpo ou órgão, as próprias afecções somáticas relatadas pelos seus pacientes, levaram Freud a formular duas abordagens que contemplam as manifestações que se expressam no corpo e que são a neurose histérica e a neurose atual.

A primeira faz parte do grupo originalmente chamado de psiconeuroses, ampla e extensamente estudadas por Freud ao longo de sua obra. Já o segundo grupo de neuroses não foi desenvolvido com a mesma intensidade, mas trouxe igualmente contribuições importantes. Suas formulações e contribuições sobre a temática específica da neurose atual foram fundamentais para o que se constituiu na atualidade como o campo da somatose ou psicossomática. Segundo Eksterman (1994) “A psicossomática moderna é o produto da tentativa da psicanálise de intervir teoricamente e clinicamente na patologia somática” (p.11), ao reconhecer a influência das descobertas psicanalíticas para o estudo das patologias somáticas.

Freud utiliza o termo neurose atual pela primeira vez em 1898 para designar a neurose de angústia e a neurastenia. A partir desta data, estas duas neuroses estarão vinculadas ao conceito de neuroses atuais. Contudo, a noção de uma especificidade dessas afecções definiu-se antes, na correspondência com Fliess e nas publicações dos anos de 1894-95-96.

Somente mais tarde, em 1914, quando escreve “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução”, Freud introduz a hipocondria como a terceira entidade nosográfica a fazer parte das neuroses atuais. Já em 1915, a nosografia freudiana encontra-se distribuída do seguinte modo: a) Neuroses atuais: neurastenia; neurose de angústia e hipocondria; b) Psiconeuroses: neurose de transferência e neuroses narcísicas.

As psiconeuroses correspondem às psicopatologias para as quais Freud conseguiu explicar causa e efeito, isto é, conflito infantil (trauma) e sintoma. Esta distribuição nosográfica mantém-se até 1924, quando Freud abandona o termo psiconeurose em favor da utilização da seguinte nomenclatura: neuroses (histeria, obsessão e fobia), neuroses narcísicas e psicoses. A conceptualização das neuroses atuais não sofreu maior alteração neste período ou mesmo posteriormente, mesmo porque diminuíram, progressivamente, as referências do autor sobre o tema. No texto “Sobre o Narcisismo” Freud utiliza um termo substituto para neuroses atuais, introduzindo então o termo neurose real, pouco empregado em sua obra, mas que, atualmente, podemos dizer que parece ser um termo mais próprio e pertinente em relação ao que tenta aludir.

Em artigo publicado em 1895 intitulado “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angustia” Freud (1895) faz aproximações e distinções entre a neurose de angústia e a neurose histérica, na seguinte passagem:

“Se se penetra no mecanismo das duas neuroses, na medida do que tem sido possível descobrir até aqui, vêm à luz aspectos que sugerem que a neurose de angústia é realmente a contraparte somática da histeria. Na última como na primeira, há uma acumulação de excitação. Na última, como na primeira constatamos uma insuficiência psíquica, em conseqüência da qual surgem os processos somáticos anormais. Também na última, como na primeira, em vez de uma sobrecarga psíquica de excitação, ocorre um desvio dela no campo somático; a diferença é simplesmente que na neurose de angústia a excitação,

em cujo deslocamento a neurose se expressa, é puramente somática (excitação sexual somática), enquanto na histeria é psíquica (provocada por um conflito) (p.134).

Nesta passagem Freud nos fala dos rumos tomados pelas excitações, diferenciando o domínio psíquico do domínio somático, na histeria e nas neuroses atuais, respectivamente. Mesmo entre a neurose de angústia e a neurastenia (neuroses atuais) o destino das excitações não é o mesmo. Na primeira este fator desencadeante seria a ausência de descarga da excitação sexual, ao passo que na segunda ocorreria um apaziguamento dela, como por exemplo, a masturbação.

Observamos, na citação acima, e em outros textos a presença constante do enfoque econômico, na tentativa de explicar estas manifestações a partir da teoria dos investimentos libidinais.

A conversão histérica pode ser definida, então, como a transposição de um conflito psíquico, numa tentativa de resolvê-lo em termos de sintomas somáticos motores (paralisias, por exemplo) ou sensitivos (anestésias, ou dores localizadas, por exemplo). Há, neste sentido, um vínculo simbólico entre o conflito psíquico e o sintoma. Nas neuroses atuais, o que se passa é de outra ordem. Os sintomas (ou as manifestações da somatose) não são uma expressão simbólica e superdeterminada, mas resultam diretamente da ausência ou da inadequação da satisfação sexual. O mecanismo de formação dos sintomas em jogo nas neuroses atuais seria somático (por exemplo, transformação direta da excitação em angústia) e não simbólico. O termo atual denota aqui a ausência daquela mediação simbólica, que encontramos na formação dos sintomas das psiconeuroses, como o deslocamento e a condensação (Laplanche, 1994)

Nos seus primórdios, a psicanálise tomou a psicopatologia da histeria como objeto principal de sua investigação. O estudo e a clínica da histeria permitiram a Freud a elaboração de noções centrais para a psicanálise, na medida que descobriu toda uma trama de acontecimentos que compõe o quadro histórico. A conversão¹ estabelece, por sua vez, uma relação muito peculiar com o corpo ou determinado órgão em particular, fornecendo, assim,

¹ É importante lembrar que a conversão não deve ser entendida como um mecanismo exclusivo na formação de sintomas na histeria conversiva, mas como um mecanismo que pode ocorrer nas neuroses em geral, ocorrendo, entretanto, com muito mais frequência na histeria.

um material privilegiado à expressão do conflito inconsciente, o que faz com que o corpo assuma uma posição central no palco das revelações do psicopatológico. O sintoma, ao entranhar-se no corpo, manifesta invariavelmente uma relação entre os conflitos sexuais infantis, a pulsão sexual, o desejo e os sintomas conversivos. Este encadeamento, em especial dos conflitos sexuais infantis com os sintomas, não foi encontrado por Freud nas neuroses atuais, colocando, assim, muitas questões ao método psicanalítico de investigação do psiquismo com o qual Freud trabalhava na época. O fato do autor acreditar que a etiologia das neuroses atuais não estava relacionada a conflitos infantis levou-o a crer nas dificuldades da técnica psicanalítica para com estes pacientes, uma vez que os sintomas não teriam uma significação que poderia ser elucidada. Por este motivo, o autor acreditava que as causas das neuroses atuais deveriam ser procuradas em situações do presente, portanto atuais. Por estas razões, os pacientes portadores destas afecções foram, por um certo período de tempo, não raramente negligenciados pela clínica psicanalítica.

Os caminhos para a formação da manifestação do psicopatológico nas neuroses atuais e na conversão não são os mesmos. A satisfação da pulsão sexual está na causa das duas manifestações. Dizer que para ambas a causa é sexual não é tão simples e deve ser melhor explicado. Neste sentido, não deve ser entendido que as etiologias são coincidentes, pois a diferença “das neuroses atuais às psiconeuroses é essencialmente etiológica e patogênica” (Laplanche, 1994, p. 299). Nas neuroses atuais há uma inadequação ou mesmo uma ausência de satisfação sexual. Na conversão, o sintoma é a pura expressão da impossibilidade (neurótica) do sujeito satisfazer com êxito a pulsão sexual.

Do ponto de vista etiológico há uma diferença muito significativa entre a manifestação do psicopatológico na conversão histérica e nas neuroses atuais. Esta diferença etiológica é perceptível na relação que cada uma destas entidades nosográficas mantém com o conceito de sintoma. A manifestação psicopatológica na conversão histérica é o sintoma propriamente dito, assim como proposto pela teoria psicanalítica. O sintoma remete a uma situação traumática vivida na infância, que será confirmada pela determinação da mesma com o surgimento do quadro conversivo. A neurose atual não está sujeita à mesma determinação, o que já intuía Freud. Neste sentido, o emprego do termo sintoma começava a sinalizar certa impropriedade para seu uso quando relacionado especificamente às neuroses atuais.

Do ponto de vista patogênico, o corpo é investido e afetado de modo distinto em ambas as manifestações. Na conversão histérica, o corpo participa como personagem central do drama histérico, permanecendo, contudo, ileso em sua integridade. Já nas neuroses atuais o corpo não é da mesma forma dramatizado, é atingido tragicamente e não escapa ileso, é realmente lesionado. Não se trata de uma simulação ou de uma encenação, como sugere a queixa e o sintoma histérico, mas algo da ordem de um ato, que, inesperadamente, desencadeia um padecimento somático.

Outra contribuição importante da obra freudiana para o estudo da somatose foram os desenvolvimentos a partir do conceito de narcisismo, principalmente em relação ao narcisismo primário. Na teoria psicanalítica, o termo narcisismo representa um modo particular de relação com a sexualidade. Freud postulou pela primeira vez o termo narcisismo como um estágio normal da evolução da libido em 1911, em seu estudo sobre a psicose do presidente Schreber. Convém lembrar que o termo libido é designado por Freud como a energia sexual que parte do corpo e investe nos objetos.

O primeiro modo de satisfação da libido seria o auto-erotismo, isto é, o prazer que um órgão retira de si mesmo, de modo que as pulsões parciais procuram, cada qual por si, sua satisfação no próprio corpo. Este é o tipo de satisfação que, para Freud, caracteriza o narcisismo primário, enquanto o eu como tal ainda não se constituiu. Os objetos então investidos pelas pulsões são as próprias partes do corpo.

No texto “Um esboço da psicanálise Freud” (1940) coloca que “o amor dos pais pelo filho equivale a seu narcisismo recém-renascido”. Os pais transferem para a criança seus sonhos e desejos que não puseram em prática, ou seja, revivem seu próprio narcisismo que eles haviam abandonado desde longa data. De um ponto de vista dinâmico, o narcisismo primário representa uma espécie de onipotência que se cria no encontro entre o narcisismo nascente do bebê e o narcisismo renascente dos pais.

É, portanto, durante o narcisismo primário que se dá o primeiro modo de satisfação da libido, a satisfação auto-erótica, como já foi dito. O próprio órgão é então objeto de investimento das pulsões. Estas noções sobre o narcisismo primário abriram caminho para importantes áreas de estudo, como por exemplo a constituição da subjetividade a partir da relação mãe-bebê, assim como o estudo da passagem do corpo anátomo-fisiológico para o corpo erotizado. Esta última questão será abordada com mais detalhes em outra seção.

Tendo situado as neuroses atuais como uma via que introduziu o estudo da somatose na psicopatologia freudiana, bem como sua articulação com outros conceitos na teoria, passaremos, então, a trabalhar o conceito de somatose e sua relação com a conversão.

1.4. Somatose e Conversão

Inicialmente, é importante ressaltar que a nossa opção é pela utilização do termo “somatose”. Na literatura sobre o tema não há consenso em relação a utilização dos termos. Encontramos diferentes nomes para designar, basicamente, o mesmo quadro clínico, o qual nem sempre é compreendido e explicado do mesmo modo.

A somatose, enquanto um fenômeno clínico que se expressa no corpo, é também denominada por outros termos, variando conforme os autores e suas teorias. Os termos mais encontrados atualmente na literatura são fenômeno psicossomático, doença psicossomática, conversão somática, manifestação psicossomática, manifestação somatoforme, transtorno somatoforme, distúrbio psicossomático e psicopatologia somática. O importante, neste caso, é saber o que o autor quer dizer com os termos que emprega.

Como conceito nosográfico os autores empregam basicamente três termos. A “somatose”, termo empregado nesta pesquisa. “Psicossomática” é o termo encontrado com mais frequência na literatura. É usado por autores como Pierre Marty (1993), (um dos fundadores da Escola de Psicossomática de Paris), bem como seus colaboradores L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé (1981) além de outros. O termo “psicossoma” vem sendo usado por Joice M.D (e seus colaboradores). No manual de psicopatologia infantil de Ajuriaguerra encontramos o termo “distúrbios psicossomáticos”. Dos quatro termos, o que aparece com mais frequência na literatura é psicossomática.

Articulamos a fundamentação desta pesquisa a partir da teoria psicanalítica. Encontramos no corpo teórico desta, alguns conceitos pertinentes ao tema e que têm algumas características em comum. Uma das semelhanças é a relação que estes conceitos têm com o conceito de corpo. Estes conceitos, embora complementares ou semelhantes naquilo que se propõem a explicar, necessitam de clareza e distinção, a fim de que se possa ter melhor proveito dos termos empregados no decorrer do texto.

Além de situar a variação no emprego do termo para diferentes autores, é preciso também delimitar o conceito de somatose dentro da própria teoria, diferenciando esta de somatização e de conversão histérica. Somatose e somatização são conceitos complementares.

Uma somatose é uma somatização, mas nem toda somatização é uma somatose. A conversão histérica é um tipo de somatização, mas não é uma somatose.

A concepção da teoria psicanalítica é monista, segundo a qual corpo e psíquico formam uma unidade, isto é, estão intrinsecamente ligados um ao outro. Esta unidade entre corpo e psíquico pode ser entendida em sintonia e como um correlato da noção de sujeito, uma vez que há um único sujeito e uma única estrutura. Isto não impede, contudo, a possibilidade de que se discuta e delimite os conceitos de corpo e psiquê. Para este propósito, dois conceitos são importantes na compreensão psicanalítica da somatose: o conceito de corpo e o conceito de objeto *a*, os quais serão melhor definidos posteriormente.

Uma característica constitutiva da neurose é que ela mesma é o resultado do fracasso do recalçamento. As defesas neuróticas operam de modo a substituir uma representação insuportável por outra representação mais aceitável para o eu. O fracasso desse mecanismo de substituição dá lugar aos sintomas tipicamente neuróticos.

A conversão deve ser entendida como um mecanismo que ocorre nas neuroses, e não como um mecanismo exclusivo na formação de sintomas na histeria conversiva, ocorrendo, entretanto, com muito mais frequência na histeria. Consiste numa transposição de um conflito psíquico e numa tentativa de resolvê-lo em termos de sintomas somáticos, motores (paralisias, por exemplo) ou sensitivos (anestésias ou dores localizadas, por exemplo). (Laplanche, 1994)

O desejo inconsciente recalçado desempenha um papel central, pois, impedido pela força do recalque de realizar sua descarga em um objeto externo, fará com que esta descarga energética apareça no corpo. O que consiste, ainda, numa tentativa criativa de solucionar o conflito, evitando o que pode ainda ser pior.

Em relação aos sintomas conversivos, na medida que procuramos delimitá-los e diferenciá-los da somatose é importante lembrar da relação específica dos sintomas conversivos com sua significação simbólica. Isto indica, por um lado, que este sintoma é uma formação do inconsciente e, como tal, inscrito na ordem dos significantes.

Na perspectiva de “o inconsciente estar estruturado como uma linguagem” (Lacan, 1998), podemos afirmar que o sintoma na histeria conversiva, que aparece no corpo, tem valor de comunicação. O sintoma é como um enigma. O enigma, quando decifrado, demonstra seu valor de comunicação para quem o decifra. Neste sentido, o sintoma não cessa de avisar que há um saber, inconsciente, que demanda através do sintoma, ser sabido.

Isto remete a uma peculiaridade da relação determinante entre a rede de significantes, o sintoma e o corpo, na conversão histérica. Os casos clínicos mostram que este sintoma interpretado no trabalho analítico faz não só com que as queixas por parte do paciente em relação ao sintoma diminuam ou desapareçam, mas faz também com que o corpo “adoecido” restabeleça-se rapidamente. Neste sentido, podemos afirmar que o corpo na somatização histérica é um corpo imaginário, fantasmático.

O caso clínico trabalhado por Freud de Frau Elisabeth von R. ilustra muito bem o mecanismo da conversão. Um breve relato deste caso nos será útil. Esta jovem paciente estava enamorada do cunhado. De pé ao lado do leito de morte da irmã, ela ficou horrorizada ao ter o pensamento: “Agora ele está livre e pode casar comigo”. Esta cena foi instantaneamente esquecida e logo surgiu o sofrimento, bem como os sintomas histéricos. A via através da qual a neurose tentou solucionar o conflito deve ser entendida na medida que a paciente afastou o valor de mudança que ocorrera na realidade, recalcando a exigência pulsional que havia surgido, ou seja, seu amor pelo cunhado. Freud nos diz ainda, que a reação psicótica neste caso teria sido uma rejeição do fato da morte da irmã (Freud, 1924).

A somatose, enquanto manifestação psicopatológica, não está relacionada exclusivamente a uma das três estruturas estabelecidas pela psicanálise: neurose, psicose e perversão. Assim, uma somatose pode se manifestar tanto em um neurótico, num psicótico como num perverso, embora, poucos ainda sejam os estudos com relação à perversão.

A diferença fundamental que salientamos aqui entre a somatose e a conversão histérica é que a conversão histérica é determinada diretamente por uma relação na cadeia de significantes. Está inscrita, portanto, como uma formação do inconsciente (assim como os lapsos, atos falhos, chistes, o sintoma) produzida por recalçamento. No caso da somatose, temos uma manifestação que não segue as mesmas regras significantes específicas das formações do inconsciente. Trata-se de uma manifestação psíquica que lança mão de outros mecanismos para sua ocorrência.

Neste sentido, Nasio (1993) coloca o que ocorre na somatose:

...”são aquelas formações psíquicas às quais as leis significantes de sucessão e de substituição não se aplicam; eu diria que são formações psíquicas nas quais não vemos as mesmas leis significantes que poderiam ser aplicadas para as formações do inconsciente”. (p. 09)

Quando dizemos que a somatose não responde às mesmas leis significantes que operam nas formações do inconsciente, segundo Nasio, está sendo referido o processo de formação da manifestação da somatose. Por outro lado, não quer dizer que, pelo fato da somatose não fazer relação ao significante, estes pacientes estejam impedidos de se beneficiar do tratamento psicanalítico. Concordamos, então, com Guir (1988) quando diz que:

“Os fenômenos psicossomáticos, não possuindo as mesmas condições de formação do sintoma, mas sendo passíveis de se colocarem dentro do campo da linguagem, como efeito do inconsciente sobre o somático, não se situam fora do âmbito de pesquisa da psicanálise”.(p. 22)

O significante é constituinte e estruturante para o sujeito, para sua identidade e suas conseqüentes identificações. O sujeito é determinado por uma cadeia de significantes que o sustenta. No caso do significante nome-do-pai, este pode ordenar ou não a estrutura significante; se ordena, é porque ocorreu o processo de recalçamento e, se não ordena, é porque foi foracluído e a cadeia significante seguirá, conseqüentemente, uma outra lógica. Embora o processo de formação da somatose não faça referência à cadeia de significantes, como já foi descrito, a saída para o paciente somatoforme é pela via do simbólico, ou seja, pela via da significação.

O mecanismo de formação da somatose é semelhante ao mecanismo que produz a alucinação, a foraclusão. Aqui, não devemos confundir psicose com foraclusão, a psicose é um estado, uma posição na estrutura e a foraclusão é um mecanismo. Um mecanismo de exclusão do simbólico e do significante nome-do-pai.

Tanto a alucinação, como o acting-out e a somatose são “formações do objeto a” e estão, portanto, relacionadas com a dimensão do fazer. Neste sentido, o sujeito faz sem saber o que faz. Já a comunicação na neurose é significativa, estando, portanto, relacionada a um “dizer”. A comunicação na somatose é um “ato”, um fazer no corpo. O corpo é tomado por algo que não faz significação para o sujeito; conseqüência disso é a idéia de que o que lhe ocorre é independente de si, portanto tomado por algo externo a si. Entendemos, então, que se trata de um objeto errático, do retorno de um objeto errático.

A via de retorno é, neste caso, muito particular: um sujeito não dividido, mas fragmentado ou compactado, acolhe e percebe um objeto errático. A trama do meio que

circunda o objeto e onde se opera a percepção tem uma outra estrutura que não aquela do meio recalçante, e isto porque a operação dominante aqui é a foraclusão. Considerando o caráter forclusivo do meio, chamamos esta formação de formação de *a* produzida por foraclusão (Nasio, 1991). A questão do retorno do objeto na somatose será retomada no decorrer dos textos.

Para Guilyardi (1997), o que surge na somatose, no real, é aquilo que não foi pago com o simbólico, ou seja, ali onde o simbólico no corpo não adveio, surge no real. A relação do paciente com a lesão de órgão, a afecção que porta em seu corpo, é descrita pelo autor na seguinte passagem:

“Não fala e não quer falar dela, e não quer que lhe falem. Ela lhe é estranha, até mesmo estrangeira, e, como tal, voltaremos a isso mais adiante, ele eventualmente a combaterá. Ele está na ignorância e na fatalidade. É assim que eles nos parecem: passivos, aceitando o destino”. (p. 56)

A partir de sua compreensão do funcionamento destes pacientes, da fatalidade à qual são submetidos e do modo particular que se relacionam com sua doença, Guilyardi coloca que o destino está escrito e o homem irresponsável. Trata-se de algo que é dado ao sujeito antecipadamente, como determinação, e que faz parte de uma subjetividade que constitui um sujeito, o qual não faz idéia do que o destino pode lhe apresentar.

Para finalizar este item, uma crítica de Nasio ao conceito freudiano de conversão histérica. O autor entende que este conceito não escapou da dicotomia cartesiana. Uma vez que conversão quer dizer a conversão de uma representação em alguma coisa do corpo, traz em si o germe da dicotomia cartesiana, corpo/alma, de onde derivou a psicossomática clássica. Para evitar esta dicotomia e a discussão sobre a questão de saber se é a alma ou o corpo que predominam, o autor prefere partir de novo da experiência, partir do que se vê e se ouve dos pacientes. E neste sentido o que se ouve e o que se vê é que o corpo não está estendido no espaço, o corpo é uma coisa que se suporta, que se sofre, que se experimenta, etc. Um corpo que nos aparece como sendo nosso e como não sendo nosso. Um corpo que é meu na medida que o outro que está em frente remete para mim minha imagem, aí é meu. (Nasio, 1993).

A diferenciação entre somatose e conversão encontra no texto de Lacan algumas passagens muito pontuais, é o que será abordado no próximo item.

1.5 Lacan e a somatose

As contribuições de Lacan para o progresso dos estudos e das pesquisas sobre a somatose

foram de extrema relevância. Não temos a pretensão de dizer que as contribuições do autor se resumem ao que será discutido nestas linhas. Evocaremos, entretanto, aquelas que nos parecem mais importantes e úteis para este estudo.

O avanço teórico produzido pelas formulações de alguns conceitos e algumas noções criadas pelo autor fornecem instrumentos capazes de possibilitar um melhor entendimento do que se passa e do que está em jogo na somatose. As pesquisas nesse campo proliferaram-se rapidamente nas últimas décadas não somente no meio psicanalítico, mas também na psicologia e na psiquiatria. Estamos cada vez mais próximos de uma compreensão mais clara e efetiva que possa dar conta, com maior precisão, dos mecanismos de formação da somatose e suas manifestações.

Não encontramos na obra escrita de Lacan nenhum momento em que o autor se detenha a trabalhar especificamente o tema da somatose. Nas passagens em que se refere ao tema, suas colocações estão soltas e diluídas nos textos, de modo breve e preciso. Os autores que estudam a somatose a partir do referencial lacaniano, costumam citar com mais frequência os Seminários do que os textos dos Escritos de Lacan.

Uma contribuição original de Lacan de extrema relevância para a psicanálise foi a formulação do conceito de objeto *a*. Dentre outras conseqüências desta noção, talvez a mais importante delas tenha sido a possibilidade do entendimento de que o psiquismo não se resume às articulações significantes. Isto quer dizer que há algo que escapa à lógica dos significantes, escapando, portanto, à lógica do inconsciente. O que excede a esta lógica foi denominado pelo autor de objeto *a*. (Conceito que será trabalhado na seção 2.2, adiante)

Na revisão da literatura feita por Valas (1990), onde aponta as contribuições das teorias psicanalíticas para o campo da somatose, ao citar Lacan o autor remete a quatro passagens do texto do autor, sendo três delas extraídas dos Seminários. Algumas das colocações de Lacan serão discutidas a seguir.

No Seminário livro 2, de janeiro de 1955, Lacan estabelece uma diferença fundamental que possibilitou o encaminhamento para a construção de um conceito mais objetivo para a somatose, ao dizer que esta se situa “fora do âmbito das construções neuróticas” (Lacan, 1985, p.127). Em julho de 1956, esta posição é reafirmada por Lacan no Seminário 3 sobre as psicoses, quando diz “que estes fenômenos são estruturados bem diferentemente do que se passa nas neuroses” (Lacan, 1988).

A idéia defendida pelo autor é a de que a manifestação da somatose não se dá pelas mesmas vias das manifestações neuróticas, uma vez que estão constituídas e estruturadas de modos distintos. Foi a partir dessas distinções, portanto, que foi possível formular a questão sobre se as manifestações da somatose são sintomas ou não. Freud não estava satisfeito com o emprego do termo sintoma para as neuroses atuais. Lacan é pontual na questão, ao colocar que o termo sintoma não preenche as condições necessárias para seu emprego na psicopatologia somática. Esta posição do autor demarca, comparativamente, o que a somatose é, a partir do que ela não é.

Mais tarde, no Seminário 11 (1988), Lacan lançará a questão de que, se na somatose não encontramos os mesmos mecanismos de formação dos sintomas, assim como ocorrem nas neuroses, que tipo de mecanismos estarão presentes nesta manifestação e que tipo de relação com a linguagem são estabelecidas pela mesma. Partimos da idéia de que efetivamente há relação da somatose com a linguagem. Trata-se, então, de saber como essas manifestações se articulam na linguagem. A seguinte afirmação de Lacan (1988) é esclarecedora do que se passa na somatose a nível dos significantes primordiais:

“A psicossomática é algo que não é um significante, mas que, mesmo assim, só é concebível na medida em que a indução significante, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânise do sujeito (p. 187)”.

Contudo, é uma colocação complexa, que exige algumas explicações complementares. Nesta citação estão condensadas muitas idéias. A principal delas remete à constituição da subjetividade. A articulação do desejo materno com o desejo paterno são os elementos (significantes) centrais e constituintes da subjetividade humana. Lacan entende que o sujeito está dividido entre S1 (significante do desejo materno) e S2 (significante nome-do-pai), de modo que S2, significante que representa também a alteridade, opere numa ação de

recalcamento sobre S1. Estes dois significantes dão origem a uma série, são, portanto, os dois primeiros. O encontro deste par de significantes, ou mesmo seus desencontros, equacionam forças, de modo a tomar rumos e caminhos que levam a uma arquitetura original, que tem efeitos estruturantes, determinando movimentos do sujeito.

Podemos falar pelo menos em três posições resultantes da operação entre os significantes S1 e S2. Essa distinção é fundamental para a compreensão da somatose. Nem sempre, nesta operação, ou indução significativa, ocorre o corte de S1 sobre S2. Façamos, então, em três modos possíveis de ordenação dos significantes a partir da articulação de S1 com S2, isto é, da relação de S1 com o corte, que são: a) o significante S1 é recalcado (o que daria lugar à neurose); b) o significante S1 é foracluído (o que daria lugar às psicoses); c) o emassamento ou a compactação entre S1 e S2 (que daria lugar à somatose).

A indução significativa é esta operação que se passa entre esses dois significantes fundamentais. Ele qualifica de afânise (de desvanecimento, de eclipse) do sujeito a dissolução do sujeito em S2. O sujeito passa a ser representado por significantes. Ao dizer que a indução significativa, no nível do sujeito, se passou de maneira que não põe em jogo a afânise do sujeito, o autor quer dizer que a operação de recalcamento de S2 sobre S1 falhou, constituindo uma estrutura distinta da organização neurótica. É neste sentido que o autor afirma que a somatose é algo que não é um significante. O que não quer dizer, por outro lado, que há um sujeito da somatose, ou seja, a somatose não é uma estrutura assim como a neurose. A melhor prova disso é lembrar que a manifestação da somatose pode ocorrer tanto na estrutura neurótica, na psicótica como na perversa. Valas (1990) coloca, a partir da teoria lacaniana, que não existe um sujeito da somatose que possa se particularizar, contudo, os fenômenos da somatose estão ligados a efeitos de linguagem, apesar de estarem fora de subjetivação. Estes fenômenos, nesta medida, dão testemunho do fracasso da metáfora subjetiva. O autor aponta para uma subjetividade precariamente constituída, fragilizada que, a nível de aparelho psíquico, oferece uma estrutura deficitária e, como dito anteriormente, a causa relaciona-se à afânise do sujeito que não foi acionada.

Outra contribuição importante de Lacan foi pronunciada em 1975, numa conferência em Genebra sobre O Sintoma. Nesta colocação, Lacan não fornece uma explicação contundente sobre a relação da somatose com a linguagem. Contudo, aponta para um caminho ainda pouco explorado, mas que parece ser uma via fértil para abordar a questão da somatose,

quando diz que o corpo se deixa escrever qualquer coisa da ordem do número. Lacan, nesta conferência, compara as manifestações da somatose a hieróglifos escritos no corpo, os quais ainda não conseguimos ler com precisão. A afirmação do autor evoca a idéia de que o que está inscrito no corpo na forma de uma lesão, não passa pela significação da letra, diferentemente do sintoma neurótico, por exemplo.

Dois textos dos Escritos de Lacan, um escrito em 1936 e outro em 1948, trazem contribuições significativas para o estudo da somatose. Para Nasio, a teoria do estágio do espelho é a tradução, a releitura da teoria do narcisismo de Freud, com a diferença da introdução de um elemento decisivo, o espelho. A grande característica do estágio do espelho é ser um drama que se desenrola entre um corpo prematuro e uma imagem total, que ultrapassa este corpo.

Em “A agressividade em psicanálise” (1948) percebemos a preocupação de Lacan em aplicar clinicamente a noção de estágio do espelho, principalmente na psicose e na somatose. Neste texto apresenta o seguinte matema: “La satisfaction du désir humain n'est possible que médiatisée par le désir et le travail de l'autre” (Siboni, p.121)*. Este matema é fundamental na medida que retoma determinada perspectiva para o estudo da somatose, perspectiva que Freud não havia vislumbrado. Para Freud, como foi colocado anteriormente, as neuroses atuais deveriam ser entendidas a partir de fatos e situações recentes e atuais, descartando, assim, a possibilidade de encontrar uma causa anterior, passada, que se relacionasse com o sintoma, assim como nas neuroses. Este matema recupera a idéia de sobredeterminação, ao vincular a somatose ao desejo de outro, sendo a somatose seu efeito.

Algumas pesquisas atuais vêm demonstrando a importância da erotização do corpo da criança pelos pais e relacionando as falhas desta erotização do corpo com sua vulnerabilidade que podem ocasionar enquanto possibilidade de ocorrência de uma somatose. Trata-se, portanto, da mediatização do trabalho do outro, os pais, enquanto seres desejantes e implicados na transformação do corpo dos filhos em corpo erógeno. A lesão de órgão será o resultado de um investimento intra-orgânico, auto-erótico da libido, no órgão ou parte do corpo onde falhou a erotização. Esta questão será abordada com mais detalhes em outro item.

* “A satisfação do desejo humano não é possível se não mediatizada pelo desejo e pelo trabalho do outro”.

Nasio faz alguns acréscimos a certas concepções da teoria lacaniana. Seus estudos sobre o conceito de objeto *a*, bem como o emprego deste na pesquisa sobre a somatose, são do interesse deste trabalho.

1.6 Nasio, as formações do objeto *a* e a somatose ou psicopatologia somática

A grande contribuição de Nasio para o estudo da somatose é resultado do estudo e da articulação do conceito de objeto *a*, desenvolvido por Lacan. Nasio propõe uma expressão utilizada, criada e desenvolvida em seus seminários, desde 1981, que são as “Formações do Objeto *a*” (Nasio, 1991). Foi explorando os limites de *a* que o autor deu nova forma, organização e sentido a certas manifestações do psiquismo. O conceito criado é, do ponto de vista teórico, uma derivação, uma especialização do conceito de objeto *a*.

Foi, então, explorando os limites de *a*, enfatizando o que já fora estabelecido por Lacan com este conceito, que o autor estabeleceu uma nova dimensão ao psiquismo e uma nova organização da nosografia psicanalítica, o que, conseqüentemente, formalizou e ampliou os domínios do psíquico no homem. Suas contribuições implicam também um aprimoramento da escuta psicanalítica do psicopatológico.

O autor faz uma distinção entre dois tipos de acontecimentos específicos que se passam na transferência. Ao fazer tal distinção, entre esses dois tipos de transferência, estabelece e constrói um conceito novo na teoria psicanalítica, que é o de formações do objeto *a*, o qual é definido como sendo as diversas formações psíquicas, mais freqüentes do que se imagina na cura e que atualizam a transferência em um fato compacto, heterogêneo aos significantes, agrupando-as sob a denominação *de formações do objeto a* (Nasio, 1991).

A pesquisa do autor é desenvolvida a partir da escuta clínica de seus pacientes, estabelecendo, assim, uma relação específica da pesquisa psicanalítica com a transferência. A clínica é o grande laboratório de pesquisa do pesquisador psicanalítico e onde a transferência ocupa um papel fundamental. Distingue dois tipos de transferência, aquela que evoca acontecimentos significantes e aquela que evoca acontecimentos não significantes. A primeira move-se na matriz da transferência linguageira e a segunda na matriz da transferência não

linguageira. A matriz languageira é aquela que está ao nível do “dito”², como o lapso, articulada na lógica do significante. A matriz não languageira é aquela que está ao nível do fazer, como a somatose, por exemplo. Ao estabelecer as diferenças entre essas duas dimensões, a do dito e a do fazer, Nasio (1991) propõe a distinção entre as formações do inconsciente das formações do objeto *a*, onde a dimensão do dito é a redução ao plano do inconsciente e a dimensão do fazer, a redução ao plano do objeto *a*, o que está claro na seguinte passagem:

“O dito e o fazer se realizam sem seu conhecimento e, de algum modo, fora deles, excêntricos tanto ao analista quanto ao paciente. Assim, caracterizamos as formações do inconsciente como inscritas na dimensão do dito (*dit-mension*): o sujeito diz sem saber o que diz; e caracterizamos as formações do objeto *a* como inscritas na dimensão do fazer (*faire-mension*): o sujeito faz sem saber o que faz”. (p. 53-4)

Apresenta, então, três argumentos que respondem, segundo ele, à necessidade de criação do conceito de formações do objeto *a*, e que são:

- “a necessidade, em clínica, de fazer com que existam, graças a um nome, diversos produtos psíquicos reunidos pelo traço comum da proeminência de *a*, sob sua figura clínica de um fato compacto. Sem esse nome que as agrupa, as referidas formações permaneceriam dispersas e excluídas do domínio psicanalítico”;
- “a necessidade, na prática, de identificar essas mesmas formações de acordo com o modo de escuta que determina o psicanalista. A posição do analista não é absolutamente a mesma diante de um lapso, ou diante do aparecimento repentino de uma afecção psicossomática”;
- “à necessidade, em teoria, muito particularmente no nível dos matemas lacanianos, de desenvolver a fecundidade e a potência do algoritmo *a*. O melhor destino de um matema é apelar para que outras letras venham aí se articular, constituindo um novo matema...” (op. cit.)

²“Dito” para o autor quer dizer aquilo que o sujeito diz sem saber o que diz; no sentido de que seu “dito” diz mais do que ele supõe estar dizendo.

A transferência atualiza-se sempre em ato, e este ato é sempre exterior ao sujeito, que contudo o veicula (op. cit.), seja esse um dizer ou um fazer. Dissemos que um fato compacto atualizou a transferência, pois é importante enfatizar aqui a distinção entre as formações do inconsciente, que atualizam a transferência através de um dizer, ou de dizeres, quer seja um ato falho, um sintoma ou um lapso, pois somente fazem sentido quando inseridos em uma cadeia de significantes. Assim como as formações do objeto *a*, que atualizam a transferência não a partir de um dizer, mas de um fazer, como uma alucinação, uma passagem ao ato ou a somatose. Uma dimensão é a do dito, que está inscrita na cadeia dos significantes, ou melhor, que faz referência ao significante. Outra dimensão, que não se põe em palavras ou ditos, mas em ato, como uma somatose, ato inscrito no corpo.

A idéia do autor, ao formular o conceito de formações do objeto *a*, possibilita agrupar um certo número de manifestações psíquicas ou produções psíquicas, que não estão organizadas de acordo com os mesmos critérios que definem as formações do inconsciente. Os critérios que definem as formações do inconsciente nos possibilitam a compreensão de como se organizam e como se formam o sintoma, o lapso, o ato falho, etc, demonstrando o atrelamento destas formações ao significante e sua significação na cadeia de significantes.

Esses critérios, o das formações do inconsciente, não são válidos para outras formações psíquicas, uma vez que seguem outros caminhos para sua manifestação, bem como para sua formação. É esse o caso da alucinação, da fantasia, do acting-out e da somatose, que seguem critérios ou regras distintas para suas realizações. Tratam-se, basicamente, de dimensões distintas.

O segundo argumento do autor é de que, na medida que se identificam e se agrupam estas formações em um nível teórico, estaremos favorecendo também um aprimoramento da escuta na clínica. Por quê? Terá, o psicanalista uma escuta distinta para as duas formações? Nasio nos diz que sim, a posição do analista não é a mesma diante de um lapso ou diante de uma somatose. O autor remete, novamente, à divisão entre estes dois tipos de formações psíquicas: uma – a do inconsciente – é decifrável e o psicanalista faz parte dela; e outra – as do objeto *a* – é terminal e o psicanalista permanece em suspenso diante dela. Frente a esta última situação, o autor articula o seguinte encaminhamento: quando o analista permanece em suspenso, a única saída é fazer com que o sujeito-suposto-saber renasça, transformando o silêncio do objeto em um enigma formulado: por quê? (Nasio, 1991)

Interrogar-se a partir de um porquê parece ser um modo de fazer com que esta lesão real surgida no corpo, no caso da somatose, destaque-se minimamente do resto do corpo, faça um pouco de sombra, para que o sujeito abra espaço para a interrogação: Por quê? E a partir daí instaurar, ou reinstaurar a transferência no setting analítico.

Seu terceiro argumento é de que o conceito de objeto *a*, por ser muito fecundo e central na teoria, possibilite que, em sua articulação teórica e clínica se produza novas conseqüências e novas construções.

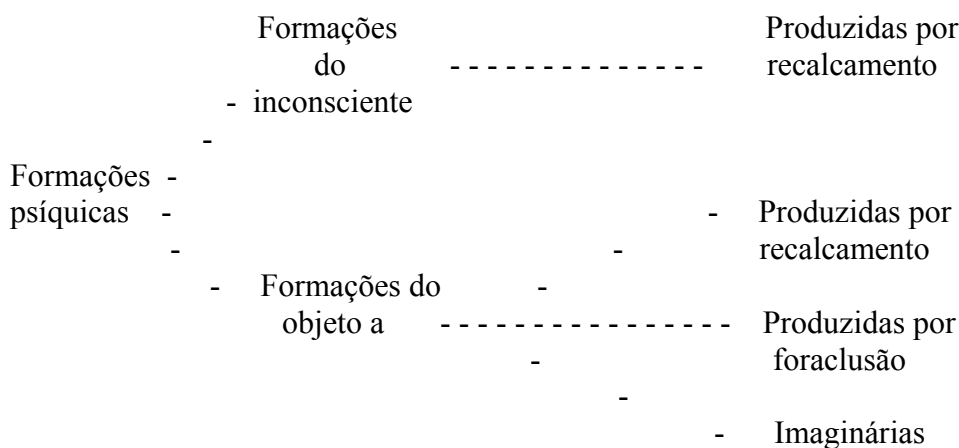
A questão do retorno do objeto nas formações do objeto *a* merece mais atenção, pois esta noção é central para o entendimento da somatose. O sujeito, por dizer e não saber o que diz, fazer e não saber o que faz, é levado a perceber e compreender seu dito e seu fazer como estranhos a si e provenientes de outro lugar. Portanto, o retorno do objeto , tanto nas formações do inconsciente como nas formações do objeto *a*, é percebido pelo sujeito como excêntrico a si. As diferenças entre o retorno do objeto nas operações de recalçamento e de foraclusão estão colocadas pelo autor na seguinte passagem:

“Em outras palavras, no recalçamento, o recalçado e seu retorno são homogêneos enquanto que, na foraclusão, ainda que se trate sempre do ego, o que é rejeitado é profundamente heterogêneo ao que reaparece. A operação forclusiva é, portanto, mais bem sucedida que a do recalçamento, já que o que reaparece é tão radicalmente heterogêneo ao núcleo intolerável, que não há volta possível de um a outro: o sujeito não sabe e jamais saberá do sexo. O preço deste êxito foi uma lesão local e seu correlato, a alucinação”. (Nasio, 1991, p. 76)

O movimento da foraclusão é o que o autor procura demonstrar. Trata-se de uma seqüência de eventos na qual, inicialmente, alguma coisa do ego incomoda, este arranca-a de si sem distinção, rejeita-a e a reencontra, enfim, transformada e no exterior. É assim que podemos afirmar que algo do simbólico é rejeitado e retorna no real. Neste sentido, o autor procura explicar que o problema da foraclusão coloca-se de modo que o ego que rejeita e alucina é radicalmente heterogêneo ao ego objeto da alucinação. Contudo, não podemos perder de vista o fato de que em sua origem a foraclusão não é uma rejeição, mas, ao contrário, a abolição de uma rejeição que deveria ter acontecido, mas não aconteceu. O que é abolido, neste nível, é o próprio processo de recalçamento. Tomamos, então, o foracluído não

como um elemento ou uma coisa, “mas o movimento centrífugo, que coloca continuamente um significante na periferia da constelação significativa” (op. cit.).

O esquema abaixo é esclarecedor, situando as idéias do autor em relação às formações do objeto *a* e às modalidades de retorno do objeto. Nele observamos primeiramente que as formações do inconsciente não equívalem ao todo do psiquismo ou das formações psíquicas. Observa-se, também, que as formações do objeto *a* ocupam um lugar ao nível e ao lado das formações do inconsciente, facilitando, neste sentido, a compreensão e a classificação de manifestações psíquicas, como por exemplo a alucinação. O autor faz a distinção entre as formações de *a* produzidas por forclusão, por recalçamento e imaginárias. O esquema que segue é de Nasio (1991).



1.7 Números e cifras

Os capítulos anteriores evocaram repetidamente a idéia de que os mecanismos de formação e as manifestações da somatose não podem ser entendidos a partir do modelo das neuroses e, conseqüentemente, das formações do inconsciente. Se estes significantes não estão ordenados a partir da lógica que os rege normalmente, poderiam estes significantes, desobrigados com sua ordem, encontrar outros modos de articulação, de expressão e de significação?

Poucos autores têm escrito sobre esta questão. Os autores aqui citados são seguidores do pensamento de Lacan, tendo cada qual tirado suas próprias conseqüências, geralmente coincidentes, a partir da escuta psicanalítica de seus pacientes. Nasio (1991, 1993) e Guir (1988, 1998), dentre outros, são autores e psicanalistas, que se dedicaram a esta questão.

Encontramos pelo menos três posições de Lacan, referidas no texto de Valas (1990), acerca de certa especificidade da relação do significante com a somatose. A primeira delas foi uma colocação referente às manifestações da somatose dermatológica no Seminário Livro 3, de 1955 (1988), onde coloca que: Há não sei qual impressão ou inscrição direta de uma característica até, em certos casos, de um conflito (p. 84). Refere-se à noção de alguma coisa escrita no corpo, de uma inscrição direta sem, contudo, detalhar o que isto quer dizer especificamente e como opera. Em 1975 Lacan coloca que na somatose trata-se mais de uma cifragem do lado do número do que da significação (Valas, 1990).

Estas colocações apontam para uma desvinculação progressiva da articulação dos significantes e suas significações em sua relação direta com a letra, na somatose, e uma possibilidade de compreender as manifestações da somatose a partir de uma articulação dos significantes na perspectiva de uma cifragem, portanto a nível do número.

Encontramos no dicionário Aurélio (1986) as seguintes definições para os termos cifra e cifragem, as quais podem ser úteis para clarear o propósito do emprego dos termos: Cifra – (do árabe çifr, vazio, zero) 1. Zero, algarismo sem valor absoluto, que serve para dar às unidades que o acompanham um valor relativo, de acordo com a posição; 2. 3. Importância ou número total; 4. Explicação ou chave duma escrita enigmática ou secreta; 5. Essa escrita; 6. Monograma de um nome. E o termo cifrado significa: escrito em caracteres secretos, carta cifrada.

As formações do inconsciente resultam de uma combinatória que, conforme sua lógica, torna acessível e possível a introdução de novos elos, como um sintoma formado por deslocamentos e substituições significantes tornando-se, assim que produzido, um novo elo entre outros na rede significante. As formações do objeto *a* são terminais: elas não resultam nem fazem parte de nenhuma combinatória. Esta diferença é colocada por Nasio (1993) na seguinte passagem:

“O que especifica as formações do inconsciente é o modo de operar com elas: elas são decifráveis, enquanto que as formações do objeto não o são; elas são signos e se as trata como tais, substituindo-os uns aos outros. Decifrar não quer dizer desvelar o sentido oculto, mas permutar um signo por outro, introduzir uma nova cifra e compor uma nova seqüência de signos”.(p.101)

A partir deste referencial e da escuta psicanalítica de pacientes somáticos, Guir (em Nasio, 1993) evidenciou no decorrer destes tratamentos que havia quatro ordens de significantes particulares que intervinham nestes fenômenos. Na primeira ordem, significantes datais no sentido da data. O autor notou que existe “uma numeração particular que remete a um episódio particular de um dos membros da família, como se fosse necessário retomar a história, uma outra história”. Nos casos de leucemias de crianças, Guir (1993, op. cit.) observou que:

“...o processo maligno desencadeia-se no momento em que uma outra criança da família atinge uma idade que foi a do pai num episódio muito preciso e particular da sua história. Se quiserem, esta cifra remete a alguma coisa temporal da história familiar. Por exemplo, numa neoplasia do seio algo é apontado por um algarismo em praticamente 90% dos casos verificados”.(p. 84)

Estes significantes datais que estão presentes no momento da eclosão de uma somatose não operam isoladamente, esses algarismos são integrados a uma constelação de outros significantes igualmente implicados na eclosão da somatose. É da cristalização desses significantes que o sujeito vai sofrer em determinado momento de sua história. Combinando eventos datais de sua história com a de outro da família, o corpo responde num efeito de *só depois* a um agenciamento particular destes parâmetros. O corpo de um responde como efeito ao chamamento de um outro com uma lesão de órgão, uma somatose. (op. cit.).

Na segunda ordem de significantes, o autor encontrou algo que se passa em relação a um significante em particular: o nome próprio. “Há pois uma degradação, uma dessacralização do nome próprio, um rebaixamento deste, numa leitura corrente que vai desmascarar o sujeito” (op. cit.). Em muitos casos, o sobrenome e o nome vão fazer eco a significantes de lugares, designados no desencadeamento dos fenômenos psicossomáticos. Refere também à ocorrência de casos em que o nome próprio contém em parte um apelo ao órgão atingido.

Na terceira ordem, são certos significantes que vão atravessar o sujeito e que são injunções, significantes injetados, e que dizem respeito a uma mulher, se se trata de um homem, e a um homem se se trata de uma mulher. Muitas vezes, para o sujeito, foi exigido que ele fosse de um sexo biológico oposto ao do nascimento. A esta demanda, de produzir um novo sexo biológico, o sujeito responde pelo gozo de um órgão: auto-erotismo tomado no

sentido do sofrimento que ele coloca à disposição do outro sem saber, de modo que o órgão atingido funcione como se fosse preciso estar na fantasia do sexo biológico do outro (op. cit.).

A quarta ordem são as holofrases, certas particularidades que se encontram no discurso destes pacientes. Em uma palavra encontra-se toda uma frase. Guir (op. cit.) diz que podemos marcá-las nas entrevistas preliminares, quando se pergunta ao sujeito a explicação natural de sua doença, isto é, por que ele tem essa afecção e na explicação ele produzirá significantes holofrase.

1.8 A holofrase

A holofrase é um fenômeno de nosso particular interesse, uma vez que sua manifestação é encontrada com freqüência na fala de pacientes somáticos e seu melhor entendimento pode revelar os processos psíquicos envolvidos na produção de significantes holofrase, bem como outras operações do funcionamento da somatose que serão discutidas neste texto.

Segundo o dicionário francês Robert (1985), uma holofrase (holophrastique) “é uma frase inteira que se expressa por uma única palavra ou palavra frase”. No Seminário Livro 1 de 1954 (1986), Lacan faz referência a holofrase: “Há frases, expressões, que não podem ser decompostas e que dizem respeito a uma situação tomada no seu conjunto. São as holofrases”. Nasio (1993) acrescenta a isso que a holofrase está nitidamente ligada à necessidade, ao corpo; faz o seguinte entendimento do conceito:

“Esse apelo não é um significante no sentido de um elemento discreto, associado a outros da mesma natureza. Trata-se de um apelo do tipo informe, maciço, tanto no nível do som como da imagem. Trata-se de uma enunciação pura na qual o sujeito é implícito: não há enunciado nem “shifter” no enunciado, isto é, não há enunciado no qual se ouve dizer "eu" ou "tu", nem há “shifter” relacionado ao tempo. Trata-se de enunciações puras, quero dizer, sem sujeito do enunciado. O exemplo mais claro de uma enunciação pura é um grito, e particularmente um grito de dor, um pedido de socorro, uma injunção, uma intimação, condensada em uma ou duas palavras ou, ainda, emissões de sons entrecortados, ruídos estranhos, frases que se repetem sem sujeito”. (p. 62)

As holofrases são enunciações esvaziadas de sujeito. Contudo, é o sujeito que as coloca em ato, as enuncia, mas não há no enunciado algo que se escute evocado em nome de um sujeito. Nasio fala do caso de uma mãe neurótica que lhe dizia ter percebido no decorrer do dia, ter repetido vinte vezes ao seu filho: “apressa-te”. Para o autor trata-se de uma enunciação do tipo injunção; o sujeito não está aí e a enunciação não é destinada a ser ouvida.

Em “O desejo e sua interpretação”, Lacan sublinha que a holofrase tem um nome: é a interjeição. A interjeição é uma palavra invariável, podendo ser empregada isoladamente para traduzir uma atitude afetiva do sujeito falante. Interjeicionar quer dizer introduzir, fazer intervir. Há aqui a noção de apelo, do grito primitivo (Comida! Socorro!).

Nasio remete à afirmação de Lacan no Seminário, Livro 11, na qual diz que os significantes S1 e S2 solidificam, são emassados, lembrando que se trata de uma afirmação teórica, correspondendo portanto ao registro da teoria. Por este motivo, Nasio faz uma distinção entre dois registros, quando se fala de holofrase: o registro teórico e o registro clínico. Atribui a Guir (1993) a iniciativa de pensar que há frases condensadas em uma palavra e que vem a ser a origem do desenvolvimento de uma lesão de órgão (Nasio, 1993), isto é, a holofrase no registro da clínica.

A holofraseação de S1-S2 é uma falha no funcionamento do primeiro par de significantes e seu efeito patógeno sobre o corpo segue, talvez, uma lógica própria ao significante. Guir (1993) aponta para três efeitos da holofraseação do par significante, que são: a) A suspensão do sujeito na relação especular: O que é do registro da composição simbólica é definido, mais radicalmente, na periferia: a holofrase se prende a situação limite, lá onde o sujeito está suspenso numa relação especular ao outro. Para Lacan a imagem especular é o canal pelo qual se faz a transfusão da libido do corpo para o objeto. Esta transfusão será interrompida, suspensa por algo que diz respeito ao espelho. b) A falha na afanização do sujeito. Sabe-se que a operação transferencial destes pacientes é particularmente difícil. Se o processo de separação, de abertura para o desejo do Outro, é capenga, vemos que há dificuldade para que haja transferência, posto que na transferência o analista encarna o objeto *a*. É aqui que o desejo do analista deve, mais do que nunca, se exercer. c) Da dificuldade de pagar: O mais-gozar não emerge em decorrência da holofraseação de S1 S2, e o sujeito não assume a dívida simbólica enquanto o analista não estiver na posição de objeto *a* (1993).

A título de ilustração, Nasio (op. cit.) faz uma comparação entre a interpretação e a holofrase; nos diz que a primeira, totalmente ao contrário da segunda, é uma palavra cortada, que remete a uma outra. Quer dizer que a interpretação abre cadeias, a holofrase fecha ou, em todo caso, provoca retornos que se fecham sobre si mesmos. A primeira descrição clínica de uma psicopatologia somática seria que é uma lesão que não remete a nada, que se fecha sobre si mesma. Aqui o autor apresenta, ao articular o conceito entre o registro teórico e o registro clínico, traços e características importantes da psicopatologia na somatose, como por exemplo, que é uma lesão que se fecha sobre si mesma, não remetendo a nada ao nível do significante. Fechar-se sobre si mesmo e não remeter a nada são também características da holofrase.

A holofrase parece ser um bom modelo para a somatose, e também, seu mecanismo é revelador de uma estrutura mais abrangente, a da somatose. Traz de modo resumido em seu conceito o que se passa na psicopatologia somática. Nesta psicopatologia, a afânise do sujeito não foi acionada. A alienação não se realizando, a operação separação tampouco pode se efetuar. Como conseqüência, a petrificação ou gelificação da cadeia de significantes, não deixando intervalo entre os significantes, nem entre S1 e S2, como na holofrase. O Outro não é barrado. É o que coloca Valas (1990), em relação à circulação do Outro na somatose:

“Não somente o sujeito não está representado por um significante para outro significante, mas, desde que não há abertura dialética do desejo do Outro, a operação separação não pode produzir-se. O ser do sujeito fica então submetido ao discurso do outro, do qual ele não pode se esquivar esvaecendo-se como sujeito dividido pelo significante” (p. 81).

O sujeito recebe o discurso do outro de um modo direto, falta-lhe o que podemos chamar de uma mediação simbólica, a qual seria um atributo do sujeito dividido. Fica, desse modo, submetido ao discurso do outro.

1.9 O complexo de “Nebenmensch”

A cria humana, o filhote homo sapiens, ao nascer não é ainda humano e para tornar-se um depende, pelo menos no início da vida, muito pouco de si mesmo. Sua bagagem genética não lhe assegura nem o conhecimento, nem o saber e sua humanização depende do outro que vai acolher seu chamado, seu grito. Para o bebê, futuro sujeito, esta fase é de extrema fragilidade e insocorridade (Hilflosigkeit). O que é o bebê diante do Outro da linguagem?

Souza (1998) vai nos dizer que a criança fora do desejo do Outro da linguagem “é apenas sensações sem nenhum nome: luz, peso, frio, molhado, cocô, xixi, fome, sede, dor; estas, ela só vai associá-los porque alguém irá lhe ensinar.”

Freud (em Infante, 1998), no texto “Esboço de Psicanálise” chama de complexo de “Nebenmensch” (quase ser humano) a esta ação do outro que vem responder ao grito do bebê em uma ação específica. O complexo diferencia-se em uma dimensão real, a da satisfação, e outra que vai se registrar na memória como significante. Neste processo o futuro sujeito terá o acabamento de suas funções corporais num mundo banhado pela linguagem. Torna-se um ser pulsional e, portanto, não instintual (op. cit.).

É a mãe que acolhe o grito do bebê, o qual expressa suas urgências vitais e tensões fisiológicas. É ela quem toma este grito como um apelo, e para fazê-lo tem de supor uma subjetividade no bebê. Tomar o grito como um apelo dirigido é colocá-lo ao nível de uma interpretação; razão pela qual denominamos de mãe simbólica. A importância deste tipo específico de ação da mãe é destacada por Infante (1998) no que segue: “A necessidade de que essa função simbólica se altere em presença e ausência simbólica garante o intervalo significante em que o sujeito vai se alojar”.

São estas primeiras trocas entre a mãe e o bebê que farão com que realizem as primeiras inscrições pulsionais, em torno das quais o aparelho psíquico do bebê irá se estruturando. A condição do bebê neste primeiro momento da vida é de estar fundido com a mãe, portanto o aparelho psíquico desta terá para o bebê uma função estruturante. É a mãe quem terá de decodificar as mensagens corporais do bebê e dar conta da excitação que ele ainda não tem condições de elaborar. Esta função é chamada por alguns autores de pára-excitação.

1.10 Problema de pesquisa

Esta pesquisa consiste na tentativa de interpretar dois casos de leucemia infantil à luz da teoria psicanalítica e a partir do conceito de somatose assim como proposto nessa dissertação.

Os estudos de casos podem confirmar ou não a teoria em questão. Contudo, espera-se que os casos possam ilustrar e assim confirmar a teoria, ou mesmo, por outro lado, colocar questões à teoria.

O que buscamos realizar neste estudo é uma leitura psicanalítica dos casos a partir dos dados obtidos nas entrevistas com crianças portadoras de leucemia e familiares no Hospital da Criança Santo Antônio, onde elas fazem tratamento anti-leucemia.

Algumas teorias apontam para caminhos neste insólido terreno das interações entre o psíquico e o somático, procurando demonstrar as possíveis relações e determinações entre ambos. Objetivamos articular os dados obtidos nas entrevistas com os participantes com o referencial teórico, na intenção de evidenciar e estabelecer nos casos os possíveis mecanismos da somatose presentes no processo de desencadeamento da doença. Isto é possível na medida que se tem acesso a história subjetiva dos participantes, a partir de seus relatos nas entrevistas.

Nosso interesse de pesquisa é precisamente o de, a partir da escuta psicanalítica e do trabalho teórico, estabelecer as pré-condições necessárias sem as quais a psicopatologia somática não poderia surgir, bem como investigar os fatores desencadeantes.

1.11 O corpo na psicanálise

A pesquisa de Freud sobre a hipocondria teve como uma de suas conseqüências a modificação e ampliação do conceito de corpo erógeno. A noção de zona erógena surgiu muito cedo nos escritos de Freud, designando um lugar no corpo suscetível de ser a sede de uma excitação de tipo sexual. Os orifícios são as portas do corpo por onde se realizam os estímulos e respostas do organismo nas emoções e nas sensações mais vivas de prazer ou desprazer.

Após ter considerado como possivelmente erógeno apenas o conjunto que reveste o corpo, a pele, as mucosas e os orifícios, Freud, a partir de seus estudos sobre a hipocondria, estende a possibilidade de ser sede de uma excitação de tipo sexual a todos os órgãos figurados do interior do corpo. Assim sendo, qualquer parte do corpo pode tornar-se erógena, e qualquer marca a ele pode ser atribuída. “O corpo surge aqui tal qual o encontramos nas fantasias ou nos delírios – como um grande livro em que se inscreve a possibilidade do prazer”... (Leclaire, p. 56, 1977)

O mesmo autor salienta a importância da teoria das pulsões de Freud como uma contribuição original para a superação do dualismo entre o psíquico e o orgânico. A originalidade do conceito consiste em estabelecer o inconsciente fora das categorias do biológico e do psicológico entendido em seu sentido pré-freudiano. A doutrina das pulsões situa-se de outra maneira e não na oposição tradicional entre alma e corpo (op. cit.).

A diferença que Sara Pain (1999) estabelece entre organismo e corpo é de nosso particular interesse. O organismo constitui uma infra-estrutura programada, contendo a memória das reações e dos reflexos necessários à regulação do indivíduo orgânico. Por exemplo o ritmo respiratório, a abertura da retina à luz, o reflexo primário de sucção, etc. Constitui uma ampla memória biológica, enquanto o corpo representa, na combinação de seus movimentos, sensações e afetos, tudo aquilo que ainda é possível. “As novas combinações de palavras, sons, gestos, são da competência do corpo em que exerce o pensamento. Se o corpo pode criar é precisamente porque o organismo garante-lhe um constante funcionamento” (p. 24, op. cit.).

Na concepção de Pain o organismo é informação e o corpo é construção. O organismo tem a ver com o indivíduo, o corpo, ao contrário, pertence ao sujeito e se constitui ao mesmo tempo que ele. Neste sentido, como afirma Caon (1994) em relação a concepção da autora, que o crescimento biofisiológico é resultado de informação genética. O crescimento psicológico é resultado de aprendizagens.

Nasio (1993) compara a diferença entre organismo e corpo na postura do médico e do psicanalista frente ao corpo do paciente na seguinte passagem:

“Contrariamente ao cirurgião, que se coloca diante do corpo de seu doente e o trata como um organismo, sem se preocupar em saber se ele fala ou goza, o psicanalista, por sua vez, deverá constantemente referir-se, direta ou indiretamente, aos parâmetros que são a fala e o sexo, e assim, conceber dois estatutos do corpo: o corpo falante e o corpo sexual”.
(P. 53)

Para a definição do conceito de corpo no campo psicanalítico, dois parâmetros são fundamentais, que permitem a delimitação desse conceito, e que são: a fala e o sexo.

Em relação ao corpo sexual, é importante salientar que o investimento sexual no corpo nunca é total, é sempre parcial. Nessa perspectiva não existe corpo total, o corpo é sempre

uma parte. O investimento no corpo é sempre parcial. Dizemos que o corpo é sexual porque o corpo é todo gozo e porque o gozo é sexual.

Corpo e linguagem estão intrinsecamente ligados. Quando se fala em “corpo falante”, significa que o corpo que interessa à psicanálise não é um corpo de carne e osso, mas um corpo tomado como um conjunto de elementos significantes, ou seja, o corpo inscrito e nomeado na rede de significantes. O corpo necessita significação.

Guilyardi (1997) tem um conceito bastante elaborado sobre o corpo, expresso na passagem abaixo:

“O corpo seria, pois, visto como construído por um conjunto topológico de uma certa extensão, limitado por bordas, segundo um encadeamento lógico da necessidade ao desejo, por uma armadura simbólica, imerso no real, orientado nas brumas do imaginário para um ou mais objetos *a*, através do fantasma”.
(p. 45)

1.12. O objeto *a* e sua relação com a somatose

A compreensão psicanalítica do que o ser humano é, está intimamente ligada à noção de objeto *a*. Isto se dá pelo fato de que, para a psicanálise, o homem é um ser eminentemente desejante, e o objeto *a* está, precisamente, na causa do desejo. Podemos interrogar, então, a título de verificação, o que é o homem fora de sua condição desejante? Não seria a posição autística o lugar de uma negação do ser como desejante? Não é o autista aquele que vive em seu próprio e isolado mundo, que dispensa a relação com o outro e, que nada, ou quase nada enuncia em nome de seu desejo?

Ser humano é ser não todo, é estar marcado por esta impossibilidade de ser todo, de ser completo. Uma impossibilidade constituinte, pois não ser completo é estar em falta, e a falta é o móvel necessário para a condição de desejante. Na completude não há lugar para o desejo, desejar o que, quando tudo se tem. Portanto, o sujeito do desejo é o mesmo sujeito marcado pela falta, falta que é da ordem de uma impossibilidade constituinte de ser todo. Desejo é, neste sentido, efeito da falta, ou seja, o desejo é o fruto, humano, da falta. Deseja-se o quê? O que não se tem, o que é eternamente faltante: deseja-se ter, deseja-se ser, deseja-se estar.

Um conceito introduzido por J. Lacan, que podemos situar como uma de suas mais importantes contribuições, tanto para o avanço da teoria como da clínica psicanalítica, é, como

vemos, a criação do conceito de objeto *a* (pequeno *a*). Assim como a descoberta do inconsciente, o conceito de objeto *a* amplia a dimensão do psíquico no homem, introduzindo a idéia de que, consciente, pré-consciente, inconsciente não equivalem a todo o domínio do psíquico. Idéia que será retomada no decorrer dos textos.

O conceito de objeto *a* foi criado por Jacques Lacan, a partir de algumas idéias presentes no texto escrito por Freud em 1915, intitulado “Luto e Melancolia.” Neste texto Freud, ao referir-se à pessoa que foi perdida e de quem faz o luto, empregou a palavra “objeto” e não “pessoa”. Não fala da “pessoa amada e perdida”, mas sim do “objeto perdido”. Portanto, quando colocamos a questão, quem é o outro, quem é este outro amado e agora desaparecido, de quem faço luto? Freud o chama de “objeto”, e Lacan, de objeto *a*. (Nasio, 1993)

Quando falamos em objeto, estamos falando precisamente em representações psíquicas. A palavra objeto não designa a pessoa exterior do outro, ou aquilo que a pessoa que me é dado a perceber conscientemente, mas a representação psíquica inconsciente desse outro. O termo objeto designa, verdadeiramente, uma representação inconsciente prévia à existência de outrem, uma representação que já se acha ali e na qual virá escorar-se a realidade externa da pessoa do outro ou de qualquer de seus atributos vivos (Nasio, 1989).

Posto isso, podemos refletir sobre a constituição do objeto *a*, que não é um objeto do mundo. O objeto *a* é uma categoria formal e não descritiva. Não significa nada de empiricamente determinável e nenhum sentido lhe é definitivamente atribuído. Não sendo representável como tal, só pode ser identificado sob a forma de fragmentos parciais do corpo, redutíveis a quatro: o objeto de sucção (seio), o objeto da excreção (fezes), a voz e o olhar (Chemama, 1995).

Para Lacan são cinco as imagens do desprendimento destacadas dentre as numerosas variedades corporais do objeto *a*. De acordo com os diferentes períodos de evolução, o sujeito “consume” e perde, sucessivamente, a placenta, o seio, depois os excrementos, e ainda o olhar e a voz (Nasio, 1993).

A relação entre o objeto *a* e o desejo está bem posta na seguinte passagem:

“Este objeto é criado no espaço, na margem que a demanda (isto é a linguagem) abre além da necessidade que a motiva: nenhum alimento pode “satisfazer”, por exemplo, a demanda do seio. Ele se torna mais precioso para o sujeito do que a própria satisfação de sua

necessidade (desde que esta não esteja realmente ameaçada), pois é condição absoluta de sua existência, enquanto sujeito desejante. Parte destacada do corpo representável, o objeto se constitui e opera como falta a ser”. (Chemama, 1995, p. 150)

Na citação acima, Chemama coloca uma diferença fundamental entre necessidade e desejo. A satisfação da necessidade e a satisfação do desejo são concebidas em dimensões distintas. Neste sentido a pulsão ocupa um lugar central na articulação da necessidade e do desejo. Após a primeira experiência de satisfação, a manifestação pulsional não pode mais, com efeito, aparecer como uma pura necessidade. A necessidade liga-se a uma representação mnésica de satisfação. A criança, portanto, tende a satisfazer-se, num primeiro tempo, sob a forma de uma satisfação alucinatória. Somente após uma certa repetição das experiências sucessivas de satisfação, a imagem mnésica de satisfação será distinguida da satisfação real. Conseqüência deste processo é a imagem mnésica funcionar no aparelho psíquico como uma representação antecipada da satisfação ligada ao dinamismo do processo pulsional (Dor, 1989). A perspectiva da pulsão é a de atingir seu objeto e buscar sua satisfação. Entretanto, o que satisfaz a pulsão na necessidade alimentar, por exemplo, não é o objeto alimentar, mas o prazer investido na boca. O objeto *a* está na realização de cada desejo, sua presença, contudo, é a de um vazio que qualquer objeto pode ocupar, o que está melhor explicado na citação abaixo:

“O único objeto que poderia responder a esta propriedade só pode ser o objeto do desejo, este objeto que Lacan designará como objeto *a*, objeto do desejo e ao mesmo tempo objeto causa do desejo, objeto perdido. Assim, o objeto *a*, enquanto eternamente faltante, inscreve a presença de um vazio que qualquer objeto poderá ocupar. Assim, segundo Lacan, tal objeto pode encontrar seu lugar no princípio da satisfação de uma pulsão, desde que aceitemos que a pulsão o contorne, à maneira de um circuito”. (Dor, 1989, p78)

Outra via para compreender a noção de objeto *a* é tomá-lo como efeito da força dos significantes constituintes (S1 e S2)*, onde a equação destas forças, do encontro destes significantes, produz um sujeito. Equação que propõe um corte de S2 sobre S1, corte este que se efetiva com a introdução da lei, que organiza e constitui, levando a queda do objeto amado

e perdido. Esta ruptura com a complitude marca um lugar de falta, falta que instala-se no ser, ou, por outro lado, o ser que é, é o mesmo que deseja ser. É o que coloca Chemama (1995), ao referir-se ao objeto *a*: "...é condição absoluta de sua existência, enquanto sujeito desejante. Parte destacada do corpo representável, o objeto *a* se constitui e opera como falta a ser" (p. 152).

Esta via que permite também compreender o conceito de objeto *a*, enfatiza a perspectiva da linguagem, assim como propõe o axioma lacaniano: "o inconsciente está estruturado como uma linguagem" (Lacan, 1998). Nesta ótica, e nesta lógica, dois significantes dão origem a uma série; estes dois são, portanto, os dois primeiros. Trata-se de uma articulação entre o par signifiante S1 e S2*. O encontro deste par de significantes, ou mesmo seus desencontros, equacionam forças, de modo a tomarem rumos e caminhos que levam a uma arquitetura original, que tem efeito de estrutura. Podemos falar pelo menos em três posições resultantes da operação entre os significantes S1 e S2. É esperado que se realize nesta operação um corte de S2 sobre S1, produzindo um recalçamento constituinte, mas nem sempre acontece. Falemos, então, em três modos possíveis de ordenação dos significantes a partir da articulação de S1 com S2, isto é, de S1 com o corte, com a lei, que são: a) o signifiante S1 é recalçado (o que daria lugar à neurose); b) o signifiante S1 é foracluído (o que daria lugar às psicoses); c) o emassamento, ou a compactação entre S1 e S2 (que daria lugar à somatose).

Esta investigação, a partir do par signifiante (S1, S2), propõe um olhar ao início, à origem e à estrutura. De um objeto *a*, emergente, que nasce e não cessa de mostrar seu resto na realização de cada desejo; e de uma somatose, psicogeneticamente traçada e instalada potencialmente, que convive no sujeito como um dispositivo a seu alcance que a qualquer momento, mas num determinado momento, pode ser acionado. Seu acionamento dispara um mecanismo, que age, então, fazendo uma lesão de órgão.

O objeto *a* é situado por Nasio (1993) como aquilo que é heterogêneo à rede do conjunto signifiante. Ou seja, o sistema produz alguma coisa excedente que lhe é heterogênea ou estranha. A ordem simbólica significa que todos os seus componentes, inclusive aquele que

* S1 – signifiante do desejo materno, S2 – signifiante Nome-do-Pai (ou metáfora paterna). "O nome-do-pai" é uma função signifiante, que, ao substituir o primeiro signifiante, o desejo materno, possibilita ao filho, ser inscrito no Outro, sob a forma de significação fálica...esta operação dá ao filho certa autonomia diante da cadeia

constitui seu limite (S1), são homogêneos, isto é, todos são regidos pelas leis da lógica significante. Já o objeto *a*, ao contrário, é o único a escapar a essa lógica. Está claro então, que o objeto *a* é excedente e heterogêneo as leis da lógica do significante.

Perguntamos, então, qual a peculiaridade nos efeitos da articulação do par significante em sua implicação com a somatose? Sabemos que um significante representa o sujeito para um outro significante. O processo de alienação, o qual é constituinte, não funcionou. Guir nos aponta para o seguinte encaminhamento, do qual tiraremos algumas conseqüências:

“Do nosso ponto de vista, este significante S1 não é nem forcluído (não se trata de psicose) nem recalçado. Para Lacan a alienação está, inextricavelmente, ligada ao processo de separação que faz emergir o objeto *a*, causa do desejo. E ainda: Parece que, na dinâmica psicossomática, a metáfora paterna não funciona, não faz corte entre S1 e S2, para que haja emergência do objeto *a* (Guir, 1988, p. 174).

A idéia subjacente é de que se a metáfora paterna (significante nome-do-pai) não faz corte, falha na função de produzir um corte, não recalçando nem forcluindo o significante nome-do-pai, poderá produzir, assim, um sujeito da somatose. Esta falha na operação do corte tem como um efeito possível a produção de um sujeito quase imune a falta e, conseqüentemente, diminuída sua propriedade desejante, bem como sua inserção no simbólico.

A alienação referida por Lacan na citação acima, de Guir, diz respeito ao processo constituinte de inserção do sujeito no campo da linguagem. Sujeito que não é causa da linguagem, mas sim, causado por ela. “O que quer dizer que o sujeito que advem pela linguagem só se insere nela como um efeito; um efeito de linguagem que o faz existir para logo a seguir eclipsá-lo na autenticidade de seu ser”. (Dor, 1989, p. 107)

O que se passa na somatose entre S1 e S2, como já foi dito, não se trata nem de recalçamento, nem de foraclusão, mas sim de uma compactação ou de um congelamento significante, ou como Guilyardi coloca, (palestra proferida em Porto Alegre em 07.11.97): “S1 está colado em S2; é uma coagulação da rede de significantes, do S1 com S2”. Este congelamento, coagulação dos significantes primordiais é algo distinto do que se passa no

significante e o coloca definitivamente sob a condição da lei: a condição essencial, condição de estrutura para que o sujeito habite a linguagem e seja introduzido no mundo simbólico como um ser sexuado.

recalcamento e na foraclusão. Contudo, o que se passa nesta articulação dos significantes está mais próximo da foraclusão do que do recalcamento, não se tratando de uma nova estrutura.

A proximidade da somatose em relação as manifestações psicóticas e a própria psicose liga-se ao fato de que ambas as realidades são produzidas pelo mesmo mecanismo: a foraclusão. Uma realidade formada por foraclusão pode tomar dois diferentes rumos. Um onde domina a dispersão produzida pela liberação de cada elemento de sua ligação à cadeia, o que corresponde ao ego fragmentário do psicótico; e outro onde domina a solidificação de todos os significantes, que corresponde a alucinação e a somatose. A solidificação em sua origem, sustenta-se na hipótese de que o intervalo entre S1 e S2 é suprimido e o par, desprovido de sua articulação, solidifica-se em uma espécie de apreensão em bloco comum.

O significante é, reiteradamente, um marco divisório na constituição dos eventos produzidos pelo inconsciente e pelo objeto *a*. A diferença está no fato de que os significantes deixam de ser significantes na medida em que deixam de estar ordenados entre si. É o que Nasio (1991) coloca ao dizer que:

...”a disposição em redes é sua mais estrita condição para ser o que são: seres formais. Rompendo a disposição em redes e infringindo as leis que a regulam, não se está mais diante dos significantes, mas diante de uma outra coisa, bem heterogênea ao significante. Quer se trata de um corpo compacto ou de vários corpos compactos dispersos, não podemos, sob pena de confundir tudo, lhes atribuir a palavra “significante”. Não nos é permitido dizer – como fizemos até agora – “significantes solidificados” ou “significantes dispersos”. Se são dispersos ou solidificados, não são significantes, mas algo bem diferente, em que se transformaram durante a foraclusão” (p. 88).

O autor aponta, na citação acima, para uma dificuldade no emprego do termo “significante”, e da necessidade de mais precisão para o uso deste conceito. Podemos empregar o termo significante do mesmo modo para uma somatose ou para uma alucinação e para as formações do inconsciente?

O conceito de sintoma teve uma trajetória interessante no estudo da somatose e parece ter passado por este dilema.

Era utilizado inicialmente sem restrições e sem problemas para designar as manifestações da psicopatologia somática, contudo, com o aprofundamento dos estudos, o termo tornou-se inviável e logo abandonado por muitos autores.

Outra diferença entre o retorno do objeto no recalçamento e na foraclusão será aqui salientada. Trata-se de que o retorno do recalcado equivale ao que fora anteriormente recalcado e retorna no objeto. O sujeito se depara com este objeto. Na foraclusão o objeto não retorna do mesmo modo. O sujeito não chega a deparar-se ou perceber o objeto, uma vez que nesta operação ele torna-se ele mesmo o objeto.

Esse sujeito fragmentado é aquele que, na base de uma foraclusão, identifica-se com o objeto errático *a*, que retorna de longe. Esta distância entre o sujeito e o objeto é tal que o sujeito não chega a encontrar-se diante do objeto, ele se torna o objeto. O sujeito fragmentado, por oposição ao sujeito dividido da fantasia, é aquele sujeito que acolhe o objeto de seu desejo através do ato de um outro e, portanto, sem o intermédio de um significante.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1 Delineamento

Nossa opção para a presente pesquisa, em termos de delineamento, é pelo método psicanalítico de estudo de casos. Adotamos o modelo de pesquisa psicanalítico de estudo de casos, basicamente como proposto por Pierre Fedida. Outros autores não psicanalistas contribuíram para a divulgação e o aprimoramento do método de estudo de casos. Na literatura consultada sobre o tema encontramos alguns autores que propuseram modelos de pesquisa interessantes.

Encontramos certa sintonia com o modelo proposto por Yin (1993) de estudo de casos múltiplos do tipo descritivo, uma vez que nossa opção em termos de delineamento é pelo estudo de dois casos. Este modelo de estudo de caso, segundo o autor referido, segue uma lógica de replicação e não de amostragem. A replicação segue uma lógica segundo a qual cada caso estudado não deixa de possuir uma estrutura de experimento a ser replicada. Para ele isso significa também que se deve incluir dois ou mais casos em um mesmo estudo, precisamente porque o investigador prevê que serão encontrados resultados similares.

Para Yin (op. cit.), os estudos de casos podem ser exploratórios para simples coleta de dados a respeito de algum assunto, ou descritivos, modelo de pesquisa que demanda uma maior compreensão teórica sobre o assunto, de modo que a teoria possa orientar na coleta de dados.

O método empregado nesta pesquisa é o método psicanalítico de investigação, tomando como referência o modelo comparatista. Um exemplo deste modelo é o texto escrito por Freud em 1893, intitulado “Alguns pontos para o estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas”. É a partir deste modelo comparatista que nossa pesquisa será conduzida, estabelecendo-se os limites e as diferenças entre a somatose e a conversão histérica.

Freud (1915) enfatiza duas características do método psicanalítico de investigação que ocorrem na relação entre o objeto e o sujeito da pesquisa, que são a repetição e a inferência, ao dizer: “Chegamos a uma compreensão acerca de seu significado por meio de repetidas referências ao material de observação do qual provindo, mas ao qual, de fato, foram impostas” (p. 137). Para este método a repetição é reveladora, o dado fornecido pela repetição pode ser fundamental para a compreensão do caso, e as inferências, são sempre uma autoria do pesquisador e impostas pelo mesmo.

Em “A Pulsão e suas Vicissitudes” Freud (1915) fala um pouco mais sobre seu método na seguinte passagem:

“O verdadeiro início da atividade científica consiste antes na descrição de fenômenos passando então a seu agrupamento, sua classificação e sua correlação. Mesmo na fase de descrição não é possível de evitar que se apliquem certas idéias abstratas ao material manipulado, idéias provenientes daqui e dali, mas por certo não apenas das novas observações... Só depois de uma investigação mais completa do campo de observação, somos capazes de formular seus conceitos científicos básicos com exatidão progressivamente maior, modificando-os de forma a se tornarem úteis e coerentes numa vasta área...O avanço do conhecimento, contudo, não tolere qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições”. (p. 137)

O modelo de estudo de casos adotado nessa pesquisa toma como referência o modelo proposto por Pierre Fedida. Mas antes de abordarmos sua perspectiva, faz-se importante uma distinção, ou melhor, uma observação. Trata-se da diferença entre falar em “o caso” e de falar em “o paciente”. A necessidade da diferenciação está no fato de que, nesta pesquisa, “os casos” em questão não são pacientes do pesquisador, mas sim dos pediatras do hospital.

Não há, por parte do pesquisador, um compromisso com a cura, ou conduzir a entrevista neste sentido, mas por outro lado há um compromisso com a escuta psicanalítica dos entrevistados. Nesta perspectiva surge outra questão, a da transferência. Há transferência nas entrevistas mesmo estas estando situadas fora do setting terapêutico ou clínico?

É suposto que haja transferência nessa situação de pesquisa, em maior ou menor grau. Não há promessa de cura, mas ela é esperada assim mesmo. Não há promessa de alívio da

angústia, mas o alívio é esperado e acontece, por efeito de uma escuta dirigida a uma fala. Aqueles que se dispõem a participar da pesquisa, chamados de participantes, o fazem também porque esperam algo, e algo que os faça falar. Colocam, assim, a transferência em ação.

As observações de Fedida sobre o relato fornecido pelos pacientes (participantes, nesse caso) assemelha-se ao que Freud coloca em relação à repetição. Fedida (1992) sublinha a importância da repetição no relato, ao dizer: “Mas, a cada vez, o relato torna-se mais minucioso, sob pretexto de querer ser mais preciso, mais exato.” E assim, a cada nova versão, novos dados, novas informações são agregadas. O autor faz também a seguinte recomendação ao psicanalista: “Escutar esta fala em suas menores palavras e até nas impressões diferentes que ela traz e produz.” (p. 221)

Para o autor, “o caso é uma teoria em germen, uma capacidade de transformação metapsicológica. Portanto, ela é inerente a uma atividade de construção tal como a análise de supervisão seria capaz de construir. Em outros termos, o caso é construído” (op. cit.). Valoriza a força do estudo de casos em sua capacidade de transformação metapsicológica. A elaboração do caso implica em um trabalho de construção do mesmo.

O autor explica melhor então, uma vez que é de interesse de nossa pesquisa sua concepção de construção do caso, que está exposta na seguinte passagem:

...”o caso resulta, de algum modo, de uma redução metodológica dos tempos narrativos dos processos em jogo, em benefício único de sua legibilidade em um texto (oral ou escrito) que dissuade qualquer relato clínico e assim “transcende” o conteúdo do caso. Seria então de sugerir que aquilo que se chama de um “caso”, sem por isso tornar-se um “caso de figura”, é construído pela figurabilidade do texto teórico e assim, a partir de sua capacidade ficcional de produzir modelos clinicamente deformáveis e transformáveis. Esse texto poderia ser considerado metapsicológico em razão mesmo da capacidade de possibilitar uma legibilidade sempre potencial da clínica do caso” (p. 234).

O caso não é, portanto, nem o relato clínico nem o conteúdo do caso, nem ambos. Trata-se de uma articulação intencional nas narrativas, de modo que permitam a legibilidade esperada pelo autor. Na construção do caso a articulação das narrativas do caso e as inferências provenientes do autor são elementos centrais.

A partir de nosso método procuramos identificar e interpretar, nesse trabalho, as mudanças e as conseqüências das mudanças causadas na subjetividade dos participantes, as crianças portadoras de leucemia e seus familiares, pelo diagnóstico de leucemia. Procuraremos definir também as articulações a nível dos significantes que possam estar relacionadas ao desenvolvimento da doença, bem como influenciar seu curso.

3.2. Participantes

Acompanhamos dois casos de pacientes infantis com câncer, mais especificamente a Leucemia Linfoblástica Aguda, no Hospital Santo Antônio. De acordo com o delineamento proposto, foram escolhidos dentre alguns casos dois que mais serviram aos propósitos da pesquisa. Em cada caso foram entrevistados o paciente (a criança) e os familiares disponíveis.

Alguns critérios foram utilizados para a seleção desses dois casos. Os escolhidos foram aqueles que melhor poderiam contribuir aos propósitos da pesquisa e oferecer melhor oportunidade de aprendizado. Para Stake (1994) a escolha do caso também passa por esta perspectiva ao dizer: “Minha escolha foi considerar o caso que me pareceu que poderia me ensinar melhor.” (p. 34)

A escolha dos casos e os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos de acordo com algumas diretrizes básicas. Lembramos, primeiramente, que as crianças devem ter mais de três anos de idade, independentemente do sexo. A preferência por crianças dessa idade deve-se a alguns fatos. Um dos fatos é o número muito reduzido de casos de leucemia durante o primeiro ano de vida (Reaman, 1989). Outro fator é que a criança a partir dos três anos apresenta um maior domínio da expressão oral.

Outro critério adotado foi privilegiar casos que tivessem mais história clínica.

A escolha dos casos foi viabilizada a partir da troca do pesquisador com os pediatras responsáveis pelo setor de oncologia pediátrica que acompanham os pacientes. Estes têm informações sobre os pacientes, as quais foram suficientes para a escolha dos casos. Casos com diagnóstico recente e, conseqüentemente, pouca história clínica, foram de menor interesse para a pesquisa. Desse modo, após a seleção de alguns casos pelo pesquisador, juntamente com os pediatras, estes últimos fizeram um primeiro contato com o paciente e os familiares, encaminhando-os para uma primeira entrevista com o pesquisador, desde que disposto a tal.

Não houve distinção de sexo; casualmente um dos casos é uma menina e o outro um menino. Os casos que serviram satisfatoriamente aos propósitos deste estudo, os dois casos estudados, tiveram sete entrevistas em média.

Esclarecimentos com relação à escolha dos casos e aos critérios de inclusão e exclusão dos mesmos são importantes. Lembramos, primeiramente, que as crianças devem ter mais do que três anos de idade, independentemente do sexo. Outro critério adotado é privilegiar casos que tenham mais história clínica, o que será viabilizado a partir da troca com os pediatras responsáveis pelo setor de oncologia pediátrica que acompanham os pacientes, uma vez que estes têm informações sobre os mesmos que serão suficientes para a escolha dos casos. Deste modo, os médicos encaminharão os casos que potencialmente serão importantes para a presente pesquisa. Casos com diagnóstico recente e, conseqüentemente, pouca história clínica, por exemplo, são de menor interesse para esta pesquisa.

Não concordamos com Barker (1994) quando diz que há, infelizmente, uma longa tradição de clínicos que fazem generalizações com excesso de confiança, com base em observações apoiadas em uma amostra enviesada de clientes, que vieram a seus consultórios. Foram, em parte, responsáveis por isto as histórias de casos de Freud, pois a modéstia em extrair inferências não era sua característica. As neuróticas mulheres vitorianas, que buscavam a psicanálise, não eram um bom fundamento sobre o qual basear teorias gerais sobre a condição humana.

A posição de Barker talvez possa ser explicada pelo fato de que o sujeito da pesquisa psicanalítica é o pesquisador, portanto, é esperado que este formule e articule inferências. Quantos pesquisadores conseguiram transitar pela alma humana com tanta profundidade, clareza e determinação como Freud? Não teria sido justamente a força de suas inferências que permitiram a elaboração de toda uma teoria sobre os sistemas psíquicos do ser humano?

3.2. Procedimentos

A maioria das entrevistas foram realizadas com a presença da mãe e do paciente juntos. No caso 01 todas as entrevistas foram realizadas com a mãe e a paciente. No caso 02 parte de uma entrevista foi realizada somente com a mãe e a outra parte com a mãe e o paciente; em

outra entrevista estava presente o irmão menor; nas demais a mãe e o paciente. Todas as entrevistas foram feitas no Hospital Santo Antônio.

Os participantes foram devidamente informados e esclarecidos com relação a suas participações na pesquisa, ou seja, foram informados sobre em que consiste a pesquisa e as implicações de suas participações. Concordaram também com a gravação das entrevistas e sua posterior utilização para fins de pesquisa, preservando sempre a privacidade.

3.4 Instrumentos

A entrevista é o recurso técnico utilizado por nós para a coleta de dados, tanto para os pais como para os pacientes. Entendemos que a técnica é o ponto de interação entre a ciência e as necessidades práticas, deste modo, a entrevista consegue a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar à vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica (Bleger, 1980)

São dois os tipos de entrevistas descritas por Bleger: a aberta e a fechada. Na fechada, as perguntas já estão previstas, assim como a ordem e a maneira de formulá-las, e o entrevistador não pode alterar nenhuma destas disposições. Na entrevista aberta, pelo contrário, o entrevistador tem ampla liberdade para as perguntas ou para suas intenções, sendo permitida toda a flexibilidade necessária em cada caso particular. Liberdade que serve também para melhor adaptar a entrevista ao entrevistado, no sentido de que o entrevistador controla a entrevista, porém quem a dirige é o entrevistado. (Bleger, 1980)

...”a liberdade do entrevistador, no caso da entrevista aberta, reside numa flexibilidade suficiente para permitir, na medida do possível, que o entrevistado configure o campo da entrevista segundo sua estrutura psicológica particular, ou que o campo da entrevista se configure, o máximo possível, pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado”(p 37)

A função da entrevista está bem descrita na seguinte passagem:

“A regra básica já não consiste em obter dados completos da vida total de uma pessoa, mas em obter dados completos de seu comportamento total no decorrer da entrevista. Este comportamento total inclui o que recolhemos aplicando nossa função

de escutar, porém também nossa função de vivenciar e observar, de tal maneira que ficam incluídas as três áreas do comportamento do entrevistado” (53).

O modelo de entrevista a ser adotado corresponde ao que Bleger descreve como entrevista aberta. As perguntas e questões feitas pelo pesquisador não seguem um roteiro fixo nem predeterminado. Basicamente, em relação aos pais, será solicitado que falem do filho(a) que tem ou teve leucemia, o período anterior e posterior ao diagnóstico; o que mudou para os pais e o que mudou para o filho(a). A criança será solicitada também a falar de como vê esta situação e também a brincar durante a entrevista.

Foi pedido aos entrevistados, os pais e/ou demais familiares e os pacientes, que falem da experiência deles em relação à doença, de modo que eles relatem como era a vida familiar antes da doença do filho, em que circunstâncias a mesma eclodiu, como a família enfrentou o impacto de um diagnóstico de câncer, a convivência com a leucemia, os respectivos tratamentos, etc. O que mudou na subjetividade destas pessoas da família como um todo, mas sobretudo no que se relaciona com o desencadeamento da leucemia e o modo como cada familiar e o próprio paciente se relacionam com esta patologia. Será solicitado que o paciente se expresse sobre estes temas, seja através da fala, de desenhos, gestos ou brincadeiras. Esta é a temática central, para onde as falas deverão ser conduzidas, sem, necessariamente, necessitar de um roteiro de questões pré-estabelecidas para a entrevista.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Caso 1

Trata-se do caso de um menino de sete anos que foi diagnosticado leucêmico aos três anos de idade. A família é constituída pelo pai, a mãe, um filho de dezoito anos, outro de dezessete, o caso com seis e o caçula com quatro anos, todos do sexo masculino. Moram numa cidade da grande Porto Alegre. O pai trabalha em uma fábrica; sempre que lhe é possível faz horas extras e trabalha nos sábados e domingos para poder custear as despesas adicionais que têm com o tratamento de M. Os dois filhos mais velhos também trabalham.

Sua aparência destoa dos demais pacientes em tratamento no ambulatório. A maioria das crianças são magras e aparentam fraqueza, o que não é o caso de M. Ele está muito acima do seu peso normal, chegando aos limites da obesidade. Em parte essa aparência e esse estado físico são devidos ao uso de certa medicação a base de corticóides, que causam retenção de líquido e conseqüentemente inchaço. Seu comportamento e sua expressão é de alguém aparentemente fechado e pouco disponível. Sempre que possível está perto ou no colo da mãe.

Segundo nos relata a mãe, a gravidez de M. foi muito esperada e desejada. Foram cinco anos de espera até o nascimento desse filho. O período entre o nascimento até o surgimento dos sintomas da leucemia transcorreu sem maiores dificuldades ou mudanças na família.

Dois dados são significativos para o caso. O primeiro relaciona-se com a morte da avó materna, que ocorreu quando o filho menor tinha dez meses e M. quase quatro anos. Contudo a mãe faz pouca referência a este fato. O segundo dado relaciona-se com a amamentação. M. só deixou de ser amamentado quando nasceu seu irmão. Estava com aproximadamente três anos de idade; mesmo assim, um mês após o nascimento M. continuou mamando junto com o bebê.

O surgimento dos primeiros sinais dos sintomas da leucemia coincidiram com um evento marcante em sua vida. O aparecimento dos sintomas datam do mesmo período do início da gestação de sua mãe. Mais um filho para o casal e mais um irmão para M., o qual não estava nos planos da família, “veio por descuido”, como disse a Sra. E.

Uma dor intensa em uma das pernas, que chegou a deixá-lo sem caminhar, foi o primeiro sintoma aparente e observável da leucemia. Mais de seis meses passaram-se então entre consultas, exames e sintomas até o descobrimento da doença. O recém nascido tinha quinze dias quando a mãe levou M. ao HSA, onde foi então diagnosticada a leucemia.

Após novas consultas e exames os médicos chegaram à conclusão de que tratava-se de um caso muito grave de leucemia. Conversaram com os pais e disseram da gravidade do caso e que as chances de M. sobreviver eram poucas. Fomos desenganados, é o que disse a Sra. M.

Relata que a doença retornou duas vezes desde a data em que foi diagnosticada, ou seja, duas recidivas. O primeiro tratamento não foi realizado até o seu final, tendo sido interrompido antes do tempo previsto por motivos que não foram esclarecidos pela Sra. E. Sua dificuldade, dissimulação e resistência para falar do motivo da interrupção do tratamento, bem como a falta de uma explicação coerente sobre o fato ou algum outro motivo, sugerem abandono do tratamento pela família.

A primeira entrevista aconteceu após M. consultar com um dos pediatras que trabalham no setor de oncopediatria e após fazer sessão de quimioterapia. Por algum tempo esperei na sala de espera do ambulatório de oncologia pediátrica. Presenciei, isto é, escutei, M. e a auxiliar de enfermagem falando em tom um pouco mais alterado que o usual. O pequeno paciente negava-se a ser puncionado e a auxiliar perdia um pouco de sua paciência. Após algum tempo, conversa e convencimento por parte da auxiliar de enfermagem, M. aceitou a medicação. Observei poucas cenas como esta na sala de espera do ambulatório, uma vez que tive tempo suficiente para isso. Notei também que a auxiliar de enfermagem, pessoa com

quem os pacientes têm mais contato, é bem quista pelas mães e pacientes, combinando eficiência e sensibilidade no seu trabalho. Crianças menores, até os três anos aproximadamente, resistem, por vezes, com choros e gritos à medicação, seja oral ou intravenosa.

Esta entrevista foi realizada na sala de consultas dos médicos no ambulatório, que é ao lado da sala onde as crianças recebem tratamento quimioterápico. Começamos a entrevista na presença da mãe e do filho caçula, enquanto M. terminava de receber a medicação.

Durou pouco tempo a entrevista, não chegou a trinta minutos. Isto foi devido ao curto espaço de tempo disponível por M. e sua mãe. Aconteceu de que as consultas com o médico pediatra atrasaram, e após essa consulta faria sessão de quimioterapia. Após a entrevista comigo ela falaria novamente com o médico, para saber o resultado de um exame e receber orientação, caso necessário. A entrevista ocorreu, portanto, depois de uma consulta com o pediatra e da quimioterapia e antes de outra consulta com o pediatra.

Começamos a primeira entrevista com a mãe e o filho menor, B. M. protestou ao saber que ficaria sem a presença da mãe na sala onde terminava a sessão de quimioterapia. Mesmo sem a aprovação do filho, ela passou para a sala ao lado, onde conversamos. Levou algum tempo até que eu me apresentasse formalmente, explicasse em que consiste a pesquisa, como procederíamos e saber de seu interesse em participar. Após seu consentimento, passamos a falar sobre o tema de interesse dessa pesquisa.

Poucos minutos depois M. entra na sala com ar de quem está muito pouco satisfeito com a situação. Entra e não fecha a porta, o que foi feito pela mãe. Pára ao lado de sua mãe e na minha frente, e fica me olhando sem dizer nada. Falo com ele e ele não responde. A mãe passa B. para a cadeira vaga ao lado e puxa M. para seu colo, interrompe o que dizia e diz: este aqui (M.) é mais nenê que o menor (B.), não é M.? E M. movimentava a cabeça lenta e seriamente para cima e para baixo duas ou três vezes, confirmando a mãe.

No início, pedi à mãe que falasse de como tem sido conviver com o problema de saúde de M., como era antes e como foi depois do diagnóstico da doença. Disse que foi uma gravidez muito esperada, ela e o marido queriam muito ter outro filho. No início do tratamento, quando diagnosticaram a leucemia, disseram que ele tinha poucas chances de sobreviver. Relata que a doença já retornou duas vezes. Os problemas com M. começaram com a gravidez do último filho (B.). Sentia uma dor intensa na perna esquerda, tendo inclusive

parado de caminhar em função da dor. Aproximadamente 6 meses depois do aparecimento dos primeiros sintomas a leucemia foi diagnosticada. Com o nascimento do irmão, o paciente parou de mamar no seio da mãe por um mês, mas somente por um mês. Após este período continuou mamando junto com o irmão.

Em certo momento da entrevista disse que não entendia porque isso tinha acontecido (a leucemia), pois desejaram esta gravidez por cinco anos, “foi um filho muito esperado, e aconteceu isso, deu errado, tudo errado” (palavras empregadas pela Sra. M). Neste momento ela pede a confirmação de M., que está no seu colo: não é M.? E M. novamente acena com a cabeça afirmativamente.

Estas são as passagens mais significativas da primeira entrevista. A Sra. E foi rápida e precisa em suas colocações. Falava com naturalidade e desprendimento do caso do filho. Contudo, um certo distanciamento era perceptível. M. não falou, mesmo quando solicitado, tanto por mim como por sua mãe.

Algumas entrevistas com a Sra. E, bem como conversas rápidas na sala de espera do ambulatório e mesmo nos corredores do hospital deixaram claro dois aspectos: o primeiro aspecto foi o desconforto inicial que lhe causou nosso interesse em saber e falar sobre o caso de seu filho. Reação que diminuiu no decorrer do período em que tivemos contato. Um aspecto claro e visível nessa mãe é o seu empenho em dizer que o filho está bem, que tudo está muito bem, que ela está tranqüila e conduzindo bem as situações. Esta foi uma atitude constante e repetitiva da Sra. E nos encontros. Contudo, nem sempre consegue esconder ou dissimular certa agressividade em relação ao filho e à doença, mesmo por que às vezes parece não percebê-la.

Após as primeiras entrevistas, uma série de dificuldades de última hora passaram a comprometer nossos encontros. Algumas entrevistas agendadas não foram realizadas por diferentes motivos que justificavam a falta de tempo da Sra. E., e outras tiveram duração reduzida por solicitação da mesma.

A freqüente falta de tempo para as entrevistas estava a sinalizar para algo mais do que o excesso de ocupação alegado. Acreditamos tratar-se mais de desinteresse do que propriamente falta de tempo, tendo demonstrado algumas vezes pouca disponibilidade para marcar e comparecer às entrevistas. Contudo, na primeira entrevista a Sra. E. foi bem clara ao colocar seu interesse e disponibilidade para participar da pesquisa, ciente das implicações.

Após algumas entrevistas, uma em especial, a Sra. E. demonstrou pouca disponibilidade, sendo evasiva e falando muito pouco. Somou-se a isto a já mencionada dificuldade para a marcação dos próximos encontros. Na entrevista seguinte, então, colocamos a questão sobre o seu interesse em continuar participando da pesquisa, se realmente gostaria de continuar, uma vez que o fazia por sua própria vontade e que seu engajamento ou não na pesquisa em nada alteraria a rotina do tratamento de M. no hospital. Basicamente foi retomado o que havia sido falado na primeira entrevista. A Sra. E., que neste dia estava mais à vontade, foi muito clara ao reiterar seu desejo de continuar participando da pesquisa. A partir de então os agendamentos passaram a funcionar melhor.

Uma medida adotada pela família de M. merece atenção. Por motivos que não foram mencionados nas entrevistas, os pais de M. não se relacionam com os avós paternos. Esses últimos são separados, cada um mora em uma cidade do interior do estado. Há aproximadamente seis anos que sogra e nora não se vêem ou falam. Os dois filhos menores, M. e B. não conhecem os avós paternos. Por outro lado, “adotaram” como avós os tios maternos, isto é, a irmã da mãe e seu marido. Descartando, assim, os avós paternos.

Trata-se de um corte nas relações de parentesco com a família paterna. Entende-se, neste ponto, que uma parte de sua história e a experiência de conhecer e conviver com os avós verdadeiros foi negada a estas crianças. Tal circunstância denota um sistema de filiação e de relações de parentesco fragilizado simbolicamente.

A história do tratamento da leucemia de M. pode ser resumida da seguinte forma: um início de doença seguido de duas recidivas. Conforme dissemos na seção 1.2.3.1 Princípios gerais do tratamento, nos casos em que a recidiva ocorre em quanto o paciente ainda está em tratamento, freqüentemente indicam que as células malignas tornaram-se resistentes às drogas ou a outro tratamento que esteja sendo usado. Estes casos tornam-se mais difíceis de serem tratados. As dificuldades atuais encontradas pela terapia medicamentosa no tratamento de M. relaciona-se objetivamente com os fatores citados acima.

3.2. Caso 2

Trata-se do caso de uma menina de quatro anos que recebeu o diagnóstico de LLA aos dois anos e nove meses, sem recidivas até o momento. Seu tratamento está indo bem e o prognóstico é bom. A doença foi diagnosticada em janeiro de 1998. Há treze meses está em tratamento no Hospital da Criança Santo Antônio.

A família mora na região da serra e é constituída pelo pai, a mãe e T. A mãe parou de trabalhar para criar a filha. Foi uma criança desejada pelos pais. A Sra. R. desde as primeiras entrevistas demonstrou disponibilidade e interesse. Um pouco tímida no início, mas após algumas entrevistas foi gradualmente sentindo-se mais a vontade e participante.

As oito entrevistas foram realizadas no HCSA. Todas as entrevistas ocorreram na presença da Sra. R. e T., com exceção de uma entrevista, na qual, enquanto o pai acompanhava T. na sessão de quimioterapia a mãe participava da entrevista. Esta foi uma das primeiras entrevistas e única ocasião em que falei com o pai de T. Foi uma das poucas vezes que o Sr. J. pôde ir ao hospital acompanhar o tratamento da filha. Não tivemos, então, a possibilidade de entrevistá-lo.

Durante os primeiros contatos que tivemos, T. não respondia ou respondia precariamente às minhas tentativas de estabelecer um contato mais efetivo com ela. Solicitei em duas entrevistas que fizesse um desenho. Negou-se ambas as vezes, sendo que na última disse que não sabia desenhar.

Ambas, mãe e filha tiveram anemia congênita. A mãe foi curada somente aos cinco anos da anemia. Morava num vilarejo no interior, tendo consultado com algumas benzedeiças durante alguns anos, antes de ser curada pela medicina, conforme seu relato. A filha curou-se da anemia com aproximadamente dois anos.

Três meses antes do diagnóstico a mãe observou que T. andava muito cansada, desanimada. Certa vez em um aniversário, T. não quis ir brincar com as outras crianças, fato que chamou a atenção da mãe. Notou também que ela andava com o sono mais agitado, fato que pôde ser bem observado pela mãe, uma vez que T. dorme no mesmo quarto e na mesma cama dos pais, mesmo tendo sua própria cama e seu próprio quarto.

A mãe diz ter passado a fazer mais as vontades da filha. Refere que após o diagnóstico e com o início do tratamento, a filha tornou-se mais dependente dela, evitando o contato com o pai, crianças e outras pessoas.

A história pessoal da Sra R. é marcada por perdas e mortes. Sua mãe morreu quinze dias depois do parto, não chegando a sair do hospital após o mesmo. Antes de morrer, pediu a uma tia para cuidar de R. no caso de sua morte. Com a morte da mãe, R. foi adotada, então, pelos tios maternos. Estes já tinham oito filhos quando a adotaram.

Pouco tempo antes da chegada de R. em sua nova família, esta mesma família havia perdido duas meninas, gêmeas, com poucos dias de vida e de causa não sabida por R. O início de sua vida está marcado, portanto, pelo significativo da morte que faz duas referências: primeiro, a perda da mãe, e segundo, a acolhida na família adotiva coincide com a morte de duas crianças, onde ela vai ocupar o seu lugar.

Aos dez anos de idade perguntou aos pais adotivos por que seu nome era diferente do nome dos demais filhos, foi então que soube da morte de sua mãe e da adoção. Os pais adotivos não tinham a intenção de lhe contar esta verdade. Isto quer dizer também que ela não conheceu o pai até os dez anos.

Teve um relacionamento superficial com o pai por dois fortes motivos: primeiro porque o pai pouco a procurava e, segundo porque a família adotiva evitava que ela tivesse contato com o pai, pois temiam que ela fosse roubada pelo Sr S. ou por familiares do mesmo, razão pela qual não era deixada a sós com ele e seus familiares.

Revelou certa mágoa com o pai ao comentar sobre um episódio onde ele se negou a participar e lhe dar a atenção necessária em um momento importante de sua vida. Isto ocorreu pouco tempo antes de seu casamento, quando fazia curso para noivos. Foi uma tentativa de Sra. R. de aproximar-se do pai e receber dele algum reconhecimento. Contudo, não foi correspondida pelo mesmo. Refere que a partir deste episódio deixou de procurá-lo, uma vez que não teve o reconhecimento de filiação que desejava. Pouco tempo após este período, o pai tornou-se alcoólatra. Atualmente mora em outra cidade e deixou de beber.

A causa da morte de sua mãe permanece não esclarecida para a Sra. R. e ela mesma parece conformada com a falta de esclarecimento desse fato. Diz ter três versões sobre o ocorrido. A primeira é que sua mãe queria comer sopa, as enfermeiras disseram que não tinha sopa senão a do dia anterior, a qual lhe foi servida. Segundo esta versão, ela teria morrido desta causa, por comer sopa requentada. Outra versão é a de que teriam deixado uma agulha em seu corpo após a cirurgia do parto. Por último, outra versão conta que o pai teria dado uma martelada no dedo da mãe. Nenhuma das possíveis versões da morte de sua mãe justifica ou

explica satisfatoriamente o caso, sendo que duas das explicações estão mais no campo da ficção e da magia, do que algo razoavelmente lógico e racional. Entendemos, portanto, que o sistema de crenças da participante tem considerável influência de pensamentos mágicos e fantasiosos, além de uma certa passividade frente a estes fatos duvidosos e imprecisos.

A Sra. R. perdeu a mãe prematuramente, duas semanas após seu nascimento. A imagem e a lembrança que tem de sua mãe são a partir de uma única foto dela com o marido (pai de R.) no dia do casamento.

Em relação ao pai, contudo, a perda deu-se de outro modo. A mãe foi perdida antes de ser conhecida, diferentemente do pai, que foi conhecido quando ela tinha dez anos, e perdido com o passar dos anos. A partir da fala da participante, esta perda efetivou-se na passagem por uma situação anteriormente citada. Uma perda ou uma morte, portanto, simbólica, por falta de reconhecimento da filiação.

Nas últimas entrevistas falou de seu medo em relação a algumas situações que envolvem diretamente a morte, como enterros, velórios, cemitérios e mesmo conversas sobre o tema lhe causam desconforto. O medo impede que participe desses eventos e circule nesses locais. Pergunta-se sobre a origem desse medo, uma vez que percebe que pouco sabe sobre si em relação a isso. Notamos, então, como a questão das perdas e da morte é significativa e forte para a Sra. R.

Pensando sobre as dificuldades que já passou e as que tem passado, a participante disse que “era uma coisa que a pessoa tinha de passar. Como eu, a perda da minha mãe e mais o problema da T...” Essa passagem expressa a tentativa da participante de entender e elaborar fatos e circunstâncias que o destino colocou em sua vida. Contudo, a resignação e a passividade são traços presentes na sua postura frente aos fatos.

Na última entrevista realizada, a Sra. R. relatou que alguns dias antes da entrevista ocorreu-lhe algo inusitado e preocupante. Teve, durante dois dias, um desânimo muito grande, acompanhado de vontade de morrer e pensamentos suicidas. Não atentou contra si, senão em pensamento. Segundo relatou, não percebeu nada em sua rotina que pudesse motivar este estado psíquico que se manifestou pela primeira vez.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

Neste capítulo, passaremos a apresentar as relações que estabelecemos entre o material proveniente das entrevistas e a teoria que dá sustentação à esta pesquisa. As relações são aquelas que encontramos nos casos e que vem a ilustrar ou confirmar o modelo teórico adotado neste estudo. O contrário também é possível, quando os casos não confirmam a teoria, ou, até mesmo, é possível que os casos coloquem problemas, questões, à teoria.

Nosso objetivo não é somente de constatar ou não se há uma somatose em questão, isto é, se a somatose participa como um fator causal no desencadeamento da leucemia ou não. Mas sim, poder conhecer melhor as condições nas quais estas leucemias ocorreram. Condições e situações povoadas de palavras, dizeres, mandatos. É o que estes dois casos nos revelam, até onde é possível, com algumas entrevistas, revelar sujeitos e suas respectivas subjetividades.

Temos, contudo, dados interessantes e mais, cremos que eles podem nos ensinar sobre a somatose infantil em pacientes leucêmicos.

Cada caso será discutido separadamente, não havendo no momento, portanto, uma preocupação em fazer relações entre os casos.

4.1. Caso 1.

Um dos motivos que nos levou a optar pelo estudo deste caso está relacionado com o tempo em que o paciente e a família têm estado envolvidos com a enfermidade: aproximadamente quatro anos. Outro fator importante na escolha desse caso é a gravidade da doença nesse caso, bem como uma história com um diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda aos três anos de idade e, ainda, duas recidivas da doença. O último retorno da doença

foi no início de 1998. Desde então continua em tratamento. Nos últimos seis meses necessitou de internação hospitalar por duas vezes, devido ao agravamento de seu estado de saúde.

Uma passagem da primeira entrevista caracteriza, ainda que inicialmente, o modo como a Sra. E. concebe o filho doente. Ao falar da história de M., disse que ele foi um filho muito esperado e desejado pelos pais, mas que tinha dado tudo errado. Refere-se, portanto, à mudança subjetiva causada pelo diagnóstico da doença; a qual parece ter provocado a passagem de uma situação onde “está tudo bem” para uma situação onde “está tudo errado”. Quando fez esta afirmação, deu muita ênfase ao aspecto do erro. Filho, doença e idéia de erro apareceram quase sem distinção em sua fala.

O filho estava presente quando a mãe fez esta colocação, tendo sido solicitado pela mesma a confirmar que “tudo estava errado”. Há uma certa dose de agressividade nesta atitude da Sra. E., no modo de colocar direta e abertamente sua insatisfação com a realidade implicada pela doença na presença do filho. Não temos dúvida de que se trata de uma situação muito difícil de enfrentar. Entretanto, o que nos parece importante aqui é observar o modo como esta realidade é enfrentada, e como o filho é situado nesta mudança de realidade.

O discurso que diz estar o filho muito bem, que tudo está bem, situa-se no extremo oposto da afirmação de que tudo deu errado. São falas antitéticas que fazem parte de um mesmo discurso. Entretanto, o importante é observar e escutar a fragilidade deste mesmo discurso. Sua sustentação está comprometida por “ditos” que interrompem bruscamente sua linearidade, introduzindo elementos novos, reveladores e até mesmo chocantes em sua essência.

Na última entrevista, a Sra. E. reforça um aspecto já mencionado, que faz pensar acerca de que filho ou de que representação de filho fala esta mãe. Ao ser perguntada sobre o estado de M. e o tratamento, responde, basicamente, com duas afirmações. Afirmações estas excludentes entre si (a entrevista está em anexo): a primeira é de que M. “está indo muito bem...está super bem”, e a segunda que, devido à baixa das defesas, a quimioterapia está suspensa até que estas retornem a um nível que permita ao corpo tolerar a quimioterapia. Deve ir duas vezes por semana ao hospital fazer exame de sangue e consultar com o pediatra até que a situação se normalize.

A contradição na postura da Sra. E. é visível, com um quadro clínico grave³ e preocupante, como descrito anteriormente, quem está bem? De que filho está esta mãe falando?

Podemos pensar na possibilidade de que a Sra. E. não conseguiu fazer o luto pelo filho que ela perdeu ao receber o diagnóstico da doença. Por este motivo evoca com frequência a idéia de que o filho está muito bem, mas afinal como pode ele estar bem? Só pode estar referindo-se aquele filho antes do diagnóstico, que só pode continuar agora como um filho imaginário e não o filho diagnosticado. Não estaria a Sra. E. narcisicamente impedida a aceitar a doença do filho, e, conseqüentemente, um filho doente, reagindo com agressividade a esta realidade que não suporta?

M. continua sendo tratado como um bebê por sua mãe, isto é, ela quer que ele continue sendo o seu bebê e é neste lugar que o espera; ele, aparentemente, corresponde a esta demanda. Chamamos atenção para a primeira entrevista onde foi registrada a seguinte passagem:

“A mãe passa B. (o filho menor) para a cadeira vaga ao lado e puxa M. para seu colo, interrompe o que dizia e diz: este aqui (M.) é mais bebê que o menor (B.), não é M.? E M. movimentava a cabeça para cima e para baixo duas ou três vezes, confirmando a mãe.”

Tal atitude da mãe, a partir desses dizeres, denota um lugar discursivo onde estão situados os filhos. Esses dizeres por si só são significativos, mas associa-los a alguns fatos da história de M. poderá nos ser útil. Como por exemplo, o fato de M. ter mamado em sua mãe para além dos seus três anos de idade; mamando, inclusive, junto com o irmão menor, após o nascimento do mesmo. Outro dado pertinente refere-se ao fato de que o irmão menor dorme no quarto com os irmãos maiores, enquanto M. dorme no quarto dos pais. Segundo a Sra. E. é importante que ele durma em seu quarto, pois pode assim melhor cuidá-lo, evitando que seja mordido por mosquitos.

Reunimos aqui três fatos ou três atitudes da Sra. E. que apontam para uma mesma direção. Percebemos algo em comum nestes acontecimentos, nos dizeres, no desmame que não ocorreu e na mudança de quarto que também não ocorreu, uma vez que remetem a um fato

³ O quadro clínico apresentado atualmente por esse paciente é considerado na avaliação pediátrica como um caso grave.

em comum, a dificuldade da separação e corte na relação mãe-filho. Parecem estar ligados por uma relação fusional. É como se esta mãe dissesse: “tu continuarás sendo meu bebê”; “mames incondicionalmente”; ou seja, trata-se de um desmame que nunca foi realizado, e, conseqüentemente, uma castração que não se realizou.

Entendemos que os fatos citados acima são constituintes no que se refere a possibilidade de compactação entre S1 e S2. Trata-se de uma situação na qual podemos dizer que na indução significativa não houve uma afanização do sujeito, isto é, o recalçamento de S2 sobre S1 falhou.

Dois trechos de uma entrevista gravada e transcrita (em anexo) ilustram muito bem o modo de ruptura discursiva na linguagem falada. Mas estas passagens revelam muito mais do que isto, é o próprio “isso” (o inconsciente) que se manifesta na fala da mãe em nome de uma verdade. Verdade que só aparece despercebida e velada. A primeira passagem ocorreu após o pesquisador pedir para que explicasse ao que atribui a doença do filho. As passagens são as que seguem:

“Antes eu achava que eu não tinha saída. Hoje eu digo para ti com toda a certeza, porque eu sempre soube, sempre fica em minha cabeça que o M. vai viver. Eu não tenho nenhum pensamento positivo. O meu filho já teve por várias situações difíceis e eu nunca vi o pior para ele. Confio em Deus. Porque certas mães vêem que eles não estão bem e entregam os pontos, eu não entrego os pontos. Confio em Deus. Eu tenho certeza que o M. vai viver, vai sair dessa de novo, essa doença vai curar. Ela já curou uma vez, ela tem que curar outra vez para nunca mais voltar”.

Na mesma entrevista, encontramos também esta passagem, quando a Sra. E. foi questionada sobre a aceitação da medicação por M.:

“Eu digo para ele: M. está na hora do remédio, ele abre a mãozinha assim, eu coloco vinte comprimidos na mão dele, aí eu digo, vamos tomar cinco e depois mais cinco...Ele diz: Não, vou tomar todos de uma vez, aí vai mais rápido. Eu coloco na mãozinha dele e ele toma. Ele não tem problema nenhum para tomar a medicação. Ele ajuda muito sabe. O M. quer viver. É este o problema. Eu digo

assim para ele: M. eu vou te dar este chá aqui, tu toma e vais sarar. Ele toma, não diz nada. Se tem de tomar ele toma. Ele faz tudo como eu digo para ele”.

Não temos aqui significantes holofrase, temos sim dois atos falhos reveladores e explosivos. Essas palavras jogam, nada mais nada menos, com a vida e a morte. Perguntamos então o que houve com o desejo pelo tão esperado filho? Como suportar o peso narcísico quando o objeto amado e investido não é mais o mesmo? Uma decepção narcísica deste porte transformaria o desejo em agressividade e hostilidade dissimulados?

Seus “ditos” confirmariam a hipótese de que a mãe não se despreendeu da imagem do filho que tinha antes do diagnóstico, uma vez que os “ditos” expressam toda uma impossibilidade dela em reconhecer este filho assim como a realidade mostra, portador de uma doença grave. Portanto o filho que ela deseja parece ser aquele antes do diagnóstico, e não a criança que conhecemos. Neste sentido, para a mãe, a realidade é outra, a que ela deseja, em detrimento da realidade objetiva.

As falas da Sra. E. revelam um dilema que se coloca entre a vida e a morte, entre um filho real e outro representado, que colocamos nos seguintes termos: O filho diz: “quero viver”. A mãe responde: “é este o problema”. Quando a linguagem falada e significativa diz que viver é um problema, pensamos na possibilidade do corpo do outro responder com uma leucemia. Perguntamo-nos também se a idéia de que “viver é um problema” é algo que foi introduzido na vida do paciente a partir do diagnóstico, ou se viver sob uma demanda povoada pelo narcisismo materno, que determina um lugar muito específico para este filho, constitui também um problema para a vida.

Foi precisamente com a notícia de que um bebê estava para chegar e fazer parte da família e, conseqüentemente, destituir M. do lugar de filho menor, do centro das atenções familiares, que surgiram os primeiros sintomas da doença. Portanto o início da gestação coincide com a eclosão dos primeiros sintomas da leucemia. A ameaça representada pela chegada do irmão é vista como um fator precipitante ou desencadeante da Leucemia. Esta foi a alternativa encontrada por M. ao deparar-se com a notícia da chegada de um irmão, uma alternativa somática.

É freqüente acontecer e estamos acostumados com a idéia de que a chegada de um irmão possa causar retornos a etapas anteriores do desenvolvimento do filho, ou até mesmo desencadear um quadro sintomatológico. A hipótese para este caso é de que a notícia da

chegada de mais um irmão operou como fator desencadeante da leucemia, a partir dos mecanismos psicopatológicos da somatose, ou seja, operou uma forclusão local, consequência do emassamento dos significantes S1-S2.

Um dos sintomas apresentados por M. antes do diagnóstico foi dor intensa em uma das pernas. A dor aumentou ao ponto do menino ficar impossibilitado de caminhar. Os médicos inicialmente não encontraram uma causa para a dor e conseqüentemente para as queixas de M. Um quadro como este poderia levar a crer na possibilidade de que a resposta somática de M. perante a adversidade da notícia de um novo membro na família, fosse uma conversão. Mas o estabelecimento do diagnóstico de leucemia faz com que seja descartada a conversão a nível de hipótese diagnóstica. Não há conversão na leucemia, é com a doença mesma que o paciente se depara, e não com o fantasma, ou o retorno do recalado.

Guir (1988) em pesquisa realizada com cinco crianças leucêmicas encontrou alguns fatores em comum nos casos. Um deles é de que o aparecimento da doença coincidiu com o aparecimento na família de uma outra criança, concepção ou nascimento. Coloca que a irrupção no real destes significantes coloca a criança em sursis numa posição insustentável, desvelando-lhe assim a ausência de ancoramento simbólico em sua linhagem, precipitando então a doença.

A somatose, assim como proposta por Lacan nos Seminários livro 2 e livro 11, é entendida como uma impossibilidade de articulação simbólica dentro da cadeia de significante que se interromperia diante de um real insuportável, um apelo significante que levaria a um emassamento ou fusão do par significante S1/S2 resultando numa inscrição no real do corpo. Poderíamos pensar na hipótese de que a somatose ocorre quando o sujeito leva muito longe a barreira do gozo. Tal efeito pode ser consequência de falha no processo de recalamento. Neste sentido, Souza (1998) coloca que “o sujeito não goza mais com as formações do inconsciente, com os significantes do sujeito submetido à lei da castração, mas goza com o eczema, com a úlcera, com o câncer...”

Nessa mesma perspectiva, podemos afirmar a partir de certos dados já citados, que indicam ou sugerem que M. não foi desmamado, isto é, não recebeu este limite constitutivo produzido pela eficácia do recalque. Limite que consiste também em produzir subjetividade e diferenciar os corpos. Neste sentido, a perda do objeto de sucção, o seio, coloca a possibilidade de que o investimento se dirija para outros objetos. Seriam estes indícios de uma

castração que não operou ou operou precariamente, e mesmo dizer que não houve queda do objeto para emergência do objeto *a*.

4.2. Caso 2

Como dissemos anteriormente, a história da Sra. R. é marcada por perdas e mortes. Ela mesma pergunta-se porque aconteceu tudo isso, porque teve de passar por todas estas situações e perdas.

Antes do casamento, e mesmo depois, sentia-se muito só e desacompanhada. A filha foi esperada como alguém para com quem teria um laço consistente e efetivo, contemplando, assim, sua demanda de ter alguém próximo e que preenchesse sua vida. O surgimento da leucemia em T. acentuou ainda mais o vínculo de dependência entre mãe e filha. Trata-se de pensarmos como esta mãe acolhe a demanda da filha, ou, por outro lado, como articula sua própria demanda a partir do lugar de mãe?

Observamos e escutamos em seus relatos a presença marcante de dois significantes na vida da Sra. R que são o sangue e a morte. O sangue foi um objeto de preocupação que se colocou no início da vida da mãe bem como no início da vida da filha. Nasceram, ambas, com anemia. Um sangue anêmico é um sangue fraco. Essa substância vital para o corpo e para a vida humana apresentou-se, de início, diminuída em seu vigor. Tal fato pode vir a constituir marcas nestes sujeitos, marcas que poderão ser significantes.

Tomamos também a idéia de sangue quando o termo é empregado a partir do senso comum, remetendo metaforicamente, a idéia de parentesco, isto é, quanto mais próximos os laços de parentesco, mais sentido assume a expressão “sangue do meu sangue” ou “sangue do mesmo sangue”.

Os laços de parentesco mais importantes e constituintes na vida da Sra. R. foram, basicamente, precários, fraturados, desinvestidos. Se o sangue pode representar as relações de parentesco (assim como expresso no dito popular “sangue do meu sangue”), a representação deste sangue será a de fragilidade. O sangue, como símbolo dos laços de parentesco é um sangue fraco. Guir (em Nasio, 1993) faz a seguinte relação entre a somatose e as estruturas de parentesco, no que segue:

“Poder-se-ia dizer que, no limite, o sujeito psicossomático se apresenta com um braço

orgânico, que vai traduzir uma nova afiliação com seus ascendentes, e creio que se pode até ir mais longe. Os fenômenos psicossomáticos dariam, em negativo, a solução para as estruturas elementares de parentesco, que não conhecemos muito bem atualmente.” (p. 83)

Este parágrafo levanta duas idéias que consideramos importantes. A primeira lembra que no campo da somatose muitas questões ainda não estão bem respondidas e há muito a se descobrir em relação a essa psicopatologia somática. A outra idéia aponta para uma possibilidade, a de entendermos a somatose a partir das relações de parentesco, ou seja, a partir das relações que ocorrem no âmbito familiar. Neste sentido, o desencadeamento desta leucemia poderia estar relacionada com a história de perdas sofridas pela mãe da paciente.

Outro significativo de peso para a Sra. R. é a morte. A morte de sua mãe coincide com seu nascimento. Um nascimento, portanto, implicado pela morte daquela que gerou a vida da Sra. R. Sua acolhida pelo lar adotivo está marcada também pela recente morte de duas meninas, gêmeas, que sobreviveram poucos dias após o nascimento. Soma-se a estes fatos a perda simbólica de um pai, cujo laço afetivo que poderia dar consistência e constituir esta relação de parentesco, não se efetivou.

Na última entrevista a Sra. R. revelou a intensidade do significativo morte em sua vida, quando demonstrou, pela primeira vez, sinais de intensa angústia. Essa angústia é consequência de um estado depressivo intenso, que durou dois dias. Nesse período ocorreram-lhe pensamentos suicidas, que revelam o próprio desejo de morrer.

Nossa hipótese é de que estes dois significantes fazem parte das condições necessárias para a eclosão da leucemia, isto é, a possibilidade da participação de fatores psíquicos no desencadeamento da doença. O cruzamento desses dois significantes, Sangue e Morte, mas principalmente o significativo da morte, participam da possibilidade da manifestação da psicopatologia somática. Por outro lado, quais os significantes mais comumente associados à idéia de leucemia, senão sangue e morte?

REFERÊNCIAS

Ajuriaguerra, (1986) *Manual de Psicopatologia Infantil*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Aurélio, B. (1986) *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, Ed. Nova Fronteira, São Paulo.

Barker, C. et al (1994) *Métodos de pesquisa em psicologia clínica e aconselhamento*. Londres: Sage,. Tradução de Francisco Settineri.

Bleger, José (1980) *Temas em psicologia: entrevista e grupos*. Martins Fontes, São Paulo, Tradução de Rita Maria M. de Moraes.

Caon, J.L. (1994) *O Pesquisador Psicanalítico e a Pesquisa psicanalítica*. Em *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 7, Porto Alegre.

Chemama, R. (1995) *Dicionário de Psicanálise*. Larousse-Artes Médicas, Porto Alegre, Tradução de Francisco Settineri.

Descartes, R. (1983) *As Paixões da Alma*. Em *Os Pensadores*, Abril Cultural, São Paulo.

Dejours, C. (1998) *Biologia Psicanálise e Somatização*. Em *Psicossoma II*, Casa do Psicólogo, S.P.

Dicionário de francês: Le petit Robert – 1985, Dictionnaires Le Robert, Paris

Dor, J. (1989) *Introdução à Leitura de Lacan*. Artes Médicas, Porto Alegre

Dunbar, F (1990) In: Valas, P. *Horizontes da psicossomática; Psicossomática Psicanalítica*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro.

Espinosa, B. (1983) *Ética*. Os Pensadores, Editor Vitor Civita,S.P.

Ekstreman, A. (1992) *Psicossomática: o Diálogo entre a Psicanálise e a Medicina*. Artes Médicas, Porto Alegre.

Eksterman, A. (1994) Rev. Bras. Psicanálise, vol XXVIII, núm. 1

Fedida, P. (1992) *A Construção do Caso*. Em Nome, Figura e Memória. Escuta, São Paulo

Freud, S. (1895) *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia*. In Obras Completas. Editora Imago, Rio de Janeiro.

Freud, S. (1914) *Sobre o Narcisismo*. In Obras Completas. Editora Imago, Rio de Janeiro

Freud, S. (1915) *Luto e Melancolia*. In Obras Completas. Editora Imago, Rio de Janeiro.

Freud, S. (1915) *A Pulsão e suas Vicissitudes*. In Obras Completas. Editora Imago, Rio de Janeiro.

Freud, S. (1916) *Conferências Introdutórias Sobre a Psicanálise*. Editora Imago, Rio de Janeiro

Freud, S. (1940) *Um Esboço da Psicanálise*. In Obras Completas. Editora Imago, Rio de Janeiro.

Guilyardi, H. (1997) *A psicose Somática*. Correio da APPOA, n. 51. Artes e Ofícios, Porto Alegre

Groddeck, G. (1984) *O Livro do Isso*. Editora Perspectiva, São Paulo.

Guir, J. (1988) *A Psicossomática na Clínica Lacaniana*. J.Z. Editor, Rio de Janeiro

Guir, J. (1990) *Fenômenos Psicossomáticos e Função Paterna* em *Psicossomática e Psicanálise*, J.Z. Editor, Rio de Janeiro

Infante, P.D. (1998) *O Fenômeno Psicossomático na Infância; Notas a Partir de um Referencial Lacaniano*. Em *Psicossoma II*, Casa do Psicólogo, São Paulo.

Kaufman, P. (1995) *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*. Ed. Larrouse, Rio de Janeiro

Knudson, Alfred G. (1995) *Genética do Câncer na Infância* *Pediatria Oncológica Prática*. Ed. Revinter, Rio de Janeiro

Kreisler, Léon; Fain, Michel; Soulé, Michel (1981) *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância* Zahar Editores, Rio de Janeiro

Lacan, Jaques. (1979) *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise – Livro 11*, Zahar Editores, Rio de Janeiro

Lacan, J. (1998) *A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão desde Freud*. J.Z. Editor, Rio de Janeiro

Lacan, J. (1985) *O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*. J.Z. Editor, Rio de Janeiro

Lacan, J. (1985) *As Psicoses*. J.Z. Editores, Rio de Janeiro

Laplanche, L. e Pontalis, J.B. (1994) *Vocabulário de Psicanálise*. Martins Fontes, São Paulo

- Leclaire, S. (1977) *Psicanalisar*. Editora Perspectiva, São Paulo
- MacDougall, J. (1991) *Os Teatros do Eu*. Editora Martins Fontes, São Paulo
- Marty, P. (1993) *A Psicossomática do Adulto*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Marx, M.H., Hillix, W.A. (1973) *Sistemas e Teorias em Psicologia*. Cultrix, São Paulo.
- Mora, J.F. (1990) *Diccionario de Filosofia*. Alianza Editorial, Madrid.
- Nasio, J.D. (1993) *Psicossomática, as Formações do Objeto a.*, J.Z. Editor, Rio de Janeiro
- Nasio, J.D. (1991) *Os Olhos de Laura, o Conceito de Objeto a na Teoria Psicanalítica*. Artes Médicas, Porto Alegre
- Nasio, J.D. (1989) *Os 7 Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. J.Z. Editor, Rio de Janeiro
- Nasio, J.D. (1993) *Cinco Lições Sobre a Teoria de Jaques Lacan*. J.Z Editor, Rio de Janeiro
- Pain, Sara. (1999) *A Função da Ignorância*. Artes Médicas, Porto Alegre
- Platão (1983) *O Banquete*. Em Os Pensadores, Editor Vitor Civita, São Paulo
- Poplack, D.G. (1989) *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. J.B. Lippincott Company, E.U.A.
- Stake, Robert E. (1994) *Handboock of Qualitative Research*. Londres: Sage Eds, Tradução de Francisco Settineri.
- Siboni, J. (1996) *Les Mathemes de Lacan*. Editora Lysinaque, Paris.

Souza, M. L. (1998) *Psicossomática: O Usufruto do Corpo* Pulsional, n. 106.

Valas, P. (1990) *Horizontes em Psicossomática em Psicossomática e Psicanálise*. J.Z. Editor, Rio de Janeiro

Volich, R.M. (1998) *Fundamentos Psicanalíticos da Clínica Psicossomática*. Boletim de Novidades Pulsional, # 106, São Paulo

Yin, R.K. (1993) *Applications of case study research*. Londres: Sage Eds.

Caso 1 – Transcrição de uma entrevista (11.12.98)

Nome do pai: Ed.

Nome da mãe: E.

Nome do avô materno: Sa.

Nome da avó materna: O.

Nome da tia: S.

Nome do caso: M.

Nome do irmão menor: B.

A - Como está indo o tratamento do M.?

E - Está indo bem. Agora ele teve de parar um pouco a quimioterapia porque baixou o sangue, baixaram as defesas. Mas ele está super bem. O médico acompanha seu exame de sangue duas vezes por semana, para poder fazer a quimioterapia. Mas no mais ele está indo muito bem.

A - Então enquanto as defesas estiverem baixas ele não poderá fazer quimioterapia. Não está recebendo nenhuma medicação para a quimio?

E - Sim, tem comprimidos que ele toma diariamente, duas medicações.

A - Com que idade começou a leucemia?

E - Não tinha completado os três anos.

A - Isto coincidiu com o período da sua gestação, do início da gestação?

E - Isso. Quando apareceu a doença os médicos não sabiam o que ele tinha, eu estava grávida esperando o meu menino. Quando o B. tinha 15 dias foi quando eu vim para o HSA com ele (M.). Foi aqui no HSA que descobriram.

A - Como explica, ao que a sra. atribui a doença do filho?

E - Antes eu achava que eu não tinha saída. Hoje eu digo para ti com toda a certeza, porque eu sempre soube, sempre fica em minha cabeça que o M. vai viver. Eu não tenho nenhum pensamento positivo. O meu filho já teve por várias situações difíceis e eu nunca vi o pior para

ele. Confio em Deus. Porque certas mães vêem que eles não estão bem e entregam os pontos, eu não entrego os pontos. Confio em Deus. Eu tenho certeza que o Alan vai viver, vai sair dessa de novo, essa doença vai curar. Ela já curou uma vez, ela tem que curar outra vez para nunca mais voltar.

A - E no início, como foi o diagnóstico?

E - Foi horrível porque na nossa mente nós tinha assim que em seguida...que por acompanhar muitas crianças aqui dentro eu pensava que ia acontecer, daí pra gente prever. Daí eu disse para meu marido que nada a ver, porque os outros morreram o meu não vai. Não vai acontecer comigo. Eu não posso pensar, eu tenho que pensar que eu já conheci duas meninas pacientes da Dra. Miriam, de leucemias curadas. Então penso que o meu vai se curar também. Eu tenho muita certeza pelo M. Eu já conheci várias mães que quando as crianças passavam mal achavam melhor que elas morressem mesmo. Eu não, jamais, eu luto com o M. e digo para ele, M. vamos lutar, tu vais viver, vamos acreditar.

A - Quantas recaídas ele teve desde o início da doença?

E - Recaídas tu queres dizer como, que eu internei?

A - As piores mais significativas.

E - Ele teve uma vez por acidente.

A - Acidente como?

E - Acidente de carro, meu filho deixou ele cair embaixo do carro. E agora da outro vez, ele esta fazendo químio daí não sei porque o Dr. atrasou a químio porque deu problema aí, o Dr. disse, desenganou ele, não sei porque, tu olhavas para ele e não dizia.

A - Isto faz quanto tempo?

E - Faz um ano já.

A - Foi quando ele ficou sem tratamento?

E - Ele estava muito bem, tu olhavas para ele e não dizia. Disse ao Dr. que não conseguia acreditar. Eu sei que a doença está nele, que as defesas estão baixas, mas ele super bem, brincando, muito bem ele estava. Ele sangrou um vez, deu um derrame interno, outra vez externo. Coisas assim que foram passageiras. Eu cheguei aqui no hospital, a Dra. Miriam e o Dr. Edson atenderam ele. Foram coisas rápidas que já passaram.

A - Este ano ele vai para a escola?

E - Vai, vai pára a escola sim. No ano passado ele estava, mas aí a doença voltou né. Foi difícil, a escola não era o que eu pensava. Eu fui e falei o problema dele, mas eu acho que a professora dele não levou muito a sério, deixava ele brincar na rua. Quando apareceu a doença foi numa apresentação que um guri empurrou ele; deste dia em diante ele começou com dor na perna. Foi uma batida muito forte, o menino empurrou ele no escorregador, e ele veio. Ele estava internado sempre, passava a maior parte do tempo no hospital, aí achei melhor tirar ele da escola, o médico também achou melhor.

A - Em relação à medicação dele, ele toma ou eventualmente resiste à medicação?

E - Eu digo para ele: M. está na hora do remédio, ele abre a mãozinha assim, eu coloco vinte comprimidos na mão dele, aí eu digo, vamos tomar cinco e depois mais cinco...Ele diz: Não, vou tomar todos de uma vez, aí vai mais rápido. Eu coloco na mãozinha dele e ele toma. Ele não tem problema nenhum para tomar a medicação. Ele ajuda muito, sabe? O M. quer viver. É este o problema. Eu digo assim para ele: M., eu vou te dar este chá aqui, tu toma e vais sarar. Ele toma, não diz nada. Se tem de tomar ele toma. Ele faz tudo como eu digo para ele.

A - E aqui no hospital, com as injeções?

E - Ele tem um pouquinho de medo por causa que ele sabe que vai ser puncionado. Faz muito tempo que ele faz tratamento. Ele fica quietinho na hora de puncionar o cateter. Uma vez ele disse para mim que ele não queria mais fazer. Aí eu disse: não acredito que tu não queres mais fazer, por que? E ele disse: Tu viu mãe, em um mês morreram quatro crianças que estavam em tratamento, todos estão morrendo, tu achas que adianta? Mas tu não podes pensar assim, eu conversei com ele.

A - Quando ocorreu isto?

E - Há um ano.

A - Foi antes ou depois de parar o tratamento?

E - Foi no segundo tratamento. É que é tudo misturado, as crianças que estão melhor com aquelas que não estão. Isto preocupava ele, agora não preocupa mais. Ele se preocupava com as outras crianças, queria brincar. Agora ele largou de mão, ele não se envolve mais. Não brinca mais com os outros. A morte dos outros abalou muito ele.

A - Ele conheceu os avós, tem avós?

E - Não, a não ser os do meu marido, mas ele não conhece. Eu perdi minha mãe quando tinha dez meses, ele tinha dez meses quando perdi minha mãe. Ele chama a minha irmã de avó e o

meu cunhado de avó, de avô, quero dizer. Daí ele adotou minha irmã e meu cunhado como os avós dele, por que da parte meu marido ele não conhece.

A - Como é o nome dos teus pais?

E - O meu pai era S. e a mãe O.

A - E dos avós paternos?

E - O. e A.

A - São vivos os dois?

E - São vivos.

A - Porque ele não os conhece?

E - Por que os pais do meu marido são separados. A mãe mora em São Borja e o pai no Paraná. Meu marido e a mãe dele não se dão bem. Eles não se procuram. Eu me dou bem com ela. Pra ti ver quanto tempo que eu não vou lá, que o M. era nenezinho. Faz sete anos que a gente não se vê.

A - Então ele não tem contrato com a família do pai?

E - Não, só com a minha. Se tu conversares com ele sobre a avó dele, ele vai te dizer que tem avó, tudo.

A - Ele chama de avó e de avô?

E - Sim.

A - Como aconteceu foi espontâneo dele?

E - Eu disse a ele que a S. não é tu a avó, ela é minha irmã, é tua tia. Eu tentei convencer a cabeça dele, mas ele não aceita. Talvez seja porque a S. tem um netinho que é quase da idade dele. Eu acho que ele viu ele chamar de avó e começou a chamar também. Eu acho que ela gosta mais dele do que dos próprios netos dela.

A - O nome dele é italiano, M.

E - É por causa da avó dele, avó é né, italiana.

A - A avó paterna?

E - É

A - Quem escolheu o nome, foi o pai?

E - Não, fui eu. Ele não queria por que a mãe dele era italiana. Aí ele disse: Tu já estás misturando com essa gente. Nada a ver, eu disse. Gosto desse nome, por que a tua mãe é italiana eu não posso botar o nome dele de M? Eu gosto.

A - Escolheu independente disso.

E - Nada a ver com a mãe dele. Ele já pensou que tem a ver com a mãe dele.

A - Tem mais alguém na família com este nome?

E - Não, só ele. E nem conheço também. E o B., né B.

A - O M. dorme na cama dele?

E - Sim, mas no meu quarto.

A - E o pequeno também?

E - Não, o pequeno já dorme no quarto com os irmãos dele.

A - Qual a idade deles?

E - Um com 18 e o outro com 17, o B. com 4. O M. eu não cuido 24 horas, são 48 horas. De noite eu tenho medo que os mosquitos piquem ele. A gente cuida demais do M. Vou te dizer uma coisa, eu sinto, mas eu não consigo cuidar do B. por tanto que eu cuido do M. Se o B. chora eu digo, vai lá ver o que houve com o B., eu reconheço. As vezes me pergunto se não estou fazendo errado. Mas se o M. chama eu não mando ninguém olhar, eu vou lá. Ele diz mãe eu já estou lá. Quando vou na casa de outro parente não gosto que ele brinque com outras crianças, principalmente meninos, com medo de machucar ele. Eu estou sempre cuidando. Uma vez ele disse para mim: Sai mãe, tu estás me sufocando com este jeito, não me deixa brincar. Então te cuida, eu digo. Ele não se cuida, é eu que tenho de cuidar dele. Depois se bate e fica cheio de hematomas. Não é dizer que sou uma ótima mãe, não, mas eu cuido do M. demais.

A - A gestação foi muito desejado, não é?

E - Sim, foi planejada, planejei tanto a gravidez do M. e...depois me acontece isso. O pai dele trabalha muito; trabalha sábado, domingo, sempre sempre, direto, para nunca faltar nada para o M. Os filhos também trabalham.