

REVISTA CICEP  
**EVOLUÇÃO**

JANEIRO DE 2022 V.1 N.1



DATA DE PUBLICAÇÃO: 10/01/2022



# EVOLUA SEMPRE

**A Educação nunca foi tão exigida quanto nesses tempos. O CICEP vem através desta nova publicação endossar seu compromisso com a Educação de qualidade.**



SL EDITORA

# Revista Evolução CICEP

---

Nº 1

Janeiro 2022

**Publicação**

Mensal (janeiro)

SL Editora

Rua Fabio, 91, casa 13 – Chácara Belenzinho 03378-060

São Paulo – SP – Brasil

[www.sleditora.com](http://www.sleditora.com)

**Editor Chefe**

Neusa Sanches Limonge

**Projeto Gráfico e capa**

Lucas Sanches Limonge

**Diagramação e Revisão**

Rafael Sanches Limonge

**Responsável Intelectual pela Publicação**

Centro Institucional de Cursos Educacionais Profissionalizantes (CICEP)

---

Revista Evolução CICEP – Vol. 1, n. 1 (2022) - São Paulo: SL Editora, 2022 – Mensal

Modo de acesso: <https://www.revistaevolucaocicep.com.br/>

ISSN 2764-5363 (online)

Data de publicação: 10/01/2022

1. Educação 2. Formação de Professores

CDD 370

CDU 37

---

Renato Moreira de Oliveira – Bibliotecário - CRB/8 8090

# SUMÁRIO

## **Os aspectos afetivos de crianças e adolescentes em situação de abrigamento**

Janaína da Silva Gonçalves Fernandes, Aline Paz Freitas Gonçalves e Marina Ralston Cerquinho Malta Farina.....4

## **O Corpo Doente Fala: Concepções Psicossomáticas na Visão da Psicanálise**

*Janaina Mariano*.....16

## **Os aspectos afetivos de crianças e adolescentes em situação de abrigamento**

**The affective aspects of children and teens in sheltering situation**

**Aspectos afectivas de niños y adolescentes en abrigo situación**

Autoras:

### **Janaína da Silva Gonçalves Fernandes**

Doutora e Mestra em Psicologia Educacional – Centro Universitário Fieo – UNIFIEO

Professora do Programa de Educação da Universidade Ibirapuera – UNIB

Coordenadora dos cursos de pós-graduação do Centro Institucional de Cursos Educacionais Profissionalizantes - CICEP

### **Aline Paz Freitas Gonçalves**

Doutoranda e Mestra em Psicologia Educacional – Centro Universitário Fieo - UNIFIEO

### **Marina Ralston Cerquinho Malta Farina**

Mestra em Psicologia Educacional – Centro Universitário Fieo - UNIFIEO

## Resumo

O estudo teve como objetivo compreender os aspectos afetivos de crianças e adolescentes abrigados. Participaram da pesquisa 8 crianças e adolescentes de ambos os sexos em situação de abrigo. Os dados foram coletados por meio do teste projetivo do desenho da figura humana. Para análise dos desenhos foi utilizada a teoria da Koppitz que interpreta a dinâmica da personalidade a partir dos componentes de desenvolvimento cognitivos e emocionais. Os resultados apontaram que as crianças e adolescentes apresentam sinais de imaturidade, timidez, insegurança, retraimento, impulsividade, angústia, dificuldade de comunicação com os demais, falta de defesa e sentimento de culpa por masturbação. Considerou-se que as crianças e os adolescentes estão pedindo ajuda para se acalmarem a respeito de seus impulsos e indícios sexuais traumáticos.

Palavras-chave: Abrigo; Adolescentes; Crianças; Emoções; Identidade.

## Abstract

The study aimed to understand the emotional aspects of children and adolescents sheltered. The participants were 8 children and adolescents of both sexes living in shelters. Data were collected through the projective test of drawing the human figure. For analysis of the drawings was used the theory of Koppitz that interprets the dynamics of personality from the cognitive and emotional development components. The results showed that children and adolescents have immaturity signs, shyness, insecurity, withdrawal, impulsivity, anxiety, communication difficulties with others, lack of defense and guilt about masturbation. It was felt that children and adolescents are asking for help to calm down about his impulses and traumatic sexual evidence.

Keywords: Shelter; Adolescents; Children; Emotions; Identity.

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo comprender los aspectos emocionales de los niños y adolescentes abrigados. Los participantes fueron 8 niños y adolescentes de ambos sexos que viven en refugios. Los datos fueron recolectados a través del test proyectivo de dibujar la figura humana. Para el análisis de los dibujos se utilizó la teoría de la Koppitz que interpreta la dinámica de la personalidad a partir de los componentes de desarrollo cognitivos y emocionales. Los resultados mostraron que los niños y adolescentes tienen señales de inmadurez, la timidez, la inseguridad, la retirada, impulsividad, ansiedad, dificultades de comunicación con los demás, la falta de defensa y la culpa sobre la masturbación. Se consideró que los niños y adolescentes están pidiendo ayuda a calmarse sobre sus impulsos y pruebas sexual traumática.

Palabras clave: abrigo; adolescentes; niños; emociones; identidad.

## Introdução

O problema das crianças e adolescentes em situação de rua, ou mesmo de risco pessoal e social, atualmente é decidido em parceria com as formulações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Prada, Williams & Weber, 2007). Este cenário consiste em um fenômeno social, missão esta que compete ao Estado resolver, por meio do

atendimento de algumas prioridades no campo social, como: a redistribuição do orçamento público restrito a saúde e a educação. A parceria da sociedade por meio da aliciação de organizações não governamentais (ONGs) e afrontas políticas partidárias, também, possibilitam a descoberta de recursos para a efetivação da ECA (Siqueira & Dell'Aglio, 2006; Silva, Denardi, Becker, & Delvan, 2015). De tal modo, tanto o Estado quanto à sociedade civil são indispensáveis para possibilitar mudanças no cenário da desigualdade, da exclusão social e econômica dos indivíduos em situação de vulnerabilidade social.

As instituições de acolhimento, antigamente, eram designadas para as crianças menores abandonadas e carentes. A partir do ano de 1980, o termo menor abandonado foi extinto, e estas instituições passaram a serem nomeadas como abrigos (Santana & Avanzo, 2014; Silva *et al*, 2015). Estas alterações, também caracterizaram mudanças na atitude e práticas desempenhadas com as crianças e adolescentes abrigados. A proposta de garantia na qualidade no acolhimento e atendimento assistencial proporcionadas pelos abrigos melhorou com a criação do ECA (Brasil, 2006). O ECA estabeleceu que as instituições de abrigamento, possuem a missão de reproduzir um ambiente familiar, que proporcione a ressocialização das crianças e adolescentes fragilizados (Prada *et al*, 2007).

Os abrigos são estabelecidos como locais transitórios, que não implica a privação da liberdade, onde a criança e o adolescente devem permanecer por um breve tempo, até que se resolvam as questões que o direcionaram para esta medida de proteção (Carlos, Ferriani, Silva, Roque & Vendruscolo, 2013). A nova visão de abrigo passou a se opor às antigas práticas de institucionalização, que massificavam o indivíduo, descaracterizando o seu eu e anulando a sua individualidade (Goffman, 1992). Neste sentido, o abrigar se tornou relativo ao termo proteção e o abrigo passou a ser entendido como um espaço de cuidado e não de segregação (Carlos *et al*, 2013).

Apesar de se observar que a proposta do ECA trouxe melhorias, estudos apontam que o ambiente autoritário nos abrigos se mantém, bem como a preocupação quanto à educação e o processo de desenvolvimento deste público em situação de abrigamento (Barros, 2007; Cavalcante & Corrêa, 2012; Carinhonha & Penna, 2012; Carlos *et al*, 2013).

Os motivos que geram o encaminhamento das crianças e adolescentes para a situação de abrigamento provisório, se originaram em primeiro lugar devido ao sistema precário que visa à assistência que proteja à família, e em segundo lugar por não possuírem uma pessoa da família que a assumam no momento da vulnerabilidade. (Ayres, Cardoso & Pereira, 2009). Neste sentido, a maior parte das crianças e adolescentes abrigados tem uma família, porém os pais em situação de vulnerabilidade familiar não podem zelar pelo seu cuidado.

Vectore e Carvalho (2008) explicam as institucionalizações podem prevalecer por períodos variados, podendo se aproximar ou mesmo passarem de dez anos, descaracterizando-os como locais temporários. Esta realidade pode vir a prejudicar os vínculos afetivos e a sociabilidade destes indivíduos abrigados quando atingirem a vida adulta. (Siqueira & Dell'Aglio, 2006).

Outro estudo relata que a partir da observação da interação entre crianças residentes em abrigo e educadoras confirma-se a deficiência ou ausência de capacitações que direcionem as educadoras de como cuidar das crianças. Barros (2007) aponta que se percebeu neste contexto de abrigamento, a ocorrência de hostilidades verbais, insuficiência de carinho, a falta de palavras incentivadoras e contato físico. Simultaneamente, observou-se que as crianças procuravam atenção, colo e carinho a todo o momento, de pessoas que visitam o abrigo.

Em estudo realizado em abrigo, metade do quadro de funcionários, incluindo os educadores, possuía escolarização de nível universitário em variadas formações acadêmicas na área de humanas. Este aspecto multidisciplinar encontrado neste contexto possui indicativos hipotéticos, de condições favoráveis para a aplicação de intervenções apropriadas. No entanto, os educadores apontaram que não se consideravam totalmente preparados para lidar com as crianças abrigadas. Estes educadores ressaltaram que as obrigações cotidianas realizadas no contexto interno do abrigo eram desvinculadas de suas formações acadêmicas, excluindo desse modo, o ato de cuidar como uma prática educativa (Cavalcante & Corrêa, 2012).

Carinhanha e Penna (2012) apontam ser necessária atenção à equipe que demanda atendimento nas instituições de abrigo, pois o estigma sofrido por essas crianças e adolescentes abrigados, está enraizado na existência de uma cultura de desigualdade econômica e social, provindos da organização capitalista de produção e obtenção de lucros. Uma estratégia apresentada por Siqueira e Dell'Aglio (2006) seria a melhoria das condições de trabalho destas instituições, e ainda apontam que redução da rotatividade dos educadores poderia colaborar com o fortalecimento dos vínculos estabelecidos no período de abrigamento das crianças e adolescentes. Este pode ser um dos caminhos para se estimular e incentivar estes profissionais, que lidam diretamente no cotidiano com crianças e adolescentes carentes, vítimas de laços familiares e afetivos em conflito ou mesmo rompidos, para um processo interventivo.

Com estes indicadores se percebe que estas crianças e adolescentes já passaram por algum tipo de perda que pode estar relacionada a uma separação provisória ou até mesmo definitiva, ligadas a histórias que revelam traumas e dores provenientes de múltiplas causas, como: o abandono, morte, rejeição, negligência, prisão, deficiência física ou mental, abuso sexual, álcool ou drogas, e insuficiência financeira. Este quadro pode levar a criança ou adolescente a se sentirem frágeis, podendo provocar outras perdas, como a perda da inocência, deixando-o inseguro, desestabilizando deste modo a confiança em si próprio, no outro e no mundo (Tinoco & Franco, 2011).

As crianças e adolescentes em situação de abrigamento mesmo que se encontrem institucionalizadas por fatores provenientes de negligência, maus tratos, abandono, violência física, psicológica ou sexual, exploração em nível de trabalho ou prostituição e pobreza familiar, teve experiência com um emaranhado de relações que resultaram com um rompimento (Tinoco & Franco, 2011). De tal modo, são portadoras de uma história de vida singular que não pode ser apagada, mas sim elaborada, com o auxílio de um espaço

reestruturador que possibilite a formação dos novos sentidos para estes indivíduos que possuem uma subjetividade que deve ser considerada (Vectore & Carvalho, 2008).

É imprescindível que a equipe técnica que faz parte do abrigo, promova atendimentos terapêuticos intensivos com seriedade, oferecendo um foco peculiar principalmente no início do acolhimento, em que a criança ou o adolescente sofreram uma perda importante recentemente, proporcionando-lhes dessa maneira armas preventivas para o enfrentamento da realidade a ser vivida (Coutinho & Sani, 2010).

E ainda se faz urgente ponderar que as ações de atendimento junto às instituições de abrigo transcende o caráter assistencial, pois a instituição apesar de ter o seu caráter transitório, passa a fazer parte da história de vida das crianças e adolescentes abrigados (Tinoco & Franco, 2011). Neste espaço eles também constroem as representações deste acolhimento influenciando no seu funcionamento psicológico emocional e cognitivo (Coutinho & Sani, 2010), se fazendo indispensável um maior engajamento das distintas possibilidades de se lidar e atuar favorecendo a identidade e o estabelecimento do vínculo destes indivíduos em situação de abrigo.

Ao se observar que no Brasil a intervenção de políticas públicas do Estado tem um caráter assistencial e caritativo, se pode levantar a hipótese se outras propostas de ensino que responsabilize também a sociedade civil, profissionais e especialistas que possuem o conhecimento das condições atuais de abrigo de crianças e adolescentes (Ayres *et al*, 2009), possibilita a efetivação do principal direito estabelecido pelo ECA (2006), que é o direito de desenvolver-se. E é no contexto da instituição de abrigo que as crianças acolhidas vivenciam momentos cruciais do seu desenvolvimento (Cavalcante & Corrêa, 2012), e simultaneamente se encontra em uma condição social fragilizada direcionando ao questionamento: Qual a influência da situação de abrigo sobre as emoções das crianças e adolescentes institucionalizados?

Portanto a finalidade do presente estudo consiste em compreender os aspectos afetivos de crianças e adolescentes abrigados. Espera-se que os resultados do presente estudo possam possibilitar a reflexão sobre propostas alternativas de assistência das políticas públicas de abrigo.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram da pesquisa 8 indivíduos em situação de abrigo de ambos os sexos, sendo 5 crianças e 3 adolescentes com idades entre 5 e 17 anos.

### **Instrumentos**

Foram utilizados como apoio para a coleta dos dados os seguintes materiais: papel sulfite, canetinha, lápis preto, lápis de cor, borracha, apontador, desenho da figura humana segundo Koppitz (1995).

### **Procedimentos de coleta dos dados**

Os dados foram coletados em uma visita única realizada no abrigo, com a duração de seis horas. A prova projetiva de avaliação do desenho da figura humana foi aplicada separadamente. Primeiro nas crianças e em seguida nos adolescentes que demandam atendimento de abrigamento provisório na instituição.

As provas aplicadas nas crianças e adolescentes obtiveram autorização junto aos responsáveis pelo abrigo e explicado aos participantes o objetivo e os procedimentos da pesquisa. Assim, como lhes foi assegurado o sigilo de suas identidades, utilizando-se pseudônimos na apresentação dos resultados, conforme preconiza os princípios éticos das pesquisas com seres humanos.

### **Procedimentos de análise dos dados**

Os desenhos foram analisados conforme a interpretação do desenho da figura humana que é considerado um teste de maturação e uma prova projetiva. Logo, os componentes de desenvolvimento cognitivos e emocionais, são analisados e interpretados conforme a dinâmica da personalidade (Koppitz, 1995).

### **Resultados e discussões**

#### **Caracterização contextua**

A pesquisa foi realizada em um abrigo localizado na região oeste da cidade de São Paulo. Este abrigo acolhe a média de 23 crianças e adolescentes, com idades variando de 0 a 17 anos, de ambos os sexos. Esta quantidade limite respeita a proposta do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da reprodução de um ambiente familiar, além de considerar o tamanho do espaço físico que o abrigo dispunha (Brasil, 2006).

As crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social se encontravam abrigados, em caráter provisório, sendo uma medida de proteção integral. Exceto nos casos de proibição judicial, as crianças e adolescentes tinham a autorização da direção do abrigo para receberem visitas de familiares ou amigos aos sábados.

A equipe técnica do abrigo é composta por psicólogas e assistentes sociais. Estes profissionais possuem a função de elaborar pareceres para subsidiar a decisão jurídica quanto ao destino das crianças e adolescentes. Além de uma equipe de educadores que auxiliam nas atividades cotidianas.

As atividades cotidianas da casa abrigo possui uma rotina programada pela equipe técnica que demanda atendimento, com cuidados referentes:

a) Alimentação: três refeições são realizadas no decorrer do dia (café da manhã, almoço e jantar) com pequenos intervalos entre as refeições para pequenos lanches;

b) Cuidados básicos de higiene: são realizados e supervisionados por um educador, ocorrendo geralmente com as crianças pequenas.

c) Inserção escolar: as crianças e adolescentes frequentam as escolas públicas da rede local em horários variados. Com exceção dos adolescentes, as crianças sempre são acompanhadas por um educador (funcionário do abrigo) até a instituição escolar.

d) Inserção social: a permanência das crianças e adolescentes no abrigo é de tempo integral. Eles possuem a autorização para sair do abrigo nas seguintes situações: para ir à escola, passeio a parques ou quadras esportivas na região, consultas médicas (agendadas ou de rotina), e passeios que incluem visitas a empresas, teatros, circos, zoológico, museus, sítios, praia, que geralmente são promovidos por colaboradores da instituição de abrigamento.

### Caracterização e produções dos participantes

Com base nas produções dos desenhos, foram analisadas algumas características que incidiram nas obras realizadas, seguindo a teoria de interpretação de desenhos de Koppitz (1995). O quadro 1 apresenta as características que emergiram nas produções realizadas pelas crianças e adolescentes. Primeiro foram analisados os símbolos qualitativos, segundo os detalhes especiais e em terceiro as omissões.

Participantes	Idade	Símbolos qualitativos	Detalhes especiais	Omissões
Igor	5	Acentuada assimetria das extremidades	Cabeça grande Olhos vazios Braços longos Mãos omitidas Figura interrompida	Nariz Boca
Kelvyn	6	Traços fragmentados	Transparência Figura Monstruosa Desenho espontâneo Figura interrompida	Olhos Nariz Boca Corpo Braços Pernas
Vera	6	Acentuada assimetria das extremidades	Cabeça grande Braços longos	Nariz Boca Pernas
Antonio	8	Sombreado do rosto Transparência	Cabeça pequena Braços longos Mãos omitidas Desenho espontâneo	Nariz
Lauro	10	Sombreado do corpo Transparência		Olhos Nariz Boca Pernas Pés

Patrícia	14	Transparência		Olhos Nariz Pesçoço
Fernando	15	Integração pobre Sombreado do rosto Sombreado do corpo Sombreado das mãos Transparência	Olhos vazios Braços grudados Mãos grandes Mãos omitidas	Olhos Nariz Boca Pernas Pés Pesçoço
Cesar	17	Sombreado do corpo Transparência	Braços grudados Desenho espontâneo Figura interrompida	Nariz Boca

Quadro 1: Características apresentadas nos desenhos das crianças e adolescentes.

Fonte: Elaborado pelas autoras pesquisadoras

O participante Igor tem a idade de 5 anos de idade e se encontra no abrigo há dois anos. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995): dificuldades no equilíbrio, na impulsividade, na imaturidade, na agressão, na aprendizagem. Em que a criança pode apresentar sentimentos de culpa, não perceber o que acontece ao seu redor, precocidade, egocentrismo, dependência, falta de discernimento, desesperança, agressividade, angústia por temer a castração, culpa por masturbação, timidez, apatia, angústia, inseguranças e dificuldade de relacionamento. Estes indicadores podem estar integrados a um déficit cognitivo ou subjetivo.

O participante Kelvyn tem a idade de 6 anos de idade e se encontra no abrigo há dois anos. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) que a criança pode ser pessimista, angustiada, insegura, medrosa, imatura, timidez, depressiva, bem como sofre por se sentir indefesa, com traumas sexuais ou experiências traumáticas, perturbações neurológicas. Além de atraso mental, ansiedade pelo corpo, baixa autoestima, dificuldade de aprendizagem, deficiência no reconhecimento de sua identidade, impulsividade, fraco controle interior, conduta esquizoide, disposição a se retrair em um mundo imaginário, isolamento, dificuldade de comunicação, negação dos problemas e da realidade vivenciada, angústia por temer a castração, culpa por masturbação.

A participante Vera tem a idade de 6 anos de idade e se encontra no abrigo há um ano. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) influencia no equilíbrio e na impulsividade, esforço intelectual. Sugere que a criança pode estar integrada a um déficit cognitivo ou subjetivo na coordenação, imaturidade, agressividade, esforço intelectual, danos cerebrais, retardo mental, dificuldade de aprendizagem, timidez, angústia da castração, culpa por masturbação, se sente indefesa, dificuldade de comunicação, depressiva.

O participante Antonio tem a idade de 8 anos de idade e se encontra no abrigo há um ano. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) que a criança pode sofrer de perturbações emocionais, ansiedade, carência, autoconceito, angustia em relação a atividades reais ou imaginárias, impulsividade, imaturidade, ansiedade pelo corpo, com traumas de impulsos sexuais, experiências traumáticas ou de mutilação, disfunção neurológica, desajuste intelectual, agressividade, sentimento de culpa, ansiedade por medo da castração, baixo desempenho escolar, carência de identidade, timidez, se sente indefeso.

O participante Lauro tem a idade de 10 anos de idade e se encontra no abrigo há cinco anos. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) que a criança pode sofrer de ansiedade pelo corpo, sentimento de culpa por impulsos agressivos, roubo ou por masturbação, ansiedade pelo tamanho e crescimento físico ou apreensão com impulsos sexuais, imaturidade, impulsos ou experiências traumáticas, sexuais, de mutilação, disfunção neurológica, isolamento, negação dos problemas e da realidade, timidez, angustia da castração, culpa pela masturbação, se sente indefeso, dificuldade de comunicação, depressivo, insegurança.

A participante Patrícia tem a idade de 14 anos de idade e se encontra no abrigo há seis anos. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) que a criança pode sofrer a negação dos problemas e da realidade, tímida, baixo interesse social, falta de defesa, sentimento de culpa por masturbação, angústia, depressiva, insegurança, imaturidade, impulsividade, controle internos fracos, preocupação com o corpo, está pedindo ajuda para se tranquilizar a respeito de seus impulsos ou experiências traumáticas, sexuais, aponta também uma disfunção neurológica.

O participante Fernando tem a idade de 15 anos de idade e se encontra no abrigo há dez anos. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) que o adolescente é imaturo, impulsivo, perturbação emocional, sentimento de culpa por roubo e masturbação, sentimento de angustia, está pedindo ajuda para se tranquilizar a respeito de seus impulsos ou experiências traumáticas, sexuais, de mutilação, tendências voyeristas, vaga percepção do mundo, egocentrismo, suspeita de disfunção neurológica, depressão, dificuldade de comunicação, ansiedade por castração, sentimento de culpa, negação de seus problemas, insegurança, sentimento da impossibilidade de parar.

O participante Cesar tem a idade de 17 anos de idade e se encontra no abrigo há onze anos. Os resultados da produção do seu desenho sugerem conforme Koppitz (1995) que o adolescente pode ter uma ansiedade pelo o corpo, sentimento de culpa por impulsos agressivos, roubo ou por masturbação, ansiedade pelo tamanho e crescimento físico ou apreensão com impulsos sexuais, imaturidade, impulsividade, preocupação com os impulsos ou experiências traumáticas, sexuais, de mutilação, disfunção neurológica, controle interno rígido, dificuldade de se conectar aos outros, reserva, retraimento, timidez, conflitos interiores, escasso influência em indivíduos passivos e defensivos, baixo desempenho escolar, carência de identidade, isolamento, negação dos problemas e da

realidade, baixo interesse social, angustia de castração, culpa por masturbação, dificuldade de comunicação, depressivo.

Interpretando os dados dos desenhos das crianças e dos adolescentes de acordo com a teoria de Koppiz (1995), prevaleceram os indicativos que mais se repetiram se destacando os indicativos de omissões de nariz e boca. Sugerindo desse modo no abrigo que as crianças e adolescentes apresentam sinais que abrangem a imaturidade, timidez, insegurança, retraimento, impulsividade, de angústia, dificuldade de comunicação com os demais, falta de defesa e um sentimento de culpa por masturbação. Em que também se sugere que as crianças e os adolescentes estão pedindo ajuda para se acalmarem a respeito de seus impulsos e indícios sexuais traumáticos.

O quadro 2 apresenta os indicativos e os respectivos números de vezes que apareceram nos desenhos.

Acentuada assimetria das Extremidades	2	Figura interrompida	3
Traços fragmentados	1	Mãos omitidas	3
Sombreado do rosto	2	Omissão nariz	8
Sombreado do corpo	3	Omissão boca	6
Sombreado das mãos	1	Omissão olhos	4
Transparência	5	Omissão corpo	1
Cabeça grande	2	Omissão braço	1
Olhos vazios	2	Omissão pernas	4
Braços grudados	2	Omissão pés	2
Braços longos	3	Omissão pescoço	2
Desenho espontâneo	3		

Quadro 2: Quantidade total de indicativos que emergiram dos desenhos das crianças e adolescentes abrigados.

Fonte: Elaborado pelas autoras/pesquisadoras

De tal modo, se percebe com estes indicadores, que o ambiente e as relações existentes no abrigo, podem levar estas crianças ou adolescentes à fragilidade,

*Janaína da Silva Gonçalves Fernandes, Aline Paz Freitas Gonçalves, Marina Ralston Cerquinho Malta Farina*

provocando outras perdas, como a perda da inocência, deixando-os inseguros, desestabilizando deste modo a confiança em si próprio, no outro e no mundo (Tinoco & Franco, 2011).

### **Considerações**

Ao se analisar os desenhos de acordo com Koppitz (1995) pode-se sugerir que estas crianças e adolescentes possivelmente se encontram numa situação de vulnerabilidade emocional. Por meio da interpretação realizada, se verifica que eles apresentam algumas características: timidez, imaturidade, insegurança, retraimento, impulsividade, angústia, dificuldade de comunicação com os demais membros da instituição de abrigo, falta de defesa e um sentimento de culpa por masturbação. Esse conjunto de características pode influenciar a realidade dessas crianças e adolescentes, bem como prejudicar os vínculos afetivos em suas redes sociais quando atingirem a fase adulta.

Outra característica que emergiu da interpretação das produções dos participantes, é um aparente pedido de ajuda no que diz respeito ao descontrole dos impulsos e provas traumáticas vivenciadas. Esses traumas podem estar relacionados a perdas sofridas até o momento, e/ou pela própria separação provisória ou até mesmo definitiva. Tinoco e Franco (2011) ressaltam que certas rupturas podem ocasionar outros tipos de perdas, como por exemplo, a perda da inocência. Este cenário pode causar insegurança, e conseqüentemente desestabiliza a confiança em si mesmo, no outro e no mundo.

Portanto, sugere-se que é preciso a atenção das políticas públicas para aliviar as dificuldades de infraestrutura enfrentada pelas instituições de abrigo. Este apoio poderia possibilitar a melhoria na qualidade das relações vinculares dos espaços de abrigo, bem como o desenvolvimento e construção da identidade das crianças e adolescentes institucionalizados. Vale ressaltar, que apesar de observações inferenciais sobre as características dinâmicas e estruturais do abrigo, a presente pesquisa analisou somente os desenhos produzidos pelas crianças e adolescentes. Durante esta pesquisa também se percebeu, a necessidade, de estudos que abordem o tema da sexualidade dentro dos abrigos, o que leva a sugestão da realização de novas pesquisas a cerca do tema, a fim de aprimorar as diversas perspectivas que envolvem crianças e adolescentes em situação de abrigo.

### **Referências**

- Ayres, L.S.M., Cardoso, A.P., & Pereira, L.C. (2009). O abrigo e as redes de proteção para a infância e a juventude. *Fractal, Revista de Psicologia*, 21(1), 125-135.
- Barros, R.C. & Fiamenghi Jr., G.A. (2007). Interações afetivas de crianças abrigadas: um estudo etnográfico. *Ciência e saúde coletiva*, 12(5), 1267-1276.
- Brasil. (2006). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 13 ed. Ed. São Paulo: Atlas.
- Carinhonha, J.I. & Penna, L.H.G. (2012). Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigo. *Texto contexto – enfermagem*, 21(1), 68-76.

- Carlos, D.M., Ferriani, M.G.C., Silva, M.A.I., Roque, E.M.S.T., & Vendruscolo, T.S. (2013). Institutional shelter to protect adolescent victims of domestic violence: theory or practice?. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 579-585.
- Cavalcante, L.I.C., & Corrêa, L.S. (2012). Perfil e trajetória de educadores em instituição de acolhimento infantil. *Cadernos de Pesquisa*, 42(146), 494-517.
- Coutinho, M.J., & Sani, A.I. (2010). Casa abrigo: a solução ou o problema?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 633-641.
- Goffman, E. (1992). *Manicômios, prisões e coventos*. 4. Ed. São Paulo, Perspectiva.
- Koppitz, E. M. (1995). *El dibujo de la figura humana em los niños*. Buenos Aires, Guadalupe.
- Prada, C.G.; Williams, L.C.A. e Weber, L.N.D. (2007). Abrigos para crianças vítimas de violência doméstica: funcionamento relatado pelas crianças e pelos dirigentes. *Revista Psicologia: Teoria e prática*, 9(2), 14-25.
- Santana, J. P., & Avanzo, J. R. (2014). Infância e direitos: o uso de metodologias participativas em contexto de acolhimento institucional. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 14(2), 306-318.
- Silva, C.D.L., Denardi, R.C., Becker, A.P.S., & Delvan, Josiane da Silva. (2015). A Psicologia nos serviços de acolhimento institucional e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1), 55-65.
- Siqueira, A.C.; Dell'Aglio, D.D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista Psicologia & Sociedade*, 18(1), 71-80.
- Tinoco, V., & Franco, M.H.P. (2011). O luto em instituições de abrigamento de crianças. *Estudos em psicologia (Campinas)*, 28(4), 427-434.
- Vectore, C., & Carvalho, C. (2008). Um olhar sobre o abrigamento: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. *Revista semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 12(2), 441-449.

## O Corpo Doente Fala: Concepções Psicossomáticas na Visão da Psicanálise

*Janaina Mariano*

### Resumo

A visão dos fenômenos psicossomáticos na conjuntura das (re)orientações das práticas terapêuticas no cenário atual, indaga a preponderância da percepção biomédica, sendo uma característica dos recortes que pesam sobre o corpo. Falaremos neste artigo, pontos importantes que vem se destacando dentro do mal-estar perceptível na atualidade a partir da psicopatologia somática e suas incógnitas aos conhecimentos e atuações da clínica do psicológico na compreensão da psicanálise. Neste sentido, daremos início fazendo uma reflexão a respeito do corpo na visão da psicanálise e da relevância das relações essenciais para a construção do equilíbrio psicossomático. Enfatizamos neste artigo, autores que com clareza contribuíram ao campo das psicopatologias somáticas. Procuramos também, trazer a luz, o conhecimento sobre o sofrimento psíquico em indivíduos com neoplasia, partindo do pressuposto de que o processo de adoecimento é factualmente construído. As inferências do padecimento na atualidade ressaltam as tenacidades dos conhecimentos e práticas psicológicas a transigir importância e relevância ao corpo na construção das passionalidades, principalmente quando são evidenciadas pelas corporalidades padecentes nas planícies dos fenômenos psicossomáticos, dos limites, das tristezas e da hipocondria que os indivíduos se denotam ao cenário analítico. Enfatizamos que dissertamos o câncer a partir do campo de interação da medicina e psicanálise, enaltecendo as psicopatologias orgânicas como alusivo teórico-clínico.

**Palavras-chave:** Psicanálise; psicopatologia; câncer; corpo; psicossomática.

### Abstract

The view of psychosomatic phenomena in the context of (re)orientations of therapeutic practices in the current scenario, questions the preponderance of biomedical perception, which is a characteristic of the outlines that weigh on the body. In this article, we will talk about important points that have been highlighted within the current noticeable malaise from the somatic psychopathology and its unknowns to the knowledge and actions of the psychological clinic in the understanding of psychoanalysis. In this sense, we will start by reflecting on the body in the perspective of psychoanalysis and the relevance of essential relationships for the construction of psychosomatic balance. In this article, we emphasize authors who have clearly contributed to the field of somatic psychopathologies. We also seek to bring to light, knowledge about the psychic suffering in individuals with cancer, based on the assumption that the disease process is factually constructed. The inferences

*Janaina Mariano*

of suffering today highlight the tenacity of knowledge and psychological practices to compromise the importance and relevance of the body in the construction of passions, especially when they are evidenced by the suffering corporeality in the plains of psychosomatic phenomena, limits, sadness and hypochondria that individuals they denote the analytical setting. We emphasize that we discuss cancer from the field of interaction between medicine and psychoanalysis, extolling organic psychopathologies as a theoretical-clinical allusion.

**Keywords:** Psychoanalysis; psychopathology; cancer; body; psychosomatics.

## **Introdução**

As manifestações psicossomáticas estabelecem uma locução relevante da clínica psicológica no cenário atual. A clínica apresenta as atuais especificidades dos feitos de tendências apresentadas em cenas pela psicopatologia somática, demonstrando como o fictício costuma colorir o cenário sintomático das dores intangíveis. Enfatizamos que os caminhos da urgência e das emergências do corpo na clínica psicológica, posicionam-se como meio de movimento e terreno para a dor e sofrimento, privando-se de falar das impugnações somáticas e da falta de implicações do entristecido na história do corpo doente. A partir do título “o corpo doente fala” – desabafo que no decorrer dos últimos meses, fui direcionada por uma psicanalista acometida pelo câncer, assunto esse, que me despertou para à ampliação de conhecimentos sobre estudos que visam discutir sobre o câncer à luz da psicanálise, destacando e levando em consideração o lugar do corpo para a psicanálise e a anatomia fantasmagórica ou imaginativa do acompanhamento da experiência da dor e do sofrimento, a indiferenças entre sofrimentos psíquicos e dores físicas, a riqueza da vivência adquirida através da experiência triste, assustadora e por muitas vezes traumática, e as incertas possibilidades de seu reaparecimento, demudado em um tumor maligno.

## **Recintos Clínicos e Teóricos do Corpo que adocece**

Tendo em vista que as somatizações compõe uma das falas mais constantes nas consultas psiquiátricas e psicoterapêuticas, a verificação sobre o tema abrange destaque nos estudos dos especialistas e pesquisadores na área da saúde, sendo relevante ressaltar que subsistem quadros de somatizações que não comportam às categorizações psiquiátricas, indagando suas explanações com relação aos estudos sobre doenças, bem como as implicações em expressões de diagnóstico e conjeturas. Volich (2002, p. 219) evidencia o lugar da vivência hipocondríaca na interação e relação com o outro: ... esculpindo as performances do corpo, dispondo imagens para a sua realidade e existência, rompendo a ordem da fisiologia e da anatomia, insubordinando o funcionamento dos órgãos e suas esquematizações vitais. A histeria, as manifestações psicossomáticas e a hipocondria, continuamente ofertam ao indivíduo, meios para lançar ao outro a súplica para o alívio de sua dor e sofrimento, muitas vezes inefável.

Nas manifestações psicossomáticas, o corpo é afetado em sua autenticidade orgânica e operacional, sendo recolhidas por exames clínicos, laboratoriais e imagéticos. Exemplificando, Há um agravo ou lesão em casos de câncer. É, por conseguinte,

necessário discernir que nem todas somatizações são da mesma natureza, uma vez que estudos afirmam que as somatizações históricas não afetam o real do corpo, não obstante, possam paralisá-lo, cegá-lo e até mesmo anestesiá-lo...

Os eventos psicossomáticos, em muitos casos são discernidos por especialidades médicas que findam por não enlaçar as múltiplas determinações e seus complexos sentidos, uma vez que partem da visão biomédica focada no conhecimento de organismo e de patologia. A exclusividade exigida por algumas esferas da medicina em relação ao direcionamento terapêutico de pacientes acometidos por somatizações, também pode suceder quando tais pacientes são primitivamente acolhidos em centros de tratamento psicoterapêuticos e têm suas somatizações identificadas e tratadas como acontecimentos originados por manifestações históricas.

Nesse sentido, é possível observar à interpelação dos acontecimentos psicossomáticos, sua complexidade não permitir comportar visões parciais, uma vez que, a compostura de alguns casos pleiteia visões múltiplas sobre a dor, sofrimento e as possibilidades de direcionamento para os processos terapêuticos.

E por arremeter os indivíduos em sua economia psíquica, as manifestações psicossomáticas exigem possibilidades de captação teórica que não se restrinjam à análise do corpo somente como organismo físico.

As perspectivas clínicas das doenças, apresentam-se de maneira complexa e exigente, não aceitando com facilidade às elucidações e causas simplicistas e, por consequência, muito menos os traçados de tratamento nelas alicerçadas. Apesar da relevância do contato dos profissionais do campo médico e de áreas afins com edificações de sentido que compreendem o incorpóreo no ato do adoecer, submetemo-nos por acolher as leituras das psicopatologias orgânicas a partir de campos de estudos teórico-clínicos da psicanálise.

Enfatizamos que às áreas da Medicina Psicossomática e da Psicologia Médica (Mello Filho, 1988; 1992) formam espaços fundamentais nas interpelações das patologias, já que salientamos particularidades psicológicas, ou emocionais na causa, trajetória e consciência. Contudo, é possível observar que há um olhar influenciador entre as relações o estado psicológico e a soma, que se estabelecem de igual modo.

As representações da psicogênese e de somatogênese (ibid.), que diz respeito aos entendimentos da origem dos sintomas ou das patologias a surgir de causas psicológicas, não possui o lugar de relevância conceitual que havia nas primeiras décadas do século XX com a Medicina Psicossomática. Pensar no adoecimento orgânico não mudável, a partir da psicanálise, exige respeitar a unidade psiquê-soma – psicossoma –, bem como a genitura multifatorial das patologias.

É possível afirmar que é com a clínica da histeria e da hipocondria que a performance intangível do corpo é relevada, em compensação à visão influenciadora do organismo. O corpo em Freud (1895, 1905, 1914) refere-se àquele que ele soube enxergar para além dos ruídos neuro-anátomo-fisiológicos, resultando-se, conseqüentemente o

próprio autor e de seus caminhos, assim como das viabilidades de acolhimento de suas dores e de seu sofrimentos em expressões terapêuticas.

As vivências adquiridas pelo corpo como experiências cativadas, são como incógnitas escutadas e estudadas por Freud, que, com a astúcia adquirida pelas aprendizagens da clínica, entendeu e compreendeu em não se satisfazer com a simples correspondência do corpo e excederia à compreensão histórica de construção sintomática, aceitando e decodificando a . Histeria e hipocondria reforçam a anatomia imaginosa pioneira de um de um regulamento de corpo distinto da leitura médica e biológica da anatomopatologia.

Aceitando os barulhos do corpo, Freud (1914[1915], p. 99) enfatiza a organização hipocondríaca como a evacuação do interesse do desejo do mundo externo e dos instrumentos de amor, resumindo no órgão que lhe prende atenção. Histeria e hipocondria acercaram e achegaram a psicanálise do fenômeno psicossomático, comparando com confrontos que não eram claramente trazidos à luz das palavras.

A expressão da vida delirante e ilusória, à construção dos trabalhos de luto, à criação de uma história nas formas de um romance familiar. Freud (1895), permitir a aberturas dos processos investigativos na área clínica ao corpo adoecido, questiona-se as certezas antagônicas na soma-psique, ao reforçar a afirmação de que os sintomas psíquicos executam função na economia tendenciosa, evidenciando-se na essência do corpo.

Podemos até ressaltar que Freud excedeu em suas contribuições, compondo o conceito de pulsão entre o somático e o psíquico, como executor da disposição das dinâmicas impalpáveis. O fenômeno psicossomático – mostrado por uma interpretação somática não transmutada, evidenciando modos de manifestações de sofrimentos psíquicos no corpo organismo, por modificações funcionais ou acometidas.

Desde os primórdios, o genitor da psicanálise assumiu as complexidades em reger doenças orgânicas, exaltando Ferenczi quando esse se entregava nas águas escuras do adoecer somático árduo das concepções sobre as modificações e a hipocondria.

Ferenczi (1993) relata que, se fez necessário aguardar o início do método psicanalítico inserido por Freud para esclarecer até uma profundidade antes desprezada, onde o corpo e o psiquismo não param de influenciar-se respectivamente.

Apesar de Freud, ter iniciado o olhar para os acontecimentos e adoecimentos somáticos, não transmutável a partir do campo das neuroses atuais, à escuta de pacientes somáticos vem especificando as origens da constituição do psiquismo nos destinos da organização libidinal.

As vivências imaturas projetam maneiras de funcionamento somático a partir da constituição da imagem corporal. A observância das adições, somatizações, psicoses e estados limítrofes, nos chama a destacar o lugar primordial da relação materno-filial na constituição subjetiva, propiciando um espaço de construção psicossomático do bebê.

Autores consagrados como Klein, Winnicott, Dolto e Lacan, traz a luz, a cena teórica psicanalítica, o valor incisivo das vivências prematuras na formação da organização do desejo das defesas e da construção do inconsciente.

Para Klein (1991; 1996), as percepções de supere arcaico, brigadas edipianas e das disposições esquizoparanóide e depressiva, aumentam o caráter de precocidade do psiquismo, enquanto que para Winnicott (1983; 2001), a forma e ressalta as funções maternas de holding, handling e apresentação de objetos.

Na visão de Lacan (1966) e Dolto (1966), as respeitantes sugestões da constituição do eu a partir da metáfora investigativa, na qual o corpo fragmentado do bebê é convergido por presença como efeito do olhar materno e das castrações simbologênicas imprescindíveis às mudanças da relação com o outro e do caminho pulsional no âmbito corporal.

Neste sentido, é possível ressaltar sobre a importância de tais contribuições, enfatizando a imagem inconsciente do corpo como marco da encarnação do indivíduo de desejo, se estabelecendo por vínculos afetivos, ou seja, contribuições libidinais que se fazem na disparidade.

Como ambiente do desejo e das manifestações pulsionais, a imagem inconsciente do corpo e sua constituição imatura, constituem conceito significativo na observação das disfunções ditas psicossomáticas, uma vez que, como relatada por Nasio (1995), tal imagem, objetiva dar conta da atuação psíquica antecedente do lactente, das representações corpóreo-psíquicas do indivíduo em relação aos autores contemporâneos a Freud, evidenciando a importância das contribuições de Ferenczi (1992; 1993; 2002) e de Groddeck (1992; 1994; 2004) que muito contribuíram para a expansão da investigação psicanalítica do adoecimento originado da somática não transmutável.

Ferenczi (1992a; 2002) projetou os conceitos compreendidos na sua vivência clínica com as nevroses atuais de pâncreas e neurose de órgão, reforçando a aptidão narcísica do adoecer, destaque nos caminhos do tratamento e da cura.

A autoria no texto “As pâncreas neuroses” (1992), descreve a pâncreas neurose ou neurose de doença da seguinte maneira: em muitos estudos, são observados numerosos casos, onde a libido deprimida do mundo externo não é investida no ego como um todo, no órgão doente ou ferido, e produz ao nível do ponto doente ou ferido características que devemos conceder a um crescimento local da libido.

Ao demandar o papel crucial da dinâmica do autoerotismo e do narcisismo, Ferenczi (2002) inventa, em 1926, o conceito de neurose de órgão, objetivando o desenvolvimento da classificação freudiana de neuroses atuais e de psiconeuroses, a partir de sua prática hospitalar e de consultório. Ele relata: diversas doenças tendo origem psíquica, mas expressam-se por uma perturbação real de um ou de vários órgãos. Dá-lhes o nome de neurose de órgão. Observado que compreendem simultaneamente distúrbios subjetivos e objetivos, sendo necessário distingui-las da histeria. No entanto, é difícil estabelecer a fronteira que as separa desta última ou das inúmeras enfermidades orgânicas.

Ferenczi apresentou no texto “As neuroses de órgão e seu tratamento”, casos de neurastenia – “a neurose de órgão mais conhecida”, para o autor (2002), neurose de angústia e neuroses monossintomáticas (asma nervosa, neuroses de estômago, distúrbio intestinal grosso, neuroses cardíacas, enxaqueca), enfatizando que o percurso de toda enfermidade orgânica é, aliás, afetado favorável ou desfavoravelmente por influências psíquicas” (ibid., p. 381).

Na visão de Groddeck (1926), a teoria de que toda doença orgânica é igualmente psíquica, bem como o inverso, tem relevância: a doença refere-se a uma resolução, apesar de problemática, para os conflitos inconscientes.

Freud ressalta uma desconfiança na prática da terapia psicanalítica a todos os casos, expondo algumas de suas limitações. Dentre elas, ele enfatizava que, pessoas que recebem assistência médica em hospitais (1895[1894]), poderiam se beneficiar de ajuda por métodos completos, o que nos leva a refletir que ele se mencionava aos pacientes que sofriam de doenças somáticas de proveniência orgânica.

O mesmo destaca que seu método vinha se apresentando eficaz no tratamento de casos graves de histeria e neurose obsessiva. Refletir no tratamento de pacientes marcados pelo adoecimento somático, confere a dar à clínica sua grandeza, ou seja, conseguir pensar no sofrimento fora dos esquemas de simbolização, pelo qual o corpo lateja em dor, uma dor inexprimível e resistente às ingerências que visam às formações do inconsciente.

A somática em sua psicopatologia, estabelece um campo de duelos à clínica, organizando-se pela não inferência do indivíduo em seu sofrimento, sendo este metafórico pelos destinos de um corpo machucado e com dor, bem como pelas prescrições médicas.

A elaboração de predicções pelo indivíduo com relação a dor de existir mostra-se anulada, padecendo o corpo em sua tangibilidade. Nessa perspectiva, é possível afirmar que o fenômeno psicossomático indaga o fazer clínico, se constituindo de forma árdua e desafiante, tornando-se legível o sujeito-corpo-doença no jogo metafórico que não se diminui ao exercício funcional do biológico.

A psicanálise em sua clínica psicossomática: o olhar e a escuta da dor do câncer... Os contextos do câncer e das particularidades comportamentais, dificuldades intelectuais e interacionais nele envolvidos, provocam o olhar das clínicas médicas, psicológicas e psicanalíticas. Averiguando sobre as características do sujeito com câncer, da personalidade e da família com câncer, esclarecem fenômenos apreciáveis importantes: como; proteção excessiva da mãe, sensibilidade afetiva, conflito familiar, pouca agressividade, mudanças passadizas de laços, dentre outras.

Ao levar em consideração esses estudos, é possível destacar que, apesar de serem de grande relevância na composição de um campo teórico-clínico, se faz importante na construção de estratégias de prevenção e tratamento, é possível observar outras direções, ou seja, a escuta psicanalítica como parte fundamental do percurso de tal processo, tão exigente para o físico e para saúde emocional e mental, apresentando questões diversificadas que ensaiamos ao responder através das hipóteses teóricas

abertas por Freud (1895, 1900, 1914, 1923) ao trazer a problematização da construção do psiquismo e a organização pulsional, bem como, o narcisismo e o romance familiar.

Considerar as possibilidades e inferências dos itinerários dos componentes das famílias é enriquecido quando as possibilidades construídas no campo do singular são acrescentadas na lógica dos vínculos parentais, fraterno, conjugal e de maneira coletiva.

Teixeira (2002a,2002b), afirma que a congregação do adoecido apresenta-se, transferencialmente nas sessões de análise, por meio das queixas, lamúrias e narrativas dos périplos médicos percorridos pelo enfermo. As conexões com o diagnóstico, com as terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas, dietas, e com o prognóstico, estabelecem temas contínuas no contar dos pacientes com câncer.

As narrativas, fastidioso especificado, de sessões de radioterapia e quimioterapia compõem o tempo e o âmbito das sessões. É o relato da patologia que se alinham, com todos as navegações e inadvertência pelas clínicas, hospitais, aparelhos, receitas e medicamentos.

As contribuições freudianas do narcisismo, destaca lugar fundamental quando nos deparamos com momentos de dor e mal-estar orgânicos, uma vez que o ser humano adoecido retira suas energias libidinais de volta para seu próprio ego, e as depositam para fora novamente quando já estão recuperados. (Freud, 1914[1915], p. 98).

O queixume orgânico, servem-se à ciência para sua compreensão, contudo, apontam para o que resta, o que esquiva-se da apreensão do corpo como carne, possibilitando espaços a novos e excêntricas formas de entendimentos.

Tais questões reforçam olhares diversificados que contribuem por guiar os métodos terapêuticos frente aos desafios enviados pelos transportadores de doenças orgânicas. doenças essas, que são reconhecidas como psicossomáticas pela Medicina, transparecem o restringimento e insuficiências dos respeitantes médicos e psicológicos, quando salientados isoladamente na construção do tratamento os indivíduos que padecem no real do corpo.

As demandas de eclodir, ascensão, agravamento e desfecho das manifestações psicossomáticas demandam os pormenores psicológicos nelas contidas. A influência dos requisitos da composição familiar como potencializações das causas de repulsas, já eram evidências como fator importante na interpelação das somatizações graves.

Mello Filho (1988; 1992) reforça que os processos de reconhecimento e identificação, como; luto e angústia, por exemplo, quando conjunturados na história do paciente, permitem a construção de um quadro complexo das manifestações psicossomáticas, seus diligentes e suas repercussões.

A dor e o sofrer inseparável de uma neoplasia, coloca o indivíduo frente às impossibilidades, limites e decaídas corporais, dirigindo-se à perspectiva da morte e acelerando defesas e estratégias de confrontação que superam a dimensão do

organismo, ocasionando um verdadeiro exceder. A doença, as prescrições e os medicamentos, ganham sentido na dinâmica pessoal, não falando a respeito apenas da enfermidade como objeto de investigação biomédica.

Dessa forma, os campos investigativos e de intervenções do sofrimento orgânico compõem espaços seminiais, oportunos à participação dos analistas. A perspectiva da psicanálise caminha para um olhar favorecido às condições subjetivas singulares, familiares e sociais, como particularidades importantes na distribuição e organização psíquica no processo do adoecer acrescentando a experiência e vivência de estar doente e não-doente, a escolha da patologia e do órgão submetido aos modos de relações do doente com sua enfermidade e sofrimento. Enfim, “as formas de morar e trabalhar, de sofrer e desejar, de adoecer e cuidar e de viver e morrer” (Brant, 2001, p. 228).

Brant (2001), no artigo “O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia”), descreve ricas alegações em favor da inclusão da subjetividade no enaltecimento do modelo metodológico e à amplificação de seu objetivo para além de dispositivos estatístico coadjuvantes da saúde pública e da prática clínica. Argumentação que demonstra-se relevante em relação ao câncer, uma vez que ele nos desperta a confrontar às questões da morte, da sexualidade, da castração e do trauma, abarcando o diagnóstico um momento que coloca em óbice a organização subjetiva, processo enfatizado pelo deslustre do câncer como uma doença fatal.

Essa confluência seriada entre câncer e morte, cai sobre o indivíduo, deixando-o em uma situação de penúria, de sentimentos de solidão e de falta de afeição que se assimila à conjunção de trauma psíquico descrita por Freud (1937).

Brant (2001) faz uma alerta relevante sobre as consequências da investigação epidemiológica que não considera tais aspectos, mas somente dados estatísticos, sendo um contribuinte para leituras específicas do processo saúde-doença, assim como em relação à solidificação de um perfil da doença ao qual o indivíduo doente deva equivaler-se.

A colaboração da identidade ocupa âmbito relevante no câncer, que evidencia-se na figura de um emblema familiar, tornando público jogos identificatórios que, quando iluminados na relação transacional, registrando- a doença como metáfora, (Sontag, 2002) na orbe geracional. É o deslocamento da história da doença neoplásica para a história do doente que a análise investiga.

A consideração e a construção do romance familiar pelo paciente o faz submergir, pela transposição, no fastidioso trabalho de construção do corpo psicanalítico, corpo que só tem sua existência na distinção, pelo olhar do outro que o desenha e que na análise, pode ser recebido na rede do acolhimento subjetivo. O movimento das manifestações

orgânicas, por mais que distancie os pacientes da inferência no adoecimento, os apresentam em uma posição passível de ser trabalhada transferencialmente.

Os fenômenos psicossomáticos em sua clínica, se estabelece pelos impactos do que excedem os objetivos vitais, contudo estes denotam o afastamento do sujeito, os caminhos do afeto, a incerteza e as probabilidades de construção de sentido.

A somatização e o termo doença somática, desde a época de Freud (1895, 1896, 1898, 1908, 1910, 1914, 1915, 1917) – não obstante de sua incredulidade em relação à prestabilidade do método psicanalítico a pacientes orgânicos, reforça o rompimento da epistemológica com a divisão corpo-mente, oportunizando antijuridicidade da configuração inconsciente do corpo, como também da urgência dos caminhos dos afetos.

Distintivamente do quadro nosológico em que Freud posicionou as neuroses atuais, prógona das psicopatologias somáticas, na atual clínica de pacientes com câncer, as relações prévias e os momentos originários de constituição do eu são ressaltados.

O trabalho clínico tem grande relevância, permitindo que o indivíduo se estabeleça frente à doença sem vivenciar a autocensura melancólica de origem regressiva expressa na dor impossível da premência de sua aniquilação como indivíduo. O reconstruir do simbolismo pela inclusão do corpo biológico, o desenvolver do trabalho psíquico e a construção de sintomas psíquicos se fazem possíveis na elaboração e construção de uma história suportada pela transferência.

A verificação das psicopatologias somáticas ordena-se como assunto de interesse para a clínica, demandando reelaborações metapsicológicas que enxergue as representações do sofrimento e dos lugares do corpo no contexto civilizatório. Com o realce da psicanálise no designo pulsional do recalçamento, as contrariedades do afeto, demonstra ter permanecido em um plano pouco esclarecido pelas considerações, ocasionando uma interrupção, por vezes, temerária dos percursos dos atos clínicos.

Discorreremos, neste breve exame, dos caminhos do corpo nas somatizações não psicóticas e neuróticas, abordando o câncer, levando em consideração que a diminuição merece atenção no campo das inconstância do afeto, particularmente quando as ordens da subjetividade predominante demandam o estatuto do corpo na sua excentricidade, singularidade e descomunal.

Retomar as elaborações freudianas em volta dos destinos do afeto e das representações, palavras e coisas (Freud, 1895), por exemplo, contribuir para abertura do espaço para a escuta dos sons de dor expostos na angústia dos corpos enfermos que pedem socorro.

Nesse sentido, é possível produzir hipóteses psicopatológicas variadas em relação ao adoecimento do corpo, o que denota que não estamos enrijecido numa clínica de normas congeladas e de sujeição a autores e escolas de pensamentos específicos.

No entanto, não podemos esquecer que a fenda epistemológica que desencadeia à altanaria da clínica freudiana, introduz na convenção filosófica na qual corpo e psique não são diferenciados, desconcertando-se em uma unidade que qualificamos como

psicossomática. É essa ruptura com a cultura da anatomopatologia (Foucault, 2004) que compõe a viabilidade de uma clínica da escuta.

Na visão de Berlinck (2000), principalmente visual, uma vez que constatado no âmbito das transferências que compreende inicialmente, afetos e ilustrações, sendo uma nova composição corporal corporificada por Freud em sua ficção pulsional, é possível compreender o adoecer a partir de modificações na distribuição da libido. Freud (1914, p. 98).

Neste sentido, Resta-nos predispor que o patológico tenha recinto, incorporando sentidos para o indivíduo sofrente do corpo. Esta implementa nossa aposta com pessoas que sofrem, na realidade de seus corpos, por neoplasias.

A grande demanda de indivíduos que portam doenças orgânicas, ao recorrer à análise, encontra-se na busca de um aliado a mais para a sua dor. O que podemos ofertar para eles são as possibilidades de repensar a si mesmo, olhar e dar novo significado para sua vida, sendo uma tentativa de não tornar ainda mais insuportável a já tão irremediável dor de existência. (Lacan, 1998, p. 788).

As inferências da clínica com somatizadores, mostram e apontam para os questionamentos dos lugares dos analistas e de seus insígnias transferenciais e teóricos. Principalmente, elas evidenciam o repensar das ideias delineadas quanto às definições da psicanálise, em sua maioria, consolidadas pela reintegração como sagradas e não reinventadas no âmbito da clínica, uma vez que não é permitido testemunhar a extraordinária riqueza técnica e metapsicológica, devendo propiciar e beneficiar nossa concepção de cura psicanalítica.

O texto freudiano: Tratamento psíquico (tratamento da alma) de 1898, traz o questionamento sobre o verdadeiro sentido do desempenho e ação terapêutica, indo pesquisar, no pharmakon de Platão e nas relevantes elaborações de Derrida, a relevância da dualidade paradoxal vigente em toda e qualquer intervenção terapêutica, registro inclusive da imagem do analista como terceiro.

Para tanto, o medicamento só tem sua ação na economia psíquica do indivíduo, quando é semelhante para o paciente: “é a fala (transferencial) que salienta uma molécula química em medicamento” (p. 185-6).

O montante adoecido solicita ser escutado pela lamentação da dor, sendo este, um momento de acolhimento pelo analista, necessário para que o encadeamento do doente no seu sofrimento possa se dar, sendo uma abertura para o campo da mudança de disposição do sujeito em relação ao que espera do analista, podendo estabelecer as queixas iniciais na transferência.

Evidenciar o adoecer orgânico como fenômeno psicossomático, sugere levar em consideração que, em conjunto com outros aspectos – genéticos, ambientais, fisiológicos e até mesmo estilo de vida – a composição psíquica e seus modos de remissão libidinal deve ser levada em consideração na abordagem da contusão orgânica, já que os caminhos da movimentação pulsional se dão no organismo, demonstrando como

recomenda Marty (1993), uma delimitação da aplicabilidade de simbolização das necessidades pulsionais.

Tal momento de reconduzir-se do paciente frente às lamúrias e ao analista, exige atenção particular, quando nos referimos aos pacientes com tratamento de câncer. Já que no geral, são pacientes que já vêm encaminhados por médicos ou familiares que identificaram tal necessidade, estejam eles no quadro de enfermos em internamento – para o caso do psicanalista que atua em instituições hospitalares ou assemelhado, como clínicas voltadas para prevenção e tratamento rádio e quimioterápico – ou até mesmo em consultórios particulares, o que resulta que, ao chegar ao analista, é a relação dos saberes e práticas biomédicas que ornamenta o discurso do paciente.

É importante ressaltar que neste artigo, não defendemos uma clínica diferenciada aos pacientes que sofrem e padecem por doenças somáticas, contudo, damos ênfases para a relação entre psicanálise e medicina e suas fragilidades não pode ser menosprezada pelo psicanalista, concernindo a ele complexificar Mello Filho (1992, 2001).

Teixeira (2002a, 2002b), enaltecem as especificidades de ambos os campos e a não confluência entre os discursos, as terapêuticas e os destinos da cura, contudo, é evidente que não que instruir-se com tais diferenças e, primordialmente, que a prepotência ameaça a ética tanto da medicina – explícita no corpus hipocraticum – quanto da psicanálise, pela conjectura do indivíduo sujeito de desejo.

A clínica nos direciona com base em ensinamentos voltados para entrevistas propedêuticas, apontadas como caminho de apresentações e reclamações que se destinam ao analista predestinando-se pela palpabilidade – partes do corpo focadas, tocadas, acariciadas; cicatrizes cirúrgicas expostas; sintomas clínicos discriminadamente melodrama; indicações e vocabulários médicos meticulosamente articuladas e materialmente apresentadas – suplicando cumplicidade a sua dor, solicitando que o analista presencie o que só quem passa por isso, pode supor existir.

O paciente, concentrado na materialidade da lesão do câncer, suplica ao analista o que o saber biomédico o pode oferecer, isto é, o analista é procurado como mais um participante ativo do que o câncer lhe causa e, como o mesmo, pode aferrar seu dissabor com um entendimento que lhe proporcionem certezas, que indique e dê forma à sua dor.

Resta a nós, analistas, saber conduzir, manusear o tratamento buscando acolher o sofrimento deste corpo que clama, inflamado pela lesão, pela constituição de um espaço de temperança de sua angustia, bem como um espaço de simbolismo que suporte a necessidade do organismo doente e que lhe dê plausibilidade para que, por doses de conta-gotas, o corpo que pulsa possa se fazer presente na fala do paciente.

A atuação no trabalho clínico nos contrapõe com os riscos de não recebermos essa compleição, procedente por recomendações teóricas de que quando não há suposições, não há análise possível.

Tal premissa nos caracteriza a um olhar ortopédico, retificadora e de aconselhamento. Porém, ao disponibilizarmos audição perceptiva ao temperamento que se prevalece frente aos nossos olhos, levando em consideração que, naquele período

para aquele indivíduo, sua investigação passional encontra-se insensível e é apostando no que foge do pensamento operatório (Marty, 1993; Mello Filho, 1992, 2000) que nos associamos no processo de escuta, subsidiando que o inconsciente fale pelo organismo contundido, que transferencialmente nos impactamos no nosso corpo o peso da materialidade do sofrimento. É preciso que possamos comportar as possibilidades pelas quais o indivíduo dá conta que se vivencia no processo de padecimento orgânico.

É possível afirmar que nas viabilidades do paciente se fascina com o que lhe foge da realidade externa, de sua vida cotidiana evidenciada pelo vangloriar-se de eventos, de pessoas através de representações transportadas de afetos, sonhos, atos falhos, e chistes. No contexto transferível, o organismo e o somático – performance do corpo para a biologia e a medicina, mutuamente começam acolher às pressões do raciocínio do erotismo, das pulsões e seus caminhos e o sujeito-corpo-desejo penetrada pelo irromper do corpo ambicionado lugar do corpo-organismo que pulsa.

Enfatizamos a relevância da manipulação do tratamento pelo analista como rendimentos do sujeito que tem na doença orgânica na transmutação e a sustentação de sua experiência, o alvo da inversão narcísica. Suas surpresas é estimuladora da transferência, surpresas que podem afetar a doutrina filosófica do organismo, fazendo falar o indivíduo não pela lógica da anomalia, porém pela lógica da representação, que inquieta o corpo-organismo, viabilizando a construção de uma história rumo à verdade do indivíduo.

O adoecer à luz da psicanálise certifica o corpo em sua credulidade, não condensa ao registro do biológico, mas qualificando como sexual e pulsional, ou seja, como predisposto no regime absolutista que aparta da ordem auto erógena, reprofundando nas sovas do social, do outro.

A atuação psicanalítica coloca em questão a participação do indivíduo na doença, visando a operar um questionamento em relação ao seu lugar frente a si mesmo a partir da edificação de possibilidades de ressignificação do padecer orgânico na vivência do corpo erógeno, além do corpo biológico padecente que se torna abundante através de uma manifestação avassaladora que avariam o silêncio dos órgãos.

As interpelações psicanalíticas das psicopatologias orgânicas se estampam em uma fala que, atendendo a difícil transferência paciente e analista, ordenada por suas viabilidades de escuta, tendo diferentes formas de determinações do sofrimento e de seus paradoxos.

Freud por sua vez, em suas novas recomendações sobre o início do tratamento, sobre a técnica da psicanálise I (Freud, 1913, p. 186), relata que a força motivacional imprescindível da terapia é o padecimento do paciente e o anseio em ser curado que deste o princípio. Lacan, subsequente, trata as decorrentes da adesividade terapêutica, levando em consideração o que determina cura e não equivale necessariamente, ao desejo de curar (Lacan, 1966).

A combinação entre doença e parcialidade presentifica como o corpo que compõe desejo e se coloca à mercê de somatizações, levantando a problemática do surgimento dos fenômenos psicossomáticos na contemporaneidade.

Considerações finais:

O olhar e o atendimento para pacientes com disfunções graves, estabelece muitos questionamentos, principalmente quanto à potência da clínica e ao fundamental movimento clínica-teoria-clínica. Por meio de tais meios, é possível se aprofundar na beleza de uma clínica estimulante e incitadora de questionamentos e interrogações. A amplitude em administrar trabalhos de lapidações teóricas de conceitos como circuito pulsional, desejo, simbolismo, identificação, fantasia, luto e constituição na egolatria dos autores citados, abrindo caminhos inesperados de escuta e interesse especulativo em volta dos mecanismos medulares na constituição psíquica e nos âmbitos do corpo na clínica e na teoria psicanalítica.

As psicopatologias somáticas envolvem carências de pensamento a serem talhadas em palavras, que não se compatibilizam aos moldes sugeridos pelo protótipos do recalque, direcionando-a, de fato, termos que nos destina a posição de artífices da psicanálise.

O não destaque nas questões etiopatogênicas, a realidade da patologia do enfermo, pode ser composta na transferência, pela insinceridade do mito e do romance familiar no trabalho psíquico de construção da história do paciente e de suas angústias.

O campo dos fenômenos psicossomáticos, renova a problemática da propriedade corpórea na contemporaneidade, demandando que a psicanálise se questione acerca de suas premissas metapsicológicas e de sua técnica quando falha na constituição de um espaço de transferência no qual o romance do sintoma, sobre o qual se baseia, pode ser venerado.

Consideramos esses estrépitos em sua positividade, uma vez que constitutivos da ética psicanalítica, incrementamos em termos clínicos e metapsicológicos, a engenhosidade que marcou Freud e que acede a luz da escuta dos que se propõe a acolher os conhecimentos e saberes do inconsciente, o desejo, o afeto ao assentir o trabalho analítico como espaço de concepção de subjetividades.

### Referências bibliográficas

BRANT, L. C. (2001). O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. *Ciência & saúde coletiva*, 6(1), p. 221-31. BERLINCK, M. T. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta. DEBRAY, R. (2000). *Épître à ceux qui somatisent*. Paris: PUF. DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Éditions du Seuil. FÉDIDA, P. (1999). *Depressão*. São Paulo: Escuta. \_\_\_\_ (2001). *Des bienfaits de la dépression: éloge de la psychothérapie*. Paris: Odile Jacob. FERENCZI, S. (1926). *As neuroses de órgão e seu tratamento*. In: *Psicanálise III: Obras completas*. São Paulo: Martins Fontes. \_\_\_\_ (1992). *As patoneuroses*. In: *Psicanálise II: Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes. \_\_\_\_

(2002). A respeito das psiconeuroses. In: *Psicanálise I: Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes. FOUCAULT, M. (2004). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense. Freud, S. (1895[1894]). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia”. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 8. \_\_\_\_ (1898). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 8. \_\_\_\_ (1900). A interpretação dos sonhos. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 4. \_\_\_\_ (1913). Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 12.

\_\_\_\_ (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 14. \_\_\_\_ (1915). As pulsões e seus destinos. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 14. \_\_\_\_ (1915). Apêndice de O Inconsciente. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 14. \_\_\_\_ (1917). Luto e melancolia. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 14. \_\_\_\_ (1920). Além do princípio de prazer. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 18. \_\_\_\_ (1923). O eu e o isso. In: Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. São Paulo: Imago, 1976. v. 19. GRODDECK, G. (1992). Estudos psicanalíticos sobre psicossomática. São Paulo: Perspectiva.

(1994). O homem e seu isso. São Paulo: Perspectiva. \_\_\_\_ (2004). O livro d'Isso. São Paulo: Perspectiva. INFANTE, D. P. (1998). O fenômeno psicossomático na infância: notas a partir de um referencial lacaniano. In: VOLLICH, R. M. et al. *Psicossoma*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KHAN, M. R. (1984). *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. KLEIN, M. (1991). *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago. \_\_\_\_ (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos 1921-1945*. Rio de Janeiro: Imago. LACAN, J. (1966). *Psicoanálisis y Medicina*. In: *Intervenciones y textos I*. Buenos Aires, Manatíal.

(1963). Kant com Sade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998. \_\_\_\_ (1966). *Lê stade du miroir comme formateur de la fonction du Je*. In: *Écrits I*. Paris: Éditions du Seuil. MARTY, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas. \_\_\_\_ (1997). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo. MELLO Filho, J. de (1988). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. \_\_\_\_ (2001). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

e col. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas. \_\_\_\_ e col. (2000). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas. \_\_\_\_ e col. (2004). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. NASIO, J.-D. (1993). *Psicossomática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. \_\_\_\_ (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. PEREIRA, M. E. C. (1998). *Formulando uma psicopatologia fundamental*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*,

1(1), março, p. 60-76. QUINTANA, A. M. (1999). Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama. *Temas em Psicologia*, 7 (2), p. 107-18. REY, R. (2000). *Histoire de la douleur*. Paris: Découverte. SONTAG, S. (2002). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal. TEIXEIRA, L. C. (2002a). O lugar da psicoterapia na clínica da depressão. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 1 (1), p. 62-4.

(2002b). Os lugares do sofrimento e do processo de cura entre medicina e psicanálise: reflexões sobre a iatrogenia. *Revista Universa: ciências biológicas, da saúde e médicas*, 1, setembro, p. 81-94.

