



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Fernanda Nogueira Klumb

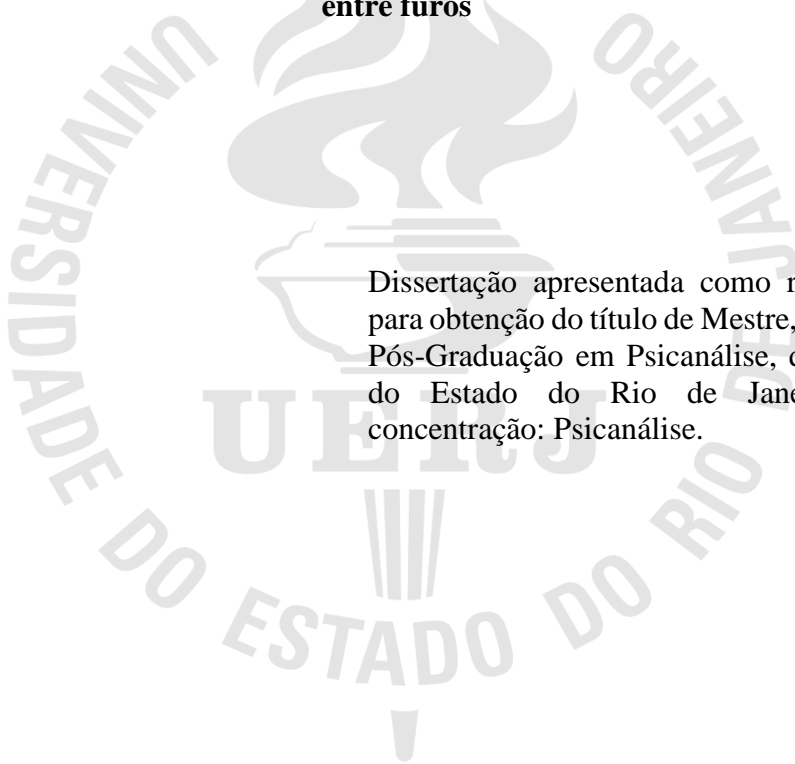
O corpo furado do adolescente com diabetes *mellitus* e o discurso analítico: uma clínica entre furos

Rio de Janeiro

2023

Fernanda Nogueira Klumb

O corpo furado do adolescente com diabetes *mellitus* e o discurso analítico: uma clínica entre furos



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cristiane Marques Seixas

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

K66

Klumb, Fernanda Nogueira

O corpo furado do adolescente com diabetes mellitus e o discurso analítico:
uma clínica entre furos / Fernanda Nogueira Klumb. – 2023.
117 f.

Orientadora: Cristiane Marques Seixas.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Adolescência – Teses. 3. Diabetes *Mellitus* –
Teses. I. Seixas, Cristiane Marques. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 37

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fernanda Nogueira Klumb

O corpo furado do adolescente com diabetes *mellitus* e o discurso analítico: uma clínica entre furos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 05 de julho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Cristiane Marques Seixas (Orientadora)

Instituto de Psicologia — UERJ

Prof.^a Dra. Anna Carolina Lo Bianco Clementino

Instituto de Psicologia — UFRJ

Prof.^a Dra. Sonia Alberti

Instituto de Psicologia — UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Para meu pai, que sempre me disse que tratamos do doente e não da doença.

AGRADECIMENTOS

À professora Cristiane Marques Seixas, pela orientação afetiva, pela leitura atenta, pela aposta no trabalho quando eu ainda não conseguia visualizá-lo. Meus mais sinceros agradecimentos pela parceira construída.

À professora Anna Carolina Lo Bianco (UFRJ), pela generosidade em ter aceito compor esta banca de dissertação e por todas as contribuições valiosas na banca de qualificação, fundamentais para o desenvolvimento posterior do trabalho.

À professora Sonia Alberti (UERJ), membro da banca, pela transmissão criteriosa da psicanálise em seus seminários, apresentações orais e livros, que foram alicerce na escrita deste trabalho desde o projeto para ingresso no mestrado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ, por todo o aprendizado ao longo desses dois anos.

Aos meus pais, pelo incentivo ao estudo, pelo exemplo e pelo amor incondicional.

Às colegas-amigas de orientação, Livia Corrêa e Cecília Feliciano, pelas letras trocadas – como diz Cecília – de cuidado e força, no Rio ou em Londrina.

À querida equipe do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares (NAPTA-UERJ), com quem tive e tenho a chance de aprender sobre a clínica e sobre a interdisciplinaridade.

Às equipes das instituições por onde passei, em especial às psicólogas Caroline Alves, Núbia Maia e Sandra Costa pelas trocas sobre os casos, pelas quintas insanas e pelos chocolates.

Às queridas amigas da UFF, da UERJ e da vida, sempre presentes de alguma forma nesta jornada, me apoiando e alegrando meus dias.

A minha analista, que acompanhou de perto este percurso e me mostrou o poderoso efeito das escolhas.

Por fim, mas não menos importante: aos pacientes, por confiarem a mim suas histórias.

um homem com uma dor
é muito mais elegante
caminha assim de lado
com se chegando atrasado
andasse mais adiante

carrega o peso da dor
como se portasse medalhas
uma coroa, um milhão de dólares
ou coisa que os valha

ópios, édens, analgésicos
não me toquem nesse dor
ela é tudo o que me sobra
sofrer vai ser a minha última obra

Paulo Leminski

RESUMO

KLUMB, Fernanda Nogueira. *O corpo furado do adolescente com diabetes mellitus e o discurso analítico: uma clínica entre furos*. 2023. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este trabalho tem como objetivo principal apresentar impasses e reflexões acerca da clínica com adolescentes com diabetes *mellitus*, a partir da inserção da autora numa instituição pública de saúde e da orientação da psicanálise lacaniana. Partindo das questões trazidas por esses jovens, por seus pais e /ou familiares e por membros da equipe de saúde, nos questionamos sobre como a doença pode impactá-los, física e psiquicamente, e que respostas são encontradas para lidar com o real que se impõe com a eclosão de uma doença crônica. A partir desta pergunta central, estabelecemos uma hipótese, a saber: o diagnóstico da doença pode provocar uma regressão no processo de separação dos adolescentes de seus pais, que podem utilizá-lo como uma forma de apelo ao Outro. Considerando o contexto institucional em que se situa o trabalho, nos perguntamos também, seguindo os passos já dados por psicanalistas e pesquisadores com ampla experiência na área, o que se espera de um psicanalista no hospital. Isto porque, frente à demanda médica de adesão ao tratamento, a atuação do psicanalista nessa instituição visa, por outro lado, escutar esses sujeitos e o singular de seus sintomas, lapsos e atos falhos. Com essa direção, apostamos que cada jovem pode inventar um novo mundo e referências para si, como atestam os fragmentos clínicos trazidos. Assim, para desenvolvimento da pesquisa e articulação entre teoria e prática, nos apoiamos em alguns conceitos fundamentais na teoria psicanalítica, tais como a pulsão e o narcisismo e nas elaborações lacanianas sobre o corpo, considerando que o sujeito adolescente vivencia justamente um momento de transições, inclusive em seu corpo. Para isso, iremos perpassar também as construções sobre o estádio do espelho, o esquema óptico e, mais brevemente, o conceito de gozo.

Palavras-chave: Adolescência. Diabetes *mellitus*. Corpo. Psicanálise. Medicina.

RÉSUMÉ

KLUMB, Fernanda Nogueira. *Le corps troué de l'adolescent diabétique et le discours analytique: une clinique entre les trous*. 2023. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

L'objectif principal de ce travail est de présenter des impasses et des réflexions sur la clinique des adolescents atteints de diabète à partir de l'insertion de l'auteur dans une institution de santé publique et de l'orientation de la psychanalyse lacanienne. A partir des questions soulevées par ces jeunes, par leurs parents et/ou les membres de leur famille et par les membres de l'équipe soignante, nous nous sommes interrogés sur l'impact que la maladie peut avoir sur eux, physiquement et psychologiquement, et sur les réponses apportées pour faire face au réel qui s'impose avec l'apparition d'une maladie chronique. A partir de cette question centrale, nous avons établi l'hypothèse suivante: le diagnostic de la maladie peut provoquer un type de régression dans le processus de séparation des adolescents de leurs parents, qui peuvent en faire une forme d'appel à l'Autre. Considérant le contexte institutionnel dans lequel s'inscrit le travail, nous nous demandons également, à la suite des démarches déjà entreprises par des psychanalystes et des chercheurs ayant une longue expérience dans le domaine, ce que l'on attend d'un psychanalyste à l'hôpital. En effet, face à l'exigence médicale d'adhésion au traitement, le travail du psychanalyste dans cette institution vise à l'écoute de ces sujets et la singularité de leurs symptômes, actes manqués et lapsus. Avec cette orientation, gageons que chaque jeune puisse s'inventer un nouveau monde et des références, comme en témoignent les fragments cliniques apportés. Ainsi, pour le développement de la recherche et l'articulation entre théorie et pratique, nous nous appuyons sur certains concepts fondamentaux de la théorie psychanalytique, comme la pulsion et le narcissisme et sur des élaborations lacaniennes sur le corps, imprégnant également le stade du miroir, le schéma optique et plus brièvement le concept de jouissance.

Mots clés: Adolescence. Diabète mellitus. Corps. Psychanalyse. Médecine.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	PSICANÁLISE E HOSPITAL	12
1.1	Psicologia: breve história de uma profissão	13
1.2	O hospital e a medicina	17
1.3	Práxis analítica no hospital	21
2	A CLÍNICA COM ADOLESCENTES COM DIABETES	36
2.1	A adolescência na história	36
2.2	Psicanálise e adolescência	38
2.3	Psicanálise no hospital: um adolescente é escutado?	44
2.4	O romance familiar do (adolescente) neurótico e a transferência com os pais no tratamento analítico	47
2.4.1	<u>Vivian: do <i>infans</i> ao <i>adolescens</i></u>	54
2.4.2	<u>Milena: o que não é levado em conta é contado em ato?</u>	57
2.4.3	<u>Joana</u>	62
3	O CORPO EM QUESTÃO	64
3.1	O corpo na medicina e na religião	67
3.2	Pulsão e narcisismo em Freud e Lacan	71
3.3	A concepção de corpo na psicologia e na psicanálise	76
3.4	O corpo <i>furado</i> do adolescente com diabetes: produção de marcas, usos do corpo e o furo produzido pelo analista	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	99

INTRODUÇÃO

As questões que atravessam a psicanálise e a medicina sempre estiveram presentes na minha vida, mesmo quando, num primeiro momento, ainda não conseguia elaborá-las de maneira mais precisa. Desde a graduação, orientei minha prática ao campo da saúde, estagiando em um hospital municipal pediátrico e em uma instituição de reabilitação cujos pacientes eram oriundos de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Já graduada em Psicologia, o ingresso no Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional na modalidade residência hospitalar permitiu um novo olhar para as questões relativas à saúde e à doença, mas foi em outro tempo, só depois, que essas questões puderam ser mais bem decantadas e então exploradas.

Mais tarde, “especialista em psicologia clínica”, algo se inscreveu num profícuo encontro entre a psicanálise, o hospital — novo campo de prática e pesquisa — e minha própria análise pessoal. Tomando então como baliza que “o trabalho do pesquisador só passa a ser reconhecido como um trabalho consistente a partir do momento em que ele fundamenta o que faz” (ALBERTI, 2000, p. 39), fundamentar o que foi e vem sendo vivido e escutado, eventualmente de forma um tanto solitária, serve como subsídio e motor na continuação de uma práxis no hospital. Ademais, como diz Luciano Elia (1995) sobre a relação entre a psicanálise e a ciência:

A psicanálise subverte a relação tradicionalmente estabelecida no campo científico entre teoria e prática. Na ciência, ainda que esta relação seja caracterizada pela solidariedade, sempre exibirá o caráter de interdependência: a teoria poderá ser ‘praticada’ como teoria pura, ou poderá ser aplicada na prática (ELIA, 1995, p. 18).

Assim, a inserção em um serviço de referência em pesquisa e tratamento de diabetes *mellitus* (doença crônica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de glicose no sangue) e que recebe cotidianamente pessoas do estado todo com a doença instigou e exigiu de nós um aprofundamento no tema. O que se faz com o que não se cura? – nos perguntávamos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), existem atualmente, no Brasil, mais de 13 milhões de pessoas vivendo com diabetes, o que representa 6,9% da população nacional. “Meu diabetes é emocional. Os médicos dizem que isso não existe, mas eu não acredito”, escutamos inúmeras vezes não só de pacientes, mas também de conhecidos que têm a doença. Ressaltamos que se esta assertiva é refutada constantemente pela medicina, ela indica, por outro lado, uma apropriação dos próprios sujeitos pela sua condição e por seus corpos, saber que não raro contradiz o que é sistematizado pelo discurso médico, sendo justamente na medida em que algo

escapa e que causa enigma ao sujeito que há a possibilidade de um lugar — marginal e extraterritorial, já dizia Lacan (1966/2011) — para a psicanálise na medicina.

Deste modo, no primeiro capítulo do trabalho, cujo título é “Psicanálise e Hospital”, faremos um breve apanhado da história da psicologia no Brasil, história que guarda similaridades com a presença dos psicanalistas nos hospitais e instituições de saúde, já que, em geral, a entrada do discurso analítico nas instituições ocorre através da figura do psicólogo. Também nos deteremos nos escritos sobre a medicina enquanto campo de saber que se transformou ao longo dos séculos. Afinal, tanto a própria medicina quanto o hospital enquanto instituição curativa, com os meios e fins que identificamos, não foram sempre assim, tampouco estiveram indissociados como são hoje. Por fim, ainda neste capítulo, trataremos especificamente da prática analítica no hospital baseando-nos em seus fundamentos, pontos de tensão e obstáculos. Para abordar as diferenças entre esses discursos, nos apoiaremos não só nos escritos de Freud e Lacan, mas também na leitura de Michel Foucault, Georges Canguilhem e outros.

François Ansermet (2014, p. 2), em artigo de 1998, propõe que os pontos-limite entre medicina e psicanálise poderiam se tornar, para a psicanálise, “uma espécie de laboratório de pesquisa sobre a questão do real” — ou seja, que, ao invés de buscar combater o mal-entendido, o psicanalista possa justamente fazer uso dos obstáculos encontrados em sua prática, o que implica, portanto, uma torção. É nesta direção que, frente às resistências ao discurso analítico, a resposta é dada pela clínica e, com ela, aposta-se que aflore uma transferência de trabalho. “Vocês sabem *como* falar com o paciente”, escutei certa vez de um profissional da equipe. Sobre isso, sublinhamos que o modo *como* falar com o paciente converge com o estilo de cada um, porém a psicanálise nos instrui, sobretudo, a deixar que o próprio paciente fale de si, em associação livre, com a expectativa de que o psicanalista possa escutá-lo a partir de sua atenção flutuante.

No decorrer do percurso acadêmico no mestrado, os desafios encontrados na prática clínica com adolescentes¹ com diabetes *mellitus* nos fizeram delimitar a escrita deste trabalho em torno desse público, cujas questões são tratadas mais especificamente no segundo capítulo da dissertação, intitulado “A clínica com adolescentes com diabetes”, quando seguimos contextualizando o cenário e as problemáticas que sustentam a pesquisa e sua pergunta central: como o diagnóstico de uma doença crônica como o diabetes pode incidir sobre o adolescente, cujo corpo vive um momento de transições?

¹ Observamos, por exemplo, que a maior parte dos pedidos de parecer na enfermaria diz respeito a adolescentes internados “para educação.”

Segundo o Ministério da Saúde, a adolescência pode ser compreendida como “um processo de ‘desconstrução’ e ‘reconstrução’ da identidade, no qual o jovem terá que ‘desmontar’ o mundo infantil e reconstruí-lo a seu modo” (BRASIL, 2013b, p. 27). Com isso, relembramos uma fala de uma paciente de sessenta e cinco anos: “Estou agindo como uma adolescente de quinze anos que não sabe nada.” Tal frase, que dizia respeito à sua história em particular, denuncia, contudo, o que se supõe socialmente ao adolescente: uma série de ausências, de saber e de certezas — sobre a vida, o sexo e a morte.

Como em todos os humanos, o corpo adolescente é também tecido pelas pulsões, conceito freudiano que será, então, objeto do terceiro capítulo, “O corpo em questão”. Retomaremos as construções de Freud e Lacan sobre o narcisismo e as elaborações lacanianas sobre o estágio do espelho e o esquema óptico, com vistas a pensar no corpo enlaçado pelos três registros — real, simbólico e imaginário, e que se apresenta de forma única em cada caso clínico. Visto que a enunciação do que se passa com o corpo cabe unicamente ao sujeito e a seu sintoma, voltaremos à clínica, através dos três casos trabalhados e de algumas vinhetas que ilustram parte de nossas hipóteses estabelecidas ao longo do texto, a partir da pergunta central.

1 PSICANÁLISE E HOSPITAL

...um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, a função não é a mesma.

Graciela Brodsky

As relações entre a medicina e a psicanálise — suas convergências, divergências e pontos de tensão — já foram muito tratadas por Sigmund Freud, Jacques Lacan, Michel Foucault, Jean Clavreul, entre outros. A psicanálise nasceu da medicina — Freud era médico — e, como afirmou Foucault, estabeleceu-se contra um certo tipo de psiquiatria, desempenhando, então, um “papel liberador” (FOUCAULT, 1975/2014, p. 241).

Apesar de já amplamente discutido, esse tema nos interessa em particular, devido a nossa prática como psicóloga numa instituição onde são acompanhados crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com diabetes *mellitus* — doença metabólica caracterizada por alterações na produção e utilização da insulina. Assim, este trabalho é parte de uma pesquisa ainda em andamento. Como escreve Maria Lívia Tourinho Moretto, “A pesquisa em psicanálise (...) é também uma oportunidade de elaboração de uma experiência singular por meio da escrita e da transmissão do que é escrito.” (MORETTO, 2019, p. 134). Da mesma forma, foi também conosco produzido um *savoir-faire* de trabalho na instituição ao longo de seu desenvolvimento. Ao mesmo tempo, como numa análise, resta sempre algo que só é apreensível *a posteriori*, inclusive *insights* e questões relativas aos casos clínicos acompanhados, da parte de quem os conduz. Como ilustrou uma paciente, já há mais de um ano em atendimento, “Eu não conseguia enxergar... somente depois de quatorze anos de morta² que fui entender que minha mãe me amava”.

No campo do qual trataremos, a entrada do psicanalista na instituição médica — muitas vezes representado pela figura do psicólogo — se dá quando se supõe algum sofrimento psíquico no sujeito paciente. O termo “paciente”, tão corriqueiramente utilizado no campo médico, provém do latim *patientem*, indica “aquele que sofre, que padece”. Contudo, esse sujeito que se apresenta para tratamentos nas instituições de saúde traz um sofrimento que, com

² Marcamos que a ambiguidade de sua formulação “(...) depois de quatorze anos de morta (...)”, sem especificar se estaria se referindo a si mesma ou à mãe, só pôde ser percebida pela analista num momento *a posteriori*, quando fez par com outra frase da paciente, dita baixo, quase para não ser ouvida e interpelada, quando disse: “Nasci para morrer”.

frequência, escapa a outros profissionais em sua terapêutica. Pode-se observar isso que escapa quando os profissionais de saúde são confrontados com os obstáculos de um caso de difícil controle ou adesão — muitas vezes, a “boa adesão” ao tratamento não significa um bom controle da doença, como discutiremos oportunamente —, ou até confrontados com suas próprias questões frente a uma repentina crise de angústia de algum paciente. É a partir desses impasses que esses profissionais acionam os psicólogos, das mais diversas formas, direta ou indiretamente.

Sugestão, educação, correção... o que se espera do psicólogo no hospital? Ou melhor, o que se espera de *um* psicólogo em um hospital? Assim como cada caso é único, cada psicólogo, marcado por seu percurso e sua formação particular, também será, por isso a escolha do artigo *um*, já que o que singulariza o ofício são as marcas de cada profissional específico no local onde trabalha.

Antes de abordarmos a especificidade da práxis analítica no hospital, torna-se, no entanto, essencial retomar algumas diferenças entre o “campo psi”, não só a nomenclatura, mas seus objetivos e pressupostos, pois, em geral, quando há um psicanalista no hospital, sua formação acadêmica e seu enquadre institucional são os de psicólogo, como já mencionamos acima. Destacaremos então algumas diferenças fundamentais entre a psicologia, a psicanálise e a medicina, retomando alguns pontos da história dessas três áreas, até chegarmos aos dias atuais e às particularidades encontradas quando se busca exercer o ofício de psicanalista no hospital.

1.1 Psicologia: breve história de uma profissão

A psicologia teve sua regulamentação como profissão, no Brasil, em 1962, quando foram fixadas normas para a atuação do psicólogo e um currículo mínimo para sua formação. Antes disso, os profissionais que estudavam os “fenômenos psicológicos” eram graduados em outras áreas, como pedagogia, filosofia ou ciências sociais. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), órgão responsável por regulamentar, orientar e fiscalizar o exercício da profissão de psicólogo, foi criado em 1971, durante a ditadura militar, e o primeiro Código de Ética lançado em 1975 (PEREIRA, 2003).

No Rio de Janeiro, antes mesmo da regulamentação da profissão, a Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio) já tinha, em 1953, uma Especialização em Psicologia e, em

1954, abriu seu primeiro curso superior, seguida, no ano seguinte, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Os campos de atuação nessa época eram a clínica, o campo escolar-educacional e a organização do trabalho. Apesar disso, antes, até, da regulamentação, da existência do Conselho Federal de Psicologia e da criação dos Conselhos Regionais e do Código de Ética, sabemos que alguns profissionais já exerciam seus trabalhos em hospitais (JACÓ-VILELA, 2012).

Acredita-se que as primeiras atuações em psicologia hospitalar ocorreram em São Paulo, na década de 1950, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Uma das pioneiras desse trabalho foi Mathilde Neder, na Clínica Ortopédica e Traumatológica (atualmente Instituto de Ortopedia e Traumatologia), mais exatamente em 1954, influenciada pelos conhecimentos da Psicologia Analítica de Jung e também pela Arteterapia e pela Terapia Ocupacional. Cerca de dois anos depois, em 1956, na Clínica Pediátrica do mesmo hospital, veio Aidyl M. Queiroz Pérez-Ramos, que recebia o nome de psicologista (SILVA et. al., 2006). Na época, realizavam atendimentos pontuais e participavam de pesquisas coordenadas por médicos.

A criação dos cursos de graduação em psicologia permitiu a expansão e a sistematização de seu saber, ganhando respeito dentre as outras profissões e aumentando o território de atuação dos egressos do curso. No Rio de Janeiro, em 1978, por exemplo, estima-se que mais de uma dezena de hospitais já contavam com a presença de psicólogos, muitos em função da necessidade de haver um campo de estágio para os estudantes de pós-graduação. Algumas das atividades dos psicólogos daquela época eram: orientação de diabéticos e seus familiares, atendimentos a gestantes, preparação psicológica para cirurgias, acompanhamento psicológico de crianças internadas, preparação para alta hospitalar, psicoterapia breve em ambulatório, grupos etc.

O crescimento da área foi tão grande que, em 2001, o CFP criou a especialidade Psicologia Hospitalar. Assim, a Resolução do CFP de número 02/2001 determinou que o título de especialista em Psicologia Hospitalar fosse concedido pelos Conselhos Regionais de Psicologia, após aprovação em concurso de provas e títulos realizados pelo CFP ou de conclusão de curso de especialização credenciado pelo CFP (CFP, 2001).

Outro importante movimento na construção da psicologia no contexto hospitalar diz respeito à criação e expansão da Psicossomática e da Psicologia Médica, cujos autores de maior nome no Brasil são Danilo Perestrello e Julio de Mello Filho, ambos médicos. De acordo com Jacó-Vilela e Degani-Carneiro (2015), trata-se de uma vertente intimamente ligada ao saber médico, tendo surgido em meio à necessidade de se instruir os jovens acadêmicos de medicina

a respeito dos cuidados na relação médico-paciente. Desse modo, foi incluída no currículo do curso de medicina ainda nos anos 1950, e somente em 1983 surgiu o primeiro curso de Pós-Graduação em Psicologia Médica, no Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas (RJ). Um nome que se destaca nessa história inicial é Abram J. Eksterman, que foi também diretor do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (JACÓ-VILELA; DEGANI-CARNEIRO, 2015).

Ademais, segundo Mello Filho (2010), a Psicossomática é uma disciplina que abrange tanto o ensino quanto a prática clínica a partir da observação de fenômenos de saúde e de interações entre pessoas, como as relações entre profissionais e pacientes e as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde, além do acometimento das doenças agudas e crônicas e as reações frente ao adoecimento. Psicossomática e Psicologia Médica, portanto, se misturam e se confundem em suas propostas e métodos, e entre leigos e não leigos. Vale lembrar, como atesta Renato Mezan (1996), que a psicoterapia era, em 1904, um método de trabalho pertencente à medicina, que pretendia curar as “doenças nervosas” — histeria, neurastenia, melancolia, entre outras — por meios psíquicos e não por meios físicos.

Quanto à formação acadêmica dos psicólogos, Torezan et al. (2013) nos lembram que, no Brasil, as primeiras disciplinas aos graduandos em psicologia abordando temas que evocavam a saúde foram ministradas na USP, por volta de 1968. Outro marco importante se deu 20 anos depois, em 1988, quando o Conselho Nacional de Saúde incluiu a psicologia como área de conhecimento pertencente à saúde (TOREZAN et al., 2013). As publicações em torno da atuação do psicólogo no campo da saúde, por sua vez, tornaram-se mais frequentes a partir dos anos 1980. Como consequência, a área passou a ter mais status dentro da comunidade acadêmica e científica, principalmente a partir da década de 1990.

A inserção dos psicólogos nas instituições deu-se também graças à ampliação do conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a definiu, em 1947, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, ou seja, instaurou-se um paradigma que contempla outras dimensões que não somente a biológica³(MORETTO, 2019). Atualmente, entretanto, a própria concepção delimitada pela OMS vem sendo revista e relativizada pelo entendimento de que visa a uma perfeição inatingível (SEGRE; FERRAZ, 1997).

³ Como adverte Canguilhem (2005), a saúde é um tema filosófico frequente na época clássica e tratado quase sempre da mesma maneira, isto é, considerando-se a ausência de doença como o equivalente a um suposto estado saudável.

Moretto (2019) resgata pontos da história da chamada Psicologia da Saúde, concebida como disciplina nos Estados Unidos em 1970, e classifica como improdutiva a dicotomia entre a Psicologia Clínica e a Psicologia da Saúde, posto que as propostas que compõem o campo da promoção da saúde, das quais a Psicologia da Saúde inevitavelmente também participa, não são incompatíveis com o que se denomina Psicologia Clínica. Tal dicotomia reside muitas vezes numa leitura reducionista, que entende o trabalho do psicólogo clínico por um enfoque estritamente individualista, desconsiderando que o sujeito, onde quer que esteja, está inserido no laço social, sendo afetado pela comunidade ao seu redor. Nessa perspectiva, a Psicologia Social, por outro lado, trataria das questões de âmbito público (MORETTO, 2019). Contudo, como nos adverte Freud, em *Psicologia das massas e análise do Eu*, a Psicologia Individual é ao mesmo tempo Psicologia Social (FREUD, 1921/2011).

Em termos de nomenclatura, no Brasil especificamente, adota-se mais a expressão “Psicologia Hospitalar” do que “Psicologia da Saúde”, diferentemente dos termos utilizados em outros países. Segundo Reis et al. (2016), foi em 2016 que o CFP aprovou a Resolução nº 03/2016, instituindo o título de especialista em “Psicologia em Saúde” e regulamentando assim a atuação nessa especialidade. A criação e ampliação dos cursos de Residência Multiprofissional e em área profissional (Psicologia) da Saúde tiveram também um papel preponderante na expansão da atuação dos psicólogos nos hospitais, e os Conselhos Regionais de Psicologia ficaram responsáveis por conceder aos egressos dos cursos de residência o título de especialistas em Psicologia em Saúde (CFP, 2016), sendo seu profissional aquele que:

[...] atua em equipes multiprofissionais e interdisciplinares no campo da saúde, utilizando os princípios, técnicas e conhecimentos relacionados à produção de subjetividade para a análise, planejamento e intervenção nos processos saúde e doença, em diferentes estabelecimentos e contextos da rede de atenção à saúde. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

Ana Cristina Figueiredo (1988), a partir de vasta pesquisa sobre a história da psicologia e da psicanálise no Rio de Janeiro, conclui que, desde o início, a Psicologia Clínica no Rio de Janeiro não poderia ser pensada sem a psicanálise e, especialmente, sem os psicanalistas. A psicanálise foi, portanto, um suporte fundamental para a Psicologia Clínica em suas origens e desdobramentos. Não desprezando a importância de recuperar a história do movimento psicanalítico, bem como da psicologia enquanto profissão, tais distinções de nomenclatura (Psicólogo da Saúde, Psicólogo Hospitalar, Psicólogo Clínico, e outros), neste momento, nos interessam menos do que os princípios que regem a prática que, em nosso caso, é orientada pela psicanálise lacaniana. É então por este motivo que nos deteremos mais em seus princípios e em

sua ética, perpassando antes pontos da história da medicina e do nascimento e configuração do hospital enquanto campo de práticas médicas.

Afinal, como diz de forma precisa Figueiredo (2010):

Seja como for o enlaçamento entre as disciplinas e suas dinâmicas, o profissional ‘psi’ (psicólogo, psicanalista ou aquele que se diz de orientação psicanalítica) deve operar sua prática a partir do que advém em sua clínica, do que pôde colher tanto das palavras e ações de cada paciente quanto dos efeitos de sua própria intervenção (FIGUEIREDO, 2010, p. 12).

Neste mesmo texto, a autora propõe três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe, dos quais destacaremos um: a posição subjetiva dos profissionais como ‘aprendizes da clínica’ (FIGUEIREDO, 2010, p. 14), isto é, uma posição estrategicamente vazia de saber *a priori*. No campo hospitalar, onde todos estão ávidos por respostas, assumir essa conduta não se dá sem embargos. No entanto, continua sendo nossa direção ética.

1.2 O hospital e a medicina

(...) em um contexto onde predominantemente trabalha-se em busca da padronização de comportamentos e de crenças voltadas para a normatização de atitudes diante dos pretensos padrões de normalidade e, mais ainda, num contexto onde a subjetividade é tomada como um risco, a Psicanálise vem trabalhar com a hipótese de que o arriscado é, justamente, a exclusão da subjetividade.

Maria Livia Tourinho Moretto

A palavra hospital tem sua raiz latina (*Hospitalis*) e vem de *hospes* (hóspedes). Até meados do século XVIII, o hospital era um local essencialmente de assistência aos pobres, que para lá eram levados quando já estavam muito doentes. Aqueles que podiam pagar, quando em situação de doença, eram tratados em suas casas (CAMPOS, 1965). Isso se dava, dentre outros motivos, porque as condições de acomodação e higiene dos hospitais eram precaríssimas. Segundo Foucault (1974b/2014), o hospital tinha, portanto, uma função imprecisa e um caráter asilar — era local de internamento e assistência àqueles que não tinham família (órfãos, pobres doentes, peregrinos, devassos, loucos, prostitutas), assim como de preparação de suas almas para a morte. Era, então, um local de preparo para a morte, em vez de restauração da vida:

“Dizia-se correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer”, pois não era concebido para curar, não era um “hospital terapêutico” (FOUCAULT, 1974b/2014, p. 175).

Pelo contrário, o hospital era uma instituição que também exercia a função de separação e exclusão do pobre que poderia transmitir doenças, e, como tal, colocar todos em risco. A medicina, por sua vez, até esse momento, era uma prática não-hospitalar, também por seu caráter essencialmente individualista, ainda no século XVIII. Como afirma Foucault (1974b/2014), medicina e hospital permaneceram independentes até meados do século XVIII. Na Europa, vale frisar, os hospitais também tinham antes essa característica de serem locais de caridade, como afirma William Bynum (2011) em livro dedicado à história da medicina.

Até o começo do século XVIII, havia também nos hospitais uma vinculação direta com a religião, já que as pessoas que asseguravam a assistência dos pobres e enfermos eram responsáveis por sua salvação espiritual. Nas palavras de Foucault (1974b/2014, p. 175), “Era um pessoal caritativo — religioso ou leigo — que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhes assegurasse a salvação eterna.” Isso porque, até então, a Igreja exercia um grande poder sobre as pessoas e suas práticas. Ademais, as ciências e especialmente a medicina eram consideradas blasfêmias perante o Evangelho, o que dificultava o próprio avanço científico (BATISTELLA, 2007).

Com a leitura de Foucault e de outros comentadores (CAMPOS, 1965; BATISTELLA, 2007), sabemos então que a partir do final do século XVIII o hospital passa a figurar como um importante espaço no cenário social e no campo de um saber. A partir daí, inicia-se a dissecação de cadáveres, com a anatomia patológica, o que é um marco no avanço da medicina moderna, científica, que nasce com Morgagni e Bichat. Atribuída especialmente à Giovanni Batista Morgagni (1682 – 1771), professor de anatomia em Pádua, na Itália, a prática de dissecar cadáveres inaugura um olhar médico centrado no corpo, por meio dos sinais que ele oferece, passando cada sintoma existente a corresponder a uma lesão anatomopatológica (CANGUILHEM, 2009). Morgagni fez inúmeras descrições das condições patológicas, tendo sido o primeiro a identificar, conforme dizem Porter e Vigarello (2008), os tumores sífilíticos do cérebro e a tuberculose do rim.

Segundo Abreu (2011), os chamados “anatomistas” podem ser tidos como representantes de um novo “espírito científico” que emergia em partes da Europa. Entre algumas obras significativas neste contexto temos a de Vesálio, *De Fabrica Corporis Humani* – Da construção do Corpo Humano (1543), além de *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis* – Meditação Anatômica sobre o Movimento do Coração e do Sangue (1628). Em

Portugal, apesar da persistência da tradição hipocrática e galênica na medicina, pesquisas indicam que os portugueses estavam cientes dos avanços da anatomia no resto da Europa (ABREU, 2011).

Esses avanços tiveram implicações na percepção do que é o doente, a doença e a cura em todo o Ocidente. Nas palavras de Canguilhem, com quem Lacan dividiu, em 1966, o primeiro número do *Cahiers Pour l'Analyse*, revista publicada pelo *Cercle d'Epistemologie*, da Escola Normal Superior de Paris (*École Normale Supérieure*): “[...] a doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde” (CANGUILHEM, 2009, p. 12). Ainda segundo Canguilhem (2005, p. 20), quando a medicina passa a basear seu diagnóstico no exame de sinais provocados pelo médico, e não somente na observação de sintomas espontâneos, as relações do médico e do doente com a natureza são modificadas. Desse modo, a medicina estabelece uma “dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença, mais do que a identificar uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentados pelo doente” (CANGUILHEM, 2009, p. 24). Lendo Canguilhem e o percurso que ele desenvolve em seu livro *O normal e o patológico* (CANGUILHEM, 2009), Safatle (2011) utiliza a expressão “gramática da doença” para dizer de como a doença se transforma em um discurso que pode então ser lido e interpretado pelo olhar clínico.

Quanto aos hospitais, no Brasil, o mais antigo é a Santa Casa da Misericórdia de Santos (SP). Fundada em 1543 por Braz Cubas, ela serviu para a prática e o ensino da medicina, quase três séculos antes da fundação da primeira faculdade de medicina no país (CAMPOS, 1965). Isso porque, como já exposto anteriormente, o hospital e a medicina eram independentes até meados do século XVIII. Como afirma Foucault (1974b/2014, p. 183): “a formação de uma medicina hospitalar se deve, por um lado, à disciplinarização do hospital, e, por outro, à transformação do saber e da prática médicos na época.”

Discorrendo sobre o uso e a aplicabilidade do termo disciplina e sobre o nascimento do hospital, Foucault atribui um duplo nascimento ao hospital, tanto pelas técnicas de poder disciplinar, que, apesar de já existirem nos séculos XVII e XVIII, eram pouco utilizadas, quanto pela intervenção do médico sobre o meio (FOUCAULT, 1974b/2014, p. 184). Antes disso, o médico era chamado apenas para os mais doentes entre os doentes. Em outra conferência, intitulada *O nascimento da medicina social*, Foucault (1974a/2014, p. 184) qualifica a medicina como uma *estratégia biopolítica* que age no corpo dos doentes.

Com a vinda de D. João VI para o Brasil, foram criadas, em 1808, duas escolas médico-cirúrgicas, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Porém, foi somente em 1832 que ambas

foram transformadas em faculdades de medicina e começaram a formar médicos brasileiros, os quais, aos poucos, foram assumindo o exercício da medicina, assim como faziam antes os cirurgiões-barbeiros⁴ e os curandeiros (REZENDE, 2009, p. 116). Desse modo, os grandes tratados clássicos da medicina, que detinham o saber médico até o início do século XVIII, começaram a dividir o poder de formação dos médicos com as faculdades recém-criadas. Como bem marcou Swinerd:

É com esse novo cenário, onde o hospital passa a ser um meio de intervenção sobre o doente, que acompanhamos o advento do poder médico, onde o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica. Nesse contexto, o hospital torna-se não somente um lugar de cura, mas também de formação médica, dando lugar à clínica como dimensão essencial do tratamento (SWINERD, 2016, p. 24).

Assim, inaugurou-se uma medicina hospitalar, uma espécie de medicina “à beira do leito ampliada”, com novas ferramentas terapêuticas e de diagnóstico (BYNUM, 2011). Atualmente, via de regra, no Brasil, é a partir do quinto ano do curso, quando os alunos de medicina vão para o internato, que começam a frequentar com maior frequência os hospitais, junto a seus mestres e preceptores em campo, e passam a participar de plantões e triagens de pacientes, sob supervisão de docentes e médicos que compõem o quadro da instituição.

Como ressaltam Maria Thereza Ávila Dantas Coelho e Naomar de Almeida Filho (1999), a obra de Canguilhem, médico e pesquisador em filosofia, teve um papel importante na construção e no desenvolvimento da Saúde Coletiva no Brasil, sendo este um motivo suficiente para resgatá-la. A leitura de Canguilhem é também elucidativa no entendimento de aspectos das ciências da natureza e do método científico, pois o autor, além de indicar as mudanças na relação médico-paciente ao longo do tempo, explicita que as ciências da natureza, por meio da observação metódica e da análise subsequente desses dados, buscam as relações de causa e efeito dos processos físicos que ocorrem nos homens. Para Canguilhem (2009), a saúde e a doença têm outra concepção, a doença sendo não uma variação da dimensão da saúde, mas uma nova dimensão da vida. O patológico implicaria, então, uma certa forma de viver, havendo uma continuidade entre saúde e doença. Para ele, que buscava o diálogo com a filosofia, lendo Maurice Merleau-Ponty e outros,

[...] O problema da existência efetiva de uma saúde perfeita é análogo. Como se a saúde perfeita fosse apenas um conceito normativo, um tipo ideal? Raciocinando com todo rigor, uma norma não existe, apenas desempenha o papel que é de desvalorizar a existência para permitir a correção desta mesma existência (CANGUILHEM, 2009, p. 30).

⁴ A distinção entre o barbeiro e o cirurgião, este último com formação médica, deu-se ao longo do século XIX, marcada pela formação acadêmica do cirurgião, que contrapunha a informalidade das atividades do barbeiro.

Traçando um paralelo com as questões clínicas que dispararam esta pesquisa, o termo normal nos remete ao que é dito por alguns profissionais ou pais de alguns adolescentes diagnosticados com diabetes tipo 1: que, se tomarem a insulina corretamente, terão uma “vida normal”. De fato, no início da doença, às vezes não há grandes sequelas, o que leva alguns ao sentimento de possuir uma vida quase normal mesmo — exceto em condições de coma por cetoacidose diabética⁵. Contudo, o que se observa é que muitas vezes tais frases têm a intenção de acalmar o paciente e partem de uma dificuldade do próprio profissional no manejo do caso, por diferentes motivos. Não à toa, muitos adolescentes refutam veementemente esta tese, dizendo com todas as palavras que não levam uma vida normal.

Moretto (2019) toca no conceito de normalidade para estabelecer um paralelo com o trabalho do psicanalista na equipe de saúde, isto é, tanto na assistência aos pacientes, quanto na interface com a equipe — tema que será discutido no próximo item. Em suas palavras:

Agora, seja qual for o paradigma de normalidade adotado por uma equipe de saúde para orientar os seus trabalhos, o psicanalista perderia o seu lugar se tomasse como critério de normalidade a adaptação dos pacientes às regras instituídas, inclusive às regras que definem o regime médico-institucional ao qual eles estão submetidos (MORETTO, 2019, p. 52).

Deste modo, é tendo como base as contribuições de Maria Livia Tourinho Moretto (2019), bem como de outros psicanalistas que são referência na área, que daremos seguimento a este capítulo, tomando como fio condutor para a discussão a práxis psicanalítica no hospital.

1.3 Práxis analítica no hospital

O psíquico é algo tão especificamente único que nenhuma comparação individual poderá reproduzir a sua natureza.

Sigmund Freud

Para o psicanalista, a questão da prática é *sine qua non*, pois a psicanálise é antes de mais nada uma teoria atrelada à prática, uma teoria da clínica, surgida das questões da clínica e que retorna à clínica.

⁵ Complicação metabólica aguda do diabetes caracterizada por hiperglicemia, hipercetonemia e acidose metabólica. A hiperglicemia causa diurese osmótica com perda significativa de líquidos e eletrólitos. Ocorre principalmente no diabetes mellitus tipo 1.

No hospital, o corpo adoecido do doente é o primeiro a tomar a cena, determinando em qual clínica específica ele irá ser atendido e quais serão os direcionamentos de cada caso. Moretto (2019), em livro fruto de sua tese de livre-docência na USP, publicado em 2019, e já citado anteriormente, dedica-se com mestria à articulação entre a psicanálise, a saúde e a instituição. A autora marca, dentre muitos pontos, a diferença entre reconhecer o sofrimento do paciente e tomá-lo para si, posição que, vale demarcar, é facilitada pelo trabalho de análise pessoal daquele que se propõe a escutar o sofrimento psíquico, assim como com a dimensão fundamental da supervisão clínica a respeito dos casos atendidos e situações vivenciadas.

Da mesma forma, Moretto (2019) ressalta a importância de legitimar o sofrimento de quem é atendido e de também fazer a distinção entre a competência técnica, necessária por parte do profissional, e uma postura que denota indiferença frente ao paciente atendido. A pesquisadora conclui que, à exceção de percalços no manejo dos conceitos psicanalíticos e condições de gravidade que, por exemplo, impedem a fala do sujeito — e a vinda à instituição, acrescentamos —, as dificuldades atravessadas pelo psicanalista no hospital fundamentam-se essencialmente na falta de demanda de análise por parte do paciente e no não estabelecimento da transferência, pontos, portanto, cruciais em qualquer tratamento num consultório privado (MORETTO, 2019). Afinal, o próprio Freud, em conferência sobre o futuro da psicanálise após a Primeira Guerra Mundial, em 1919, quanto às tarefas dos psicanalistas, já mencionava a importância de adaptar a técnica ao que ele chamou de possíveis “novas condições” (FREUD, 1919/2017).

É concordando com esta percepção de que a clínica na instituição se assemelha em muitos pontos com a clínica no “setting analítico” (ou ao menos nos pontos cruciais, os tais “operadores clínicos” de que falam Maria Tereza Piedade Rabelo, Ana Laura Prates Pacheco Mariana Cabral Schweitzer e Claudio Arnaldo Len, tomando como base a leitura lacaniana) (RABELO et al., 2022), que retomamos conceitos da teoria psicanalítica em sua base, com Freud e Lacan.

Vale também advertir que tal conclusão de Moretto (2019) no livro citado acima foi construída com anos de estudo e trabalho em um hospital de referência, o Hospital das Clínicas da USP, onde circulam, concomitantemente, o discurso do mestre e o discurso universitário. Sobre isso, observamos que a psicanálise também corre o risco de, no hospital, eventualmente,

escorregar no discurso universitário⁶, justamente porque sustentar o não-saber, o vazio, é angustiante, principalmente quando a equipe demanda insistentemente por respostas. Utilizamos especificamente o verbo *escorregar*, pois indica um ato não intencional que independe das boas intenções do psicanalista em sustentar seu discurso e também de sua formação, que apesar de fundamental — o que reconhecemos que soa um tanto paradoxal — não é garantia para que ocorra um tratamento psicanalítico numa instituição.

Dito isso, como psicanálise e medicina podem contribuir uma com a outra para seus respectivos avanços? Jorge (2017), ao abordar a construção do método psicanalítico, que nasce com o tratamento das histéricas, lembra que o método analítico abandonou também a hipnose⁷, que outrora utilizara, e, não exercendo nenhuma outra espécie de influência, convida os pacientes a se deitarem no divã, enquanto o psicanalista se senta numa cadeira atrás dele, fora de seu campo visual. Logo, já verificamos uma diferença radical entre a postura do psicólogo atuante no campo institucional e a posição tradicional do psicanalista, visto que o psicólogo, ainda que esteja realizando sua formação psicanalítica e sua análise pessoal, deve, no contexto hospitalar, adaptar-se aos recursos disponíveis, ora realizando o atendimento nas enfermarias coletivas, com a presença de outros profissionais e pacientes, ora, mesmo com um espaço mais reservado e propício à escuta dos sujeitos, sendo interrompido por outras urgências, tais como exames e procedimentos relativos ao tratamento (no caso do diabetes *mellitus*, por exemplo, a tradicional medição de glicemia invariavelmente antes das refeições).

Dito isto, mesmo cientes das diferenças elementares entre eles (psicanalistas e psicólogos, psicanalistas e psicoterapeutas etc.), adotaremos no texto corrente ora o uso do termo psicólogo, categoria profissional que garante a nossa presença no hospital, ora o termo psicanalista, já que é nesse discurso e em sua ética particular que é ancorada a prática e a pesquisa subsequente. Ressaltamos que, ao menos na instituição onde se dá o cenário de prática desta pesquisa, não é exigido ao psicólogo nenhuma orientação teórica específica ou especialização em cursos da área, o que gera uma diversidade de linhas teóricas em uma mesma equipe.

A partir de um breve levantamento em bases de dados, como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC),

⁶ A Teoria dos Discursos foi apresentada por Lacan em seu seminário nomeado “O avesso da Psicanálise” (LACAN, 1969-1970/1992), ocasião em que ele propõe quatro discursos que regulam o laço social, a partir da premissa de Freud de que há três ofícios impossíveis: governar, educar e psicanalisar. São eles: o discurso universitário, o discurso do mestre, o discurso do psicanalista e o discurso da histérica.

⁷ Sobre o método hipnótico, Darriba e Bosse (2013) afirmam que a hipnose se aproximava em muito da concepção clássica de um tratamento terapêutico, já que não exigia grande trabalho por parte do paciente, agindo direta e unicamente na queixa e promovendo um rápido desaparecimento de determinados sintomas.

identificamos que hoje muitos nomes são utilizados para designar a tentativa de aplicação da psicanálise nas instituições, ou de uma prática orientada pela psicanálise, tais como: psicoterapia de orientação psicanalítica, psicoterapia breve analítica, psicanálise aplicada, psicanálise pura, psicoterapias e psicologia hospitalar. Segundo Angelina Harari (2018), na psicanálise aplicada tem-se o “encontro com um estilo de vida, o estilo como o gozo que passa por um tratamento psicanalítico” (HARARI, 2018, p. 34).

No desenvolvimento dessas formulações, a autora se baseia no texto de Lacan (1964/2003), *Ato de Fundação* da Escola Francesa de Psicanálise, em 21 de junho de 1964, e no trabalho de Marie-Hélène Brousse, de 2003, “O inconsciente é a política” (BROUSSE, 2003). Neste, Brousse igualmente destaca o texto lacaniano, quando Lacan diferencia a psicanálise pura da psicanálise aplicada, descrevendo a psicanálise pura como a doutrina da psicanálise propriamente dita, isto é, nesse sentido, nada além do que a própria psicanálise didática. Nas próprias palavras de Lacan:

O único princípio certo a formular, [...] é que a psicanálise constitui-se como didática pelo querer do sujeito, e que ele deve ser advertido de que a análise contestará esse querer, na medida mesma da aproximação do desejo que ele encerra (LACAN, 1964/2003, p. 240).

Buscaremos, portanto, circunscrever alguns aspectos que tangem a aplicação da psicanálise no campo hospitalar, assim como alguns obstáculos encontrados neste percurso, aspirando sempre o retorno aos textos de Freud e Lacan. Partimos então de um dos artigos de Freud sobre a técnica, do ano de 1913, *O início do tratamento* (FREUD, 1913/2010). Nesse texto, Freud aborda questões relativas ao tempo e ao dinheiro em uma análise, afirmando, inclusive, que o pagamento pode ter um “efeito regulador”. Segundo Freud,

A ausência do efeito regulador proporcionado pelo pagamento ao médico se faz sentir bastante penosamente; toda a relação se afasta do mundo real; retira-se ao paciente um bom motivo para se empenhar pelo fim do tratamento. (FREUD, 1913/2010, p. 177).⁸

Também no texto de 1913, Freud emprega a expressão “lucro secundário da doença” para se referir aos casos em que a neurose ocupa para o sujeito pobre uma espécie de justificativa para seu sentimento de menos-valia. Ainda que nessa ocasião ele estivesse se remetendo ao sofrimento neurótico, cremos que a doença orgânica também pode exercer tal

⁸ Apesar de Freud mais tarde, na ocasião do V Congresso Internacional de Psicanálise em Budapeste (FREUD, 1919/2017), relativizar sua posição de 1913, portanto, pré Primeira-Guerra, colocando em outros termos a questão do pagamento, tais considerações continuam servindo de norte, não para impedir a aplicação da psicanálise no âmbito gratuito, mas para pensar em como esta nova dinâmica pode ter implicações nos tratamentos.

função. Ademais, como nos advertem Castellani e Moretto (2016), há casos em que o adoecimento produz certa vinculação entre os sujeitos, produzindo inclusive, um efeito apaziguador, por meio da identificação com a doença. Tais ideias freudianas convergem com a assertiva de Canguilhem (2005, p. 61), de que “(...) há doentes que encontram em sua doença um bem ao seu alcance e que recusam a cura”.

O tempo de uma análise é outro ponto chave a ser levado em consideração, se nos propomos a discutir os tratamentos analíticos conduzidos em uma instituição. Em *Análise terminável e análise interminável*, ao debruçar-se sobre as dificuldades dos analisantes de deixarem suas análises, Freud (1937/2018) caracteriza como longo o tempo de uma análise. Conforme indica Sol Aparício (2016), Lacan, por sua vez, traz outra contribuição quando enuncia que o tempo de uma análise é variável. Assim, ela diz:

Há aqueles que dizem que leva muito tempo. Não necessariamente. Uma análise não dura nem mais nem menos do que quer o interessado, o analisante. Há os que vão embora ao final de um, dois anos, outros ao final de quatro anos. Alguns dirão que a análise não chegou ao fim. Pode ser que não. Porém terá sido uma experiência de análise. Por que não apostar nisso? (APARICIO, 2016, p. 74).

No hospital, tanto o tempo de uma internação quanto o tempo de um tratamento ambulatorial são definidos por indicação médica, consonante ao quadro clínico do paciente. Há exceções em que uma internação é estendida caso o paciente em questão tenha poucos recursos financeiros ou precise realizar determinados exames que fora do hospital levariam muito tempo para serem agendados (não estando internado, o paciente entra em uma longa fila de espera para fazê-los). Contudo, o que se verifica normalmente (em nosso serviço de referência, vale ressaltar) é que frente a uma melhora clínica coerente com os objetivos definidos para a internação, o paciente recebe alta hospitalar para a continuação de seu tratamento em casa e no ambulatório. Conduzindo ao que há de específico na clínica com sujeitos diagnosticados com diabetes *mellitus*, a título de esclarecimento adicional, a pesquisa em literatura identificou que há, no município do Rio de Janeiro, um excesso de internações por diabetes *mellitus* entre os homens e pessoas acima de 40 anos (PALASSON et. al., 2021).

Nos ambulatórios, igualmente, caso não haja uma indicação clínica específica, o paciente não é absorvido pelo serviço, podendo ser encaminhado novamente à unidade de saúde de origem ou a outro médico especialista, se necessário. Como o diabetes é uma doença crônica, o que se observa com alguma frequência são longos tratamentos, fato que, por sua vez, também produz efeitos de vinculação do paciente com a instituição, que identificamos em ditos frequentes como “aqui é uma segunda casa para mim”. Eventualmente, isso reflete também no

tratamento conduzido pelo psicólogo, que às vezes tem a chance de fazer parte deste circuito de tratamento.

A transferência, conceito psicanalítico que perpassa toda a obra freudiana, também será um ponto fundamental no entendimento e discussão das questões clínicas em debate na pesquisa. Escrevendo sobre a dinâmica da transferência, Freud advertiu que a transferência vivenciada em instituições (para doentes dos nervos, como ele os chama) poderia ser ainda mais intensa que a transferência com o médico, beirando, inclusive, à servidão (FREUD, 1912a/2010). Nesses casos, ao invés de agir como resistência levando o paciente a abandonar seu tratamento na instituição, a transferência pode acabar tendo um efeito inverso, fazendo com que estes mantenham-se retidos nelas e afastados de outras esferas da vida.

Sobre isso, destacamos, dentre algumas orientações fornecidas por Moretto (2019) sobre a prática do psicólogo no hospital, a importância de atentar para o tipo de relação que o paciente pode constituir com a sua doença e/ou condição médica, com sua condição de doente, ou seja, com as perdas que lhes são impostas com a instituição, com o tratamento (que impõe uma série de exigências) e com a equipe (MORETTO, 2019). Grosso modo, poderíamos então dizer, sobre os laços transferenciais estabelecidos no hospital e suas implicações, posto que não é apenas o divã que está ausente — se fosse, a questão seria facilmente solucionada —, que se exige uma adaptação do dispositivo como um todo. Assim, outra questão importante diz respeito ao pagamento das sessões. Se o sujeito deve pagar por sua análise o máximo que lhe for possível (FREUD, 1913/2010), no contexto público tal assertiva ganha outros contornos, visto que um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹ é a universalidade, com a prerrogativa de que todo cidadão tem direito à saúde. Essa direção, no entanto, não deixa de ter efeitos no tratamento cuja orientação teórica é a psicanálise lacaniana.

Antonio Quinet (1993) utiliza o neologismo “para-gozo” para caracterizar a função que o pagamento ocupa para o analista num tratamento, para além de suas necessidades cotidianas. Diz ele: “Ao fazer pagar, o analista mostra que não está ali por amor, por sacrifício, ou por ideal, e muito menos para gozar das histórias escabrosas dos pacientes” (QUINET, 1993, p. 104). Nessa perspectiva, ressaltamos que, apesar de o psicólogo (ou psicanalista) que trabalha no SUS — ou na assistência social, no sistema prisional, na escola etc. — ser pago pelo ofício realizado, esta transação sofre uma intermediação, ou seja, o montante não vem diretamente

⁹ A Constituição Federal de 1988 definiu, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Para atingir este objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na própria Constituição.

das mãos do paciente/analísante, como ocorre na clínica privada. Ao mesmo tempo, o fato de o tratamento na instituição não ser monetizável como no trabalho autônomo, não indica que ele tenha menos valor, mas recoloca a questão em outros termos, em que as diversas formas de pagamento podem ser representadas, por exemplo, por um produto, um presente ou outro objeto qualquer.

Elizabeth Ann Danto, em livro cujo título em português é *As clínicas públicas de Freud: Psicanálise e justiça social* (DANTO, 2019), cita a clínica gratuita dos psicanalistas em Viena, criada em 1922 por membros da Sociedade Psicanalítica de Viena e conhecida como o *Ambulatorium* (1919 a 1936), à qual Freud deu suporte, inclusive financeiro. A existência do *Ambulatorium* demonstra que desde Freud a psicanálise se insere no debate sobre uma democratização do tratamento psicanalítico àqueles que não podem arcar com seu custo. A autora sinaliza ainda, por exemplo, que em 1929 o psicanalista Sándor Ferenczi fundou uma clínica gratuita em Budapeste, e enfatiza o fato de que tais iniciativas e tantas outras, que expõem um ativismo político na psicanálise, tenham sido subtraídas ou pouco valorizadas na história da psicanálise.

No que tange a uma breve caracterização do cenário em questão, lembramos que são comuns dizeres como “achei que psicólogo fosse só para maluco”, frase que pode ser lida em vários ângulos, indicando, por exemplo, o desconhecimento da prática exercida por este profissional, da parte do paciente, ou até certo receio ou resistência de se reconhecer um tanto “maluco”, ou seja, com algum tipo de desajuste com relação ao *status quo* social. De todo modo, tal pensamento não se restringe a uma camada da população, aplicando-se a diversos sujeitos, mesmo quando identificam em si mesmos algum sofrimento psíquico.

De certo modo, em se tratando de sujeitos diagnosticados com diabetes tipo 1 e tipo 2, o fato de se tratar de uma doença “incurável” produz, de partida, certa ruptura na condição médica do todo poderoso “doutor”, já que, muitas vezes, os médicos lidam com as sequelas da doença, evitando maiores danos.¹⁰ “O diabetes é uma doença silenciosa”, escutam com frequência os médicos dizerem aos pacientes. Assim, enquanto psicólogos na instituição, é também comum recebermos pessoas com anos de diagnóstico tomadas por sequelas da doença e tentando encontrar estratégias na lida com elas, como foi o caso de Rose, mulher de sessenta e nove anos, que em sua primeira entrevista com a psicóloga disse: “Todo dia eu desejo a morte, doutora”. Tratava-se de uma senhora, como tantos outros pacientes, com poucos recursos

¹⁰ Estima-se que 7% da população do país tem diabetes e que 50% deles desconhecem o fato.

financeiros e diversas sequelas corporais (neuropatia diabética, pouca acuidade visual, entre outras), cada vez mais limitadoras, em decorrência de mais de vinte anos vivendo com a doença.

Assim, se Freud, conforme pontua Jorge (2017, p. 54), considerava como pontos fundamentais na recuperação do paciente a restauração de sua capacidade de levar uma vida ativa e de desfrutar prazer, ao tratarmos de sujeitos debilitados com o diabetes relativiza-se essa expectativa, já que muitos nunca mais conseguirão trabalhar em seus ofícios de origem, tendo que se adaptar a uma nova realidade de dores e limitações físicas e consultas constantes. Somam-se, ainda, diversas dificuldades financeiras que muitas vezes são obstáculos no seguimento de uma dieta alimentar adequada ou na compra de remédios que se fazem necessários ao longo do tratamento.

Outro dito escutado foi: “Psicóloga? Aquela *médica* fofqueira que fica querendo saber da nossa vida?”. Tal enunciação denota, ao mesmo tempo, como o discurso médico é tão proeminente na instituição hospitalar, e, por outro lado, por e com isso, como há um certo desconhecimento de uma parcela da população sobre a psicologia enquanto um saber outro, ao invés de um ramo ou especialidade da medicina.

Alguns outros exemplos breves advindos do terreno hospitalar ilustram este fenômeno que Jean Clavreul (1983), psiquiatra e psicanalista francês lacaniano, cunhou como ordem médica. Por exemplo, a existência de um prontuário chamado popularmente prontuário *médico*, o setor de documentação *médica*, o arquivo *médico* etc. Como indica Marília Almeida (2011, p. 176): “Culturalmente, o poder da cura é atribuído à medicina não num sentido técnico e científico, mas religioso, absoluto. Nesse enfoque, a medicina ocupa um *status* de *ordem*.” A frase de um familiar de um paciente quando diz “Deus no céu e os médicos na terra” explicita bem essa ordem que tende a regular a instituição e seus fluxos de trabalho. O médico, mais do que um profissional que veicula uma lógica, reproduz (por efeito de sua própria formação e não por decisão pessoal) uma ordem.

Trata-se, portanto, de uma lógica discursiva que transcende a figura do médico, estendendo-se, geralmente, a todos aqueles que portam o jaleco branco. Lembramos a situação de uma mãe, em primeira entrevista, que conta que já havia perguntado se o filho gostaria de se consultar com uma psicóloga, por ter um perfil mais introspectivo e pelas mudanças que sofrera ao trocar de escola, ao que ele respondeu que não. No entanto, quando essa sugestão surgiu da médica responsável pelo tratamento da criança, a indicação soou menos como uma indicação e mais como ordem. Disse ela: “Eu falei para ele que, como foi a médica que encaminhou, não tínhamos escolha desta vez”. Outros relatos desse tipo são escutados com relativa frequência na instituição.

Assim, se o que norteia a ação do psicanalista no campo institucional é a aposta no protagonismo (de uma população muitas vezes na condição de invisibilidade ao Estado) de cada um atendido (MORETTO, 2019), nem sempre isso é aceito de forma natural pelos pacientes. Pelo contrário, é bastante comum que produza neles um estranhamento, e que passemos a escutar frases como: “O que você acha disso tudo que falei? Você acha que preciso voltar aqui?”, “É você quem sabe como estou emocionalmente”, ou: “Você é a psicóloga, você que pode dizer se devo voltar ou não”. Essas frases, ao mesmo tempo que indicam uma postura de passividade na espera por respostas vindas do profissional, coerente com um posicionamento passivo bem característico do campo hospitalar, podem também sugerir que aquele que está sendo escutado supõe um saber àquele que o escuta.

Como apontam Calazans e Lustoza (2008), vivemos um projeto de medicalização do que é da ordem do psíquico, num cenário em que a saúde pertence ao campo da política. Algumas vezes, no entanto, alguma dúvida se faz presente e chega aos ouvidos do psicólogo/psicanalista. Por exemplo, quando um paciente tem um remédio antidepressivo ou calmante (ansiolítico) receitado, mas diz: “Eu decidi vir primeiro falar com você”. Como escreve Moretto (2019), no debate entre a psicanálise e a medicina, não se trata de localizar as falhas de um discurso em detrimento do outro, pois foi justamente na sustentação destas diferenças discursivas que Freud encontrou as condições para um trabalho verdadeiramente interdisciplinar.

No início do nosso percurso de trabalho no hospital, após apenas alguns meses de prática, uma cena nos chamou a atenção. Um médico entrou no quarto de um paciente, onde também nos encontrávamos, e, a despeito de nosso jaleco branco — vestimenta que, mais do que um Equipamento de Proteção Individual (EPI), indica naquele ambiente a presença de um profissional de saúde, e não de um acompanhante de algum paciente —, ignorou completamente nossa presença, voltando-se exclusivamente ao paciente a ser examinado. Tendo em vista que não se tratava de um procedimento de urgência, essa situação é paradigmática de como a ordem médica está nas entranhas da instituição hospitalar e quão inóspito pode ser o hospital não só para os pacientes, mas também para a equipe.

Além disso, é comum que o sujeito (não o sujeito do inconsciente como a psicanálise o concebe) seja tomado pela medicina como objeto de intervenções, o que se evidencia, por exemplo, quando uma das médicas começa a discutir sobre um dos casos na sala multiprofissional, não se atentando (ou se dando conta) que ali havia outra paciente e que o que estava sendo escutado poderia ter efeitos. No entanto, exceções às normas já indicam que há uma abertura para uma clínica que escuta o que é do singular. Assim, o horário de visita é

sempre o mesmo, mas em muitos casos abre-se a exceção para um horário diferenciado de visita, bem como de uma refeição, ou até para que algum paciente tenha um acompanhante¹¹ durante a internação, dentre outros exemplos que furam a ordem institucional de um ambiente em que tradicionalmente há muitas proibições.

Sabemos, com Lacan (1966/2003), que o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial¹². Marginal pela posição da medicina com relação à psicanálise, que a considera uma ajuda exterior quando seus recursos cessam, e extraterritorial pelas ressalvas dos próprios psicanalistas ao adentrar no campo médico. Ainda que date de 1966, essa é, aliás, uma das formulações lacanianas mais difundidas entre aqueles que se dedicam ao estudo da prática analítica nas instituições de saúde e, especialmente, no hospital, o que sugere que continua balizando as práticas dos analistas em seus cotidianos. Mas, o que dela podemos extrair, ao associá-la com nossa vivência? Se pensarmos em seus fundamentos, a prática analítica no hospital, que escapa ao controle do *setting* analítico propriamente dito do consultório — suas normas, ou o que Quinet (1993) chama de condições —, que tem seu sigilo salvaguardado e um controle (imaginário) de suas condições, ainda mais em se tratando das regras estabelecidas pela *International Psychoanalytical Association* (IPA), se assemelha muito mais ao que Lacan apontou como a essência do trabalho do analista: o trabalho pela fala.

Qual o preço que paga a psicanálise quando se agrega a outros discursos? Este é o questionamento de Graciela Brodsky (2002), em artigo que subverte a pergunta sobre o preço que paga o analista — com o íntimo do seu ser, como dizia Lacan (1958/1998). Como diz Moretto (2019), é de responsabilidade do psicanalista a transmissão do saber que se constrói na instituição, inclusive para que o trabalho possa continuar tendo efeitos e continuidade, mesmo na saída de um psicanalista da equipe. Ao mesmo tempo, isso pode soar paradoxal, visto que, no trabalho com o paciente, algo do saber deve estar em suspenso, para que se possa escutar o singular de cada caso, que é, aliás, no que reside a riqueza da psicanálise.

No exercício diário do ofício, perguntamo-nos: como não resistir à recuperação das lembranças perdidas, quando, com frequência elas tocam em pontos dramáticos como o assassinato de um familiar, a necessidade de um procedimento mais invasivo e arriscado, a fome, ou ainda todos eles concomitantemente? Isso nos remete à afirmação de Freud

¹¹ No Brasil, a legislação assegura o direito ao acompanhante em situações específicas, como: gestantes (Leis 8.069/90 e 11.108/05); idosos (Lei 10.741/03 – Estatuto do Idoso); pessoas com deficiência (Lei 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência) e crianças e adolescentes (Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente).

¹² Outra referência à extraterritorialidade da psicanálise encontra-se em *Variantes do tratamento padrão* (LACAN, 1966/1998), quando Lacan, ao discorrer sobre as relações da psicanálise com a ciência, é categórico ao dizer que “a psicanálise não é uma terapêutica como as outras” (p. 326).

(1913/2010, p. 133) de que “talvez haja verdade na afirmação frequente de que sucumbe com menor facilidade à neurose aquele a quem as necessidades da vida fazem trabalhar duramente.” Concordando com a perspectiva de que para muitos sujeitos “não há tempo” para a neurose, tamanha a urgência que outras esferas da vida colocam, como cuidar de um familiar doente ou trabalhar por muitas horas para comprar remédios, por exemplo, a experiência refuta qualquer generalização quando nos mostra que as formações sintomáticas também não esperam o caminho estar livre para se manifestarem. Nesses casos, o encontro com um psicanalista pode ser profícuo ao promover uma “limpeza da chaminé”, como disse Anna O. a respeito de seu tratamento psicanalítico (FREUD, 1893-1895/2016).

A contextualização desse cenário — muitas vezes dramático — é fundamental para situar qual público atendemos. Com uma série de violências perpetradas contra essa população¹³, tais como a miséria, a violência urbana cotidiana e a falta de medicamentos, é, de certa forma, compreensível que o sujeito *paciente* não queira “trabalhar”, no sentido analítico do termo, isto é, resista a associar livremente, buscando soluções mais instantâneas para suas mazelas psíquicas e físicas, como disse Lourdes, paciente acompanhada no serviço, que ao mencionar um tema difícil, falou: “Não quero me lembrar disso”.

Dando o exemplo de uma de suas pacientes, cujos sintomas desapareceram como “pontos após uma cirurgia ou pedaços de ossos necrosados” (FREUD, 1937/2018, p. 278) após a recuperação de fragmentos de sua história infantil, Freud, em “Análise terminável e interminável” (1937/2018), considerou o preenchimento da amnésia infantil como um fator relevante para indicar o fim da análise. No entanto, quando o tratamento se realiza numa instituição pública, cujos limites transcendem o ato de se pôr a trabalho por parte do profissional, por sua vez, isso raramente ocorre, o que introduz outra questão constantemente retomada, a saber, parafraseando Lacan em *Variantes do tratamento padrão* (LACAN, 1966/1998, p. 327): será que isso (esse tratamento) ainda é psicanálise?

Isso porque, se em uma análise há uma passagem do horror ao saber ao amor ao saber, isso nem sempre acontece no consultório, em que muitos tratamentos são interrompidos ainda nas entrevistas preliminares, mesmo no “tratamento padrão¹⁴”. Com pacientes hospitalizados ou em atendimento no serviço público, é um objetivo com mais obstáculos ainda, já que essa passagem do horror ao saber ao amor ao saber se dá pelo amor de transferência, quando se

¹³ Segundo reportagem da Revista Piauí, em 2021, o Brasil ganhou uma população de novos pobres equivalente a três Brasília.

¹⁴ Expressão utilizada por Lacan em 1966 (LACAN, 1966/1998), quando ele indica que há um rigor ético do qual não se abre prescindir num tratamento que se pretende analítico, para muito além de qualquer “formalismo prático”.

supõe um saber ao psicanalista, e esse amor pode não se concretizar com a rotatividade de profissionais e/ou outros percalços políticos e institucionais.

Esse ponto se desdobra em outro, que devemos contextualizar: o sujeito chega, eventualmente, transferido com a instituição. Bem tratado pela equipe do hospital, que supostamente detém o saber sobre sua doença, a consulta com o psicólogo costuma, portanto, fazer parte de uma sequência de recomendações médicas. Há também encaminhamentos advindos de outros membros da equipe, como enfermeiros ou nutricionistas, mas é mais comum escutarmos dos pacientes que nos procuram que o médico lhes sugeriu que viessem.

Como afirma Jorge (2017, p. 68), “o saber do inconsciente é um saber que se caracteriza por estar associado à verdade do sujeito; ele não é um saber universalizável”, diretriz que pode encontrar obstáculos em sua aplicação no hospital, posto que se trata de um campo onde predomina uma lógica dos especialismos, como verificamos quando recebemos um pedido de parecer cuja demanda é a “avaliação do especialista”. A ambiguidade com a qual a psicanálise opera é tradicionalmente rechaçada pela medicina, que ao diagnosticar visa a produzir um saber que se pretende universal.

No que tange ao trabalho na enfermaria, traçamos também a hipótese de que o fato de se tratar de uma instituição especializada, porém com um número reduzido de leitos para internação, neste caso tem efeitos positivos, ao aproximar os membros da equipe e deles também os pacientes, que são conhecidos não só por suas doenças, como é comum ocorrer em unidades maiores, mas por seus nomes.

Partindo de sua experiência como psicanalista nos Estados Unidos, onde a psicanálise está submetida a diversas particularidades que não nos cabem neste momento, Paola Mieli (2002) indica que há uma função estabelecida pela instituição, ou seja, pelas escolas de psicanálise, aos psicanalistas, ao aplacarem certa necessidade de proteção e atestarem uma espécie de autoridade (imaginária) em seus ofícios. Pensamos que tal direção se aplica também à função simbólica exercida pelo hospital aos profissionais que nele trabalham, que têm um respaldo institucional para suas ações. Nas palavras de Mieli (2002):

Em “O futuro de uma ilusão” (1927), Freud mostra como a instituição — com e além de seus aspectos legais — funciona como uma ilusão, uma crença. E também como a instituição existe para satisfazer a necessidade de proteção do sujeito em face de sua própria impotência. É precisamente porque o sujeito se confronta com sua impotência estrutural, sua falta, que ele delega a autoridade que sente lhe falta a esse grande Outro coletivo, que eventualmente ocupa, segundo Freud, a posição do pai protetor (MIELI, 2002, p. 79).

Diante disso e de todas as lições sobre os fundamentos da psicanálise, lembramos que, na condução dos tratamentos, a clínica é soberana. Além disso, não devemos abandonar a

advertência freudiana presente no texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (FREUD, 1912b/2010, p. 113), de que “o que se escuta, na maioria, são coisas cujo significado só é identificado posteriormente”, prerrogativa que difere da tendência natural dos médicos em demandar que um sintoma seja decifrado, e que é coerente com a própria formação deles.

Nesse mesmo texto, Freud indica a necessidade, ou melhor, a recomendação *princeps*, de que aquele que exerce a psicanálise esteja em análise, sendo também taxativo quando indica que sem dúvidas a etiologia traumática dos “distúrbios nervosos” oferece à análise a oportunidade mais propícia. Ao mesmo tempo, ele é categórico ao afirmar que “em estados de crise aguda, a análise é praticamente inutilizável, posto que todo o interesse do Eu é solicitado pela realidade dolorosa e ele se esquivava à análise, que pretende ir além dessa superfície e desvendar as influências do passado” (FREUD, 1937/2018, p. 297).

Aplicando tais orientações freudianas ao nosso contexto particular, isso também não quer dizer que não haja efeitos terapêuticos, por exemplo, nas entrevistas preliminares com pacientes hospitalizados ou em acompanhamento ambulatorial que comparecem algumas vezes, mas não dão continuidade ao tratamento, por inúmeros motivos. Eles mesmos o dizem, em frases como: “Acho que já sei lidar com isso”, etc. Ademais, tais efeitos terapêuticos podem ser recolhidos nas entrevistas preliminares ou até na operação analítica, mas não constituem o objetivo de uma análise.

Assim, na medicina, o processo para o estabelecimento da hipótese diagnóstica e do plano terapêutico passa por algumas etapas: identificação, anamnese (queixa e duração dos sintomas), história pregressa da doença atual, passando pelo exame físico e exames complementares com o objetivo de chegar à conduta, que é o plano terapêutico eficiente e racional. Já para a psicanálise, o diagnóstico estrutural na construção do caso clínico é um esforço de fundamentação para então serem definidas algumas diretrizes do tratamento (HARARI, 2018). Estarmos advertidos desta lógica de trabalho não nos impede de receber determinadas demandas institucionais, mas nos permite um melhor entendimento sobre a origem delas.

Já à guisa de conclusão, frisamos que, por ser uma doença crônica, o diabetes não provoca a urgência da morte. Não se morre de diabetes — tal como um câncer metastático ou uma cardiopatia que pode levar o sujeito a ter um infarto fulminante a qualquer momento —, mas das complicações que aos poucos vão limitando a vida. Para o diabético, a situação mais próxima da morte é a grave cetoacidose diabética, mais comum na eclosão do diagnóstico, e que em geral implica na necessidade de hospitalização no Centro de Terapia intensiva (CTI). A

ausência da terminalidade¹⁵ iminente, no entanto, não significa que tais perdas atreladas ao diagnóstico e tratamento da doença (de sonhos, de projetos, de força corporal) não precisem ser subjetivadas.

Como diz Canguilhem, “a morte está na vida, a doença é o signo disso” (CANGUILHEM, 2005, p. 32). Tal direção converge com a de Ana Cláudia Quintana Arantes, médica paulista geriatra que vem há anos se dedicando ao estudo e prática dos cuidados paliativos¹⁶. Para ela, tratar a temática da morte é também falar da vida, na medida em que falar da própria morte convoca cada um que se propõe a isso a refletir sobre suas próprias escolhas e caminhos trilhados (ARANTES, 2019). Muitas vezes, a doença — própria ou de outrem — escancara, de forma mais ou menos suportável (como no caso de cânceres mais agressivos ou de doenças avassaladoras), essa “única certeza da vida”, como popularmente é dito sobre a morte.

Jorge (2017, p. 221) evoca um “não-senso radical da morte”, sentença que remete ao que Freud dizia quando mencionou que “(...) no inconsciente, cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (FREUD, 1915a/2010, p. 230), ou seja, há um rechaço provocado pela ideia da própria morte, ainda que se tente subjetivá-la. Não adentraremos também aqui profundamente no discurso sobre os cuidados paliativos visto que se trata de uma diretriz que nasce no campo médico, mas pensamos que algumas de suas proposições nos servem na discussão sobre a clínica com doentes crônicos, posto que uma doença crônica como o diabetes exige uma reorganização libidinal e às vezes uma “policição”¹⁷ frente às condutas relativas ao tratamento.

Assim, a partir desse breve apanhado sobre a história da psicologia, bem como sobre a inserção e o aumento de psicólogos e psicanalistas no campo hospitalar e suas implicações, buscaremos adiante tratar mais especificamente do trabalho com adolescentes acometidos pelo

¹⁵ São consideradas doenças graves e terminais aquelas que a legislação determina e que estão relacionadas no artigo 1º da lei nº 11.052/04, ou seja, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget, (osteíte deformante), contaminação por radiação, Aids, hepatopatia grave e fibrose cística (mucoviscidose).

¹⁶ A proposta dos cuidados paliativos surgiu originalmente para o tratamento oncológico de pacientes em estado de terminalidade, mas ampliou-se e hoje a direção engloba qualquer doença que ameace a vida por ser progressiva ou até mesmo incurável, entendendo-se tais cuidados como uma forma de promover a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares por meio de prevenção e alívio do sofrimento.

¹⁷ Termo utilizado por uma paciente em consulta para referir-se a sua própria necessidade de se “policiar” quanto a seu tratamento, naquele momento negligenciado. O curioso, na situação, foi sua ênfase, com sua entonação, na segunda parte do significante: *ação*, enfatizando seu reconhecimento quanto à necessidade de se responsabilizar em seus atos.

diabetes e pelo impacto dessa doença, retomando antes, para tal, alguns pontos que tangem à prática clínica da psicanálise com adolescentes.

2 A CLÍNICA COM ADOLESCENTES COM DIABETES

A condição para que um trabalho clínico participe da psicanálise é que ele admita o real como causa, ou seja, aplica-se a psicanálise valendo-se da orientação do real.

Angélica Bastos e Ana Beatriz Freire

2.1 A adolescência na história

A adolescência tem sido tema de diversos debates, estudos e trabalhos acadêmicos, mesas-redondas e colóquios, nos mais diversos campos — na literatura, sociologia, direito, entre outros. No laço social, são comuns as referências à adolescência em um sentido pejorativo, que sugerem incapacidade ou imaturidade frente a desafios e atividades cotidianos. Por exemplo, a frase “você é um adolescente” e seus correlatos, endereçadas inclusive a pessoas mais velhas, remetem com frequência a um grau de desresponsabilização perante novos desafios e demandas que são postos aos sujeitos.

Ao tratarmos da adolescência na contemporaneidade, é proveitoso retomarmos algumas referências históricas. Assim, se livros e pesquisadores sinalizaram que crianças em séculos passados eram tratadas como “miniadultos”, que se vestiam como tal e frequentavam seus espaços, diversas pesquisas indicam que em outras épocas também não havia um tratamento social distinto aos adolescentes. Os adolescentes não eram diferenciados das crianças, tendo sido o conceito de adolescência (do qual fazia parte também um imaginário social concernente à época) inventado pela cultura ocidental no final do século XIX (ARIÈS, 2011).

O livro de Françoise Dolto (2021) sobre a história da adolescência na cultura converge com o de Ariès (2011), quando ela indica que o termo “adolescente” é relativamente novo e que, antes do século XX, ora havia um prolongamento da infância, ora o adolescente era tratado de maneira um tanto radical como a um jovem adulto. Como indica Luciana Coutinho (2009), baseando-se na leitura do historiador Philippe Ariès, a grande mudança introduzida na Idade Média foi o desaparecimento da responsabilidade do Estado na educação, responsabilidade esta que foi transferida à família, quando era composta por pais e filhos, os quais permaneciam em sua família de origem, o que também não se aplicava a todos. Outro importante ponto destacado

por Ariès (2011) e Coutinho (2009) a respeito dessas mudanças foi a escolarização da sociedade, que acontece com o isolamento das crianças em relação aos adultos e as separações entre a vida pública e a privada, esta última regulada pelas famílias. Logo, se a infância é a idade privilegiada do século XIX, Ariès considerou o século XX como o “século da adolescência” (ARIÈS, 2011). Entretanto, de acordo com Dolto (2021), um dos primeiros exemplos do aparecimento da palavra adolescência na literatura se dá pelo grande escritor do século XIX, Victor Hugo, quando ele a define como “a adolescência, os dois crepúsculos misturados, o começo de uma mulher ao final de uma criança” (HUGO, 2002 apud DOLTO, 2021, p. 35).

Outro autor que se debruçou sobre a temática da adolescência, Serge Cottet destaca o contexto histórico europeu de grandes modificações políticas, sociais e econômicas que se vivia desde a Revolução Francesa, no final do século XVIII. Segundo o autor:

[...] Os historiadores da infância sublinham que é essencialmente no final do século XVIII e na esteira da Revolução Francesa que o interesse se volta para a criança e para o adolescente como distintos do adulto [...], mas é sobretudo o século XIX que consagrará a puberdade e a adolescência como fases críticas, insistindo nos métodos educativos coercitivos, e mesmo policiaescos (COTTET, 1996, p. 10).

Coutinho (2009) ressalta, todavia, que se tratava de um período curto, de passagem, restrito à burguesia e cujo objetivo final era atingir a vida adulta.

Com essa ressalva, fazemos a observação de que grande parte da bibliografia histórica acerca da adolescência neste capítulo é de origem europeia, e, portanto, não contempla a diversidade de fatores e elementos que caracterizam o contexto brasileiro. No Brasil, muitos jovens entram no mercado de trabalho precocemente, dadas às condições socioeconômicas em que vivem, em alguns momentos tendo que abdicar dos estudos ou conciliar ambos, e ainda, em alguns casos, tendo de se ocupar de irmãos mais novos ou mais velhos junto aos outros familiares ou ainda de seus próprios filhos¹⁸. Dados do relatório da UNESCO de 2002, *Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas* (ABRAMOVAY, 2002), reforçam essa conjuntura, infelizmente ainda atual, ao sinalizarem o aumento da violência e pobreza na América Latina, que, somado ao declínio das oportunidades de trabalho para jovens provenientes de uma situação social precária, os deixam com poucas perspectivas para o futuro.

¹⁸ Lembramos neste momento de uma jovem de catorze anos, atendida no ambulatório. Mãe de uma criança de um ano e dois meses, falou sobre suas dificuldades de comparecimento às consultas médicas e a nova rotina após o nascimento da filha. Esta, que é uma realidade chocante e distante para muitos, é comum em muitos cenários.

A título de curiosidade, outro dado importante coletado a partir da escuta dos adolescentes na instituição refere-se à vinculação desses jovens, principalmente de classe média baixa, com a igreja, especialmente a evangélica, desenvolvendo atividades em grupo, como dança, música e teatro, e estabelecendo sólidos laços de amizade nesses espaços. Como investigaram Leonardo Alvarenga, Naiana Bertoli e Wania Mesquita (2019), a partir das percepções e práticas de jovens de Campos dos Goytacazes, no estado do Rio de Janeiro, o vínculo religioso pode produzir múltiplos sentidos na juventude periférica.

Desse modo — reconhecendo também a importância das perspectivas biológica, sociológica e histórica, assim como a de Philippe Ariès e as de outros pesquisadores sobre o tema —, nos interessa percorrer o caminho traçado por Freud, Lacan e seus comentadores a respeito da adolescência e seus enlaces em articulação com o que ocorre quando há a irrupção de uma doença crônica, no caso o diabetes *mellitus*. Afinal, como indicou Freud (1914/2010), em “Introdução ao narcisismo”, a enfermidade orgânica afeta a distribuição libidinal do indivíduo, que, com frequência, retira parte do investimento no mundo externo, voltando-o para o Eu, discussão que retomaremos adiante.

2.2 Psicanálise e adolescência

O inconsciente é atemporal, já dizia Freud (1915b/2010) em *O inconsciente*, mas apresenta questões e demandas particulares a cada momento da vida dos sujeitos. Na adolescência, alguns pontos são significativos: o (des)encontro com o real do sexo, a operação de separação das figuras parentais e a reconfiguração de seus ideais, questões que são certamente universais, mas que também não deixam de ser atravessadas pelos impasses de cada época e de cada cultura em particular. Desde o lançamento, em 1996, da primeira edição de *Esse sujeito adolescente*, minucioso trabalho de pesquisa da psicanalista Sonia Alberti sobre o adolescente em Freud e Lacan, essa obra passa a ser fundamental para o trabalho clínico de psicanalistas brasileiros com adolescentes, fazendo com que o campo psicanalítico se debruce mais sobre “esses sujeitos adolescentes”, que associam livremente, assim como os adultos.

Como afirma Coutinho (2009), o conceito de adolescência não é o mesmo desde suas origens. Aliás, se tomarmos como referência alguns psicanalistas, como Alexandre Stevens (2004), a adolescência não é exatamente um conceito psicanalítico. Isso não impede, todavia,

que a psicanálise incite importantes discussões, em alguns momentos fazendo uso do termo puberdade — do latim *pubertas*, relativo a púbis, pelo. Nas palavras de Stevens:

[...] o real da puberdade é a irrupção de um órgão marcado pelo discurso na ausência de um saber sobre o sexo, na ausência de um saber sobre o que se pode fazer em face do outro sexo. Resta, então, a cada um inventar sua própria resposta (STEVENS, 2004, n.p).

Sobre isso, Coutinho (2009), aliás, traz a hipótese de que Freud talvez tenha privilegiado o termo puberdade em detrimento da palavra adolescência, devido a sua própria formação médica e a de seus pares, com quem dialogava.

No trabalho clínico com os adolescentes, tanto com aqueles diagnosticados com uma doença crônica, como com os que não o foram, tais questões tendem a se manifestar em alguma medida, mesmo que esses jovens as evitem ou se defendam inconscientemente por meio do recalque. Como interpelou um adolescente à analista, em primeira entrevista no hospital: “Você trabalha só com diabetes?”. Frente a resposta com outra pergunta, disse: “Porque, na verdade, eu queria falar sobre o diabetes, mas também da minha vida pessoal, amorosa, minha ansiedade...”. É assim que Alberti (2010a) descreveu a adolescência a partir de três grandes referências ao Outro: O Outro da metáfora paterna, o Outro da cultura e o Outro sexo, e pontua:

A terceira grande referência ao Outro diz respeito ao encontro com o Outro sexo. Associa-se a isso a questão sexual com a castração que é justamente o que não faz história em toda construção do romance familiar (Freud), ou do mito individual do neurótico (Lacan) (ALBERTI, 2010a, p. 69).

Sobre esse último ponto, no entanto, vale a ressalva de que, desde Freud, constatamos a existência da sexualidade infantil, essencialmente autoerótica. Em seu texto *Meu ponto de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses*, Freud (1906/2021) discorreu sobre a característica da sexualidade infantil como sendo primordialmente perversa polimorfa, o que causou grande alarde à época, pois, nesta época, ainda não se falava de sexualidade infantil. Alguns anos depois, em *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914/2010) se questiona sobre a relação entre o narcisismo e o autoerotismo, afirmando também que para entendermos do que se trata no narcisismo é preciso considerar alguns fatores, como a ocorrência da doença orgânica, da hipocondria e da vida amorosa dos sexos. Retomaremos o conceito de narcisismo mais adiante para pensarmos na relação do adolescente com o corpo.

A propósito da expressão “romance familiar”, cunhada e definida por Freud como o “estágio seguinte no desenvolvimento do afastamento neurótico de seus pais” (FREUD, 1909b/2015, p. 421), e evocada por Alberti (2010a) na citação acima, encontramos poucas vezes na obra freudiana, mais especificamente no *Rascunho M*, quando ele apresenta a

diferença entre as fantasias na histeria e na paranoia (FREUD, 1897b/1974); na parte três dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905/2021), de nome *As transformações da puberdade*; e, por fim, no texto cujo título carrega a própria expressão, *O romance familiar do neurótico* (FREUD, 1909b/2015). Contudo, outras expressões em torno do tema da família, como “vida familiar”, “ambiente familiar” e “círculo familiar” estão presentes em diversos volumes de sua obra.

Com base na leitura de Freud, sabemos, portanto, que as fantasias do adolescente — assim como as do adulto — remontam também às teorias sexuais infantis (FREUD, 1908/2015), revelando que, para a psicanálise, diferenciar a criança do adolescente baseando-se em critérios puramente cronológicos é um argumento simplório que não permite grandes avanços na teoria e na clínica, nem com a criança, tampouco com o adolescente. Nesse mesmo texto, *Sobre as teorias sexuais infantis*, vale marcar, Freud sinaliza a importância das teorias sexuais infantis, afirmando que elas não só nos auxiliam a entender mitos e fábulas, como são imprescindíveis para o entendimento das neuroses, tamanha a influência das fantasias sexuais na configuração dos sintomas. Como indica Coutinho (2009, p. 99), também fazendo uso da expressão freudiana:

Pouco antes da puberdade, o tema das relações familiares é retomado nas fantasias, e o Complexo de Édipo ganha uma nova versão. [...] Em seguida, o conteúdo dessas fantasias passa a incluir outros personagens de fora do círculo familiar, e inicia-se a construção do que Freud designa como o “romance familiar do neurótico”. (COUTINHO, 2009, p. 99).

Essa nova fase caracteriza-se então, tradicionalmente, por um afastamento da figura dos pais, com quem normalmente se dão as primeiras identificações quando criança, e pela criação de novos laços, nos quais é comum que o adolescente projete suas questões edípicas provenientes da situação familiar nas novas figuras com quem se liga. Há poucas referências específicas a respeito da adolescência em Freud e Lacan. No entanto, ressaltamos a pertinência clínica dos debates sobre a adolescência, pois esses sujeitos têm chegado aos consultórios particulares dos psicanalistas e nas instituições onde exercem este ofício (de saúde, de assistência, da justiça etc.), carregando a tiracolo seus sintomas e angústias, e têm sido objeto de vastas produções de psicanalistas no Brasil e no exterior, algumas citadas neste trabalho.

Uma dessas poucas referências em Freud está presente em seu texto *Sobre a psicologia do colegial* (FREUD, 1914/2012), onde ele destaca a importância que têm os mestres na vida do colegial, por representarem um sucedâneo do pai. Sobre este ponto, assim como Lacan (1974a/2003), Alberti (2009) retoma a peça *O despertar da primavera*, de Frank Wedekind, apontando a importância dos educadores no despertar desses jovens e propondo que o

adolescente pode ser assistido tanto pelos mestres quanto pelo analista, embora essas posições sejam bastante distintas. Um marcador essencial na diferença entre essas posições é que o psicanalista se dirige ao adolescente para que ele mesmo possa descobrir seu inconsciente e o que há por trás de seus atos, ou seja, age como causa de desejo, enquanto no discurso do mestre o agente é o próprio dito¹⁹.

Em um de seus textos mais iniciais, de 1938, *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, Lacan (1938/2003) inclui a adolescência na sequência dos complexos que reatualizam o confronto com a castração em cada momento típico da vida — desmame, intrusão e Édipo. Como nos instrui Miller (1984), esse é um texto cujo antecessor é outro, *Para-além do Princípio de Realidade* (LACAN, 1936/1998), no qual Lacan desenvolve argumentos sobre a psicologia, a ciência e a relação particular de cada uma delas com a verdade. Também nesse texto de 1936, Lacan fornece contribuições importantes para pensar a clínica com adolescentes, ao discorrer sobre certa identificação parental da criança, apesar de usar termos não tão comuns no desenvolvimento posterior de sua obra, como a palavra personalidade. Em termos lacanianos: “O que se transmite por essa via psíquica são os traços que, ao indivíduo, dão a forma particular de suas relações humanas, ou, dito de outra maneira, sua personalidade” (LACAN, 1936/1998, p. 92). E continua:

É por intermédio do complexo que se instauram no psiquismo imagens que dão forma às mais vastas unidades do comportamento: imagens com que o sujeito se identifica alternadamente, para encenar, como ator único, o drama de seus conflitos (LACAN, 1936/1998, p. 93).

Ainda segundo Miller (1984), sobre o texto laciano *Os complexos familiares na formação do indivíduo* (LACAN, 1938/2003), citado anteriormente:

[...] a referência essencial formulada por Lacan é a seguinte: onde quer que busquemos na espécie humana — isto não vale apenas para a psicanálise —, não há natureza que não seja remanejada pela cultura, de tal maneira que o fator cultural domina (MILLER, 1984, p. 3).

Miller continua assinalando que o que é essencial nesse texto — apesar de ainda não ser formulado a partir do conceito de Outro²⁰ — é que Lacan enfatiza a ideia de que não consideremos naturais nos homens a necessidade e o instinto, posto serem atravessados pela cultura (MILLER, 1984). Lacan aborda também a temática da adolescência em dois outros

¹⁹ Sobre este ponto, cf. nota de rodapé n. 6, no primeiro capítulo da presente dissertação.

²⁰ Segundo Quinet (2012), o grande Outro, cujo discurso é o inconsciente, é da ordem do simbólico, se manifestando por meio dos sonhos, lapsos, sintomas e chistes, enquanto o outro, em minúscula, representa o semelhante, isto é, o ser da mesma espécie, que encarna o Outro, posto que o sujeito já nasce inserido na linguagem.

trabalhos, já em outro momento de seu ensino: em seu *Prefácio a O Despertar da primavera* (LACAN, 1974a/2003), peça de Wedekind de 1891, citada acima, e em *Televisão* (LACAN, 1974b/2003), texto publicado em 1974, transcrição do programa que foi ao ar em rede de televisão, no início do mesmo ano, em que faz apenas o breve comentário: “Como desconhecer que esses dois afetos — o tédio e a morosidade — se denunciem nos jovens que se entregam a relações sem repressão?” (LACAN, 1974b/2003, p. 530). Quanto ao *Prefácio* (LACAN, 1974a/2003), apesar de ser uma nota curta, foi tido como uma referência, inspirando diversos trabalhos posteriores de psicanalistas que se dedicam à clínica com adolescentes. Corroborando a assertiva freudiana de que o artista precede o psicanalista (FREUD, 1907/2015), Lacan nesse texto afirma que Wedekind antecipa Freud, que, à época, ainda cogitava a existência do inconsciente.

Mário Elkin Ramírez, psicanalista colombiano, autor do livro *Despertar da adolescência: Freud e Lacan, leitores de Wedekind* (RAMIREZ, 2014), contextualiza a escrita do “Prefácio” de Lacan com relação a alguns aspectos da teoria lacaniana, como os três registros (real, simbólico e imaginário), nos ajudando a compreender algumas ideias lacanianas sobre a adolescência. Como indica o autor:

Despertar para o real é impossível, trata-se de um encontro do qual o sujeito foge para se refugiar no automaton significante. O que acarreta que o encontro com a não-relação sexual é de modo essencial o trauma da puberdade, o real que a confronta. Como esse despertar para o real é impossível, os adolescentes podem responder com condutas de risco, beirando o suicídio e a morte, como ocorre com dois personagens da peça teatral (RAMIREZ, 2014, p. 10).

Tomando essa última afirmação de Mário Ramirez, fazemos uma analogia com o objeto desta pesquisa em andamento: situações em que adolescentes portadores de diabetes tipo 1 (DM1) renunciam ou menosprezam seu tratamento, por exemplo, fazendo uso incorreto da insulina. Nessa perspectiva, uma interpretação possível seria a de um apelo aos pais (ou àquele/àquela/àqueles que exercem essa função com o adolescente), como um alerta de que algo não vai bem, não sem o corpo orgânico. Philippe Lacadée (2011), em livro dedicado à adolescência, trata essas condutas de risco como tentativas desajeitadas de se pôr no mundo, tentativas, portanto, de existir, mais do que de morrer. Essa ideia converge com a hipótese de um apelo ao Outro na figura dos pais no caso de adolescentes com DM1. Evidentemente, tal hipótese exclui casos em que a interrupção parcial ou total do uso da medicação é devido a fatores externos, como a interrupção da medicação fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a falta de recursos financeiros particulares para comprá-la ou para comparecer às consultas.

Outro autor que fez uma releitura dos textos de Lacan sobre a adolescência foi Jean Jacques-Rassial (RASSIAL, 2000 apud COUTINHO, 2009), estabelecendo a hipótese de que a adolescência é uma reedição do estágio do espelho e tomando como pressuposto que o Eu Ideal e o Ideal do Eu se constituem concomitantemente e são desde sempre próximos em suas funções. Na sua interpretação, quando os pais não são mais idealizados e o adolescente vive as modificações corporais características da puberdade, a identificação especular tende a vacilar e ele é levado a se refundar em uma nova posição que reintroduz a questão dos ideais (RASSIAL, 1997, 2000 apud COUTINHO, 2009).

Ademais, em entrevista intitulada *Os nós adolescentes*, realizada no Colóquio Adolescência e Construção de Fronteiras, em Porto Alegre, no ano de 2002, Rassial defende a ideia de que a adolescência seria um estado-limite comum (BIDAULT, RASSIAL & DOUVILLE, 2002). No entanto, a nosso ver, é Olivier Douville, também psicanalista francês, que esteve presente no mesmo colóquio, quem traz uma definição mais precisa e convergente com a nossa direção de trabalho, chamando atenção para a confusão diagnóstica que esconde o uso indiscriminado dessa expressão citada por Jean Jacques Rassial, a saber, “estado-limite” (BIDAULT; RASSIAL; DOUVILLE, 2002).

Na definição de Douville, “a adolescência é o momento em que o sujeito deve decidir sobre sua origem de outro modo que não pelas teorias sexuais infantis e pelo romance familiar. Ele deve decidir sobre sua origem de *outra maneira*” (BIDAULT; RASSIAL; DOUVILLE, 2002, p. 129). Marcamos aqui esse termo *origem* por ser um dos pontos que nos interessa na clínica com adolescentes diabéticos, posto que não raro escutamos desses mesmos jovens questionamentos sobre a origem desta doença que lhes acometeu de forma súbita, sem que pudessem fazer nada a respeito — como disse Vivian a sua avó (que nos relatou posteriormente): “Eu não pedi para ter diabetes”. Isso porque nos apoiamos na ideia de que quando o sujeito se pergunta e àqueles ao seu redor sobre os enigmas de sua doença, questiona também, no nosso entendimento, o lugar que ocupa naquela família. “Ah, é de família, não é?”, respondeu prontamente João, adolescente de dezessete anos, internado na enfermaria, quando questionado sobre o diagnóstico da doença.

Desse modo, adentramos em questões que tangem o adoecimento de adolescentes com doenças crônicas, por exemplo: ao mesmo tempo em que há um reposicionamento de muitos com relação a seus pais, uma vez que começam a estabelecer novos laços e investimentos libidinais no trabalho psíquico de separação que lhes cabe, há também certa exigência da equipe de saúde de que os pais estejam vigilantes e presentes no tratamento dos filhos. Lembremos o que Freud já assinalava em 1913, sobre a importância dos laços fraternos na sustentação do laço

social, referindo-se à família como o produto final das fratrias, das tribos (FREUD, 1913/2012). Esperamos poder avançar mais profundamente nessa discussão a respeito do trabalho de separação (psíquica) dos adolescentes com doenças crônicas das respectivas figuras paternas e de seus outros cuidadores ao longo desta pesquisa, a partir dos casos acompanhados.

Para concluir o que levantamos sobre o que disseram e dizem os psicanalistas brasileiros e estrangeiros sobre a adolescência, Stevens (2004) situa a adolescência como um “sintoma da puberdade”, isto é, uma resposta diante de um real que irrompe e exige do jovem uma nova posição desejante, e não mais desejado (ou não) pelo Outro parental (STEVENS, 2004). Nesse sentido, seu ponto de vista aproxima-se também do que Sonia Alberti desenvolve em um de seus livros, quando a autora diz que “Todo adolescente é um transgressor, e aí se experimenta” (ALBERTI, 2010a, p. 24). Tomando o significante “transgressor”, lembramos Miranda e Cerquise (2013), sobre o ato analítico, quando dizem que Lacan (1967-1968) define o verdadeiro ato como uma transgressão. Tendo isto em consideração e pensando que o ato introduz um corte ao marcar um antes e depois, perguntamos: como pode o ato analítico barrar ou dialetizar o ato do adolescente com diabetes? Esperamos desenvolver essa questão mais adiante, mas antes vale ressaltar que na orientação psicanalítica não cabe fixar a adolescência num caráter puramente cronológico, e sim como um momento lógico, como indica Rassial (1997), pois trata-se de um real que atravessa esses jovens e que pode ter duração mais ou menos longa, como também pontua Stevens (2013) com sua ideia de um prolongamento da adolescência.

2.3 Psicanálise no hospital: um adolescente é escutado?

Aos psicanalistas “não mortos”, portanto — que se defrontam com os impasses criados pela inserção da psicanálise no hospital público, no qual a impotência, como é comum a todo laço social, protege a impossibilidade —, cabe circular pelos vários discursos, sem se deixar aprisionar com nenhum deles, muito menos no discurso universitário, fazendo da psicanálise apenas um saber sem furo.

Doris Rinaldi

Quem sou eu no desejo do Outro? Com esta pergunta-chave, a psicanálise nos convida ao debate sobre a questão da alteridade, presente, aliás, em toda a obra de Lacan. É também a partir deste ponto de vista e do aforisma lacaniano de que “não há relação sexual, salvo entre gerações vizinhas” — em francês: “*Il n'y a pas de rapport sexuel, sauf pour les générations voisines*” (LACAN, 1978, n.p.) —, que buscaremos abordar os impactos do diagnóstico de diabetes em adolescentes, sob sua própria ótica e de seus familiares, destacando a escuta dos significantes que os enlaçam e estabelecendo articulações entre o tratamento médico e o psicanalítico.

As questões trazidas ao analista como queixa e que levam uma criança ou adolescente a um tratamento analítico nem sempre indicam para o próprio sujeito um sofrimento ou enigma, sendo muitas vezes objeto de preocupação de seus pais ou professores. Isso não significa que o analista deva prontamente descartar o tratamento, sinalizando que, por exemplo, trata-se de uma questão a ser resolvida na escola ou que não lhe compete, mas exige um manejo complexo em cada situação, incluindo, eventualmente, o próprio contato com os educadores e/ou outras figuras importantes no caso. No caso do DM1, a “não aceitação da doença”, podendo representar complicações futuras importantes, costuma causar certo alarde nos pais e/ou familiares, levando-os muitas vezes a concordar rapidamente com a indicação da equipe de que procurem o serviço de Psicologia.

Há, portanto, no encontro com a equipe multidisciplinar, pacientes e pais de adolescentes com DM1, um pedido implícito (e às vezes até explícito) de “ortopedia” daquilo que não vai bem. Essa demanda ganha ecos já no próprio significante *correção*, que paira nas consultas médicas e nos registros dos prontuários dos pacientes. Na escuta analítica, esse significante ecoa: Correção... correção da glicemia? Correção de algum comportamento específico? Correção de mais o quê?

Outro aspecto que merece destaque é o fato de que, tal como no caso freudiano da jovem homossexual²¹, a criança ou adolescente em geral é levado ao tratamento, seja numa instituição ou em um consultório privado, o que pode implicar uma posição de passividade, mesmo quando na instituição o profissional em questão é um psicanalista. Soma-se a isso o fato de o campo da saúde ser atravessado por uma lógica da qual o sujeito é “paciente”, ou seja, ele é em alguma medida submetido aos cuidados que lhes são dirigidos por aquele que ocupa o lugar de mestria,

²¹ Trata-se do caso freudiano relatado em “Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina” (FREUD, 1920/2011b), quando Freud recebeu em seu consultório os pais de uma jovem de dezoito anos, incomodados com o fato de que a filha, na época, estava apaixonada por uma mulher dez anos mais velha que ela.

o que pode se tornar mais um obstáculo na condução do trabalho e exigir especial atenção na identificação da demanda de tratamento. Isso nos conduz para a questão da transferência, tal como Freud e Lacan conceituaram, com os pais e com o próprio adolescente, visto que muitas vezes o paciente é na verdade “impaciente” quanto à solução do problema que ora se colocou.

Lembramos, neste momento, do diálogo com uma criança de onze anos, trazida ao atendimento por seu pai. “Você sabe os motivos de estar aqui?”, foi perguntado a Thales em sua primeira entrevista. “Minha mãe disse que é porque estou dando ‘tilt’ para aplicar a insulina”. “E *you*, o que acha que podemos trabalhar aqui?”, marcou a psicóloga. Ele prontamente responde: “Tenho muitos problemas com a minha família...”; e segue relatando alguns de seus incômodos com os pais e com a irmã mais velha e sua interpretação — atravessada por suas fantasias — sobre o desejo da mãe, que ganhou ecos na frase: “Minha mãe não me dava muita atenção, até que arranjou um novo emprego”. Tratava-se de um emprego no regime remoto, que permitia a ela estar mais em casa com o filho do que anteriormente. Tal situação remete à hipótese apresentada anteriormente de que o diabetes (e tudo que envolve seu tratamento) pode servir também como um apelo aos pais.

Ademais, em se tratando de um campo tradicionalmente médico como é o hospitalar, algumas considerações merecem ser postas quanto às posições ocupadas por cada profissional. Assim, reconhecemos o médico numa posição análoga à do mestre. Por exemplo, alguns profissionais da equipe (não médicos), interrogados sobre suas impressões sobre os pacientes internados e nos quais eles identificavam uma possível demanda de atendimento pela psicóloga, disseram: “Pergunta às médicas, elas que sabem...”; palavras que, aos ouvidos da psicóloga, no mínimo, causam algum estranhamento. Trata-se, supomos, não apenas de uma posição em que esse profissional se coloca deliberadamente, mas também algo que é transmitido institucionalmente.

Como afirmava Lacan, em 1966, o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial (LACAN, 1966/2011). Ainda que muito se tenha avançado e discutido em torno desta questão, acreditamos que muitas de suas formulações restam sendo pertinentes, inclusive quando Lacan toca em pontos essenciais, como o desejo e a demanda (distintos) daquele que nos procura para um tratamento. Discorrendo sobre a posição tradicional do médico e sobre o desejo e a demanda, Lacan (1966/2011) faz pontuações importantes sobre a clínica e coloca duas balizas que ajudam a pensá-la — a demanda do doente e o gozo do corpo.

Quanto à posição ou à inovação que o analista pode trazer nesse cenário, Vinicius Darriba (2019) nos remete ao conceito lacaniano de “transferência de trabalho”, que seria fruto da própria sustentação de que o que está em jogo é, na realidade, mais uma nova relação com o

saber do que um saber novo que venha completar os outros já existentes. Para além dessa dimensão da transferência de trabalho, há um laço a mais que precisa ser sustentado para que se inaugure um lugar de trabalho e para que o sujeito marcado pelo significante possa emergir nos ditos do “paciente”.

2.4 O romance familiar do (adolescente) neurótico e a transferência com os pais no tratamento analítico

A mãe vai cumprir ações repetidas, sempre a mesma, esperando um resultado pífio que para o filho crônico é uma boa notícia, mas não para quem é normal. A doença achata, mina, diminui as chances. Nunca amanhece para a mãe-pâncreas, isolada numa madrugada que não clareia, aferindo, observando, aplicando, não conhece meu descanso.

Andréa Del Fuego

Para avançar nas reflexões aqui propostas, é preciso considerar a função dos pais e cuidadores no tratamento de adolescentes com diabetes, já que este é o público que nos concerne. Assim, tomamos as contribuições de Tânia Ferreira (2019), que relembra que Colette Soler utiliza a expressão “potências tutelares do amor” para referir-se ao papel a ser desempenhado pela mãe, pai, avós ou outros cuidadores que guardam os direitos da criança (SOLER, 1994 apud FERREIRA, 2019). Na conferência sobre o sintoma, em Genebra, Lacan (1975/1998), em outras palavras, trata deste tema do desejo dos “cuidadores” pela criança e as possíveis marcas quando este desejo falta. Diz ele:

Sabemos muito bem na análise a importância que teve para um sujeito, eu quero dizer, aquele que naquele momento ainda não era nada, o modo como foi desejado. Há pessoas que vivem sob o efeito, que durará longo tempo em suas vidas, sob o efeito do fato de que um dos dois pais — não preciso qual deles — não o desejou. Este é exatamente o texto de nossa experiência cotidiana (LACAN, 1975/1998, p. 6).

É assim que Rose, trinta e nove anos, diagnosticada com diabetes tipo 1 aos doze anos, em primeira entrevista com a psicóloga disse: “A médica falou que eu não tinha que falar do passado com você, que tinha que deixar para lá, mas eu não consigo”. Impossibilitada de atender à orientação médica, conta como, tendo perdido o pai ainda bem nova, viveu entre as casas das tias ao longo da adolescência e como a mãe a levava às consultas médicas com bastante

irregularidade, associando a falta de amparo e supervisão familiar às sequelas do diabetes²², como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) que sofreu já na idade adulta. Assim, mesmo que não responsabilizasse o cuidado prestado pela mãe como causa do aparecimento da doença (DM1), culpava-a por seu agravamento; em seguida, queixa-se de sua pouca autonomia em atividades diárias, normalmente banais, que seriam fruto — segundo sua interpretação — da falta de estímulos parentais ao longo da vida.

Uma das maiores e mais rasas críticas à psicanálise é a de que ela centraliza o tratamento analítico nas questões oriundas do passado do analisante, em detrimento de outros acontecimentos que mobilizam o sujeito em sua vida corrente. Contudo, o exemplo de Rose é paradigmático de que no inconsciente, como já indicava Freud (1900/2019) desde *A interpretação dos sonhos*, passado, presente e futuro mesclam-se. Como também disse Miriam, outra paciente acompanhada: “Eu não tenho outro assunto, a não ser falar do passado.” Isso porque, para entender o presente e algumas de suas escolhas recentes, Miriam precisava falar de seu filho falecido, dos ditos de sua mãe a ela na sua infância etc.

Isso posto, vale também a ressalva de que ainda que a neurose contemple o infantil, isso não exclui a disjunção necessária a ser feita entre infância, infantil e criança, e também não significa que certas marcas não possam ser ressignificadas de modo a ganhar outro peso. Para a psicanálise, o infantil não se confunde com o pueril, isto é, com o que deve ser superado para tornar-se, então, maduro, adulto. Sempre atrelado ao sexual, o que é da ordem do infantil define o próprio modo da sexualidade do ser falante.

Não é que a sexualidade infantil seja precursora da sexualidade adulta. Para a psicanálise, é Luciano Elia (1995, p.13) quem nos adverte, só existe a sexualidade infantil. Infantil não é adjetivo, é substantivo, como na formulação de Freud em alemão, *Das Infantile*. O sujeito advém aí e daí, sendo, pois, por estrutura que a sexualidade é infantil. Isso nos remete à fala de Janaína²³, uma paciente acompanhada, de trinta e sete anos. Ao ilustrar cenas infantis²⁴ de violência que, uma vez recalçadas, surgiram em sonhos repetidos, após uma vivência traumática de um assalto violento, já na idade adulta, dizia ela: “Tenho trinta e sete anos e me senti infantil”. O evento traumático, portanto, a fez rememorar momentos duros de sua infância,

²² O diabetes não tratado pode, a longo prazo, causar problemas renais, nos olhos, cardiovasculares e até levar à morte.

²³ Acreditamos que houve efetivamente uma entrada em análise por parte da paciente, que, de forma assídua nas sessões semanais, apesar de todas as dificuldades físicas e financeiras enfrentadas, se pôs a trabalho, saindo da queixa que dirigia repetidamente à psicóloga (“Eu falo, falo, e você não me diz nada”) a uma posição em que se responsabilizava por seus próprios ditos e ações.

²⁴ Neste ponto, vale a ressalva de que o próprio Freud, ao apresentar o caso do “Homem dos lobos” (FREUD, 1918/2010), se questiona se cenas infantis trazidas pelo paciente não seriam, elas mesmas, construções em análise, ou seja, não pertencentes à realidade material, mas à realidade psíquica.

justamente por seu trabalho em análise de se separar dos ideais familiares e construir seu próprio percurso.

Algumas dessas marcas não ressignificadas podem eclodir quando há um diagnóstico de doença crônica como o diabetes em adolescentes. Lembremos, afinal, o que nos aponta Freud (1930/2010), em *O mal-estar na civilização*, sobre a fragilidade do corpo ser uma das três fontes de sofrimento do ser, assim como a prepotência da natureza — ambas da ordem do inevitável, do real, em termos lacanianos —, além de uma terceira fonte, a saber, as relações interpessoais, dada a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade.

Nesse sentido, podemos considerar que o mal-estar provocado pelo real da doença no corpo traz à tona a necessidade de simbolização deste fenômeno por cada adolescente neurótico, com todas as suas implicações. Supomos, ainda, que tal acontecimento possa se inscrever no registro do trauma, a depender dos recursos simbólicos que cada sujeito possui para lidar com o excesso que se impõe. De origem grega, a palavra trauma remete a ferida. O conceito, ou a *questão* do trauma, como coloca Sandra Berta (2012) em sua tese de doutorado, atravessa a obra freudiana e a lacianiana em diversos momentos.

Sem adentrar mais profundamente na temática, sinalizamos que, em Freud, há num primeiro momento a emergência da teoria da sedução, cujo embasamento está na suposta cena traumática das histéricas, em seus escritos sobre a histeria. Isso está descrito no texto *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* (FREUD, 1893/2016), também nomeado como *Comunicação Preliminar* e escrito com Breuer, quando Freud aproxima a histeria da neurose traumática, com a ideia de que a causa precipitante da histeria estaria relacionada a um evento traumático na vida do paciente.

Contudo, essa hipótese sobre o trauma de uma efetiva sedução sofrida na infância logo é rejeitada por Freud, conforme relatado a Fliess na carta de número 69, quando ele diz “não acredito mais em minha *neurótica* [teoria das neuroses]” (FREUD, 1897a/1974, p. 195) e passa a supor que as histéricas fantasiavam tais cenas de sedução, que não haviam de fato ocorrido. Ou seja, a ênfase passa da realidade material para a fantasia e pensa-se a construção fantasmática na etiologia dos sintomas histéricos²⁵.

Também no *Projeto para uma psicologia científica*, outro texto considerado pré-psicanalítico, escrito em 1895, ao discorrer sobre a proton pseudos histérica, Freud (1895/1974) evoca o caso Emma para explicitar a formação do trauma em dois tempos, relacionando-os à

²⁵ Os sintomas histéricos são descritos como: ataque histérico, nevralgia, anestesia, contraturas, paralisias, convulsões, perturbações de ordem dos tiques, vômitos crônicos e anorexia, perturbações da visão, dentre outros.

puberdade. Anos depois, com os textos da virada da década de 1920, com a escrita de textos como *Além do Princípio do prazer, Inibição, sintoma e angústia* e *Angústia e Instintos*, há a segunda tópica.

Como sintetizam Matozinho, Calazans e Souza (2019, p. 96), sobre os impasses da sexualidade na puberdade, pode haver um “efeito de trauma” que marca “o encontro com o novo que escapa à significação, uma falha no saber. Os autores completam:

Esse novo diz respeito a esse descompasso marcado pela realidade sexual, descoberta a partir do inconsciente, que implica a ausência de um saber naturalizado sobre o sexo, fazendo do encontro com o real do sexo sempre traumático (MATOZINHO; CALAZANS; SOUZA, 2019, p. 96).

Nas palavras de Lacan sobre o trauma:

Não é trauma, simplesmente, aquilo que fez irrupção num momento, e abriu uma fenda, em algum lugar, numa estrutura que se imagina total, já que é para isso que serviu para alguns a noção do narcisismo. O trauma é que alguns acontecimentos venham se situar num certo lugar nessa estrutura. E, ocupando-o, assumem aí o valor significante que a ele está ligado num determinado sujeito. Eis o que faz o valor traumático de um acontecimento (LACAN, 1961, p. 395).

Oscar Cirino (2014), apoiando-se no percurso de Colette Soler — e de Lacan, evidentemente — disserta sobre a participação subjetiva no trauma, isto é, a participação de cada um “naquilo que lhe advém de surpresa, enquanto um golpe do real” (p. 71), e nos fornece contribuições valiosas para pensar a questão do trauma. No mesmo artigo, o autor marca também o caráter inovador da teoria freudiana quando Freud desloca a ênfase do trauma para a fantasia e sinaliza, em seguida, dois momentos do trauma: um instante traumático, primeiro, e um segundo, a posteriori, concernente às respostas individuais construídas a partir do conjunto de experiências particulares. A concepção lacaniana de trauma difere daquela sustentada por Otto Rank em seu livro *O trauma do nascimento* (1924) e mencionada por Freud em *Análise terminável e interminável* (1937/2018). Isto porque, para Rank, o ato do nascimento já é por si só traumático, sendo a verdadeira fonte das neuroses (RANK, 1924 apud FREUD, 1937/2018).

Podemos aproximar a leitura do traumático de Soler (1997, 1998) e Cirino (2014), sustentados pelo ensino de Freud e Lacan, com o que ocorre quando há a eclosão de uma doença crônica, como o DM1. É importante ressaltar, porém, que, assim como nem todo atentado ou desastre natural produz somente traumatizados, nem toda irrupção de doença será, por assim dizer, desastrosa (ao menos não na mesma intensidade), ainda que o diagnóstico se dê na infância ou na adolescência — época de “rebeldia”, sobre a qual até se cunhou o neologismo “aborrecência”. Cientes desses significantes mestres enraizados na cultura, convém, como

indica Lacadée (2011), observar o possível valor de gozo que eles podem ter para cada adolescente, evitando ideias preestabelecidas da adolescência.

Na clínica, observamos, por exemplo, que crianças e adolescentes que já tinham algum conhecimento sobre sua doença e seu tratamento, por conviverem com outros familiares e/ou colegas que também a têm, pareciam ter mais recursos para lidar com o diagnóstico da doença, encarando-o de maneira aparentemente mais tranquila. “É de família, não é?”: esta fala de João, adolescente acompanhado brevemente durante seu período de hospitalização e já citada acima, lançou luz sobre o que aqui nomeamos como os impactos da doença no romance familiar do adolescente neurótico. Se certamente podemos listar alguns impactos gerais, como o aumento da vigilância parental na rotina de alguns adolescentes e uma menor autonomia deles próprios em suas atividades diárias, ainda assim tais elementos seriam rasos, insuficientes e não-aplicáveis ao todo. O que mais é “de família”, ou, melhor dizendo, o que de Pedro é daquela família?

Em *Nota sobre a criança*, texto referência no tratamento de crianças, Lacan (1969/2003) é categórico ao afirmar que o sintoma da criança é uma resposta ao que existe de sintomático na estrutura familiar e ao evocar o que ele qualifica como “um desejo que não seja anônimo” (p. 369) a ser transmitido pelos pais. Apesar da lição versar sobre o tratamento de crianças, acreditamos que esta direção se aplica aos adolescentes com DM1, visto que a irrupção da doença constantemente provoca certa regressão no processo de separação das figuras parentais, separação essa que é também, como afirma Alberti (2010a), dos pais imaginarizados e idealizados pelo adolescente. O relato de José, jovem de vinte e três anos atendido na instituição, ilustra bem essa hipótese: “Me trataram como criança, mesmo eu sendo adolescente. Vivia preso”, queixou-se à psicóloga anos depois, referindo-se à época em que recebeu o diagnóstico da doença, quando tinha quatorze anos.

Outra mãe, cujo filho tinha trinta e dois anos e era uma pessoa com Síndrome de Down (além de ter tido o diagnóstico do DM1), em entrevista, confessou: “Preferia dois filhos com Síndrome de Down do que um com diabetes”, expondo dificuldades e preocupação com a condição de saúde dele, que vinha se recusando a aferir a glicemia na periodicidade indicada pelos médicos (cinco vezes ao dia).

Devemos estar cientes de que a doença pode garantir, em alguns casos, um cuidado especial parental, já que uma nova e intensa rotina de consultas com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos etc. frequentemente se impõe. Evocamos aqui as considerações freudianas sobre o ganho secundário da doença, pois, diferentemente do ganho primário, que é interno ao aparelho psíquico, o ganho secundário constitui uma vantagem exterior palpável que

o sujeito recebe por sua doença (FREUD, 1917/2014). No entanto, se por um lado há um ganho, por outro o preço cobrado ao Eu, por vezes, mostra-se demasiado alto.

Em nossa prática, dado o próprio funcionamento do serviço com suas normas específicas de marcação de consultas, é comum o convite aos pais para falarem, normalmente ao fim dos atendimentos dos adolescentes, mas também antes, às vezes rapidamente ou mais detidamente, a depender da situação. Em algumas dessas ocasiões, surgem perguntas e pedidos de “feedback” sobre como está se desenvolvendo o tratamento e se a criança/adolescente contou determinado acontecimento, principalmente a respeito do diabetes e seus fenômenos, desvelando uma expectativa (dos pais e cuidadores) de que uma verdade seja revelada.

Lucas, quinze anos, ao ser perguntado sobre o que ocorrera para que precisasse ser internado, logo respondeu: “Ah, eu fiz besteira”. O jovem referia-se naquele momento às transgressões alimentares em sua dieta que, por sua vez, provocaram episódios frequentes de hiperglicemia e posteriormente sua internação no hospital. Ali, na presença da psicóloga e de sua mãe, apostamos que se viu coagido a assumir rapidamente parte de sua responsabilidade pelo episódio de internação, apontando para algo que fica velado e que geralmente não pode emergir diante do olhar da mãe.

Françoise Dolto (1982/2013), em seu *Seminário de Psicanálise de Crianças*, quando interrogada por diversos psicoterapeutas que traziam exemplos pessoais de suas clínicas em busca de algum tipo de orientação, insiste na questão sobre a verdade, como se, em determinados casos, houvesse uma grande verdade a ser descoberta, e como se uma das diretrizes do trabalho do analista fosse extrai-la dos pais, ou, caso contrário, estaria ele também compactuando com o sintoma parental. Não ignorando as frutíferas contribuições das obras da psicanalista para a clínica com crianças, preferimos a direção seguida por Lacan em um de seus seminários de que a verdade só pode ser dita enquanto semi-dizer (LACAN, 1969-1970/1992), ou seja, não há verdade-toda. Da mesma maneira, nos auxilia a ideia lacaniana de que se há uma verdade do sujeito — que é sujeito do inconsciente — ela reside no sintoma analítico que se constitui na transferência (LACAN, 1965/2006).

Outro ponto que merece ser ressaltado é o fato de que, se por um lado constatamos que o trabalho do analista na instituição pública de saúde não se configura como o puro ouro da psicanálise, expressão utilizada por Freud (1919/2017) em *Caminhos da terapia psicanalítica*, tampouco dela prescinde. Apoiados na teoria psicanalítica, vemos, portanto, nas falas aqui reproduzidas, formas do adolescente se interrogar sobre qual seu lugar no desejo do Outro, ou sobre o tal desejo “não anônimo” a que se refere Lacan: um interesse particularizado e até mesmo marcado pelas próprias faltas (LACAN, 1969/2003). Tendo isso em vista, escutar os

pais (ou tios, avós etc.), e com eles fazer determinados pactos — de inclusão do adolescente, sobretudo —, ganha um outro contorno e tem efeitos ora singelos, ora surpreendentes. Por exemplo, o pacto de convocar o adolescente a se responsabilizar por suas consultas com a psicóloga, anotando as datas e horários marcados, mesmo que precise ser acompanhado por seus pais ou responsáveis legais.

Para exemplificar, recorreremos à fala de Ivone, mãe de Júlio, jovem de dezenove anos diagnosticado há três com DM1 e que vinha, nos últimos meses, com uma piora relevante de suas taxas glicêmicas: “Doutora, eu não sei mais o que fazer com ele!”. Sua confissão, em tom de apelo, veio acompanhada de sucessivos pedidos para que fossem marcadas consultas com o jovem, mesmo que o próprio não se pronunciasse sobre isso, nem consentindo, nem se opondo. Em todas as ocasiões, após as tentativas de incluí-lo, ele acabava por concordar com o atendimento, mas, chegado o dia e hora da sessão, não comparecia. Bastaram alguns encontros com a mãe para percebermos que a angústia maior, pelo menos aparentemente, residia nela, assustada com a doença do filho e com o possível prognóstico futuro.

Como atesta Freud, de maneira precisa:

[...] não é algo indiferente que uma pessoa busque a análise por iniciativa própria ou que outros a conduzam a ela, que a pessoa mesma deseje a sua mudança ou apenas os parentes que a amam, ou dos quais se espera tal amor (FREUD, 1920/2011, p. 106).

Assim, tomar o adolescente ou criança em tratamento implica a posição ética de considerá-los sujeitos, mesmo que sejam atravessados e, por vezes, até apagados pelos ditos de seus familiares, como era Júlio por sua mãe. Tal diretriz inclui o trabalho com os pais e, em alguns momentos, marcar um único significante deles para que se escutem já pode ter, inclusive, um efeito ordenador na dinâmica familiar. Como bem disse Besset (2005), no trabalho com os pais, o desafio para os psicanalistas é de fazer valer a “douta-ignorância”, atribuindo saber ao sujeito que nos fala, mesmo quando os pais estão ávidos por respostas. Por outro lado, como pontuam Ana Lydia Santiago e Raquel Martins de Assis (2018), identificar e devolver aos pais o que os aflige muitas vezes é também o que permite aos filhos, num segundo momento, se separarem do sintoma parental e construir os seus próprios sintomas.

Em se tratando do singular, não há regra. Assim, uma adolescente de treze anos pode ainda brincar de boneca, como observou-se no atendimento de uma paciente internada no hospital; em outros contextos, uma criança de oito já assume os cuidados com a casa e com os irmãos. Igualmente, há não apenas adolescentes, mas também jovens adultos fixados na posição de serem o objeto de gozo da mãe, inclusive e especialmente quando esses jovens são acometidos por uma doença crônica que exige cuidados especiais.

Para melhor articular as questões apresentadas, traremos três casos de adolescentes/jovens com diabetes acompanhados durante um período, dois no ambulatório e um na enfermaria. Cada qual com suas especificidades, os três remetem à pergunta “Quem sou eu no desejo do Outro?”, especialmente o Outro parental, tendo em vista que o Outro é o campo em que cada ser, enquanto ser falante, precisa passar para se constituir. Sobre o exercício da psicanálise no ambulatório, Figueiredo (2010) aponta que o “dispositivo de consulta” é o exercício privilegiado da prática analítica, onde se pode desdobrar a experiência analítica propriamente dita, sendo o ambulatório seu “locus por excelência”. É onde — não sem obstáculos — temos mais autonomia quanto à duração do tratamento e outros pontos nodais na clínica psicanalítica, se compararmos com um tratamento realizado durante o período de hospitalização na enfermaria ou em atividades em grupo, como oficinas e grupos terapêuticos.

Outro obstáculo, como sinalizado por Rinaldi, Nicolau e Pitanga (2013) no contexto das instituições de saúde em que predomina a lógica biomédica, é a grande demanda pela resolução de problemas sociais, econômicos e até orgânicos — especialmente no SUS, frisamos —, que muitas vezes dificultam a elaboração e delimitação de uma demanda que possa ser considerada subjetiva. Ao mesmo tempo, há momentos em que não podemos nos furtar de exercer esse papel “menos ortodoxo”, digamos assim, seja na discussão do caso com a rede de saúde ou de assistência social, seja dentro da própria instituição. Essas são algumas especificidades do trabalho institucional. Para ilustrar algumas questões apresentadas, passamos aos casos, que, apesar de serem apenas o recorte de uma experiência, foram escolhidos pelas questões que suscitaram.

2.4.1 Vivian: do infans ao adolescer

[...] podemos dizer que o surgimento de uma pergunta sobre o sofrimento psíquico é o que tomamos como indicador de uma demanda de análise.

Adella Stoppel de Gueller

A etimologia do termo infância, do grego *fari*, significa “incapacidade de falar”. Vivian foi encaminhada para atendimento no hospital quando tinha nove anos, com a queixa de baixa adesão ao tratamento de DM1, cujo diagnóstico ocorrera cerca de dois anos antes; à época, os pais eram casados. Vivian tinha uma irmã cinco anos mais nova e morava na casa da avó —

desde que “se emancipou”, palavras utilizadas pela avó —, que residia numa espécie de segundo andar da casa de seus pais. A primeira entrevista foi com os pais, mas era sua avó quem a levava em todas as outras. Nas primeiras sessões, fazia uso dos jogos, falando superficialmente sobre a dinâmica familiar, somente quando perguntada diretamente, e respondendo sem entrar em detalhes sobre alguns eventos e fatos. O tratamento, que se dava em sessões quinzenais, devido à grande demanda de atendimentos na instituição e às outras atividades da paciente, atravessou algumas fases, como quando a menina perdeu o avô materno, de quem era muito próxima (já separado de sua avó), e quando os pais se separaram. Ambas as situações foram relatadas por sua avó, no final dos atendimentos.

Ao longo de seu tratamento, algumas questões começaram a se apresentar. A menina parecia ter bom entendimento sobre a doença e não parecia haver uma demanda (analítica) de tratamento bem formulada. Também não havia um sofrimento psíquico aparente. Qual direção então seguir? A demanda médica era de suposta “negação” da doença, fato que poderia ter várias implicações em seu estado de saúde. Seguindo a premissa lacaniana de que “a oferta cria a demanda” (LACAN, 1958/1998), e aguardando para identificar do que se tratava naquele caso, Vivian continuou tendo suas sessões com a psicóloga. Teriam os pais ou a avó de Vivian uma preocupação excessiva? Ou a preocupação advinha dos médicos? Fato é que, ao contrário do que ocorre em alguns casos, ela não recusou ou inviabilizou o tratamento, pelo contrário, aparentava gostar das sessões. Outro ponto a ser marcado é que um laço importante também foi estabelecido entre a psicóloga e sua avó, que era a principal responsável por trazê-la às consultas e em quem ela confiava sobremaneira. A avó também a levava a passeios e viagens e, ao longo de seu tratamento, mostrou ter uma importante função na vida de Vivian, inclusive porque também tinha diabetes e fazia uso de insulina. “Onde minha avó vai, eu vou”, a menina chegou a dizer, ao falar sobre uma viagem que fariam juntas.

Em alguns momentos, sua avó sinalizava que ela andava “muito rebelde”, “comendo escondido” ou chorando, dizendo que não queria ter *essa doença*. Tais informações convergiam com alguns ditos da própria Vivian, como quando disse que sentia fome o tempo inteiro ou que a geladeira era seu eletrodoméstico favorito na casa. Ao mesmo tempo, as questões relativas à alimentação e ao tratamento não pareciam ter a mesma relevância para a menina, que atravessava outros dilemas, como a adaptação à escola em regime remoto (on-line), a mudança de turma no ano seguinte, as provas de recuperação, a feira literária, entre outros. Assim, os atendimentos passaram a girar essencialmente em torno de suas atividades escolares,

especialmente quando as aulas voltaram a ocorrer na modalidade presencial²⁶. Vivian parou de escolher por jogos e brincadeiras e começou a falar espontaneamente sobre o que a afligia — “o problema é a matemática”, expôs certa vez, além do convívio com colegas da escola, as atividades em grupo e a *pessoa* de quem gostava, nas suas próprias palavras.

Quanto à dificuldade com a matemática, impossível não escutar o significante *divisão*, evocado pela própria paciente ao mencionar as operações matemáticas de divisão. Isso porque a divisão do sujeito remete à questão do desejo e à própria sexuação e a escolha pelo recorte desse caso, acompanhado até bem recentemente, foi justamente por sua clínica retratar alguns dos impasses característicos do final da infância e início da adolescência, época em que, conforme exposto anteriormente, vacilam as certezas e constroem-se novos ideais.

Na tentativa de escrita deste caso clínico, nos deparamos com um caso clínico publicado, cujo enfoque foi justamente na dificuldade de aprendizado da matemática, que se somava aos obstáculos de inserção na escola para a adolescente, que atravessava a puberdade. No depoimento recolhido pelas autoras, a adolescente dizia:

Antes, você lembra, eu era horrorosa e não conseguia entender a matemática. Mas, depois que a gente começou a conversar, está bem melhor. Mudou minha compreensão. Antes, eu via a Matemática como um monstro de sete cabeças. E, agora, eu vejo que não é tanto assim. Antes, eu ficava no grupo, sem participar; apenas ganhando a nota, sem merecer. Minha colega ficou surpresa de ver como eu melhorei. (SANTIAGO; ASSIS, 2018, p. 66).

Se, por um lado, a leitura de casos e vinhetas clínicas de maneira alguma permite a reprodução ou adaptação de um manejo específico em outro caso, ela pode, em contrapartida, ser elucidativa ao iluminar pontos cegos e dar visibilidade a conteúdos menosprezados. Neste caso, ajudou-nos a interrogar a *divisão* desse sujeito adolescente, que ao longo do tratamento atravessou a separação dos pais, do avô, devido a seu falecimento, e o reconhecimento de seu próprio corpo como sexuado.

Outro ponto importante a ser indicado é que o diagnóstico de DM1, no caso de Vivian, se deu quando ela era uma criança, aos sete anos, seguido por uma fase de “lua de mel” (comum após o diagnóstico recente), conforme relato em prontuário médico. Já o início do tratamento com a psicóloga ocorreu somente aos nove anos, momento em que ela começou a atravessar tais mudanças físicas e hormonais em seu corpo, novos interesses, novos grupos de amigos etc.

Ao longo de pouco mais de dois anos de tratamento, não foram identificados sintomas mais alarmantes como lesões de automutilação, tão comuns na contemporaneidade, ou

²⁶ Devido à pandemia de COVID-19, muitas escolas adotaram o regime de aulas remotas até que as condições sanitárias permitissem um retorno progressivo dos alunos ao espaço escolar.

tentativas de suicídio, ambas presentes em outro caso acompanhado, mas, sim, crises eventuais de choro e de “rebeldia”, sinalizadas pelo pai e pela avó. A ausência de tais fenômenos (como as escarificações), no entanto, não indica que a paciente não estivesse em sofrimento psíquico ou não tivesse outros pontos a trabalhar que justificassem a continuidade de seu tratamento. “Está comendo escondido, sem culpa”, relatou a avó recentemente sobre a paciente, em conversa individual com a psicóloga. Frente ao exagero na alimentação, questionamos se ela identificava algum evento ou questão que pudesse contribuir para o desencadeamento de tais situações, ao que respondeu que não. Nesse mesmo dia, a avó confidenciou que, em conversa com a neta, disse a ela que mesmo sempre tendo tido um cuidado especial com sua alimentação, por sua mãe também ter tido diabetes, acabou desenvolvendo a doença, do tipo 2, já na idade adulta. Disso concluímos que o diabetes sempre esteve presente naquela família, por gerações, de onde nos perguntamos, para concluir: para além da marca de uma vida com diabetes e tudo que a doença pode implicar e produzir, que outra herança simbólica, para retomar a expressão utilizada por Ana Laura Prates (2004), é veiculada a Vivian? Como bem diz Prates (2004),

A clínica nos demonstra, em nosso cotidiano, que é essa a questão com a qual o neurótico tem que se haver em seu processo de análise, ou seja, que ele não tem escolha, a não ser a de responder pela frase que começou antes dele e, quem sabe, poder escrevê-la com uma pontuação inédita (PRATES, 2004, p. 156).

2.4.2 Milena: o que não é levado em conta é contado em ato?

As manifestações sintomáticas da infância são respostas ao que ela interpreta que o Outro espera dela.

Adella Stoppel de Gueller

“Para não descontar nos outros, eu desconto em mim”. Assim confidenciou Milena, jovem de dezoito anos atendida no ambulatório, ao contar à psicóloga sobre um episódio ocorrido na véspera, quando aplicara uma dose elevada de insulina, diferente da prescrita por sua médica. Tal ação preocupou a todos, inclusive a seus pais, que decidiram trazê-la ao hospital no dia seguinte para uma avaliação clínica.

Tratava-se de uma jovem que já havia sido acompanhada pelo serviço de psicologia nas duas vezes em que esteve internada, inclusive na última, devido a descompensação do diabetes. Na ocasião, havia comparecido para uma consulta odontológica, quando apresentou um

episódio assintomático de hiperglicemia, permanecendo cerca de sete dias internada. Foi nesta internação que provocou lesões no próprio corpo. Antes disso, vale ressaltar, já havia sido programada uma internação “eletiva”²⁷, justamente devido a descompensação da doença. Assim, foi na segunda internação que a psicóloga se aproximou dela, quando Milena relatou ter um irmão gêmeo, também diabético (o que se provou depois não ser uma verdade factual), além de detalhar outras questões envolvendo a família, como a perda repentina dos avós.

No segundo dia de internação, um episódio de automutilação levou a equipe a convocar sua mãe para acompanhá-la durante a hospitalização, mesmo já sendo maior de idade. Meses depois, retornou ao ambulatório, desta vez levada pelos pais, devido à aplicação de doses elevadas de insulina no dia anterior. Na sala de pronto-atendimento, com a psicóloga, contou que *descontou em si mesma* após briga com o pai, na véspera. “Estava tudo bem, até terça”, disse. A intervenção neste momento foi no sentido de implicá-la, apostando que já havia um vínculo construído na última internação que permitia fazer determinadas pontuações, como explicitar o fato de que suas ações tinham impacto na vida de seus pais, ou seja, acabava *descontando* não só em si mesma, como também em pessoas que estavam ao seu redor, ponto com o qual concordou.

Percebe-se nesse tipo de situação na instituição que a equipe, de um modo geral, busca encontrar um motivo, uma causa maior para os acontecimentos, numa relação de causa e efeito. Tal direção é comum no laço social, mas a partir da psicanálise estamos advertidos que os sintomas sofrem sobredeterminação e, conforme pontua Freud (1917/2014), têm um sentido e guardam relação com as vivências do enfermo. No caso de Milena, portanto, buscava-se, por parte da equipe, uma explicação para as aplicações de doses elevadas de insulina e as automutilações, também pelo fato dessas terem ocorrido no ambiente hospitalar, a poucos metros do posto de enfermagem, quando esteve internada.

“O pai dela a culpa pela morte da avó”, disse a técnica de enfermagem à psicóloga, já longe da paciente. Vale sinalizar que a avó tinha DM2 e teve um episódio de hipoglicemia severa, que, não sendo tratado imediatamente, a levou a óbito. Outro aspecto relevante no caso era que as duas eram muito próximas, tal como no caso de Vivian. Em um dos atendimentos, Milena expôs a vontade de seguir sua vida, sem a avó falecida, e, ao mesmo tempo, o medo de que isso a fizesse esquecer-la, o que a mantinha num estado de oscilação que fazia sua mãe questioná-la, em diversas situações, se havia esquecido que sua avó falecera. Sentia-se

²⁷ Quando a internação não é considerada de urgência ou emergência, sendo, geralmente, programada.

culpada²⁸, em dívida com a avó falecida, e isso a impedia de “seguir sua vida”?, questionou-se à psicóloga posteriormente. A fala condensada e, ao mesmo tempo, em ritmo acelerado da jovem impediu intervenções e mais perguntas naquele momento, mas não deixou de transparecer que o fantasma da morte da avó ressoava em forma de um sofrimento psíquico que, não cabendo em palavras, era atuado.

No caso de Milena, não houve muitos elementos que permitissem uma construção mais elaborada de seu caso e de sua história. Depois do último contato no pronto-atendimento do ambulatório, a jovem faltou à consulta agendada e, acredita-se, deu seguimento ao tratamento em outra unidade de saúde especializada, onde já havia sido atendida pelo setor de Psiquiatria. Devido ao registro da equipe em seu prontuário, identificou-se que a jovem esteve novamente no ambulatório após um episódio de síncope²⁹ quando veio à instituição somente para buscar sua medicação, pois não tinha consulta marcada. No mesmo dia, segundo consta no prontuário, confessou ter interrompido — voluntariamente — o uso da insulina havia três meses, colocando-se mais uma vez em risco e tendo de ser transferida para um hospital de maior porte devido à descompensação da glicemia.

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, 2015), a automutilação³⁰ é o “ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte essencial do corpo”. Como indicam Coutinho e Madureira (2021), tanto as práticas de autolesão³¹ — também chamadas de *cutting*, *self-injury*, *self-harm*, automutilação — quanto as tentativas de suicídio têm ocupado um espaço cada vez maior nas pautas da saúde pública, especialmente no meio escolar. O paradoxal é que, a despeito das inúmeras tentativas de se teorizar sobre mais esse fenômeno contemporâneo, não há uma *clínica da autolesão*, não nos moldes da psicanálise. Isso porque, para “a psicanálise, não se

²⁸ O sentimento de culpa foi abordado por Freud em diversos momentos de sua obra, estando diretamente ligado ao Supereu. Em *O Mal-Estar na Civilização*, texto de 1930, Freud (1930/2010) atribui duas origens para o sentimento de culpa, sendo o primeiro deles a angústia diante da autoridade e a angústia diante do supereu. Dito isto, na condução deste caso clínico, tomamos como direção não “desculpabilizar” o sujeito, mas escutar o que ele mesmo podia falar disso.

²⁹ Perda súbita da consciência e do tônus postural, mais conhecida como desmaio.

³⁰ Em 2019, foi criada Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, cujos objetivos são, dentre outros: promover a saúde mental, prevenir a violência autoprovocada, controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental, garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio.

³¹ No DSM-5, as práticas de autolesão aparecem, por exemplo, na forma de um transtorno específico, como é o Transtorno de Escoriação (Skin-Picking) – 698.4 (L98.1), e que tem determinados critérios diagnósticos como “Beliscar a pele de forma recorrente (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2014, p. 254). Vale marcar que o “Transtorno de Escoriação” não estava incluído desta forma na edição anterior do manual (4^a).

pesquisa para comprovar uma verdade, mas sim para dar testemunho de um encontro com o real de cada caso ou cada situação estudada” (COUTINHO; MADUREIRA, 2021, p. 3).

Freud, desde seus primeiros trabalhos, como relembra Lucia Perez (2011), demonstrou preocupação com a questão da dor. Em seu *Projeto para uma Psicologia Científica* (FREUD, 1895/1974), por exemplo, a dor foi considerada como o limite em que a palavra se torna grito, deixando suas marcas no corpo, tal como Milena deixava ao se cortar, apesar de não tomar o episódio exatamente como doloroso em sua fala.

Com o suporte do Seminário 10 de Lacan (1962-1963/2005), Matozinho, Calazans e Souza (2019) identificam uma proximidade nesses fenômenos ora com o *acting-out*, ora com a passagem ao ato. Pensando na definição lacaniana da angústia nesse seminário como um afeto “que não é sem objeto” (LACAN, 1962-1963/2005), afeto que não engana, os autores propõem que o ato pode então ser uma defesa contra a angústia que surge diante do encontro com o objeto. Dizem eles:

Esse encontro pode desencadear um sintoma ou uma inibição, mas também *acting out* ou passagem ao ato, quando há uma saída da cadeia significante. Essas duas modalidades do ato são formas de barrar a angústia que acaba por resistir ao trabalho pela palavra. De maneira geral, diz-se que são saídas encontradas pelo sujeito diante do impasse da relação com o Outro, que é experimentado a partir de um impossível de dizer (MATOZINHO; CALAZANS; SOUZA, 2019, p. 100).

Deste modo, o *acting-out*, na leitura lacaniana (LACAN, 1962-1963/2005) é um ato cujo objetivo (inconsciente) é ser notado, na busca de reconhecimento pelos outros ou por um outro. Assim, trata-se de uma atuação, de uma saída precária para a angústia, que converge com os ditos do pai de Milena sobre ela quando a chamou de “dissimulada”, termo cuja definição no dicionário remete ao que está encoberto, não aparente, oculto. Partimos então da hipótese de que esta foi a forma encontrada por Milena para trazer à tona algo que não podia ser dito, como no caso intitulado por Freud de “a jovem homossexual”.

Araújo et al. (2016) apresentam também uma leitura da automutilação relacionando-a ao conceito de masoquismo explorado por Freud e a um dos quatro destinos da pulsão identificados por ele — o voltar-se contra a própria pessoa — na forma de infligir dor a si próprio, lesionando o próprio corpo. Isso porque Freud aborda a questão da mescla de pulsões e admite a existência de um lado masoquista da pulsão, cuja satisfação está associada à dor e ao desprazer. Para abordar a temática do corpo na psicanálise, trabalharemos mais adiante também o conceito de pulsão.

A partir da apresentação de recortes desse caso, poucas conclusões foram tiradas e muitas perguntas restaram. Estaria Milena buscando um olhar do pai? Traços de identificação

com ele foram percebidos: por exemplo, um relato evasivo de Milena demonstra que o pai desenvolveu um provável quadro depressivo alguns anos antes. Milena, mais tarde, também apresentou sintomas depressivos. Chamou-nos também atenção o uso frequente do significante “descontar”, que indica o que não é levado em conta, sendo o pai a figura da casa que trabalha com contas, em seu ofício de contador.

O caso de Milena lembrou-nos um outro caso acompanhado, de uma jovem que também tinha o hábito de realizar escoriações no braço quando se sentia mal. Ao mesmo tempo, neste outro caso clínico, as lesões realizadas pela paciente pareciam muito mais ser da ordem de uma identificação com colegas e amigos virtuais, dadas as dificuldades da adolescente de se inserir no laço social — quando chegou para atendimento tinha muitos amigos virtuais, mas poucos na “vida real”, como ela chamava a vida fora do jogo. Assim, se as autolesões podiam ser interpretadas como um ato endereçado aos pais, tinham como pano de fundo uma identificação com outros colegas. As coordenadas de cada fenômeno, no entanto, devem ser exploradas sempre na singularidade com que são expostos.

Para concluir, ressaltamos, então, que o trabalho do psicanalista é um trabalho na direção do desejo e da invenção, buscando ajudar o adolescente a se (re)inventar, mesmo no advento de uma doença crônica ou de um fenômeno como a automutilação. “Parece que ela quer chamar atenção para fazer eu ficar aqui com ela”, disse a mãe de Milena à psicóloga quando houve o episódio de automutilação na enfermaria do hospital. Nesse momento, foi sinalizado que sim, era possível que isso estivesse ocorrendo, mas se a filha estava utilizando esse recurso era um indicativo de que algo não caminhava bem e que precisávamos escutá-lo. Como escutado uma vez em comunicação oral de um caso de histeria, pode haver um “erro de cálculo” na tentativa de suicídio da histérica, culminando num desfecho trágico. Como bem precisou Edson Saggese,

Se um jovem faz um intento suicida, ingerindo, por exemplo, uma quantidade excessiva de remédios, vulgarizou-se a conclusão de que ele quer chamar a atenção. É o caso de realmente prestarmos atenção, pois há uma indicação de sofrimento que não podemos desprezar. Cabe a pergunta do porquê só ser possível essa estratégia para indicar ao outro a relevância do seu sofrimento. (SAGGESE, 2021, p. 11)

2.4.3 Joana

[...] nos fazemos autores das faltas dos nossos pais.

Ana Costa

Joana chegou até mim no ambulatório por demanda espontânea de sua mãe, quando ela tinha onze anos. Na ocasião do primeiro atendimento, a queixa principal, como em muitos casos de adolescentes diagnosticados com DM1, foi um tanto generalizada, de má-adesão ao tratamento. Contudo, ao contrário de muitos casos, apesar da sugestão de atendimento ter partido da equipe técnica, parece que causou uma interrogação em mãe e filha e um desejo de saber mais, visto que Joana foi bastante receptiva ao contato desde o início.

Logo na primeira entrevista com mãe e filha, alguns pontos chamaram a atenção, como o ciúme que Joana, fruto da sétima gestação de sua mãe, que havia tido anteriormente seis abortos³², teve de seu irmão cinco anos mais novo na época de seu nascimento, quando imediatamente “travou” e demorou a alfabetizar-se, e os laços estabelecidos com algumas colegas de sua idade e outras mais velhas. Ao movimento de “travar” com o nascimento do irmão, uma possível interpretação é, tal como diz Freud em seu texto *Angústia e instintos* (1933/2016) de uma reação de angústia frente à possibilidade de perda do amor da mãe, isto é, uma atualização da primeira separação da mãe, a angústia do latente, como menciona o autor.

Objeto de olhares por parte dos meninos de sua idade, bem como de suas amigas e colegas, Joana já chegou ao atendimento disposta a falar, sem nenhum interesse nos brinquedos e jogos a ela apresentados, apesar de ter onze anos. Falava, então, da escola, de viagens e eventos em família e, especialmente, do convívio com colegas e amigos de sua idade e outros mais velhos, adolescentes.

A questão do corpo no caso de Joana atravessa a dimensão do peso, posto que ela já estava com sobrepeso, adentrando na classificação de obesidade grau I. Tal fato tinha, inclusive, impactos em seu tratamento de DM1, para além do impacto de seu corpo adolescente em transição. Frente aos comentários sobre seu peso — “gorda”, “baleia” etc. —, dizia para a psicóloga sempre querer bater naqueles que falavam isso. O pai de Joana, com quem era “mais agarrada”, em suas palavras, por sua vez, surgia em seu discurso como alguém capaz de defendê-la de tais comentários, ora depreciativos, ora com algum outro interesse, dimensão que também a deixava confusa em se tratando de comentários advindos de rapazes.

Durante o período de atendimento, houve também a indicação para internação, devido à descompensação do DM1, e quando continuou sendo acompanhada conosco. Permaneceu,

³² Este dado foi trazido pela mãe em outro momento, quando falava das dificuldades envolvendo a gravidez da filha, que quase nasceu prematura. Apesar de ela não ter retornado ao assunto, podemos inferir que tais perdas têm efeitos — físicos e psíquicos — inclusive nas gestações seguintes, de Joana e de seu irmão mais novo, e nos induzem a pensar no desejo de gestar por parte da mãe da jovem; desejo esse que, de tão forte, contrariou todas as estatísticas médicas.

então, cinco dias na enfermaria, quando pôde seguir a dieta hospitalar e ter uma melhora (provisória) nas taxas glicêmicas. A partir de seu acompanhamento durante a internação e das consultas no ambulatório, pensamos que seu tratamento, mesmo com uma frequência irregular, ajudou-a a dar lugar à agressividade frente aos comentários que a incomodavam, fazendo-a encontrar outros recursos para lidar com essas situações, como colocar sua raiva em palavras e atravessar essas mudanças que a interpelavam. Uma de suas queixas relatada em tratamento era de que todos a perturbavam, o que culminava em sua vontade de jogar todos esses que a perturbavam pela janela. “Tenho vontade de jogar todo mundo pela janela, mas não posso, senão vou presa”, disse certa vez. Recentemente, sua mãe me pediu encaminhamento para um neuropediatra, dizendo que na época em que “travou” começou a tomar uma medicação, depois interrompida. Em tom jocoso, ao seu lado, Joana riu, dizendo à mãe: “Agora eu tenho tudo?! Isso foi quando eu *travei*.” Sua mãe, no entanto, insistiu em levá-la ao neuropediatra, não sem antes se questionar se também teria participação nos sintomas da filha, assumindo “Às vezes eu acho que eu que estou ficando maluca.”

O que de uma relação se faz exceção às outras? — nos perguntamos. Em determinado momento do tratamento, uma das professoras de Joana questionou sua mãe “por que ela ia à psicóloga”, pedindo que fosse enviado um relatório a ela. Decidimos devolver a pergunta a Joana, em outro momento, já em atendimento individual, já que ela estava ciente da demanda escolar e que muitas de suas últimas queixas relatadas no tratamento eram endereçadas à escola. Foi quando a jovem disse que ia às consultas para “fofocar”, significante que já havia aparecido em seu discurso em outras ocasiões para queixar-se de colegas da idade. Foi quando marcamos que se tratava de uma “fofoca” diferente daquela que realizava com as colegas e também quando a jovem pôde pôr em palavras situações em que quis bater nos colegas ou jogá-los pela janela, e como achava que conseguia barrar esse impulso. Lacan, em seu Seminário, livro 5, evoca uma agressividade fundamental do sujeito, ou seja, constitutiva do psiquismo (LACAN, 1957-1958/1998). Nessa direção, a condução deste tratamento consistiu em não rechaçar a dimensão agressiva que ora se apresentava, mas levar a jovem a se questionar sobre outros recursos possíveis em que pudesse escoar essa agressividade. Isso porque, como diz Freud (1930/2010),

O quê de realidade por trás disso, que as pessoas gostam de negar, é que o ser humano não é uma criatura branda, ávida de amor, que no máximo pode se defender, quando atacado, mas sim que ele deve incluir, entre seus dotes instintuais, também um forte quinhão de agressividade (FREUD, 1930/2010, p. 76).

3 O CORPO EM QUESTÃO

Não há corpo fora da história e da linguagem. Entre o corpo e o discurso, as relações são diversas e constitutivas. A discursividade não só incide sobre as ações, os comportamentos e os sentidos do corpo, mas também chega até elementos de sua anatomia e de sua fisiologia. Em contrapartida, não há discurso sem corpo. Das substâncias e das formas históricas e orgânicas brota a matéria de toda fala. Além disso, essa matéria da fala e o trânsito de nossos enunciados estão eivados de marcas dos nossos corpos. Mas é necessário acrescentar: o corpo não se reduz ao discurso.

Jean Jacques Courtine

Cada civilização e cada disciplina constroem uma representação específica sobre o corpo. Assim, já há alguns anos, artigos, livros, revistas e blogs, dentro ou fora dos limites da pesquisa científica, têm se dedicado aos estudos sobre o corpo, cada qual com seu viés e seu objetivo particular. Por exemplo, Marcell Mauss (1950/2003), sociólogo francês nascido no século XIX, a partir da noção de corporeidade, empregou a expressão “técnicas do corpo” para se referir a práticas, de diversas ordens, que descrevem como cada sociedade impõe ao indivíduo um uso rigorosamente determinado de seu corpo. Já Sonia Alberti e Maria Anita Carneiro Ribeiro (2004) nos lembram das pinturas corporais dos egípcios e dos colares utilizados pelas mulheres na África para alongar o pescoço.

Portanto, muitos são os exemplos de intervenções no corpo, que podem chegar a pontos extremos, como a discussão sobre a possibilidade de clonagem humana, temática já abordada inclusive em telenovelas. Isto porque, mais recentemente, ideias e teorias sobre células-tronco, reprodução assistida, aconselhamento genético, farmacogenética, patentes biotecnológicas, DNA (cuja dupla hélice foi descoberta em 1952), bioética, nanobiotecnologia e genoma humano passaram a fazer parte do dia a dia das pessoas (ZATZ, 2012).

Por outro lado, Ana Costa (2008) nos adverte, reportando-se ao costume de marcar a pele em ritos de iniciação sexual em determinadas culturas, que tais usos do corpo não estão circunscritos a uma única significação, podendo ter referências contraditórias. Como afirmou Cristina Lindenmeyer (2023), a despeito da exclusão do sujeito, que não raro toma seu corpo como alheio a suas questões, nunca houve tanto investimento em torno da temática do corpo enquanto lugar do sintoma, ou seja, como ponto de ancoragem para a representação do mal-

estar de diversas ordens. Assim, na vida cotidiana discorre-se sobre o corpo ideal, o corpo saudável, o corpo doente, o corpo magro demais, o corpo obeso e tantos outros adjetivos que podem ser utilizados (BESSET; ESPINOZA, 2019, p. 161).

O corpo inquieto³³ de crianças em fase de escolarização, para citar um exemplo, tornou-se objeto de estudo e intervenção, diante do qual emerge outra problemática contemporânea que é a profusão de diagnósticos de hiperatividade e desatenção e a subsequente medicalização em massa de crianças em adolescentes. Tema para outro momento, tal situação denuncia, por sua vez, a tentativa de erradicação do mal-estar numa redução do corpo ao organismo, que muitas vezes exclui a própria escola da discussão, desresponsabilizando-a.

Problema transdisciplinar, como sintetizam Winograd e Mendes, o corpo se tornou “lugar de interseção de perspectivas múltiplas” (WINOGRAD; MENDES, 2009, p. 212), com pesquisas no âmbito da cultura e da sociedade. “Meu corpo, minhas regras!”³⁴, afirma, por exemplo, o movimento feminista em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, explicitando a dimensão política que pode concernir à discussão. Numa perspectiva histórica, portanto, diz Angelina Harari (2018), o corpo estará sempre na mira cultural, por situar-se entre a referência subjetiva e a norma coletiva, entre o indivíduo e a experiência social, ou, como escreve Michel Foucault em *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 1987), por ser regulado pelo contexto social e político a que pertence. De acordo com Arasse (2008), o Renascimento³⁵, movimento europeu que surgiu no século XV na Itália, exemplifica este processo: com todas as suas provocações, inaugura um fenômeno que é a presença dos corpos nus nas pinturas, gravuras, esculturas e arquiteturas (ARASSE, 2008).

Sob outro enfoque, nas religiões afro-brasileiras, por exemplo, como na Umbanda, o corpo é usualmente palco para os fenômenos de possessão, também chamados de êxtase e incorporação, que se referem a quando um espírito entra no corpo dos médiuns, provocando sensações como visões, audições e intuições nas quais não nos aprofundaremos. Dada a complexidade de tais fenômenos e da própria Umbanda, os termos são utilizados à sua maneira em cada terreiro (PELLICCIARI, 2008).

Em um de seus livros, que conta com um compilado de artigos de vários pesquisadores, Jean-Jacques Courtine, autor citado por Lindenmeyer, promove a ideia de uma “mutação do

³³ Expressão utilizada por Cristina Carneiro em artigo de 2020 em que a autora discute a problemática da medicalização da infância e da adolescência na contemporaneidade.

³⁴ “Meu corpo, minhas regras” (em inglês: “*my body, my choice*”) é um slogan feminista usado em vários países, tangenciando temas de direitos das mulheres.

³⁵ Movimento artístico, cultural e científico que surgiu na Itália, no século XV, e se expandiu para outras regiões da Europa, trazendo renovação nas áreas de filosofia, política, economia, cultura, artes, ciência, dentre outras.

olhar” sobre o corpo no século XX (COURTINE, 2006 apud LINDENMEYER, 2023). Numa sociedade cada vez mais medicalizada e especializada, em que houve um deslocamento das relações entre saúde e doença, vale dizer, mudam também as representações, a exploração, a estética e o culto a um tipo de corpo, ou a “cultura somática”, como denomina Francisco Ortega (1997) ao retratar o culto ao corpo. Esses são alguns dos pontos discutidos na obra organizada por Courtine (2006) e evocados por Lindenmeyer (2023).

Dentre essas mutações e suas consequências, Lindenmeyer (2023) cita “fábricas de transformação do corpo feminino” para referir-se às cirurgias plásticas estéticas em mulheres na França, devido a um culto à imagem cada vez mais imperativo na atualidade e corroborado por uma medicina tecnocientífica que busca um “aperfeiçoamento” do corpo. Isso sem adentrar na questão de que, no fim da vida de muitos humanos, a maior parte do tempo é dedicada aos cuidados com o corpo.

Colette Soler (2018) aborda os usos do corpo, por exemplo, nos esportistas profissionais, ou naqueles que trabalham com ele (prostitutas). Vera Pollo (2011), por sua vez, faz uso da expressão “empuxo à exibição do corpo”, que muitas vezes revela um gozo³⁶ cujo sofrimento não deve aparecer, como no caso das *top models*. Observamos, então, investimentos distintos no corpo na contemporaneidade, cujos efeitos subjetivos ainda não podemos antever, mas certamente existirão.

No Brasil, também vemos se alastrarem inúmeras práticas cujos objetivos são prevenir o surgimento de rugas e retardar o envelhecimento, como o *botox* preventivo, o preenchimento labial, o uso de próteses, entre outras, indicando certa dificuldade em lidar com a decrepitude inerente ao envelhecimento, fenômeno que, por sua vez, se conjuga com as ofertas e demandas atuais da sociedade de consumo³⁷. Assim, cuidar do corpo tornou-se um slogan não só desejável, como também rentável. Como diz Ortega (1997), o corpo, personalizável, virou um “objeto de design”.

Nos estudos de anatomia, um corpo é o conjunto das várias partes que compõem um animal que, após a morte, é considerado um cadáver. No ser humano, o corpo, também chamado *sôma* (do grego transliterado *sôma*), é considerado como o organismo material, ou seja, abstraído de suas funções psíquicas. Já para a biologia, o corpo engloba o conjunto dos tecidos

³⁶ Conceito já mencionado nos dois primeiros capítulos deste trabalho e que é de grande importância na teoria lacaniana ao trazer uma originalidade ao pensamento de Lacan, juntamente com a noção de objeto *a*.

³⁷ Diversos artigos problematizam o aumento exponencial dos procedimentos estéticos nos últimos anos, estabelecendo um diálogo com o discurso do capitalista. Para saber mais, cf. o artigo de Vera Pollo (2011) intitulado *O psicanalista e a ditadura da imagem*.

vivos que perpetuam a espécie e a mantém viva (WIKIPEDIA, 2022). E, ainda que haja uma linguagem no reino animal, ela não é articulada tal como entre humanos.

Ao mesmo tempo que ocorrem os avanços da anatomia a partir do século XIV, as noções de civilidade estabelecem novas representações do corpo inserido no laço social. Lindenmeyer (2023) e outros nos instruem sobre o progresso na medicina no século XX e sobre as mudanças em uma visão que antes era direcionada somente aos aspectos orgânicos do corpo, inclusive, com a criação da medicina psicossomática³⁸. Detalharemos alguns desses progressos, transformações e suas consequências adiante, para pensar no corpo enquanto objeto médico de estudo e intervenção, e, em seguida, introduzir a subversão proposta pela teoria psicanalítica ao se dedicar ao corpo, retomando as questões clínicas privilegiadas nesta dissertação. A dimensão que tem o corpo na religião nos interessa, portanto, à medida que influenciou sobremaneira a prática médica, motivo pelo qual a retomamos antes de avançar na teoria psicanalítica.

3.1 O corpo na medicina e na religião

Na religião, o religioso entrega a Deus a incumbência da causa, mas nisso corta seu próprio acesso à verdade.

Jacques Lacan

[...] todo diagnóstico é uma classificação. Situando-o deste modo, evidencia-se a natureza do problema. Trata-se, ao diagnosticar, de inserir o sujeito em um grupo, de definir algumas propriedades que passarão a representá-lo, com todos os efeitos de mortificação que daí advêm.

Marcus André Vieira

Se todo o conhecimento e o controle sobre o corpo eram propriedade da Igreja na Idade Média, a partir do século XIII as mudanças na sociedade como um todo fizeram com que se expandissem os estudos leigos de medicina. Isso porque, como já exposto, as primeiras disseções de cadáveres ocorreram no século XIV, na Itália. Na época, embora ainda marcada

³⁸ Segundo Ribeiro (2004), o nascimento da medicina psicossomática ocorreu aproximadamente em 1925, em torno das pesquisas de nomes como Franz Alexander, em Chicago, e H. F. Dunker, em Nova York.

pelas proibições religiosas, a medicina na Europa sofreu uma transformação relevante e deu uma guinada decisiva, promovendo uma transição da hegemonia que antes tinha a religião ao poder que passou a ter a medicina na vida dos sujeitos (LINDENMEYER, 2023).

Para a medicina, o corpo encarna a materialidade daquilo que será descrito e classificado: os sinais e sintomas das doenças. Nesta perspectiva, ele corresponde a um conjunto de sistemas, aparelhos e órgãos que suportam as funções orgânicas e psíquicas (cognitivas, volitivas e afetivas). Esta é também a lógica predominante no campo da psicologia positivista, cuja unidade fundamental é o indivíduo psicofísico. Contudo, nem sempre foi assim. A medicina enquanto saber era constituída por aspectos mágicos e religiosos e passou, sobretudo nas últimas décadas do século XVIII, a ser confrontada por conhecimentos baseados no experimentalismo e no racionalismo, principalmente a partir da dissecação de cadáveres. Para os cristãos dos séculos modernos, segundo Jacques Gélis (2008), o corpo é uma referência permanente, já que o cristianismo foi concebido sob a perda do corpo de Jesus, de seu sacrifício. Para a religião, então, o corpo é o que constitui o ser humano, não sendo, no entanto, sua propriedade, pois é obra-prima da criação divina. Assim, na linguagem bíblico-teológica, o corpo é o templo onde habita o espírito de Deus, sendo a hóstia — termo cuja etimologia remete ao latim e significa “vítima” — oferecida pela Igreja o corpo e o sangue de Cristo que deu sua vida para salvar os pecadores (GÉLIS, 2008).

Ao mesmo tempo, o historiador sinaliza que existe outra imagem do corpo que é a imagem do ser humano pecador, cujo corpo cedeu às tentações da carne, e que remete ao concreto da relação sexual e da sexualidade (GÉLIS, 2008). Essa imagem, ainda presente na concepção de algumas pessoas, é expressa numa anedota relatada por uma paciente certa vez, ao se referir a uma fala que escutara na sua infância e que associou depois à postura hipócrita de algumas pessoas que se diziam cristãs e frequentadoras da igreja, mesmo tendo um comportamento supostamente reprovado pela igreja. Assim, ela contou que, ao ouvir sua mãe dizer que seu tio havia “se perdido”, tomou o verbo ao pé da letra, pois, segundo ela, que era uma criança, “não entendia nada de sexo”. Na realidade, tratava-se do sentido figurado do termo “perder”, indicando que ele havia traído a esposa.

Ademais, como afirma Lindenmeyer (2023), a partir da leitura atenta de Jean-Jaques Courtine e outros, foi com Descartes que se consolidou a ideia de um dualismo entre o corpo e a alma. De forma resumida, no dualismo cartesiano, a mente e o corpo são substâncias distintas, independentes entre si e de realidades absolutamente diferentes. Segundo Elia (1995), Descartes introduziu no campo da filosofia a possibilidade de se tratar do sujeito, ao afirmar que o ser do pensamento, distinguindo-se do ser da coisa, é, contudo — e por isso mesmo — passível de ser

objetivado. Na busca da certeza e com o intuito de separar o verdadeiro do falso, o filósofo faz um corte entre a ciência e a religião, cujas relações foram explicitadas acima.

Fazendo referência ao pensamento cartesiano em vários momentos de sua obra, em *A ciência e a verdade*, por exemplo, Lacan formula o que ele mesmo afirma que pode soar um paradoxo: o sujeito sobre o qual a psicanálise opera é o sujeito da ciência (1966/1998). A originalidade da psicanálise ante outros saberes adviria, então, da noção de que este sujeito inaugurado pela ciência moderna é o do inconsciente, marcado pelo significante. Trata-se, portanto, com Lacan, a partir da leitura de Descartes, de uma aposta no sujeito da ciência ao invés de uma ciência do homem, posto que a ciência não nasce em si mesma, mas é feita por homens (LACAN, 1966/1998).

No cogito cartesiano “Penso, logo sou” (“*Cogito, ergo sum*”), o “eu sou” é um pensamento causado por outro pensamento: “eu penso: logo, eu sou”. O conectivo “logo” remete à identidade e, como atesta Didier Castanet (2010), acaba por homogeneizar sujeito do enunciado e sujeito da enunciação. Com o cogito freudiano “Penso onde não sou, sou onde não penso”, há uma subversão do cogito de Descartes.

Como nos diz Sandra Gronstein (2010, n.p.) em dissertação sobre o tema, “ao estabelecer um paralelo entre o sujeito racional de Descartes e o sujeito dividido da psicanálise, (...) ele participa do debate de sua época, conceituando esta divisão com base no estruturalismo e na linguística”. Contudo, vale ressaltar que essa questão da relação — e dos impasses — entre a psicanálise e a ciência e sobre a própria cientificidade da psicanálise, segundo Maria Anita Carneiro Ribeiro (2004), já era palco de discussão desde a época de Anna Freud e Melanie Klein, tendo sido recolocada por Lacan em outros termos, a partir inicialmente da associação com as ciências conjecturais, que se opõem às ciências experimentais, e, posteriormente, com a invenção do objeto *a*, como sinalizam Alberti e Elia (2008). Nesta subversão, são outros os referenciais utilizados: o da linguagem (significante) e o do gozo que dela decorre, dois estofos que entre si fazem *litoral*³⁹ e se distinguem exatamente por serem concomitantes, como diz Alberti (2011).

Descartes inaugurou, portanto, um novo tempo no âmbito filosófico de sua época no que concerne ao problema da relação corpo e alma, sendo este o motivo pelo qual o mencionamos aqui, seguindo o percurso lacaniano. Em *Paixões da alma*, Descartes (DESCARTES, 1649/1979) diz:

³⁹ O corpo pode ser pensado como litoral a partir da referência lacaniana em *Lituraterra* a territórios heterogêneos. (LACAN, 1971/2003).

[...] julguemos que o corpo de um homem vivo difere do de um morto como um relógio, ou outro autômato (isto é, outra máquina que se mova por si mesma), quando está montado e tem em si o princípio corporal dos movimentos para os quais foi instituído com tudo o que requer para a sua ação; [ele] difere de outra máquina quando está quebrado e o princípio de seu movimento para de agir. (DESCARTES, 1649/1979, p. 218)

Nesta obra, ele define o que é corpo e o que é alma e identifica quando determinada ação foi provocada por funções da alma ou por funções do corpo. Descartes (1979, p. 218) entende que “toda espécie de pensamento em nós existente pertence à alma” e que “devemos crer que todo calor e todos os movimentos em nós existentes, na medida em que não dependem do pensamento, pertencem apenas ao corpo”.

Segundo Vera Pollo (2004), Descartes, em suas formulações, não nega a existência do corpo enquanto reunião de membros, mas nega de forma absoluta “que se seja um corpo” (POLLO, 2004, p. 20). Outra referência lacaniana à obra de Descartes é o corpo-máquina. A ideia do corpo-máquina — diferente, portanto, do corpo pulsional tomado pela psicanálise que trataremos mais adiante — é retomada por Lindenmeyer (2017; 2023), que a associa a uma gama de técnicas de modificação corporal existentes atualmente — próteses, cirurgias estéticas, dentre outras — quando a medicina adentra com seu saber, aventurando-se para além da cura e do tratamento das doenças (LINDENMEYER, 2017; 2023). Essa separação entre o corpo e a alma inaugurada por Descartes, ainda que compreensível, mostra-se frágil à medida que os sujeitos com seus sintomas e demais formações do inconsciente denunciam que corpo e mente estão intrincados, como expôs uma paciente atendida certa vez: “Meu sistema nervoso é tão grande que eu não consigo botar para fora o que eu como”, dizendo de sua dificuldade em evacuar devido ao estresse causado por conflitos conjugais. Ressalta-se que “botar para fora” é também uma expressão de uso coloquial tipicamente utilizada para indicar o ato de “desabafar”, o que remete também à dificuldade da paciente de simbolização de sua história.

A história da medicina nos leva ao que Vigarello (2005, apud LINDENMEYER, 2023) chama de “pedagogia corporal”, que concebe a dimensão de prevenção de determinados fenômenos e mazelas, inclusive com uma literatura de cunho pedagógico mais específica voltada ao corpo, na segunda metade do século XVIII. No que tange ao corpo, diz Ana Costa (2008), também com um olhar para as transformações da sociedade ao longo da história, o discurso científico tem como suporte alguns elementos nos quais se baseiam uma série de prescrições. Um desses elementos pode ser situado no higienismo, movimento surgido no final do século XIX e que teve diversas repercussões na vida social e privada, e o outro na intenção classificatória de taxonomia, ou seja, a concepção, nomeação e classificação dos grupos de organismos (COSTA, 2008, p. 310).

Podemos, então, concluir que o corpo segundo a tradição médica ocidental⁴⁰ acompanha as mudanças sociais e no interior da própria medicina, que foi transformada pelo poder terapêutico dos medicamentos. Sobre isso, citamos especificamente, dado o contexto em que este trabalho se situa, a injeção de insulina⁴¹, descoberta em 1921 por um jovem médico que se tornou fisiologista e por um estudante de medicina da Universidade de Toronto. Ambos depois receberam o prêmio Nobel pela descoberta, e a insulina artificial, capaz de reduzir os níveis de glicose no sangue dos diabéticos, ficou disponível comercialmente em um ano (BYNUM, 2011).

No campo do saber médico, portanto, o corpo é hoje tratado do ponto de vista anátomo-biológico, dessexualizado. Dissecado, auscultado e manipulado, busca-se, através da ciência, o seu domínio total. Muitas vezes, é quando algo escapa a esse domínio total que entra em cena o psicanalista, pois, como lembra Lindenmeyer (2023), a contribuição freudiana restitui ao corpo justamente o que dele é subtraído pela anatomia, a sua sexualidade. Antes de prosseguirmos, frisamos aqui que não se trata do sexual concebido pela psicologia, com o cunho individual e função reprodutiva, visto que a sexualidade em Freud tem outro status, atrelado a conceitos como a pulsão e o narcisismo, que então começaremos explorando.

3.2 Pulsão e narcisismo em Freud e Lacan

Pensar o corpo a partir da psicanálise com Freud e Lacan implica recuperar conceitos como narcisismo, pulsão e sintoma. Todos esses, de alguma forma, como trabalhados por Freud e Lacan, implicam o corpo ao tentarem explicitar o que se passa entre o sujeito e seu corpo, posto que, como formula Freud em *O eu e o id* (1923b/2011, p. 23), o corpo (...) “é um lugar do qual podem partir percepções internas e externas simultaneamente”. Dessas percepções advém consequências que podem ressoar nas relações do sujeito com o outro e consigo mesmo e em sua vida social e erótica.

Ademais, como afirma Bruno Reys (2022), a origem das pulsões e a origem do corpo se confundem: “As pulsões são decisivas para a constituição de um corpo, ao possibilitar uma

⁴⁰ Bynum (2011), através de um percurso sobre a história da medicina a divide em cinco tipos: à beira do leito, teórica, hospitalar, comunitária e laboratorial.

⁴¹ Hormônio produzido pelo pâncreas, responsável por transportar a glicose do sangue para o interior das células, para que seja usada como fonte de energia, insuficiente ou totalmente ausente no diabetes *mellitus*.

distinção entre dentro e fora” (REYS, 2022, p. 103). Regido por outro estatuto, diferente daquele sobre o qual se debruçam as ciências biomédicas, não há uma divisão entre o corpo biológico e aquele afetado pelas pulsões; ao psiquismo, sempre é demandada uma resposta pelo que ocorre no corpo, como afirmam Castro-Arantes e Lo Bianco (2013).

Conceito fronteiro entre o anímico e o somático⁴² (FREUD, 1915a/2013), a teoria das pulsões — “a nossa mitologia” como retoma Lacan (1953-1954/1986) em sua leitura freudiana e uma montagem, na leitura lacaniana (1964/1988) — surgiu pela primeira vez em 1905, no texto freudiano intitulado *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905/2021). Alguns anos mais tarde, em 1915, Freud também dedicou às pulsões mais um ensaio, de nome *As pulsões e seus destinos* (1915/2013), em que versa sobre os destinos das pulsões, ou seja, as espécies de defesa contra elas, a saber: a reversão em seu contrário, o retorno em direção à própria pessoa, o recalque e a sublimação, optando por trabalhar naquele momento somente os dois primeiros, deixando o recalque e a sublimação para outro momento (FREUD, 1915/2013). A libido⁴³, cuja acepção latina do termo remete a desejo, vontade, corresponde à grandeza quantitativa da pulsão (QUINET, 1993).

Para desenvolver a teoria das pulsões, Freud partiu do debate com a fisiologia, citando o estímulo e o esquema do arco-reflexo e indicando que o estímulo pulsional é oriundo do próprio organismo, isto é, não advém do mundo exterior como, por exemplo, uma luz forte que atinge um olho (FREUD, 1915/2013). Em *Além do princípio do prazer* (1920/2010), um texto considerado um marco na obra freudiana, abordando temas como a compulsão à repetição, os sonhos traumáticos e a brincadeira infantil do *Fort da*, isto é, experiências desprazerosas que, não obstante, continuam se repetindo, Freud avança na questão, apresentando o que é chamado o segundo dualismo pulsional, que concebe uma nova dimensão da pulsão, a pulsão de morte, e indicando as relações entre as pulsões de vida e as pulsões de morte, respectivamente Eros e Tânatos.

Assim, depois de várias transformações em sua teoria, como sinalizam Bulcão et. al. (2020), Freud classificou as pulsões a partir da dualidade “pulsões de vida” (que correspondem às pulsões sexuais — ou libido — e às pulsões de autoconservação) e “pulsão de morte”. Na vida neurótica “comum”, espera-se haver uma amarração entre elas. Rompido em alguns incidentes da vida, este desequilíbrio pode resultar em quadros patológicos ou neuroses graves.

⁴² Como lembrou Jorge (2008, p. 12), Freud irá dizer, em carta a Georg Groddeck de 1917, que “o inconsciente é certamente o verdadeiro intermediário entre o somático e o psíquico, sendo talvez o *missing link* tão procurado” (FREUD, 1917/1982 apud JORGE, 2008).

⁴³ Há uma primeira definição freudiana de libido em *Introdução ao narcisismo* (FREUD, 1914/2010), quando ele a divide em libido do eu e libido do objeto e que difere das elaborações posteriores, nos anos 1930.

Em seu retorno a Freud, Lacan tomou a pulsão como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, junto à transferência, o inconsciente e a repetição, percorrendo longamente sobre ele em seu Seminário, livro 11, e dizendo, inclusive, que só é possível tratá-lo após abordar a transferência (LACAN, 1964/1988). Foi quando também se empenhou em diferenciar as pulsões dos instintos, ponto crucial que nos diferencia dos animais, regidos por estes. A pulsão, força constante cujo objeto é variável e indefinido, é sempre satisfeita apenas parcialmente, indicando para uma falta, um resto, como evoca Lacan (1964/1988).

Lacan (1964/1988) marca o fator econômico ligado às pulsões e diz ainda de uma gramática da pulsão, isto é, o arranjo pulsional, utilizando como referência as vozes gramaticais e sua flexão (voz ativa, voz passiva e voz média), pois o sujeito olha e é olhado/se faz olhar — e se vê olhando. Ele retoma os quatro elementos propostos por Freud como constitutivos da pulsão — fonte, força, objeto e alvo — e no Seminário, livro 23, *O sinthome*, as define da seguinte forma: “as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer” (LACAN, 1975-1976/2007, p. 18).

O pulsional está diretamente ligado ao sexual — “a sexualidade só se realiza pela operação das pulsões”, diz Lacan (LACAN, 1964/1998, p. 167) — pois a sexualidade humana, diferentemente do instinto animal, não se satisfaz como uma necessidade fisiológica, estando sempre atrelada a uma dimensão de representação, de palavra, que dá forma à fantasia e ao desejo. Nas palavras de Lacan (1964/1998, p. 167): “A pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente.”

A partir deste preâmbulo sobre a teoria das pulsões, podemos dizer que, tomando como objeto de estudo um corpo que é pulsional, a psicanálise considera que cada sujeito estabelece também uma forma particular de se posicionar frente ao (im)possível do sexo, como expressou uma criança de onze anos atendida na instituição. Conforme relato de sua mãe, em entrevista com a psicóloga, ao ver vídeos de cunho sexual — acidentalmente, como frisou a mãe —, ele começou a desculpar-se insistentemente com ela por este ato. Tal situação expõe como o (des)encontro com a sexualidade pode ser perturbador, sendo também análogo à história de vida de cada um e, portanto, singular, ainda que algumas situações se apresentem como típicas em algumas idades e grupos.

Assim, a sexualidade humana só se configura a partir dos traços deixados pela infância, que constituem também o próprio psiquismo. Em seu livro já citado anteriormente, Lindenmeyer (2023) relembra todo o caminho da construção freudiana que se volta para a escuta de um corpo vivo que se manifesta na vida fantasística: um corpo pulsional e fantasístico,

como diz a autora a partir da também da leitura de Pierre Fédida. Esse corpo desafia constantemente a medicina desde que foram identificados os primeiros sintomas conversivos das histéricas. Na formação do sintoma conversivo histérico, há um processo de deslocamento da soma de excitação recalçada, cujo destino é o corpo. Por não haver lesão de etiologia orgânica, esses sintomas, tratados inicialmente por métodos de “influência psíquica”, como a hipnose, magnetismo e a catarse, transgridem a lógica esperada, em que o médico detém o saber, o destituindo desta posição de mestria, como o fazem também com os pressupostos da religião.

Freud (1895/2016), em seus *Estudos sobre a Histeria*, indicou que esses sintomas podem ser de ordem motora, como as paralisias (que, mesmo podendo comprometer o movimento de um órgão do corpo, não interferem na integridade física dos tecidos), a impotência sexual, astasias, abasias e parapraxias, ou de ordem sensorial, como a cegueira, a hiper ou falta de sensibilidade e as dores nas costas, alternando-se com eventuais ataques histéricos, manifestações agudas, mas periódicas.

No contexto institucional, porém, muitos pacientes, histéricos ou não, bastante acostumados a uma posição de passividade (ou diríamos extimidade?) sobre suas próprias mazelas, resistem a escutar o que próprio sintoma diz — o que depende de um trabalho árduo de associação livre de ideias — interpelando os diferentes “doutores” da equipe com frases como “não sei, doutora, você estudou para isso, deve saber mais”, ou manifestando tom de surpresa ao se depararem com um espaço em que a fala deve partir deles e não do profissional.

Retomando o enfoque privilegiado neste trabalho, para pensarmos nas marcas de um corpo de um adolescente com doença crônica, além da teoria das pulsões, faz-se necessário também retomar o conceito de narcisismo, que, antes de Freud, já era abordado na psiquiatria, mas a partir de uma associação com a perversão. Inicialmente como um tipo particular de fetiche, o fenômeno narcísico foi considerado um problema médico somente a partir do final do século XIX, e a primeira definição de narcisismo no campo psicanalítico foi de Isidor Sadger, em 1908 (PADOVAN, 2017).

Por Freud, ele foi explorado em seu texto de 1914, quando ele constata que a unidade do eu não está posta desde o nascimento do bebê. O conceito de narcisismo advém então como recurso para pensar a unificação do corpo numa imagem que o atrela a um eu, que antes não existia. Para Freud (1914/2010), o narcisismo designa a ação na qual o indivíduo trata o próprio corpo como se fosse um objeto sexual.

Assim, no texto de 1914, ele diferencia o narcisismo secundário, decorrente da retração dos investimentos objetivos, de um narcisismo primário, que é justamente a base para o

narcisismo secundário. Contudo, antes disso, suas raízes já estavam postas na noção de autoerotismo, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/2021). A importância de retomar este conceito decorre da relação que há entre o narcisismo e o autoerotismo, ponto complexo e também destacado por Freud, que sinaliza que tem de haver algo que se acrescente ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, no processo de formação do narcisismo (FREUD, 1914/2010), já que, como afirma Lacan (1953-1954/1986), as pulsões autoeróticas estão lá desde o início da vida. Mas, se num primeiro tempo de vida a criança está totalmente entregue às pulsões autoeróticas, na transição para a adolescência os investimentos libidinais tornam-se outros, externos. Pode ser um trabalho novo, o estudo, um relacionamento amoroso, um esporte. Cada jovem elege seus novos interesses de acordo com sua própria história. De acordo com Reys (2022), há também uma forte correlação entre a concepção de identificação primordial e os desenvolvimentos freudianos sobre o narcisismo primário propostos em *Introdução ao Narcisismo*, texto de 1914, pois a libido narcísica da criança é decorrente do investimento libidinal dos pais.

Na parte dois do texto sobre o narcisismo, Freud (1914/2010) destaca a hipocondria (quando não há lesão no órgão comprovada), a eclosão de uma doença orgânica e a vida amorosa dos sexos como formas de se ter acesso e melhor entendimento do conceito de narcisismo, o que converge com a perspectiva de que as doenças orgânicas podem fornecer um novo conhecimento dos órgãos e, portanto, da própria ideia de corpo (FREUD, 1923b/2011). Na hipocondria, há uma angústia diretamente ligada ao corpo, sinalizada por Freud já em 1893, em texto em que ele desenvolve argumentos sobre a etiologia das neuroses (FREUD, 1893/1990). Assim, o hipocondríaco retira o interesse e a libido dos objetos do mundo exterior e os concentra sobre o próprio órgão.

No caso da enfermidade orgânica, muitas vezes é patente a forma como a distribuição libidinal é afetada e o modo como o sujeito volta seus investimentos ao Eu. Lembramos neste momento, para concluir este ponto, do caso de uma paciente acompanhada⁴⁴, que vinha ao longo do tratamento elaborando as diversas limitações que a neuropatia diabética cada vez mais lhe impunha e que, ao contar sobre a preocupação com seu filho, que suspeitava ter contraído o vírus HIV, dizia: “Mesmo que ele não tenha nada, irei sentir de forma *orgânica* (nosso grifo)”. Traduzimos aqui essa sentença como: “Mesmo que ele não tenha nada, **meu corpo** irá sentir”. Disso inferimos que, com um corpo duramente afetado por doenças e pela pobreza, ela não

⁴⁴ Esta paciente também havia tido, no passado, a Síndrome de Guillain-Barré, que gerou sequelas físicas especialmente nas mãos.

“sabia” sentir de outra forma, ainda que o tratamento com a psicóloga fosse um espaço para dialetizar fatos e aspectos de sua vida.

3.3 A concepção de corpo na psicologia e na psicanálise

As pulsões em questão provêm da relação com o corpo, e a relação com o corpo não é uma relação simples em homem nenhum - além disso, o corpo tem furos.

Jacques Lacan

Ter um corpo significa poder fazer alguma coisa com ele. O corpo serve de apoio para o gozo.

Doris Rinaldi

Há uma diferença fundamental entre o corpo para a psicologia e para a psicanálise que implica, por sua vez, em abordagens e concepções distintas. Como indica Lacadée (2011), no que podemos chamar de “campo psi”, as terapias-cognitivo-comportamentais (TCC) tomam o corpo como se ele detivesse em si mesmo uma “capacidade instintual de adaptação a ser reeducada” (LACADÉE, 2011, p. 41), enquanto a psicanálise, por outro lado, sustenta a importância do psiquismo, ao considerar o que é da ordem do inconsciente. Críticas rasas à psicanálise, da parte de leigos e de sujeitos desse “campo psi”, terapeutas e estudantes, ainda hoje, objetam que ela exclui a dimensão dos afetos, das paixões e sentimentos. Resumindo: do corpo. Tais críticas se associam àquela na qual a psicanálise se distanciaria do presente, privilegiando em suas intervenções o passado, em detrimento do “aqui e agora” (ELIA, 1995).

Como precisa Elia (1995, p. 82), trata-se de uma leitura equivocada — um “fabuloso equívoco conceitual, clínico e ético” — que, não obstante, segue sendo reproduzido socialmente. No campo das psicoterapias corporais, por exemplo, o grande nome foi Wilhelm Reich, que, num processo de ruptura com as teorias freudianas, concebeu uma psicologia sustentada na crença da relação sexual, que crê na possibilidade de união complementar dos sexos e da qual Alexander Lowen derivou a terapia bioenergética. Na teoria criada por Reich, os mecanismos e processos de repressão da sexualidade tinham, para além de seus efeitos psíquicos, incidências no corpo, sendo um dos objetivos da psicoterapia reichiana livrar o

sujeito desses efeitos indesejáveis, através de exercícios com as partes do corpo mais direta e intensamente relacionadas ao recalçamento (ELIA, 1995).

Reich não foi único a olhar para as questões do corpo. Ao longo de toda a história do movimento psicanalítico, autores importantes da psicanálise como Sándor Ferenczi, Melanie Klein, Françoise Dolto e Thomas Ogden, por exemplo, discutiram e trabalharam a temática, cada qual a sua maneira, mas sempre em relação a um certo ponto de vista da psicanálise. Dolto (2015), por exemplo, numa de suas últimas obras, apresentou o conceito de imagem inconsciente do corpo, a partir de sua clínica com crianças. Em seu entendimento, há uma imagem do corpo singular, distinta de um esquema corporal universal para os humanos. (DOLTO, 2015 apud LUCENA et al., 2020).

Atualmente, no campo psicanalítico, a literatura produzida em torno desta questão utiliza desde a expressão “imagem corporal” como operador conceitual para discussão até — bem mais raramente, contudo — testes como o de Rorschach. A partir de uma breve pesquisa na base de dados Scielo Brasil, nos deparamos com alguns trabalhos que dialogam mais com as nossas perspectivas e outros menos, pois há ainda aqueles que apresentam uma interface com outros saberes, como o campo da nutrição, da fisioterapia, da cognição etc. e outros tantos que utilizam escalas e medidas psicométricas.

Nessa interlocução com os outros campos de saber, Bianca Bulcão Vidigal de Lucena, Cristiane Marques Seixas, Francisco Romão Ferreira e Shirley Donizete Prado (2020), em pesquisa que utiliza como recurso a teoria psicanalítica, fazem um mapeamento sobre o uso da expressão “imagem corporal” em artigos científicos da área da Nutrição, para interrogar as relações entre o sujeito e a alimentação. Os autores concluem que a expressão, que transita concomitantemente pelo senso comum e por diversos campos da ciência, é um conceito norteador entre os artigos no campo da nutrição, a partir de diferentes interesses, e as discussões dele decorrentes costumam utilizar escalas de silhuetas na avaliação da percepção do indivíduo sobre a imagem de seu corpo.

Na obra freudiana, a temática do corpo esteve presente desde os primórdios da psicanálise, pois em 1891, ou seja, ainda no período pré-psicanalítico, em seus *Estudos sobre a afasia*, Freud (1891/2013) propõe um aparelho psíquico como aparelho de linguagem, dada sua impossibilidade de explicar anatomicamente a causa de determinados distúrbios da linguagem. Num período eminentemente marcado pela discussão com a neurologia da época, Freud discorre longamente sobre a compreensão e a articulação da linguagem, em um vocabulário repleto de referências à neurologia.

Alguns anos depois, com as histéricas, o corpo foi palco para sintomas conversivos e para o estudo deles. Berta Pappenhein (Anna O.), Ida Bauer (Dora) e Emma Eckstein (Irma) expressavam nos seus corpos a dor de suas almas. A novidade introduzida pela psicanálise foi, então, primeiro escutar esse sofrimento que se dava no corpo, ao invés de logo intervir sobre os sintomas (LINDENMEYER, 2023; FREUD, 1895/2021). Como diz Lindenmeyer (2023, p. 82): “Com Freud, conhecemos as estratégias psíquicas em que o corpo na histérica⁴⁵ é utilizado, como a encenação e o teatro de um conflito inconsciente inconfessável”. Com a introdução da noção de significante, Lacan (1972-1973/1985) irá, anos depois, discorrer sobre o efeito do significante no discurso da histérica.

Sobre isso, marcamos também que, ao contrário da neurose histérica, cuja via preferencial na formação sintomática é o corpo (FREUD, 1895/2016), na neurose obsessiva o sujeito sofre essencialmente de seus pensamentos. Como adverte Romildo do Rêgo Barros (2012), o obsessivo tenta evitar o envolvimento de seu corpo nas relações com o Outro, especificamente nas relações com a demanda do Outro. Seus sintomas, na verdade, isolam o corpo. Na historicização de sua vida, isto é, na tentativa de entrada em análise, é possível, assim, que haja também uma mudança na relação do sujeito com seu corpo.

Como afirma Gabriel Lombardi (2010), não são incomuns as manifestações de angústia no corpo do obsessivo, especialmente na forma de sintomas digestivos ou intestinais, mas, dentre elas, a manifestação mais peculiar nessa neurose, já a partir de certa histerização, é uma espécie de “angústia anal”, expressão utilizada por Lacan (1962-1963/2005) quando ele discorre sobre a condução de análises de obsessivos e a possibilidade de chegada em um ponto-limite, quase impossível de ultrapassar em determinados casos.

Segundo Vera Pollo (2004), a pesquisa sobre o corpo em psicanálise costuma ocorrer sob três vertentes: a da pulsão (já abordada acima), a da imagem especular e a do gozo, que correspondem, respectivamente, às dimensões do simbólico, do imaginário e do real, os três registros organizados por Lacan. É o que Dunker (2011) chama, concordando com Moretto (2006), de triplo estatuto do corpo. Sobre essa vertente da imagem, lembramos o relato do próprio Freud, em *O inquietante* (1919/2010), “*Unheimliche*”, sobre o estranhamento que sentiu com a própria imagem refletida num espelho no vagão de um trem. Isso nos remete ao artigo em que Luciana Almeida Motta e Tania Rivera (2005), tomando como base o texto freudiano, apresentam o caso clínico de uma adolescente, evidenciando que o olhar sobre o corpo também pode evocar duas dimensões contrárias: a angústia e o fascínio.

⁴⁵ Em texto de 1938, Lacan diz haver um “despedaçamento mental” que define a histeria (LACAN, 1938/2003).

Tal como Freud em *O inquietante* (1919/2010), a escritora britânica Virgínia Woolf relatou em seu livro *Um esboço de passado* um estranhamento da mesma natureza, mas a partir de um sonho. Disse ela:

Sonhei que me olhava em um espelho quando um rosto horrendo – o rosto de um animal – surgiu subitamente por cima do meu ombro. Não tenho certeza se foi um sonho ou se de fato aconteceu. Será que um dia, enquanto eu me olhava no espelho, algo se moveu ao fundo e me pareceu estar vivo? Não há como ter certeza. Mas sempre me recordo do outro rosto no espelho, quer ele tenha sido um sonho ou realidade, e do quanto ele me aterrorizou (WOOLF, 2023, p. 19)

Assim, ainda que no dia a dia abramos a boca para falar *meu* corpo, ele não é tão nosso assim, na medida em que nos é familiar e ao mesmo tempo estranho. Se nos pertence, é apenas em parte, exigindo um trabalho permanente de atrelamento do real que constantemente se impõe. Como diz o poeta Carlos Drummond de Andrade (2015, p. 11, em *As contradições do corpo*: “Meu corpo não é meu corpo, é ilusão de outro ser. Sabe a arte de esconder-me e é de tal modo sagaz que a mim de mim ele oculta”.

Nas psicoses, são frequentes e muitas vezes explícitos os fenômenos corporais. Isso porque a não incidência da operação da metáfora paterna e a foraclusão do significante Nome-do-Pai promovem efeitos na constituição do corpo do sujeito. Assim, o corpo fragmentado está mais escancarado e não raro, posto o inconsciente estar “a céu aberto” para esses sujeitos, eles nos contam sobre o real que os invade (e os avassala) no corpo, como disse uma paciente esquizofrênica certa vez: “Às vezes eu tenho vontade de comer meu *corpo*... amputar minha perna e comer”, como se a própria perna fosse um objeto estranho a seu corpo.

Também na melancolia, como nos adverte Reys (2022), observa-se com alguma frequência, especialmente nos casos mais graves, a ocorrência de um delírio niilista de morte e decomposição corporal, denominado pela psiquiatria clássica no século XIX de Síndrome de Cotard. São fenômenos, como afirma Antonio Quinet (2004), que indicam a presença mordaz da pulsão de morte na incidência do significante no corpo. No campo do autismo, é o corpo desgovernado da criança autista que toma a cena, sendo este também um histórico objeto de estudo e pesquisas entre psicanalistas.

A relação com o corpo é, portanto, de um modo geral, da ordem do desconforto, produzindo estranhamentos e, eventualmente, uma angústia que pode ser tão forte que obriga, por exemplo, um outro sujeito (do qual não sabemos de qual se estrutura clínica se trata) a tomar sete banhos em um dia. Doris Rinaldi (2011), em artigo intitulado *O corpo estranho*, explica esse estranhamento a partir de uma desarmonia entre o corpo e o sujeito, desarmonia universal a todos que se encontram na linguagem. Assim também Magda, em entrevista com a psicóloga,

ao contar sobre as lesões em sua pele, fez questão de levantar sua roupa e mostrá-las, enquanto dizia: “Não sei o que acontece, que *isso* não acaba”. Ainda que fosse ela mesma que provocava as lesões, havia um estranhamento com relação ao seu próprio ato e ao produto dele, as marcas em seu corpo.

Disso se conclui que tanto na estrutura neurótica, quanto na psicótica, o “corpo falante”⁴⁶ porta um mistério, podendo ser familiar e estrangeiro. Dominique Fingermann (2010, p. 339) se pergunta e nos pergunta, enquanto leitores de seu artigo: “Como um discurso pode apreender e tocar o corpo? Que acordo pode se tocar entre o desacordo do corpo [*discord/dis-corps*] e o discurso? Quem pode saber um mistério?”. Em seu seminário *O em-corpo do sujeito*, cujo título remete ao Seminário, livro 20, de Lacan, *Encore [Mais, ainda]* (LACAN, 1972-1973/1985), Colette Soler (2019) faz uma vasta pesquisa sobre o percurso sobre o corpo na obra lacaniana. Esse é um seminário em que Lacan discorre longamente sobre o gozo e diz que “(...) nós não sabemos o que é estar vivo, senão apenas isto, que um corpo, isso se goza. Isso só se goza por corporizá-lo *de maneira significativa*” (grifo nosso), relacionando conceitos como o gozo⁴⁷ e o significante e os efeitos no corpo do sujeito (LACAN, 1972-1973/1985, p. 35).

A incidência do significante ao qual nos referimos acima já dá notícias desde antes do nascimento do bebê, visto que há uma cadeia de significantes embalando este ser cujo corpo ainda não está constituído por inteiro. Colette Soler define isso bem, quando diz:

Fala-se do sujeito, ou seja, nós o representamos pelos significantes antes de seu nascimento, o que vale dizer que um sujeito precede o seu corpo na cadeia que o conduz ao seu nascimento. Poder-se-ia dizer: enquanto representado pela cadeia, ele, o sujeito, precede o corpo que será o seu (SOLER, 2019, p. 23)

Soler (2019) nos orienta no estudo de Lacan, que, anos antes, parte do estádio do espelho em suas primeiras teorizações sobre o corpo, quando apresenta o corpo como imagem que fornece uma *Gestalt* do sujeito. Segundo Musso Greco (2011), o ponto de partida para a concepção do estádio do espelho foi o trabalho de Henri Wallon, *Prova do espelho e a noção do corpo próprio*, de 1931, e os estudos de etologia⁴⁸. Assim, no texto intitulado *O estádio do espelho como formador da função do eu*, Lacan (1949/1998) concebe o estádio do espelho como uma identificação, uma “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma

⁴⁶ A expressão mistério do corpo falante foi utilizada por Lacan no Seminário, livro 20, *Mais ainda*, quando ele diz: “O real, eu diria, é o mistério do corpo falante, é o mistério do inconsciente” (LACAN, 1973/1985, p. 178).

⁴⁷ Outra definição fundamental sobre o gozo, nesta mesma perspectiva e relativa à questão da corporeidade está no seminário inédito *O saber do psicanalista* (LACAN, 1971-1972/2000-2001, p. 36), quando ele diz que “o gozo é a relação do ser falante com seu corpo”.

⁴⁸ Especialidade da biologia que estuda o comportamento animal.

imagem” (LACAN, 1949/1998, p. 97), cuja função é justamente “estabelecer uma relação do organismo com sua realidade” (LACAN, 1949/1998, p. 100).

Trata-se de um texto curto e condensado, de apenas oito páginas, apresentado no primeiro congresso da IPA após a Segunda Guerra Mundial, mas cujas formulações tiveram início treze anos antes, em 1936, como nos adverte Lacan (1949/1998) já no primeiro parágrafo do texto. De acordo com Alberti (2009), trata-se, no estádio do espelho, do que poderia ser considerado na teoria lacaniana a primeira fase do complexo de Édipo freudiano.

Nesta formulação, Lacan estabelece que a imagem que o bebê irá constituir de si depende do Outro, ou seja, da relação com aquele que cuida dele nesse primeiro momento de vida, que com frequência é a mãe. Esta experiência situa-se quando a criança tem entre seis e dezoito meses e é a partir deste olhar que a criança assume uma imagem unificada de si e nela se reconhece. É, portanto, uma releitura do conceito de narcisismo, aos moldes da relação especular e da formação do eu. Como diz Lacan:

Assim, essa Gestalt, cuja pregnância deve ser considerada como ligada à espécie, embora seu estilo motor seja ainda irreconhecível, simboliza, por esses dois aspectos de seu surgimento, a permanência mental do [eu], ao mesmo tempo que prefigura sua destinação alienante; que é também prenhe das correspondências que unem o [eu] à estátua em que o homem se projeta e aos fantasmas que o dominam, ao autômato, enfim, no qual tende a se consumir, numa relação ambígua, o mundo de sua fabricação (LACAN, 1949/1998, p. 98).

Num texto anterior escrito por Lacan (1938/2003), intitulado *Os complexos familiares na formação do indivíduo*, há também menção ao estádio do espelho, quando o autor, ao evocar complexos, imagos, sentimentos e crenças, em sua relação com a família, cita o complexo do desmame, o complexo da intrusão e o Complexo de Édipo e diz:

O estádio assim considerado corresponde ao declínio do desmame, isto é, ao fim dos seis meses cuja dominante psíquica de mal-estar, correspondente ao atraso do crescimento físico, traduz a prematuração do nascimento, que é, como dissemos, a base específica do desmame no homem (LACAN, 1938/2003, p. 46).

Desses três complexos, destacamos o complexo de intrusão⁴⁹, noção que nos permite compreender a constituição do eu no instante em que se instala esse momento do espelho e que caracteriza a vivência realizada pelo sujeito quando outro sujeito, semelhante a si mesmo, ingressa na relação familiar. Tipicamente, isso ocorre através do nascimento de um novo irmão, que tem um “papel traumatizante”, como diz Lacan (1938/2003, p. 50). Já o complexo do desmame produz a marca da relação de amamentação, forma primordial da imago materna no

⁴⁹ Verificamos a ocorrência deste fenômeno em um dos casos escritos no segundo capítulo desta dissertação, quando a paciente em questão “trava” ao nascimento do irmão, apresentando dificuldades na alfabetização.

ser, e o Complexo de Édipo⁵⁰ é, conforme sinalizado por Freud (1905/2016), o *complexo nuclear da neurose*, cujo conteúdo constitui sua parte principal.

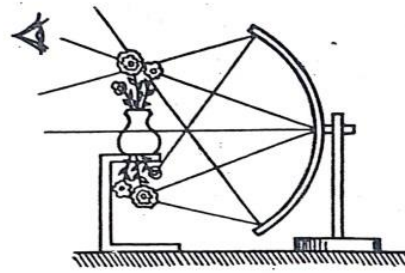
Como afirmam Motta e Rivera (2005, p. 672), “o narcisismo e o estágio do espelho apontam, assim, para o lugar do corpo na constituição do eu, em um encontro que é desencontro, que se faz pela via da miragem, da ficção, do engano”, sendo por isso que começamos retomando o conceito de narcisismo na obra de Freud. Neste primeiro momento, portanto, o que concerne ao corpo, para Lacan, está ligado ao narcisismo.

Mais adiante, em *Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise* (LACAN, 1953/1998, p. 260), texto que explora o campo da linguagem e os fundamentos que esclarecem a eficácia de um tratamento pela fala, há uma definição do inconsciente como “um capítulo de minha história que é assinalado por um branco (...)”, mas que na verdade pode ser reencontrado no corpo, onde o sintoma se inscreve. Nessa mesma época, no Seminário, livro 1, *Os escritos técnicos de Freud*, Lacan (1953-1954/1986) escreve, à luz de Freud, que dois registros — o simbólico e o imaginário — estão implicados no estágio do espelho. No livro 8, *A transferência* (LACAN, 1960-1961/2010), ele diz haver uma relação entre o estágio do espelho e a angústia. Para explicar isso, ele retoma o estágio do espelho a partir de um modelo sucedâneo, o esquema óptico, que explicaremos abaixo.

Nesse esquema (Figura 1), referido ao experimento do físico Henri Bouasse, o observador, quando posicionado em um ponto específico, consegue ver o vaso e, sobre este, a imagem das flores projetada, devido às propriedades ópticas do espelho côncavo. O vaso está sobre uma caixa em frente ao observador (seu olho), mas as flores, a princípio, não estariam no seu campo de visão, já que na posição do observador a caixa está fechada. Contudo, como reflete a imagem das flores que estão na caixa, o espelho côncavo a inverte e a coloca sobre o vaso. Isso permite com que o observador veja o vaso (objeto real) com as flores (imagem real).

⁵⁰ Fenômeno central do período sexual da primeira infância (Freud (1924/2011), vinculado à interdição do incesto e articulado a um segundo, o complexo de castração (1914/2010).

Figura 1 – Esquema óptico



A experiência do buquê invertido

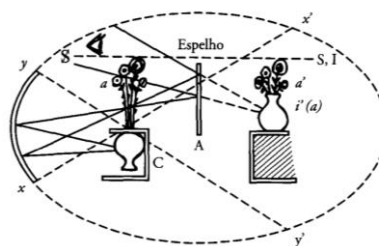
Fonte: LACAN, 1953-1954/1986, p. 94

Não nos interessa neste momento aprofundar o experimento, mas apenas sinalizar sua importância na construção lacaniana, dado seu caráter essencial na compreensão do sujeito e na organização do psiquismo, conforme enfatiza Lacan no Seminário 1 (1953-1954/1986). Trata-se de uma metáfora, na qual Lacan diz textualmente:

Bem, digamos que a imagem do corpo, se a situamos no nosso esquema, é como o vaso imaginário que contém o buquê de flores real. Aí está como nós podemos representar o sujeito anterior ao nascimento do eu, e o surgimento deste (LACAN, 1953-1954/1986, p. 96).

Em *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache*, publicado em 1961, Lacan (1961/1998) apresenta o experimento de Bouasse como um esquema das relações entre o eu ideal (posição de alienação imaginária) e o ideal do Eu (produtor simbólico de objetos imaginários). Em seu Seminário, livro 8 (*A transferência*), da mesma época, Lacan (1960-1961/2010, p. 421) segue discorrendo sobre o experimento, apresentando, desta vez, um “esquema completo” (Figura 2):

Figura 2 – Esquema completo



Fonte: LACAN, 1960-1961/2010, p. 421.

Já no Seminário, livro 11, *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, em 1964, Lacan (1964/1998) parte de uma experiência pavloviana para indicar a causalidade significativa de certas lesões corporais. Na experiência, Pavlov⁵¹ investiga e conclui sobre a evidência de um reflexo condicionado em um cachorro que está em um cativeiro. Lacan retoma este experimento e faz uma torção, propondo uma outra leitura dele, a saber, como diz Patrick Valas (VALAS, 2004, p. 119): “o cientista é animado por um desejo de saber em nome do qual figura o desejo do Outro”. Ou seja, enfatiza a maneira como se dirige ao animal, que não pode interrogar o experimentador, e as consequências que podem ser tiradas disso.

Essas primeiras elaborações lacanianas sobre o estádio do espelho e sobre o corpo diferem das desenvolvidas anos depois, nos anos 1970, quando Lacan afirma que o imaginário é o corpo, ou seja, o imaginário não designa mais *apenas* a imagem, pois é, na verdade, aquilo que lhe dá consistência, que o mantém junto, sendo o corpo dependente do imaginário (SOLER, 2019; LACAN, 1975/2007).

Seguindo a obra lacanianiana, outra referência ao estudo do corpo encontra-se em *Radiofonia*, texto escrito na ocasião de um convite para um programa de rádio, em 1970. Nele, Lacan (1970/2003) opõe carne e corpo, dizendo que um corpo é aquele que, habitado pela fala, é *corpsificado* pela linguagem, corpo como efeito da linguagem, efeito do discurso. Dizer que o corpo é *corpsificado* pela linguagem, como esclarece Soler (2019), é dizer que há uma incidência da incorporação da linguagem sobre a libido e sobre o gozo. Assim, neste texto, Lacan articula o corpo com o significante e com o gozo, desta vez a partir da expressão “mais de gozar”, que dialoga com a mais-valia de Marx. É também quando ele distingue a vida e o organismo vivo individual, dizendo que se o corpo está vivo ou morto é uma questão secundária e usando como exemplo a sepultura, que é o que inscreve o ser no laço social, mesmo depois de sua morte.

Sidi Askofaré (2010) recupera o contexto em que se produziu *Radiofonia*. Segundo o autor, a intervenção lacanianiana serviu para enfatizar que nenhum avanço sobre a linguagem e seus efeitos poderia ser considerado sem o corpo, ou seja, o corpo é, ele mesmo, suporte dos efeitos dos significantes e dos efeitos de gozo. Isto porque havia na época certa valorização da estrutura da linguagem do inconsciente e da metáfora e metonímia, sem correlacioná-los com o corpo. Lacan evoca então um “corpo do simbólico”, que ele chama de o “verdadeiro corpo”,

⁵¹ Fisiologista russo conhecido por seu trabalho no condicionamento clássico e premiado com o Prêmio Nobel de Fisiologia e de Medicina, em 1904, por suas descobertas sobre os processos digestivos de animais.

o primeiro (LACAN, 1970/2003). Alguns anos depois, em *O aturrito*, ele diz que é pelo inconsciente que o corpo adquire voz (LACAN, 1973/2003).

“O que podemos fazer com um corpo?”, se questiona Colette Soler (2018, p. 278), retomando as considerações de Lacan (1975-1976/2003), na *Conferência Joyce, o sintoma*, sobre o uso que Joyce fazia de seu corpo. Neste contexto de 1975, segundo Harari (2018), Lacan retoma a noção do corpo imaginário extraído dos nós borromeanos, que amarra os três registros (real, imaginário e simbólico), e no qual a separação de qualquer um dos elos faz com que os outros se desamarrem.

Este apanhado de referências recolhidas da obra lacaniana indica que a temática do corpo está presente no ensino lacaniano desde os primeiros momentos, acompanhando as torções e retificações de alguns de seus conceitos, já que, no ensino de Lacan, identifica-se um tempo em que há prevalência do imaginário, noutro a prevalência do simbólico e num terceiro a prevalência do real. É apenas no final que ele postula a equivalência dos três registros, que têm o mesmo valor e sem os quais não é possível pensar as questões relativas à corporeidade. Tentamos abordar pelo menos alguns desses pontos, posto que tamanha complexidade de conceitos nos exigiria um aprofundamento teórico não privilegiado no momento, especialmente nas lições da década de 1970, dentre elas o Seminário, livro 20, *Mais, ainda* (LACAN, 1972-1973/1985), e o Seminário, livro 23, *O sinthome* (LACAN, 1975-1976/2007). Assim, tentamos centralizar o *corpus* de nossa discussão sobretudo a partir dos ensinamentos obtidos com o estádio do espelho e com o esquema óptico, já que a clínica com adolescentes testemunha a incidência da dimensão do olhar no sujeito.

3.4 O corpo *furado* do adolescente com diabetes: produção de marcas, usos do corpo e o furo produzido pelo analista

Todo órgão, doente ou não, pode servir de suporte para a construção de um sintoma.

Cristina Lindenmeyer

O eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície.

Sigmund Freud

Freud, desde o princípio da psicanálise, identificou o corpo como uma zona erógena. Intrinsecamente furado, portanto (ALBERTI, 2011). Do corpo infantil ao corpo adolescente, há inúmeras mutações e, com elas, implicações. “Estava tudo bem com ela... até que chegou a adolescência”, disse a mãe de uma jovem internada, relatando as mudanças na postura da filha com relação ao seu tratamento de diabetes. Outra mãe, de um filho de dezesseis anos, diz: “Ele dá voltas no diabetes como se fosse uma pessoa”. “Eu vim porque ela me obrigou... ela é muito emocional”, disse T., de dezessete anos, trazido por sua mãe. “Minha avó diz que meu psicológico está todo escangalhado”, disse, por sua vez, J., de dezesseis anos. Essas são algumas passagens clínicas que provocaram este estudo e que foram ressurgindo no tempo da escrita, a partir da manifestação da doença (DM1) no corpo e de suas consequências. Isso porque, conforme indicado em pesquisas, desconsiderando acidentes, o diabetes é a principal causa de amputações, e uma ferida maltratada pode vir a ter este desfecho (BRASIL, 2013a).

Hoje, avanços nas técnicas de diagnóstico pré-natal permitem a detecção de um grande número de doenças genéticas ainda no início da gravidez. Não é o caso do diabetes. Ainda que algumas mulheres desenvolvam o diabetes gestacional durante a gravidez, este diagnóstico não é um indicativo de que seus filhos venham a ter o diabetes tipo 1 depois de nascidos. Tal fato pode elevar a doença (DM1), após o diagnóstico, a um status de enigma para muitos adolescentes, já que não se trata do diabetes “causado por comer muito doce”, como escutado de uma jovem com DM1. Em artigo em que discorre sobre a clínica com sujeitos em reabilitação física, após um acidente automobilístico, acidente vascular cerebral (AVC) ou uma doença neurodegenerativa que implica a perda progressiva dos movimentos, Flávia Bonfim (2016) diz:

(...) o trabalho analítico com esses pacientes em reabilitação não deve ter como objetivo em si encontrar sentido para o que foi experimentado como ruptura radical, trauma, ainda que esse seja um dos seus efeitos. Em todo caso, diante do enigmático (grifo nosso), alguma ficção pode ser construída que sustente o sujeito, de modo que o laço não seja com a doença ou com a deficiência, mas com a vida (BONFIM, 2016, p. 8).

Nos pacientes recém ou há poucos anos diagnosticados com diabetes, as modificações (ou seriam mortificações?) corporais provocadas pela doença não raro ficam escamoteadas, isto é, não aparecem, a não ser que o sujeito as exponha, como ocorre quando há lipodistrofia⁵² e uma área fica machucada ou quando a descompensação ou o desencadeamento da doença provocam um emagrecimento repentino. O órgão defeituoso — o pâncreas —, no entanto, não é visível

⁵² Nome dado para quando se tem uma distribuição anormal de gordura na região subcutânea, que fica localizada entre a pele e o músculo, comumente causada pela aplicação de insulina.

externamente como, por exemplo, no caso de um câncer de mama que provoca a perda do seio. Algumas sequelas físicas, como manchas escuras na pele ou amputações de membros, são progressivas, a depender do tratamento (ou negligenciamento) da doença. Todavia, apesar das particularidades no diagnóstico e no tratamento, particulares a cada doença, há uma semelhança com uma percepção clínica apresentada por Lindenmeyer (2023), pois, como em sujeitos com câncer, é comum também que o diabetes seja tomado pelo paciente como uma pessoa da qual é preciso se defender e a irrupção da doença seja elevada a um status de traumático, marcando um antes e depois na vida do sujeito.

Assim, o corpo do sujeito com diabetes com frequência é marcado por cicatrizes, físicas e psíquicas. Cristina Lindenmeyer utiliza a expressão *evento psíquico* (2023, p. 23) para referir-se à doença orgânica e se pergunta quais os efeitos, na vida psíquica, de um corpo doente. Instigada por essa questão, a autora desbrava em seu livro desafios de sua clínica com pacientes (mulheres) com câncer, crianças com agenesia⁵³ e outras doenças instaladas em corpos que, com suas falhas e deficiências, desviam do que é normalmente tido como ideal. É seguindo seu percurso e sua indagação que tomaremos o corpo doente dos adolescentes com DM1 a partir, desta vez, de nossas próprias inquietações e deles mesmos, pois, como diz Lindenmeyer (2023), este é um período em que a economia libidinal é posta à prova e capaz de desvelar questões mais primitivas da sexualidade. Mais do que apenas um conjunto de órgãos, este corpo reinventado por Lacan, leitor de Freud, sofre a ação do significante. Afinal, diz Lacan: “O homem sempre pensa com a ajuda das palavras. E é neste encontro entre estas palavras e seu corpo onde alguma coisa se esboça” (LACAN, 1975, n.p.).

No caso de jovens acometidos com a doença, temos corpos que ora necessitam de hospitalização, ora supõe-se faltar “educação”⁵⁴, e ora precisam de intervenção física, no caso de algum episódio mais grave de hipoglicemia que possa levar à perda da consciência, por exemplo. Essas diversas e novas situações que se colocam, por sua vez, modificam sobremaneira a forma como o sujeito se insere no laço social, obrigando-o a carregar consigo recursos que antes muitas vezes desconhecia, como as injeções de insulina e o glicosímetro, aparelho que mede o nível de glicose no sangue.

No final de seu ensino, na conferência *Joyce, o sintoma*, Lacan (1975/2003) define o sintoma como um “acontecimento de corpo” — expressão utilizada nesta única ocasião — ou,

⁵³Ausência completa ou parcial de um órgão ou tecido em seu estágio embriológico, cujo tratamento pode incluir o uso de próteses.

⁵⁴A educação em diabetes costuma ser uma das prerrogativas para internação eletiva de crianças e jovens com DM1, quando identifica-se neles uma má-adesão ao tratamento. Nesses casos, tem o período médio de cinco a sete dias.

na tradução para a língua portuguesa, um “evento corporal”. Assim, não há sintoma que não toque o corpo. Dito isto, se considerarmos a eclosão de uma doença como o diabetes um *acontecimento de corpo*, fazendo uma analogia com a expressão lacaniana, e o corpo como algo que não se reduz ao organismo, sendo também um corpo de gozo, como teorizou Lacan (1975-1976/2007), nos deparamos com a questão da subjetivação deste acontecimento que pode ser da ordem do traumático, ou seja, de como o próprio sujeito fala ou vive este *evento psíquico*, para utilizar também a expressão de Lindenmeyer (2023). Lembramos que, se a doença escancara o real do corpo, Swinerd (2016, p. 15) nos adverte que é “através do simbólico e do imaginário que é possível ter acesso a essa vivência tão subjetiva do que acomete o corpo”. Outra indagação, então, se coloca: é possível um reposicionamento na relação desses sujeitos com seus corpos, através de um tratamento orientado pela psicanálise?

A partir de sua experiência clínica numa instituição pública em Salvador, Letícia Maria recolhe falas que explicitam esse real avassalador que pode ser da ordem do traumático para o sujeito diagnosticado com diabetes:

Uma paciente diabética e cega diz: - “quando eu era gente...” Ao ser interrogada sobre sua fala, responde: - “A Sra. acredita que uma pessoa que não pode ir sozinha ao banheiro, que não sabe levar um garfo à boca, que não possui mais nenhuma renda e vive mediante favores, que não pode ir até uma esquina só, tampouco fazer uma ligação telefônica, pode ainda se considerar gente?” (ROCHA, 2004, p. 142).

Quanto aos jovens, determinados significantes e vivências relatados por seus familiares e por eles mesmos nos permitem apreender algo do que pode apresentar-se como traumático na relação com a doença e com sua manifestação num corpo ainda em transição. Assim, alguns jovens dizem, principalmente a seus pais: “Para que vou medir a glicose, se vou morrer mesmo?”. Essa situação, relatada mais de uma vez por pais, mães e avós de adolescentes, denuncia uma angústia frente às perdas impostas pela doença, já que não se morre exatamente *de* diabetes, mas da evolução de suas sequelas. Não se morre *de* diabetes, mas a doença pode provocar a perda de um dedo, da visão de um olho, de uma ou ainda duas pernas, cenas, aliás, de relativa frequência num hospital público em que convivem crianças, adolescentes e adultos em diferentes momentos e comportamentos quanto ao tratamento.

Dito isto, perguntamos: frente à angústia de castração — isto é, a falta fundamental tal como nomeada por Freud, um *fato de estrutura*, como diz Elia (1995) — de um corpo “defeituoso”, como agir? Em nossa experiência clínica com jovens com a doença, a maioria deles ainda não apresentava nenhuma sequela alarmante (perda da visão, lesões renais etc.), o que não indica que tais sequelas de seus semelhantes, especialmente de pacientes mais velhos,

não os impactassem, pois essas mudanças no corpo — não desejadas, ao menos conscientemente — são prova viva de sua transitoriedade.

À psicanálise, não é sem consequências o fato de que o corpo adolescente que sofre diversas mudanças nesta fase, inclusive hormonais, tais como o aparecimento dos pelos púbicos, o crescimento dos seios no sexo feminino, mudanças no tom de voz etc., é também marcado pelas pulsões — de vida e de morte, portanto —, como indicou Freud (1905/2021, 1915/2013), e pelo significativo e pelo gozo, como avançou Lacan ao enunciar uma espécie de satisfação paradoxal (diante da qual os jovens também terão de se haver). Logo, também não é por acaso que tantos trabalhos sobre a adolescência versem sobre as descobertas da sexualidade. Aliás, guiados pela psicanálise, poderíamos dizer mais de um caráter de desencontro com a(s) sexualidade(s) do que o contrário, como expõem os próprios adolescentes em seus discursos.

Outro fator a ser ressaltado é que essas mudanças, no caso do diagnóstico de uma doença crônica, às vezes ocorrem de uma maneira um tanto quanto abrupta, sem que o jovem se sinta preparado para enfrentá-las, visto que as perdas e renúncias que balizam a infância e a adolescência já acarretam por si só uma modificação nos investimentos feitos por cada jovem. Com relação ao diagnóstico de DM1 em adolescentes, este costuma ocorrer com uma série de transformações no corpo, sendo comum, no relato dos pacientes e de seus responsáveis, o emagrecimento súbito e acentuado, a sonolência, a vontade excessiva de urinar, dentre outros sintomas, que denunciam, portanto, um descontrole do corpo muitas vezes experimentado pela primeira vez pelo sujeito. Escutamos com frequência, da parte dos médicos, que o diabetes é uma doença silenciosa. Essa afirmação, portanto, vai contra aquela outra famosa, do cirurgião francês René Leriche, que diz que “a saúde é o silêncio dos órgãos” (SAFATLE, 2011). E se o sujeito necessita da dimensão imaginária do corpo para se constituir, tal como enfatizamos anteriormente, essa dimensão pode ser abalada com a eclosão de um diagnóstico como o de diabetes, especialmente na adolescência.

As autoras Poli e Becker (2010) chamam atenção para o caráter de importância que tem o objeto olhar na adolescência, pois a própria construção do campo da fantasia na adolescência depende do exercício das pulsões escópica (olhar) e invocante (voz). Por outro lado, como dizem Jucá e Vorcaro (2019), há uma relação paradoxal do adolescente com o olhar do outro:

É interessante observar a relação paradoxal do adolescente com o olhar do outro. Por um lado, sentir-se-á constrangido, em decorrência das inseguranças com seu corpo em mutação; por outro, almejará ser visto, pois passar imperceptível equivale a um tipo de exclusão (JUCÁ; VORCARO, 2019, p. 85).

Lembramos, por exemplo, de Marina, jovem de dezesseis anos, em atendimento durante o período em que esteve internada. Com a psicóloga, lembrou que, em sua escola, os outros alunos achavam que ela estava se drogando, quando, na verdade, estava aplicando a injeção de insulina. Naquele contexto, o olhar dos outros alunos direcionado a ela a incomodou. Em outro caso acompanhado, um adolescente queixou-se do olhar dos “curiosos” quando estava passando mal, assim como da postura que muitos familiares tinham, de segurá-lo, talvez por não saberem como agir naquela situação. Sobre isso marcamos também que o olhar do médico difere do olhar parental, que, por sua vez, difere do olhar de colegas, que pode sustentar a curiosidade sexual. O olhar pode ser, portanto, causa de desejo, mas também fonte de angústia.

Como acentua Jean Szpirko (2000), a notícia de uma doença crônica pode tanto atingir uma dimensão trágica, em que se o sujeito se pergunta “por que eu?”, como pode encarnar um júbilo, uma espécie de ganho de ser. No caso dos adolescentes, a experiência clínica nos indica que esse novo contexto após o diagnóstico costuma se manifestar mais numa vertente de tragicidade, correspondendo muitas vezes a uma posição de revolta. Não à toa, o significante rebeldia (e suas variações) é bastante utilizado pelos pais e responsáveis desses jovens. A posição de “rebeldia” contra este mal que acomete seus corpos não impede, contudo, que muitos deles identifiquem com a doença também uma possibilidade de barganha. Essa situação também converge com os escritos de Freud (1917b/2014) sobre o ganho secundário da doença. Para exemplificar, lembramos o caso de Jonas, de dezesseis anos, que usou a própria doença para burlar o castigo imposto pela mãe, deixando de aplicar a injeção de insulina quando estava irritado pelo castigo que ela lhe dera. Com este ato deliberado e recorrente, diversas vezes colocou-se em risco, já que, muitas vezes, como consequência desta ação, sua taxa glicêmica ficava em torno de 500, um valor considerado muito elevado.

Se, ao olhar da criança, o adulto representa um ideal de mestria, pensamos que o analista, em situações como essa com Jonas, não deve ocupar esse lugar de quem sabe, repreendendo esse tipo de conduta, mas, como proposto por Lacadée (2011), deve oferecer um espaço de liberdade de fala que pode eventualmente orientar uma nova tomada de posição na língua. Para além da dor de conviver com uma doença sem cura, nos perguntamos ao longo deste percurso de pesquisa: que outras dores esses corpos adolescentes escondem? Alguns testemunhos de jovens e seus familiares dão indícios, por exemplo, do mal-estar contido no estranhamento do próprio sexo biológico e o incômodo com algumas imposições da sociedade para as quais nem sempre se sentem seguros. Outros tantos mencionam os percalços no ambiente escolar, na região onde moram etc.

Retomando os três casos clínicos do segundo capítulo deste trabalho, a partir das articulações sobre o corpo em Freud e Lacan, como a questão da corporeidade se apresenta em cada um deles? Para Vivian, diríamos que essa dimensão fica mascarada em seu discurso, mais associada à alimentação e, portanto, à pulsão oral⁵⁵, sem, contudo, ser colocada como tema — enigma a ser decifrado ou insatisfação — por ela, mas, sim, por sua avó, preocupada com ato de comer “sem culpa” da neta. Já Joana expressa de forma mais clara como o olhar do outro sobre seu corpo, com comentários a respeito de seu peso, incide sobre si. Há, portanto, uma apropriação da imagem de si a partir do olhar do Outro e uma certa prevalência do registro imaginário. Por último, o primeiro caso descrito, o qual demos o nome de Milena, apresenta-se como o mais “florido” em função de seus fenômenos delicados e de uma certa comoção da equipe multiprofissional. Nele, o corpo aparece como suporte para o que emerge de insuportável e é colocado em ato, num *acting-out* endereçado aos pais da jovem.

Harari (2018) aborda a adolescência retomando autores já expostos por nós, como Alexandre Stevens, e dizendo de uma possível função de ancoragem da instituição a esses jovens “erráticos”. Discordamos dessa generalização de que todo adolescente é um errante, dada a dificuldade de se inscreverem no campo social, apesar do frequente caráter *errático* presente nesses jovens. Como toda generalização, essa que considera, de forma um tanto radical, todo adolescente como um errante também tem seus problemas. A instituição hospitalar pode, portanto, também ser uma âncora, local de construção de laços, a partir do laço transferencial com uma psicóloga, uma médica, uma enfermeira etc., ou pode, ao contrário, ser mais uma instituição que cerceia suas criações frente ao que é novo e assustador.

O trabalho com o adolescente implica suportar o não querer saber, o que nem sempre é sem angústia. Posição tipicamente neurótica, muitos adolescentes fixam-se nela, bem como a “bela indiferença” da histérica frente ao médico impotente, e passam os atendimentos monossilábicos frente às perguntas que lhes são feitas. Lembramos de Luiza, jovem de quatorze anos atendida durante cerca de um ano. Não era o caso de alguém com dificuldades para pôr-se a trabalho — não com a psicóloga, pois, segundo relato de sua mãe, a menina “não gostava de gente” — mas foi um exemplo de uma jovem que pôde, com seu tratamento, dar um outro lugar à angústia e aos “pensamentos negativos”, que não seu corpo. Assim, passou a se comunicar mais e melhor com a mãe, bem como a expor seu desejo de trabalhar, quando fizesse quinze anos, para juntar dinheiro e viajar ao Japão, país que a interessava por seus animes e personagens. Em seu caso, fez uso do recurso ao desenho e à escrita, através de um diário. Essa

⁵⁵ Já dizia Lacan (1960-1961/2010) que a demanda oral, para além da mera satisfação da fome, é demanda sexual.

parece ser uma das estratégias possíveis, em meio a tantas outras, encontrada por alguns jovens para dar contorno ao que parece insuportável. Como diz Lacadée (2011), escrever para si mesmo pode ser uma das soluções para “fixar na letra esse abismo de si” (LACADÉE, 2011, p. 131), buscar, portanto, uma saída outra ao furo no corpo. Afinal, como dizia Lacan (1975-1976/2007), quem sabe o que se passa em seu corpo?

“Tudo normal”, insistia Martha, adolescente atendida por mais de um ano, quando perguntada sobre como estava. Na época em que chegou ao consultório⁵⁶, apresentava feridas no corpo em decorrência de uma doença na pele “de cunho emocional”, como relatou sua mãe, recém-diagnosticada. Do “tudo normal” de um primeiro tempo de tratamento, seu discurso pôde aos poucos deslizar, passando a mencionar a vergonha que sentia de seu corpo “fora dos padrões” e outras questões, a partir do que supomos ter sido um efeito do discurso analítico sobre o corpo.

Outra jovem, encaminhada por outra psicóloga da instituição, chegou ao atendimento com vinte e um anos. Já na chamada “idade adulta”, ficava numa posição infantilizada junto aos pais e irmãos. Ao longo de seu tratamento, pôde, enfim, se separar um pouco das figuras parentais: finalmente começou um curso de ensino superior, desejo que já tinha há um certo tempo; começou a namorar — antes ficava paralisada na pergunta histórica “sou homem ou sou mulher?”, sem conseguir levar adiante os relacionamentos amorosos, que estagnavam nos momentos iniciais; e procurou um emprego, com vistas a ter mais autonomia financeira. Certo dia, na época em que estava internada, relatou uma história fictícia em que escreveu que a mãe não cuidava da personagem principal. Quando perguntada sobre as semelhanças da história — que se mostrou depois claramente autobiográfica — com sua própria vida, por fim, disse: “Família tem que cuidar”. Com suas idas e vindas no tratamento (nos procurava quando os conflitos em família se intensificavam), traçamos a hipótese de que houve uma retificação subjetiva e que, não à toa, a família sentiu os efeitos de quando ela começou a namorar e passou a frequentar a casa do namorado. A jovem pôde, então, portar e assumir um corpo sexuado, que não era apenas objeto de gozo familiar, e aprender a *se* cuidar mais.

Este caso dá provas de que a travessia da fantasia característica da adolescência pode ultrapassar a questão etária, como advertiu Alberti (2009). De forma diametralmente oposta, outra jovem anunciou: “Não sei ser filha, só sei ser mãe”. Em seu caso, assumiu os cuidados da irmã e da mãe, ambas diabéticas, desde os seus onze anos, quando o pai saiu de casa.

⁵⁶ Trata-se de um caso acompanhado em consultório privado, exposto aqui apenas por sua afinidade com a temática.

“É minha culpa, culpa dos meus órgãos defeituosos?”, perguntam algumas mães de crianças com agenesia, como relata Cristina Lindenmeyer em seu livro (2023). Se, no caso do diabetes, a castração — falta fundamental tal como concebida por Freud, um fato de estrutura — não está tão escancarada na forma, por exemplo, de um membro ausente para a criança, a clínica nos indica que reside também nesses pais e mães uma espécie de culpa. Também presente em genitores que transmitem uma mutação genética aos filhos (ZATZ, 2012), esse sentimento ecoa quando escutamos uma mãe dizer “falei para ele: se eu pudesse, tinha a diabetes no lugar dele” e nos remete a um trecho do texto freudiano *Introdução sobre o narcisismo*, quando ele discute sobre como os pais revivem o próprio narcisismo ao nascimento e crescimento de um filho:

Ela deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a mãe. No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acoçada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança. O amor dos pais, comovente e no fundo tão infantil, não é outra coisa senão o narcisismo dos pais renascido, que na sua transformação em amor objetal revela inconfundivelmente a sua natureza de outrora (FREUD, 1914/2010, p. 25).

Sobre isso, lembramos também o exemplo de um jovem de dezesseis anos, com DM1, acompanhado por sua mãe, que disse depois à psicóloga: “Eu digo para ele que ele tem que ser para a filha dele o pai que ele nunca teve”. Isto é, neste caso, a mãe projetou naquele jovem que ele fosse o “grande homem” que seu pai nunca fora. A questão atemporal do narcisismo dos pais projetado nos filhos ganha novos e complexos desdobramentos nos dias de hoje, visto que os avanços na genética⁵⁷ e a aplicação do diagnóstico pré-implantação (dpi) já permitem inclusive a seleção de portadores de genes associados a determinadas doenças e de algumas características físicas que poderiam constituir vantagem em alguma modalidade esportiva. O tema complexo é discutido no livro de Mayana Zatz (2012), quando a autora apresenta impasses e conquistas no campo das doenças genéticas e no aconselhamento genético.

Para concluir, resgatamos um trecho de um artigo de Zanotti (2022, p. 146), em que a autora diz: “O desafio para nós, psicanalistas, apresenta-se assim nas problemáticas com que nos desafia um mundo que, às vezes, carente de palavras, empurra ao pior do gozo”.. Com relação ao trabalho com adolescentes, seja no campo jurídico, no campo da saúde ou no da assistência, acrescentaríamos: em um mundo com a pressa e o imediatismo tão presentes, no afã de produzir respostas, muitas vezes não se espera o tempo de compreender. Clarice Lispector (2010, n.p.) dizia: “Já que se há de escrever, que não se esmaguem com palavras as

⁵⁷ Para saber mais, cf. o livro de Mayana Zatz sobre o assunto, *Gen ética: escolhas que nossos avós não faziam* (2012).

entrelinhas”. Com os “sujeitos adolescentes” cabe a analogia: já que se há de ouvir, que ao menos não se esmaguem com palavras as entrelinhas, ou seja, aquilo que não é dito, que é da ordem do ato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicanálise, afirmou Lacan, ocupa-se do que não funciona. O que funciona é o mundo. O real é o que não funciona. O mundo vai, gira, é sua função de mundo.

Philippe Lacadée

Este trabalho teve como objetivo principal apresentar impasses e reflexões acerca da clínica com adolescentes com diabetes *mellitus*, a partir da inserção da autora numa instituição pública de saúde e da orientação da psicanálise lacaniana. Apostamos que a escrita marcada pela alternância — não intencional, vale dizer — entre o uso do termo psicóloga e o uso do termo psicanalista por si só já indica uma posição — nada simples, pouco confortável, mas decisiva na condução dos casos. Trata-se, portanto, de uma função sustentada pelo desejo e pelo discurso analítico, que ultrapassa certificados e cursos de “capacitação”, mas que também não está dada naturalmente.

Ao mesmo tempo, se não podemos afirmar que haja uma psicanálise *stricto sensu* no hospital, pelas adaptações exigidas ao dispositivo (por exemplo, de espaço, tempo e dinheiro), um trabalho de escuta orientado pela psicanálise traz sua marca singular. Assim, tentamos ao longo do percurso desta pesquisa apresentar algumas dessas marcas que ficaram em nós e que supomos que tenham também ecoado nos pacientes que acompanhamos. À guisa de conclusão, retomamos algumas perguntas feitas no decorrer do texto, na tentativa de elaborar e reescrever parte de suas respostas e, quiçá, produzir novas questões, para continuidade do trabalho em um outro tempo.

Primeiramente, o que se espera de um psicólogo em um hospital? E, quanto à psicanálise, que novidades ela introduz nesse cenário? — nos perguntamos, seguindo os passos já dados por psicanalistas e pesquisadores com ampla experiência no campo. Numa ética que se sustenta no bem-dizer, isto é, que não é regida pelo bem supremo, como desenvolveu longamente Lacan (1959-1960/1988) em seu seminário sobre a ética da psicanálise, outra relação é produzida — de abstenção, de manejo da angústia e do mal-estar, de furo no discurso. Na contracorrente da ética tradicional, a ética da psicanálise, como diz Doris Rinaldi (1996), é uma ética que aponta para a emergência do desejo, afastando-se do caráter prescritivo das normas e bens. Essa relação difere sobremaneira daquela sustentada tradicionalmente pelos

médicos e profissionais de saúde, como explicitamos ao recuperar pontos da história do hospital e da medicina e aspectos da prática analítica no hospital.

No segundo capítulo, exploramos as especificidades da clínica com adolescentes, nosso público em questão, contextualizando inicialmente as representações da adolescência na história, para depois adentrar nas questões propriamente ditas, relativas ao manejo da transferência com os pais desses jovens e com eles mesmos e das queixas que eles nos endereçam. Uma pergunta colocada por Lacan (1966/1998) acompanhou paralelamente a escrita, que se delineou num processo de costura dos conceitos psicanalíticos e dos casos clínicos: *será que isso (esse tratamento) ainda é psicanálise?*, perguntávamos a cada vez, com cada jovem acompanhado, frente à impotência em algumas situações e especialmente junto à angústia e apelo de alguns pais. Exemplo disso, como expusemos, é a confissão de uma mãe certa vez, visivelmente preocupada com o quadro de saúde do seu filho: “Doutora, eu não sei mais o que fazer com ele!”.

Decifrar — ou tentar — o “semi-dizer” dos adolescentes em seus atos, lapsos e sintomas provou-se desafiador e, como na clínica “em intensão”, resta sempre algo que só é apreensível *a posteriori*. No Seminário, livro 8, *A transferência*, Lacan (1960-1961/2010) descreve a demanda como algo que está sempre oculto para o sujeito, que deve ser interpretada. Observamos que também para os pais há algo de nebuloso em torno da demanda de tratamento para os filhos. Muitas vezes eles identificam que algo não vai bem nesses sujeitos, mas não sabem precisar o quê. Quanto à equipe, com frequência esses profissionais constatarem que fatores “emocionais” podem afetar o tratamento e encaminham esses jovens para atendimento com a psicologia, e seus pais, que os acompanham, ora entendem o encaminhamento como ordem, ora como sugestão.

A aposta na transferência foi o que permitiu de nossa parte, por exemplo, a equivocação do significante “pressão alta”, dito por uma paciente com diversas queixas somáticas, algumas delas consideradas de “fundo emocional” pelos médicos, e que vivia, justamente, um momento de muita pressão. Isto porque, nessa produção de um *savoir-faire* próprio na instituição, nossa atuação não se restringiu ao atendimento de adolescentes, tendo sido este nosso recorte dada a necessidade de circunscrever determinadas questões e aprofundá-las, como a dimensão do corpo após o diagnóstico da doença, pois, se o corpo já é estruturalmente furado, ele passa a ser objeto de outros furos. Decidimos, então, avançar no terceiro e último capítulo na investigação da questão da corporeidade na psicanálise, utilizando a clínica como pano de fundo e esteio.

Sustentar e propiciar aos “sujeitos adolescentes” condições de dizer sobre o real que os invadia com e no corpo foi a direção de trabalho. Se a demanda médica (e dos próprios

pacientes, eventualmente) de aceitação da doença é clara, os pacientes a refutam com veemência. Isso porque a “aceitação” não é um processo automático, tampouco traz garantias. “O diabetes é uma doença silenciosa”, dizem os médicos e repetimos nós ao longo do trabalho. Levando esta sentença a sua radicalidade, muitos jovens tornam-se eles mesmos silenciosos. “O que você quer saber? Não tenho nada a dizer”, nos interpelam alguns deles, claramente contrariados com a vinda à consulta com a psicóloga.

Frente às demandas enigmáticas do Outro, esses jovens utilizam os recursos que têm no momento. Assim, concluímos o trabalho sem uma resposta categórica a uma das perguntas enunciadas — como pode o ato analítico barrar ou dialetizar o ato do adolescente com diabetes? — visto que essa resposta será sempre única, por mais clichê que pareça. À hipótese de uma regressão no processo de separação desses jovens com relação a seus pais, traçada no segundo capítulo, ressaltamos que também não é possível generalizá-la e tomá-la como regra.

Também nos perguntamos na pesquisa, tomando a relação analítica como base, o que de uma relação se faz exceção às outras. Essa questão talvez tenha respostas mais claras, indicadas pela própria clínica, cujo pilar é a transferência. Não à toa, a chegada de um paciente ao serviço pode ocorrer a partir do laço transferencial com o médico ou com outro profissional, que sugere o encaminhamento, o que de modo algum garante a sua permanência. Também por isso, foram expostas muitas falas ao longo do trabalho, sem que necessariamente esses sujeitos levassem adiante um tratamento com mais regularidade.

A direção de manter a dissimetria com relação ao discurso médico no hospital parte não de uma crítica ingênua ao discurso da ciência, que rege e organiza determinadas normas na instituição e na sociedade, mas, é, na verdade, exatamente a condição para se levar adiante a experiência analítica nesse contexto, dado que é no furo da ciência que a psicanálise encontra lugar desde sua fundação. Contudo, manter a dissimetria de modo algum significa manter-se tão somente na mera oposição aos outros discursos, como abordou Ana Cristina Figueiredo recentemente, em uma mesa redonda do grupo de trabalho “Psicanálise, política e clínica”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Na ocasião, ao comentar um trabalho que se situava na interface entre a psicanálise e a medicina, também sobre o caso clínico de uma adolescente, a pesquisadora fez uso da expressão *conviver*, para indicar uma outra tomada de posição por parte do psicanalista atuando no campo da saúde. É seguindo também essa direção e apostando que a conexão entre esses discursos pode ser frutífera para ambos que situamos nosso trabalho.

Já no último capítulo, um percurso pela história da noção de corpo visou mapear, através dos três casos clínicos apresentados no segundo capítulo, diferentes formas como ele pode ser

afetado na irrupção de uma doença crônica como o diabetes, fazendo-nos adentrar em conceitos fundamentais da psicanálise, como o conceito freudiano de pulsão, o narcisismo e as elaborações lacanianas sobre o *acting-out* e o gozo, permitindo-nos inferir que algo da pulsão de morte fica marcado nesses jovens que recorrem ao *acting-out*. Se nunca foi nossa pretensão fazer um amplo estudo sobre o suicídio, as passagens ao ato ou o *acting-out*, as contingências nos levaram a buscar referências para essas saídas precárias como no caso de Milena, a jovem *dissimulada*⁵⁸ que pôs em ato o que a angustiava. Isso porque, como dizem Anna Carolina Lo Bianco e Ricardo de Sá (2006):

Surpreendemos aqui a mesma referência precisa aos fatos que, para serem observados, tomados como objeto, não podem ser tomados em si, e só ganham valor a partir do conceito que os ilumina e dá a eles sua direção (LO BIANCO; SÁ, 2006, p. 70-71)

Assim, certamente outras questões poderiam ser desenvolvidas em torno dos três casos apresentados e dos tantos outros escutados na instituição, inclusive devido à complexidade que circunda a problemática do corpo. Mas, se o corpo é esteio da linguagem, algo sempre resta, sempre falta. E agora sim, para concluir, podemos dizer que algo das pulsões escópica (olhar) — tão proeminente na constituição e apropriação de seus próprios corpos pelos jovens — e invocante (voz) nas relações com a transferência, motor do tratamento analítico, restou como enigma e começou a se desenhar como questão a partir da escuta de pessoas com deficiência visual.

⁵⁸ Significante utilizado por seu pai para descrevê-la.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. *Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: Desafios para Políticas Públicas*. Brasília: UNESCO, BID, 2002.

ABREU, J. L. N. *Nos domínios do Corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos/Contra Capa, 2009.

_____. *O adolescente e o Outro*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010a.

_____. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 37-55.

_____. Psicanálise e corpo em pesquisa. In: RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. (Org.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2011, p. 9-14.

_____. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: GUERRA, A. M. C., MOREIRA, J. O. *Saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV, 2010b, p. 19-25.

_____.; ELIA, L. *Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos*. *Revista Mal-estar e subjetividade*, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 779-802, set. 2008.

_____.; RIBEIRO, M. A. Apresentação. In: _____. *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 7-12.

ALMEIDA, M. A. Ordem Médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica. *Revista Bioética* [on-line], v. 19, nº 3, p. 741-752, 2011. ISSN: 1983-8042. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533257011>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ALVARENGA, L. G.; BERTOLI, N. de F.; MESQUITA, W. A. B. Sociabilidades e recomposições religiosas a partir das narrativas de jovens evangélicos em Campos dos Goytacazes–RJ. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, v. 50, n. 2, p. 177–198, jul./out. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5 (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, C. D. As contradições do corpo. In: _____. *Corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

ANSERMET, F. Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana online nova série*, [S.l.] n.º 13, ano 5, mar. 2014. ISSN 2177-2673. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

APARICIO, S. A análise é o que se espera de um psicanalista. Tradução de Elisabeth da Rocha Miranda. *Stylus Revista de Psicanálise* [on-line], Rio de Janeiro, n. 33, p. 67-75, nov. 2016. Disponível em: <<http://stylus.emnuvens.com.br/cs/article/view/583/313>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ARASSE, D. A carne, a graça, o sublime. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. *História do corpo – volume 1: da Renascença às luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008.

ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.

ARAÚJO, J. F. B. et. al. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, v. 21, n. 2, p. 497-515, 2016. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/131020>>. Acesso em: 6 jun. 2023.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

ARMONY, N. S. O mal corporal em Freud. *Revista da Escola Letra Freudiana: O corpo da psicanálise*, Rio de Janeiro, ano 17, n. 27, p. 329-334, 2000.

ASKOFARÉ, S. Do corpo ao discurso. *TransFormações em Psicologia* [on-line], São Paulo, v. 3, n. 2, p. 84-92, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176106X2010000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2023.

BARROS, R. R. *Compulsões e obsessões: uma neurose de futuro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012

BASTOS, A.; FREIRE, A. B. A prática entre vários: princípios e aplicação da psicanálise. In: FREIRE, A.B.; HOLCK, A.L.L.; BASTOS, A.; COTTET, S.; SANTOS, T.C. *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa / Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica UFRJ, 2005, p. 93-109.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A. D'A. (Org.). *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 25-49.

BERTA, S. L. *Um estudo psicanalítico sobre o trauma de Freud e Lacan*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-29052012-111901/publico/berta_do_corrigida.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.

BESSET, V. L. Clínica com adolescentes: de que pai se trata? *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 17, p. 86-95, jun. 2005.

BIDAULT, E.; RASSIAL, J. J.; DOUVILLE, O. Os nós adolescentes. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 23, dez. 2002, p. 127-137.

BONFIM, F. Trauma e perda: sobre o encontro com o real no corpo e com o desejo do analista. *Opção Lacaniana online nova série*, [S.l.], ano 4, n. 21, nov. 2016. ISSN 2177-2673. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_21/Trauma_e_perda.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 abr. 2019. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids*. Brasília, DF: Editora MS, 2013b.

BRODSKY, G. A solução do sintoma. In: HARARI, A.; CARDENAS, M. H.; FRUGER, F. (Org.). *Os usos da psicanálise: primeiro Encontro Americano do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003, p. 19-32.

BROUSSE, M. H. *O inconsciente é a política*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2003.

BYNUM, W. *História da medicina*. Porto Alegre: L&PM POCKET, 2011.

CALAZANS, R., LUSTOZA, R. Z. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* [on-line], Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 124-131, abr. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jan. 2023.

_____.; BASTOS, A. Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 2, p. 245-256, mai. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/wdKLXK4hCZrxGYwXbmdTghC/?lang=pt#>>. Acesso em: 04 mar. 2023.

CAMPOS, E. de S. *História e evolução dos hospitais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, reedição de 1965.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a Medicina*. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. *O Normal e patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig De Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARNEIRO, C. Entre o remédio e o corpo inquieto: de qual infantil falamos. *Política & Sociedade*, Florianópolis, vol. 20, n. 47, p. 313-335, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/75312>. Acesso em: 04 jun 2023.

CASTANET, D. Os corpos contemporâneos. *Revista de Psicanálise Stylus*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 53-77, 2010. Disponível em: <<https://stylus.emnuvens.com.br/cs/article/view/841>>. Acesso em: 04 jun. 2023.

CASTELLANI, M. M. X.; MORETTO, M. L. T. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. *Revista SBPH* [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 24-43, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582016000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2023.

CASTRO-ARANTES, J.M.; LO BIANCO, A.C. Corpo e finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 2515-2522, 2013.

CIRINO, O. A participação subjetiva no trauma. *Reverso*, Belo Horizonte, n. 68, p. 71-78, dez. 2014.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Tradução do Colégio Freudiano do Rio de Janeiro (Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr.). São Paulo: Brasiliense, 1983.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista De Saúde Coletiva* [on-line], Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73311999000100002>>. Acesso em: 23 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Resolução nº 02, de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 57, 22 mar. 2001. Seção I, p. 10. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

_____. Resolução nº 03, de 05 de fevereiro de 2016. Altera a Resolução CFP nº 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 30, 16 fev. 2016. Seção I, p. 50. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-003-2016.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde (Brasil). O SUS. *Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, DF. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html. Acesso em: 18 jan. 2023.

COUTINHO, L. G. *Adolescência e errância: destinos do laço social no contemporâneo*. Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ, 2009.

_____.; MADUREIRA, B. Os Cortes na Adolescência e a Busca por um Lugar na Cidade. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 1-20, 2021.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. Prefácio. In: _____. *História do corpo – volume 1: da Renascença às luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 7-13

COSTA, A. *Corpo e escrita: relações entre memória e transmissão da experiência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

_____. Iniciação e saber na relação ao sexual. In: ALBERTI, S. (Org.). *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008, p. 307-314.

COTTET, S. Estrutura e romance familiar na adolescência. In: RIBEIRO, H.C; POLO, V. (Org.). *Adolescência: o despertar*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1996, p. 7-20.

COURTINE, J. J. *História do corpo, volume 3: as mutações do olhar. O século XX*. Petrópolis: Vozes, 2006.

DANTO, E. A. *As clínicas públicas de Freud: psicanálise e justiça social*. Tradução de Margarida Goldszajn. São Paulo: Perspectiva, 2019.

DARRIBA, V. A. Psicanálise e prática multidisciplinar no hospital: clínica e transmissão. *Revista SBPH*, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 240-251, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

_____.; BOSSE, C. O terapêutico e o analítico em Freud. *Psicologia Em Estudo* [on-line], Maringá, v. 18, n. 2, p. 333-341, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/YRWp9c76GH8hRty64QTX7bb/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jan. 2023.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Vocabulário dinâmico com mais de 30 mil termos relacionados à saúde. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

DEL FUEGO, A. *A pediatra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

DESCARTES, R. *Discurso do método; Meditações; Objeções e respostas; As paixões da alma; Cartas*. 2. ed. São Paulo: Abril, 1979. (Os Pensadores).

DIRETRIZ OFICIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2022. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Plataforma virtual com diretrizes para todos os profissionais da saúde que se dedicam ao diabetes. Disponível em: < <https://diretriz.diabetes.org.br/2022/>>. Acesso em: 18 fev. 2023.

DOLTO, F. *A causa dos adolescentes: um projeto humanista para o desenvolvimento dos 10-16 anos*. 2. ed. São Paulo: Ideias & Letras, 2021.

_____. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2015.

_____. *Seminário de Psicanálise com crianças* (1982). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013.

DUNKER, C. I. L. Corporeidade em psicanálise: corpo, carne e organismo. In: RAMIREZ, H. H. A.; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. (Org.). *A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise*. São Paulo: Annablume, 2011, p. 87-129

ELIA, L. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

_____. ‘Je panse donc j’essuie’: o que retorna do exílio? In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. (Org.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 29-35.

FERREIRA, T. *A escrita da clínica: psicanálise com crianças*. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FIGUEIREDO, A. C. O Movimento Psicanalítico no Rio de Janeiro na década de 70. In: BIRMAN, J. (Org.). *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus Editora, 1988, p. 123-147.

_____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, A. M. C., MOREIRA, J. O. *Saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 11-18.

FINGERMANN, D. Corpo e repetição: encore. *A peste*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 337-345, jul./dez. 2010.

FONSECA, A.F.; CORBO, A. D’A. (Org.). *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social (1974a). In: MACHADO, R. (Org.) *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, p. 143-170.

_____. O nascimento do hospital (1974b). In: MACHADO, R. (Org.) *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, p. 179-189.

_____. Poder-corpo (1975). In: MACHADO, R. (Org.) *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014, p. 234-243.

_____. *Vigiar e punir: o nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FREDA, H. O adolescente freudiano. In: RIBEIRO, H. C; POLO, V. (Org.). *Adolescência: o despertar*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1996. (Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise), p. 21-30.

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912a). In: _____. *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, p. 100-110.

_____. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: _____. *O Eu e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 182-192.

_____. *A interpretação dos sonhos (1900)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: _____. *História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”), Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 120-178.

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: _____. *Obras completas, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2018, p. 274-326.

_____. As pulsões e seus destinos (1915). In: _____. *As pulsões e seus destinos - Edição bilíngue*. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2013, [n.p.].

_____. Caminhos da terapia psicanalítica (1919). In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud: fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, [n.p.].

_____. Cartas a Fliess. Carta 69. (1897a). In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 195-198.

_____. Carta a Georg Groddeck de 5.6.1917 (1917). In: _____. *Correspondência de amor e outras cartas (1873-1939)*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

_____. Conferência 32. Angústia e instintos (1933). In: _____. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 224-262.

_____. Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915a). In: _____. *Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, p. 209-246.

_____. Introdução ao narcisismo (1914). In: _____. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 13-50.

_____. Linhas de progresso na terapia analítica (1917-1919). In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 17, p. 171 - 181.

_____. Meu ponto de vista sobre o papel desempenhado pela sexualidade na etiologia das neuroses (1906). In: _____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros textos (1901-1905)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021, p. 348-360.

_____. *Obras completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2016.

_____. O delírio e os sonhos na Gradiva de W. Jensen (1907). In: _____. *O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, [n.p].

_____. O Eu e o Id (1923). In: _____. *O Eu e o Id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 9-64.

_____. O inconsciente (1915b). In: _____. *Obras completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 99-150.

_____. O início do tratamento (1913). In: _____. *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, p. 123-145.

_____. O inquietante (1919). In: *História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), Além do Princípio do Prazer e outros textos (1917-1920)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 247-283.

_____. O mal-estar na civilização (1930). In: _____. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 13-122.

_____. O romance familiar dos neuróticos (1909). In: _____. *O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, [n.p].

_____. O sentido dos sintomas (1917). In: _____. *Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 279-296.

_____. Projeto para uma psicologia científica (1895). In: _____. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 212-297.

_____. Psicologia das massas e análise do Eu (1921). In: _____. *Obras completas, volume 15: Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011, p. 9-100.

_____. Psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: _____. *Psicopatologia da vida cotidiana e sobre os sonhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021, p. 13-376.

_____. Rascunho B (1893). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, volume 1*. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 132-136.

_____. Rascunho M (1897b). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p. 188-190.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912b). In: _____. *Obras completas, volume 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010, p. 111-122.

_____. Sobre a concepção das afasias: um estudo crítico. In: _____. *Obras incompletas de Sigmund Freud, volume 1*. Tradução de Emiliano de Brito Rossi. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 15-149.

_____. Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina (1920). In: _____. *Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 101-133.

_____. Sobre a psicologia do colegial (1914). In: _____. *Obras completas, volume 11: Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outras obras (1912-1914)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2012, p. 302-306.

_____. Sobre as teorias sexuais infantis (1908). In: _____. *O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, [n.p.].

_____. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos (1893). In: _____. *Obras completas, volume 2: Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2016, p. 18-38.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: _____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros textos (1901-1905)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021, p. 13-172.

_____. Totem e tabu (1913). In: _____. *Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p. 7-176.

_____. Um tipo especial de escolha de objeto feita pelo homem (1910). (Contribuições à Psicologia do amor I). In: _____. *Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“o homem dos ratos”], Uma recordação de infância de Leonardo Da Vinci e outros textos (1909-1910)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013, p. 259-269.

GÉLIS, J. O corpo, a igreja e o sagrado. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. *História do corpo – volume 1: da Renascença às luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 19-130.

GRECO, M. Os espelhos de Lacan. *Opção Lacaniana online nova série*, [S.l.], ano 2, n. 6, nov. 2011. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_6/Os_espelhos_de_Lacan.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2023.

GOLDEMBERG, I. O corpo e o gozo. *Revista da Escola Letra Freudiana: O corpo do Outro e a criança*, Rio de Janeiro, v. 33, 2004.

GRONSTEIN, S. A. “*A ciência e a verdade*”: a psicanálise proposta como uma ciência no texto de Jacques Lacan. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

GUELLER, A. S. Atendimento psicanalítico de crianças. São Paulo: Zagadoni, 2011.

HARARI, A. *Fundamentos da prática lacaniana: risco e corpo*. Belo Horizonte: Relicário, 2018.

HUGO, V. *Os Trabalhadores do Mar*. São Paulo: Nova Cultural, 2002.

IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS. Santa Casa de Misericórdia de Santos: sinopse histórica. *Acta Medica Misericordiae 1 (1)*, out. 1998, p. 7-10. Disponível em: <<https://santacasadesantos.org.br/portal/hospital/historia>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

JACÓ-VILELA, A.M. História da Psicologia no Brasil: Uma Narrativa por Meio de seu Ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão* [on-line], Brasília, v. 32, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500004>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

_____; DEGANI-CARNEIRO, F. Psicologia e Saúde no Brasil: interfaces históricas. *Revista Tempos Gerais* [on-line], São João del-Rei, v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/temposgerais/article/view/1438>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol 1: as bases conceituais*. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol 3: a prática analítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

LACADÉE, P. *O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

LACAN, J. A ciência e a verdade (1966). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 869-892.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder (1958). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 591-652.

_____. Ato de fundação (1964). In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 235-247.

_____. Conferência de Genebra sobre o sintoma (1975). *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 23, p. 6-16, 1998.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-1958). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 537-590.

_____. Função e campo da fala e da linguagem (1953). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 238-324.

_____. Joyce, o Sintoma (1976). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 560-566.

_____. *Le moment de conclure* (1977-1978). Publicação não oficial. [S.l], Staferla: [20--?]. Disponível em: < <http://staferla.free.fr/S25/S25.pdf> >. Acesso em: 02 abr. 2023.

_____. Lituraterra (1971). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 15-25.

_____. Nota sobre a criança (1969). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 369-370.

_____. O aturdido (1973). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 448-497.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu (1949). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 96-103.

_____. Os complexos familiares na formação do indivíduo (1938). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 23-90.

_____. O lugar da psicanálise na medicina (1966). *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 32, p. 8-14, 2011.

_____. *O Saber do Psicanalista: Seminário 1971-1972 (1971-1972)*. Publicação para circulação interna. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2000-2001.

_____. *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

_____. *O Seminário, livro 4: A relação de objeto (1956-1957)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente (1957-1958)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise (1959-1960)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. *O Seminário, livro 8: A transferência (1960-1961)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. *O Seminário, livro 10: A angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985

_____. *O Seminário, livro 12: Problemas cruciais para a psicanálise (1965)*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2006. Tradução do texto estabelecida pela Association Lacanienne Internationale.

_____. *O Seminário, livro 15: O ato psicanalítico (1967-1968)*. Inédito. Disponível em: < <http://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/15-LACAN-Jacques.-O-semin%C3%A1rio-livro-15.-O-ato-psicanal%C3%ADtico-1967-68.pdf> >. Acesso em: 06 jun. 2023.

_____. *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

_____. *O Seminário, livro 20: Mais, ainda (1972-1973)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. *O Seminário, livro 23: O sinthoma (1975-1976)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. Para além do princípio de realidade (1936). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 77-95.

_____. Prefácio a O Despertar da primavera (1974a). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 557-559.

_____. Radiofonia (1970). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 400-447.

_____. Televisão (1974b). In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003, p. 508-543.

_____. Variantes do tratamento padrão (1966). In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 325-364.

LEMINSKI, P. *La vie em close*. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LINDENMEYER, C. *L'humain et ses prothèses: savoirs et pratiques du corps transformé*. Paris: CNRS Éditions, 2017.

_____. *Os impasses do feminino*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2023.

LISPECTOR, C. *Crônicas para jovens: de escrita e vida*. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

LO BIANCO, A.; SÁ, R. A objetividade do experimento: a elisão do sujeito e de seu ato. In: BASTOS, A. (Org.). *Psicanalisar hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p. 67-78.

LOMBARDI, G. A relação do neurótico obsessivo com seu corpo. *Stylus Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 111–119, dez. 2010. DOI: 10.31683/stylus.vi21.836. Disponível em: <<https://stylus.emnuvens.com.br/cs/article/view/836>>. Acesso em: 7 jun. 2023.

LUCENA, B. B. V; SEIXAS, C. M.; FERREIRA, F. R.; PRADO, S. D. Imagem corporal pelo olhar da psicanálise. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-13, out. 2020. ISSN 2238-913X. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/46198>>. Acesso em: 04 jun. 2023.

MACHADO, Z. A família está viva! Uma abordagem psicanalítica. In: PACHECO, A. L. P.; OLIVEIRA, B. (Org.). *Criança: objeto ou sujeito*. Quinze anos da rede de pesquisa de Psicanálise e Infância do FCL-SP. São Paulo: Escuta/Fórum do Campo Lacaniano, 2017, p. 277-295.

_____. O inconsciente e o corpo. *Stylus Revista De Psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 107–115, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.31683/stylus.vi20.844>>. Acesso em: 04 jun. 2023.

MATOZINHO, C.; CALAZANS, R.; SOUZA, J. M. P. Escarificações na adolescência: uma abordagem psicanalítica. In: CHATELARD, D.; MESSO, M. *O corpo no discurso psicanalítico*. Curitiba: Appris, 2019, p. 95-103.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MAZZA, L., BRAGA, T.; BUONO, R. O sobe e desce da pobreza. *Revista Piauí*, 04 jul. 2022. Disponível em: <<https://piaui.folha.uol.com.br/o-sobe-e-desce-da-pobreza>>. Acesso em: 18 jan. 2023

MELLO-FILHO, J. *Psicossomática hoje*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MEZAN, R. Psicanálise e psicoterapias. *Estudos Avançados* [on-line], São Paulo, v. 10, n. 27, p. 95-108, 1996. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/8937>>. Acesso em 18 jan. 2023.

MIELI, P. *Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos*. Tradução de Vera Avellar Ribeiro e Ana Vicentini de Azevedo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Corpo Freudiano do Rio de Janeiro, 2002.

MILLER, J. A. Em direção à adolescência. Intervenção de encerramento da 3ª Jornada do Instituto da Criança. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 72. p. 20-30, 2016. Disponível em: <<http://minascomlacan.com.br/blog/em-direcao-a-adolescencia>>. Acesso em: 31 mar. 2023.

_____. Leitura crítica dos “Complexos familiares”, de Jacques Lacan (1984). *Opção Lacaniana online nova série*, São Paulo, v. 42, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/artigos/n2/pdf/artigos/jamleitura.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2023.

MIRANDA, E. R.; CERQUISE, G. (Org.). *A clínica do ato*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 5/08 – Dia Nacional da Saúde. *Biblioteca Virtual em Saúde*. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MORETTO, M. L. T. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagadoni, 2019.

MOTTA, T.; RIVERA, T. O fascínio do ver e a angústia do olhar: sobre o corpo e a subjetividade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, [S.l.], v. 8, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/141547142005004006>>. Acesso em 04: jun 2023.

ORTEGA, F. *O corpo incerto*. Rio de Janeiro: Garamond, 1997.

PADOVAN, C. As origens médico-psiquiátricas do conceito psicanalítico de narcisismo. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 634–644, set. 2017.

PALASSON, R. R. et al. Internações hospitalares por Diabetes *Mellitus* e características dos locais de moradia. *Acta Paulista De Enfermagem* [online], São Paulo, v. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02952>. Acesso em: 18 jan. 2023.

PELLICCIARI, F. S. *Estudo da significância do corpo na Umbanda: limites e possibilidades de aplicabilidade de alguns conceitos lacanianos*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-04122008-151746/pt-br.php>>. Acesso em: 04 jun. 2023.

PEREIRA, F. M. *A inserção do Psicólogo no Hospital Geral: a construção de uma nova especialidade*. 104f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

PEREZ, L. M. F. Corpo, angústia e vulnerabilidade: o corpo na clínica psicanalítica contemporânea. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICANÁLISE DA UFC, 6., Fortaleza. *Mesas*. Fortaleza: UFC, 2011.

PEUSNER, P. *Fugir para adiante: O desejo do analista que não retrocede ante as crianças*. São Paulo: Aller, 2021.

POLI, M. C. “Eu não procuro, acho”: sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In: LO BIANCO, A. C. (Org.). *Freud não explica: a psicanálise nas universidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p. 39-52.

_____.; BECKER, A. L. Adolescência: uma abordagem na psicanálise lacanianiana. In: MACEDO, M. M. K. (Org.). *Adolescência e psicanálise: intersecções possíveis*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010, p. 201-211.

POLLO, V. Exílio e retorno do corpo: Descartes e a psicanálise. In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. (Org.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 15-35.

_____. O psicanalista e a ditadura da imagem. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICANÁLISE DA UFC, 6., Fortaleza. *Mesas*. Fortaleza: UFC, 2011.

PRATES, A. L. Que destino dar à mensagem recebida? apontamentos sobre a questão da transmissão na psicanálise. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 15, n. 1-2, p. 149–167, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642004000100017>. Acesso em: 04 jun. 2023.

PORTER, R., VIGARELLO, G. Corpo, saúde e doenças. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. *História do corpo – volume 1: da Renascença às luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 441-486.

QUINET, A. *As 4+1 condições de análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. *Édipo ao pé da letra: fragmentos de tragédia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

_____. Incorporação, extrusão e somação: comentário sobre o texto “Radiofonia”. In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. (Org.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 59-70.

_____. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

_____. *Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

RABELO, M. T. P. et al. Transitar doente: laços e desenlaces entre os adolescentes sobreviventes de câncer infantojuvenil, seus familiares e a instituição hospitalar. *Physis: Revista De Saúde Coletiva* [on-line], Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320219>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

RAMIREZ, M. E. Apresentação do livro: “Despertar da adolescência. Freud e Lacan leitores de Wedekind”. *Opção Lacaniana online nova série*, São Paulo, ano 5, n. 15, nov. 2014. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_15/Apresentacao_do_livro.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

RASSIAL, J. J. *A Passagem Adolescente: Da Família ao Laço Social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

_____. Positions lacaniennes sur l’adolescence, hier et aujourd’hui. *Adolescence*, Paris: Éditions Greupp, v. 18, n. 1, 2000.

REIS, J. A. R. et al. Prática e inserção do psicólogo em instituições hospitalares no Brasil: revisão da literatura. *Psicologia hospitalar* [online], São Paulo, vol. 14, n. 1, p. 2-26, 2016. ISSN 2175-3547. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100002>. Acesso em: 18 jan. 2023.

REZENDE, J. M. O ato médico através da história. In: _____. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina* [on-line], São Paulo: Editora Unifesp, 2009, p. 111-119. ISBN 978-85-61673-63-5. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

RIBEIRO, H. C.; POLLO, V. (Org.). *Adolescência: o despertar*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1996. (Kalimeros – Escola Brasileira de Psicanálise).

RINALDI, D. O corpo estranho. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 440-451, set. 2011.

_____. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: _____.; JORGE, M. A. C. (Org.).

Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002, p. 53-69.

_____. *Ética da diferença: um debate entre Psicanálise e Antropologia.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

RINALDI, D.; NICOLAU, R. F.; PITANGA, C. E. G. do A. Do fenômeno psicossomático ao sintoma: a aderência do sujeito ao diagnóstico médico e o trabalho analítico. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, p. 95–108, abr. 2013.

ROCHA, L. M. T. A psicanálise na instituição pública: uma prática com pacientes diabéticos. *Revista da Escola Letra Freudiana: O corpo do Outro e a criança*, Rio de Janeiro, v. 33, 2004, p. 139-146.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11–27, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000100002> 2011>. Acesso em: 04 jun. 2023.

SAGGESE, E. Uma Juventude à Flor da Pele: o dilema de adolescer ou adoecer. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 1-18, 2021.

SANTIAGO, A. L., ASSIS, R. M. *O que esse menino tem? Sobre alunos que não aprendem e a intervenção da psicanálise na escola.* 2. ed. Belo Horizonte: Relicário Edições, 2018. (Coleção BIP – Biblioteca do Instituto de Psicanálise).

SANTOS, F. J. B. Do corpo médico ao corpo na psicanálise. *Revista da Escola Letra Freudiana: O corpo da psicanálise*, Rio de Janeiro, ano 17, n. 27, p. 293-299, 2000.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista De Saúde Pública* [on-line], v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SILVA, L. P.; TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. Prática psicológica em hospitais: adequações ou inovações? Contribuições históricas. *Boletim Academia Paulista de Psicologia* [on-line], v. 26, n. 3, p. 24-37, 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/946/94626305.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SOLER, C. *A querela dos diagnósticos.* Tradução de Cícero Alberto de Andrade Oliveira, Elisa Touchon Fingermann. Revisão da tradução e revisão técnica de Sandra Letícia Berta. São Paulo: Blucher, 2018.

_____. Discurso e trauma (1998). In: ALBERTI, S.; RIBEIRO, M. (Org.). *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência.* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004, p. 71-87.

_____. O desejo do psicanalista: onde está a diferença?. Tradução de Sonia Campos Magalhães. *La lettre mensuelle*, Paris, ECF, n. 131, p. 10-12, jul. 1994.

_____. *O em-corpo do sujeito*. Salvador: Ágalma, 2019.

_____. *Rumo à identidade*. São Paulo: Aller, 2018.

_____. Trauma e fantasia (1997). In: *Stylus Revista de Psicanálise*, Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, n. 9, out. 2004. p. 45-59.

STEVENS, A. Adolescência como sistema da puberdade. *Curinga*, Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise Seção Minas Gerais, n. 20, p. 27-39, 2004.

_____. Quando a adolescência se prolonga. *Opção Lacaniana online nova série*, São Paul, ano 4, n. 11, jun. 2013. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_11/Quando_adolescencia_prolonga.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SWINERD, M. M. *A subjetividade na clínica com pacientes com câncer hematológico: uma visão da psicanálise*. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

_____. *Do ato médico ao ato analítico: sobre o trabalho do psicanalista em um hospital oncológico*. 2022. 161 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

_____; DARRIBA, V. A. *Do ato médico ao ato analítico: considerações sobre o psicanalista no hospital*. *Tempo Psicanalítico* [on-line], Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 288-309, 2022. Disponível em: <<https://www.tempopsicanalitico.com.br/tempopsicanalitico/article/view/525>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SZPIRKO, J. Ser doente, ter uma doença. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

TOREZAN, Z. F. et al. A graduação em psicologia prepara para o trabalho no hospital? *Psicologia: Ciência e Profissão* [on-line], v. 33, n. 1, p. 132-145, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100011>>. Acesso em: 18 jan. 2023.

VALAS, P. Um fetiche para os ignorantes: a psicossomática. *Revista da Escola Letra Freudiana: O corpo do Outro e a criança*, Rio de Janeiro, v. 33, 2004, p. 113-126.

VARELLA, D. Diabetes – entrevista. *Blog Dráuzio Varella*. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/diabetes-entrevista/>>. Acesso em 18: jan. 2023.

VIDAL, E. Acerca do caso clínico. *Transfinitos*, Belo Horizonte: Aleph – Escola de Psicanálise, vol. 14, p. 313-324, 2015.

VIEIRA, M. A. Dando nome aos bois: a questão do diagnóstico em psicanálise. In: FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Psicanálise: pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 171-181.

VIGARELLO, G. *Histoire du corps: De la Renaissance aux Lumières*. Paris: Seuil, 2005. (Histoire du corps, v. 1).

WIKIPEDIA. *Corpo*. [S.l.], 2022. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Corpo>. Acesso em: 06 jun. 2023.

WINOGRAD, M. & MENDES, L. C. Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, v. 11, n. 2, p. 211-223, 2009.