

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

JÚLIA SOUZA ACEBAL

A escuta do corpo na clínica contemporânea: um olhar sob a teoria psique-soma de
Winnicott

Campinas
2021

JÚLIA SOUZA ACEBAL

A escuta do corpo na clínica contemporânea: um olhar sob a teoria psique-soma de Winnicott

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Coletiva.

Orientadora: Prof. Dr. Rosana Teresa Onocko Campos

Campinas

2021

Mapa de anatomia: O Olho

de Cecília Meireles

“O olho é uma espécie de globo,
é um pequeno planeta
com pinturas do lado de fora.

Muitas pinturas:
azuis, verdes, amarelas.

É um globo brilhante:
parece cristal

[...]

Mas por dentro há outras pinturas, que não se vêem:

umas são imagens do mundo,
outras são inventadas.

O Olho é um teatro por dentro.

E às vezes, sejam atores, sejam cenas,
e às vezes, sejam imagens, sejam ausências,
formam, no Olho, lágrimas.”

RESUMO

ACEBAL, J.S. A escuta do corpo na clínica: um olhar sob a teoria psique-soma de Winnicott. Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde Mental e Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2021.

O presente trabalho reflete sobre como os dispositivos de saúde contribuem para cisão do sujeito entre psique-corpo e analisa a dificuldade de reconhecê-lo como alvo e palco do sofrimento psíquico. Trata-se de uma pesquisa de tipo teórica, realizada a partir de levantamentos bibliográficos que contribuíram para clarificar a conceituação da relação psique-soma, dentre a bibliografia psicanalítica. Inicialmente foi feito um resgate do lugar do corpo na clínica tradicional e de como a fragmentação do sujeito em biológico x psicológico x social tem impactado nas propostas terapêuticas, ressaltando a importância de reconhecer no corpo o lugar de manifestação de mal-estar contemporâneo. Discute-se - tendo apoio na teoria Winnicottiana - a conquista gradual da integração psique-soma e que em pacientes psicossomáticos haveria uma cisão dessa unidade a partir da utilização de defesas na tentativa de produzir uma reintegração. Em um segundo momento, articulado à experiência enquanto Residente Multiprofissional em Saúde Mental, trago elementos para discussão de manejos realizados em serviços de saúde, fazendo ligações com o arcabouço teórico da teoria psique-soma. E por fim, trago caminhos terapêuticos possíveis no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) para lidar com esses casos.

ABSTRACT

ACEBAL, JS. Listening to the body in the clinic: a look at Winnicott's psyche-soma theory. Completion of Residency in Mental and Collective Health – Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2021.

The present work proposes to reflect on how health devices contribute to the split of the subject between the psyche and the body and to analyze the difficulty of recognizing him as the target and stage of psychic suffering. This is a theoretical research, carried out from bibliographical surveys that contribute to clarifying the concept of the psyche-soma relationship, within the psychoanalytic bibliography. Initially, a rescue of the body's place in the traditional clinic is carried out and how the fragmentation of the subject into biological x psychological x social has impacted on therapeutic proposals, emphasizing the importance of recognizing in the body a place of manifestation of contemporary malaise. It is discussed, - having support from the Winnicottian theory - , the gradual achievement of psyche-soma integration and that in psychosomatic patients there would be a split in this unit based on the use of defenses in an attempt at reintegration. In a second moment, articulated with the experience as a Multiprofessional Resident in Mental Health, I bring elements for the discussion of management carried out in health services, making connections with the theoretical framework of the psyche-soma theory. And finally, I bring possible therapeutic paths in the context of the Unified Health System (SUS) to deal with these cases.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
OBJETIVO	8
MÉTODO	9
RESULTADOS E DISCUSSÃO	10
A psique-soma e as “angústias impensáveis” de Winnicott	
A materialização da dor	
O corpo na contemporaneidade	
Experiências clínicas: o encontro sujeito-profissional de saúde	
As barreiras no cuidado	
O caminho terapêutico no Sistema Único de Saúde (SUS): Clínica ampliada e apoio Paidéia	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

Introdução

Com o surgimento da medicina, esta veio a estruturar suas práticas e saberes dispondose a oferecer a objetividade da doença. Partindo da observação de sinais e sintomas, essas manifestações assentariam discussões para conclusão de diagnósticos e possíveis linhas de tratamento¹.

Mas sabe-se que nem todas as manifestações podem ser explicadas a partir do modelo objetivo. Um exemplo é o que a medicina chama de ‘sintomas vagos e difusos’, definidos por sinais e sintomas sem associação direta com alguma causa orgânica². Estes casos ocupam boa parte das salas de espera dos serviços de saúde, podendo manifestar-se a partir de dores abdominais, dores difusas pelo corpo, cefaleia, dentre outros. Ao não se encaixar no modelo objetivo, tornam-se um paradigma no cuidado em saúde, pela insistência de sintomas físicos sem que o médico possa firmar um diagnóstico¹.

O diagnóstico não-preciso influencia diretamente nas condutas terapêuticas. O que observamos é que nesses casos há risco de hipermedicalização do sujeito na tentativa de cura de sintomas persistentes. O sujeito ‘sem diagnóstico’ muitas vezes é submetido a extensas investigações laboratoriais, encaminhamentos a diversas especialidades, além de receber orientações generalistas sobre possíveis “curas” para suas queixas - “para dor de barriga, alimente-se melhor”, “para dor nas costas, cuidado com a postura”, “para dor de cabeça, você tem dormido bem?” e por aí vai...

Estes sujeitos que trazem manifestações somáticas difusas, ao serem enquadrados como sintomas ‘subjetivos’, podem ser marginalizados dentro dos serviços, por não receberem a mesma atenção clínica que se tivessem causa orgânica relacionada. Por serem vistos como “quadros refratários” às diversas propostas de tratamento, a impressão que fica é que estes usuários “super utilizam” os serviços de saúde². Historicamente, o termo “histeria” foi usado pejorativamente para nomeá-los, acompanhado às ideias de que suas manifestações seriam de “frescura, chlique, dramatização”¹ e até mesmo reconhecidos por serem “casos chatos, cansativos”².

A clínica tradicional, ao colocar o corpo como ‘máquina biológica’ que deveria responder só ao que lhe é orgânico, desconsidera parte do mal-estar contemporâneo e suas variadas formas de acusar as angústias de viver em uma sociedade marcada por desigualdades, miséria, violência, desamparo...

“A teoria da clínica psicanalítica aponta de maneira inequívoca, desde os seus primórdios, que o corpo pode se apresentar como um território privilegiado onde seriam encenados os conflitos e os diversos modos de expressão do sofrimento psíquico. Se por muito

tempo coube às histéricas protagonizar o papel de ilustração clínica mais evidente quanto ao modo pelo qual o mal-estar psíquico pode se expressar através do corpo, atualmente outros modos de padecimento psíquico vêm se prestando e, talvez de forma ainda mais enfática, ao papel de corroborar as relações entre o sofrimento subjetivo e a corporeidade”³.

O sofrimento encontra, a partir de consequências clínicas drásticas, meios de representação de sua realidade interna. Complicações que, agora sinalizadas no corpo de forma concreta, levam os sujeitos aos serviços de saúde em busca de tratamentos corporais⁴.

Ocorre que, quando as doenças biológicas são o objeto central de trabalho na clínica, estas ocupam todo o corpo e o Ser ⁵, impedindo a leitura do corpo também como lugar de subjetividades. *“Haveria um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais do enfermo, a doença o recobriria como uma segunda pele, uma nova identidade”⁵.* O sujeito-subjetivo com nome e história, seria substituído então, por “leito 32”, poliqueixoso, bipolar, hipertenso⁵...

Edificam-se leituras clínicas reducionistas e cindidas entre o biológico x psicológico x social, que por vezes culminam na exclusão do usuário da construção de seu próprio cuidado ao desconsiderar questões existenciais, culturais e territoriais importantes. Esse espaço de não escuta, acaba por firmar ainda mais a relação de saber-poder que os profissionais de saúde detêm dentro das instituições².

Tendo o sujeito sido deslocado do centro na clínica, questões burocráticas e estritamente técnicas ocupam os espaços, trazendo dificuldades em considerar questões sociais e inviabilizando articulações de promoção e cuidados em saúde mais coerentes e eficazes. Nota-se maior alienação e afastamento em relação aos sujeitos dependentes de cuidados, ocorrendo intervenções pouco fundamentadas na singularidade de cada Ser⁵.

Essas questões trazem marcas importantes para dentro dos serviços de saúde públicos brasileiros. Nesta linha e com apoio na leitura Winnicottiana sobre a relação psique-soma pretendo explorar: *qual o sentido de prestar atenção ao corpo como parte da escuta do sofrimento psíquico? De que forma os serviços de saúde contribuem para a cisão do sujeito entre psique-corpo?*

Objetivo

Refletir sobre como os dispositivos de saúde contribuem para cisão do sujeito entre psique-corpo e analisar a dificuldade de reconhecer o corpo como alvo e palco do sofrimento psíquico.

Método

Trata-se de uma pesquisa de tipo teórica. Sua execução propõe levantamentos bibliográficos que contribuam a clarificar a conceituação da relação psique-soma, dentre a bibliografia psicanalítica e pretende ilustrar algumas das categorias apresentadas a partir das experiências enquanto Residente Multiprofissional em Saúde Mental.

Resultados e Discussão

A psique-soma e as “angústias impensáveis” de Winnicott

Freud ao discutir as interações psique-corpo, em sua obra “Neurose de Angústia”, nota que na grande maioria dos casos relacionados diretamente ao afeto de angústia, os indivíduos apresentavam sensações afetivas acompanhadas de perturbações corporais. Segundo ele, este afeto, que decorria da transformação de excitação somática sexual acumulada, seria um afeto de fronteira entre o somático e o psíquico pelas suas formas de representação⁶.

Winnicott propõe uma diferença entre a angústia propriamente dita e o que a criança sente nos primeiros momentos de vida, nos trazendo a noção de “angústias impensáveis” ou “agonias primitivas” a fim de entender os sentimentos do bebê diante de irritações sentidas em condição anterior à constituição egóica e, portanto, à capacidade de recalque⁶.

Segundo Winnicott⁷, (1958) “o indivíduo deve ter alcançado certo grau de maturidade e a capacidade para a repressão antes que o termo “ansiedade” possa ser adequadamente empregado”.

Winnicott nos diz que o bebê parte de uma não-integração da psique-soma, e que o processo de amadurecimento e conquista da integração vem ao longo do tempo. Considera que a partir das vivências do bebê-ambiente, este vai obtendo a percepção de “ser”, ou seja, sentir-se dentro do próprio corpo, e aos poucos esse corpo vai se tornando personalizado, transformando-se em soma à partir da elaboração imaginativa corporal⁸.

As sensações corporais e a motricidade são fatores indispensáveis na integração corporal e conseqüentemente, na constituição dos pensamentos⁹. Freud aponta, em O Ego e o Id, o papel das sensações corporais na formação do eu (1923):

“O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é visto como qualquer outro objeto, mas, ao tato, produz percepção interna. A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos no mundo da percepção. Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à ideia do nosso corpo. O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal”⁹.

Pensando na perspectiva de que nosso corpo é composto 70% por fluídos – sentido como líquido ou gasoso pelo bebê, este fica sujeito a experiências de dissolução, adquirindo sentido a sensação existencial de ‘esvaziar-se’. Por suposto, a possibilidade de sentir-se inteiro acontece

a partir dos sentidos (muscular, tátil, visual, olfativo, gustativo), permitindo ao bebê experiências corporais de reconhecimento do mundo, das pessoas, objetos ao redor e consequentemente contribuindo para a constituição dos seus pensamentos¹⁰.

Winnicott coloca o ambiente como fundamental na sustentação do sujeito, que se estende desde os cuidados maternos, à família e suas vivências sociais. A partir dessas experiências e da elaboração imaginativa das funções corporais, vivência gradativamente a integração da psique-soma, experimentando o sentimento de “eu sou”^{8, 11}.

Nos primórdios da vida, as sensações que causam desprazer vão constituir uma demanda, fazendo o bebê se queixar a partir do choro, que serve de apelo, protesto e reforço da integração psicossomática. A resposta a esse choro, junto aos cuidados da mãe marcam a possibilidade de um “ir e vir”, promovendo “espaço simbólico de separação e união”, a mãe transmite ao bebê a possibilidade de “confiabilidade humana” elemento primordial para seu desenvolvimento^{8, 11}.

Se as falhas adaptativas a partir da integração forem adequadas, teremos uma psique alocada no soma, tendo como membrana limitadora, a pele. Permitindo-se reconhecer a existência de seu próprio corpo, com o sentimento de “eu sou”¹¹.

Segundo Winnicott, se as falhas do ambiente forem excessivas, o indivíduo pode experimentar uma “ansiedade impensável”, como defesa contra a não-integração, ou seja, a uma dissociação psique-soma. A doença psicossomática revelaria essa separação, ao mesmo tempo que seria uma tentativa de retomar a integração^{8, 11}.

Em pacientes psicossomáticos, haveria uma cisão da unidade psique-soma e um desenvolvimento super adaptativo da mente a partir da tentativa de utilizar defesas dissociativas para lidar com essa cisão. Esse estado de não integração, relacionadas ao “ego frágil”, traz ameaça à identidade e consequentemente o risco de despersonalização a partir da regressão do “eu sou”¹².

A “despersonalização” seria representada pela perda de contato do paciente com o corpo e o funcionamento corporal, implicando isso a existência de algum outro aspecto da personalidade. Segundo ele, a cisão ou estado de não-integração tem grande importância na proteção contra a angústia de aniquilamento¹³.

“É um sinal de saúde que a criança possa usar relacionamentos nos quais há uma confiança máxima, e em tais relacionamentos às vezes desintegrar-se, despersonalizar-se e até mesmo, por um momento, abandonar a premência quase fundamental de existir e sentir-se existente. As duas coisas, portanto, andam juntas no desenvolvimento sadio: o senso de segurança em um relacionamento mantendo a oportunidade para a anulação repousante dos

*processos integrativos, ao mesmo tempo em que facilita a tendência geral herdada que a criança tem no sentido da integração, e, como estou acentuando neste artigo, na questão da morada ou habitação do corpo e o funcionamento corporal*¹³.

Na doença psicossomática, causada pela desintegração psique-soma, a angústia é de vazamento, justamente pelos fragmentos não integrados. Pela desfragmentação, nota-se comprometimento nas simbolizações, em verbalizar sentimentos e a dificuldade de associar as perturbações corporais com suas emoções, que faz com que tragam na clínica constante descrição de sintomas físicos. M. Klein nos diz que a incapacidade de simbolização impede também a formação do Ego, prejudicando a capacidade de sentimento de “eu”¹².

*“Quando o holding e o ambiente acolhedor eram deficientes, os bebês desenvolviam um autoembalo, cólica do terceiro mês, dificuldades no sono, dermatoses e mercismos, então, posteriormente, apresentavam variados graus de prejuízo na simbolização”*¹².

A materialização da dor

Em termos fisiológicos, a tentativa de defesa contra a cisão psique-soma origina processos de excitação no corpo estimulando variações no estado de humor⁸. Observa-se na clínica, que essas variações afetam o corpo diretamente:

*“O tônus muscular da pessoa em estado de depressão pode se tornar débil, tenso ou rígido, e a postura corporal pode revelar desesperança em relação à qualidade de sua realidade interna pessoal”*⁸.

A constante tentativa de continência e restabelecimento da integração, por vezes faz com que o corpo se utilize do último recurso disponível na tentativa de coesão: a dor¹². A materialização da dor emerge na tentativa de que o sofrimento possa ser pensado, ouvido, elaborado e se utiliza da pele como imagem representativa reafirmando suas bordas corporais¹⁴.

*“A enfermidade no transtorno psicossomático não é o estado clínico expresso em termos de patologia somática ou funcionamento patológico (colite, asma, eczema crônico), mas sim a persistência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou de dissociações múltiplas, que constituem a verdadeira enfermidade”*¹⁵.

Com esse arcabouço teórico pautado em leituras psicanalíticas, observa-se a relação inseparável da psique-soma, inclusive para a sobrevivência do Ser. Dessa forma, evidencia-se a importância de que se veja no corpo mais sentido do que a clínica tradicional lhe tem atribuído.

O corpo na contemporaneidade

Birman, sinaliza que: *“o corpo se transformou no nosso bem supremo. Nem Deus, nem tampouco a alma ocupam mais este lugar de destaque na cosmologia íntima do sujeito na contemporaneidade – apenas o corpo”*¹⁶. Ao colocar o corpo como “bem supremo”, podemos pensar por que alguns feitos chocam tanto a sociedade atual, como a automutilação, o uso abusivo de substâncias psicoativas, o não cuidado ao corpo, as tentativas de suicídio - atos entendidos como ataque ao bem valioso na sociedade¹⁷.

Como vimos na teoria Winnicottiana, o corpo em ameaça de desintegração da psique-soma procura constantemente, a partir das sensações corporais, processos de reintegração. Podemos pensar que a sociedade contemporânea tem encontrado formas de dar contorno ao psiquismo, os cortes a partir da automutilação seriam exemplos que o sujeito encontrou de produzir essas bordas e limites corporais para reafirmar a relação do “eu”¹⁷.

Analisando as diversas manifestações clínicas do sofrimento, assiste-se na clínica a apresentação de novos sintomas: os transtornos alimentares, inúmeras intervenções estéticas, compulsão por trabalho, o uso da imagem em forma de ‘selfs’ nas redes sociais, a preocupação constante com padrões estéticos e cuidados corporais... sintomas que explicam a submissão completa do corpo e ao corpo em nossa sociedade¹⁸.

Podemos pensar que a dificuldade de pedir ajuda a outra pessoa, relaciona-se ao pouco espaço para alteridade na experiência de sofrimento, pela ideia de que o sujeito deve mostrar-se autossuficiente e resiliente às dificuldades, e por isso, o outro pode ser visto como ameaça, desamparo e desconfiança¹⁷.

O corpo revela-se como meio de expressão do mal-estar contemporâneo, e a partir de variadas questões clínicas permite novas formas de “escuta” deste sofrimento¹⁷. Dessa forma, a clínica que insiste em separar sujeito-corpo em polos distintos, nos deixa propensos à perda de particularidades indispensáveis na escuta do Ser que sofre.

Experiências clínicas: o encontro sujeito-profissional de saúde

A discussão que proponho, provém de inquietações de vivências como enfermeira residente em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro desses serviços é comum que usuários mostrem seus corpos agudizados e/ou cronificados, denunciando marcas de uma subjetividade sofrente.

Ao longo desses anos, pude perceber um ‘não lugar’ do corpo na análise dos processos subjetivos de sofrimento dentro desses serviços, marcada pela fragmentação do cuidado verbalizadas pelas equipes: “isso é uma questão clínica”, “isso é uma questão de saúde mental”,

separando o sujeito em questões físicas, quando apresentadas pelo corpo, e questões de saúde mental, quando verbalizado pelo usuário ou percebido pelas equipes.

Como vimos anteriormente, é comum que sujeitos desintegrados relatem variados sintomas físicos justamente pela dificuldade de associá-los a suas emoções. Penso que, se muitas vezes é apenas pelas perturbações corporais que o sujeito vai à procura de ajuda nos serviços de saúde, que saibamos nos atentar ao cuidado deste por inteiro, considerando as raízes de sua dor.

A fim de elucidar alguns dos aspectos abordados até aqui, pretendo apresentar situações clínicas comuns no encontro sujeito-profissional de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Com os casos abaixo, que possuem nome fictício, tive contato por meio de atendimentos de escuta terapêutica semanal, realizados por mim em um serviço da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Caso: Rosa

Rosa, 34 anos, casada, trabalha como auxiliar de limpeza, vive com marido, não possui filhos, conta com a família e amigos como rede de apoio. Rosa sempre fez uso da UBS de seu território para acompanhamento de rotina para prevenção ginecológica, clínica e de saúde bucal.

Há pouco mais de um ano aumentou sua frequência no serviço, em busca de atendimentos por “demandas espontâneas” exprimindo queixas como: dores de cabeça, dores pelo corpo, enjoos recorrentes, dores abdominais e dor no maxilar irradiando nos dentes.

Pela frequência quase semanal ao serviço, Rosa pôde conhecer por nomes e trejeitos os diversos profissionais que compunham a equipe. Estes, ao falar de Rosa, contam que os atendimentos configuram-se de forma a confundir o profissional, pois ela inicia nomeando uma queixa em local específico e ao fim elenca outras queixas diversas, momento que por vezes é interrompido por prolongação do tempo possível para consulta. Ao final desses atendimentos, as condutas em prontuário eram semelhantes a: ‘oriento melhora de alimentação’, ‘oriento melhora do padrão de sono’, seguidas de prescrições medicamentosas para alívio dos sintomas relacionados.

Em uma de suas ‘idas e vindas’ no serviço, chora ao dizer que vem enfrentando momentos delicados e que frequentemente tem sentido falta de ar e tremores pelo corpo. Conheço Rosa pois, após esse acolhimento em que ela se mostrou claramente ansiosa e preocupada frente a questões subjetivas, o profissional de saúde a encaminhou para escuta comigo, no mesmo serviço. Antes mesmo que eu pudesse conhecê-la, nesse mesmo atendimento, como de costume, saiu com uma receita médica, dessa vez, um psicotrópico.

No primeiro encontro, Rosa parecia assustada e chorava de forma a gaguejar na tentativa de encontrar palavras que descrevessem o que vinha sentindo em seu corpo, especialmente o tremor corporal e os horários em que lhe ocorriam com maior frequência. Mesmo me dizendo que passara por momentos delicados nestes últimos meses, não os associava aos sintomas corporais, pois dizia que mesmo quando não pensava diretamente em seus problemas, sentia no corpo um turbilhão de sensações indomáveis.

No início do processo terapêutico de escuta, percebo que o corpo de Rosa tentava comunicar suas dores de formas clínicas diversas – chorava compulsivamente e ao chorar tremia suas mãos de forma a não ter firmeza ao segurar um papel, dizia de dores de cabeça muito fortes, apresentava dificuldade para dormir, vomitava após algumas refeições, conta que teve queda de cabelo e passou a ranger os dentes.

Até que, em um de nossos encontros, me conta que teve a queda de dois dentes de uma só vez. Rosa, que fumava há 9 anos, fazia acompanhamento com a dentista da UBS, que sempre a orientava sobre a importância de cessar o uso do tabaco para prevenir sua saúde dentária, mas dizia que não apresentava risco clínico atual de perda dos dentes. Rosa associa a queda dos dentes ao simbolismo de que este momento vinha lhe tirando a possibilidade de sorrir.

Ao longo do processo de escuta, me dizia que vinha atribuindo sentido aos nossos encontros, uma vez que seu ‘corpo estava tremendo menos’ - permanecia descritiva de seus sintomas físicos, mas com o tempo passou a elaborar que as respostas do corpo estavam ligadas às questões sociais e psíquicas que vinha enfrentando há algum tempo.

Ao trazer esse caso, procurei elucidar pontos que me chamaram atenção. Rosa trazia muitos sintomas físicos em todos os atendimentos, sempre com dificuldade de associá-los a emoções e de fazer qualquer processo de elaboração e simbolização. Ao trazer os sinais no corpo, percebia que ela tinha expectativas de que eu lhe desse possíveis condutas para que essas manifestações cessassem. Movimento coerente com os cuidados que recebia no serviço, onde queixas eram sempre respondidas com condutas e prescrições.

A quantidade de atendimentos por demanda espontânea que Rosa passou ao longo do ano não servira de alerta para a equipe ampliar a escuta? Penso que, para além da escuta desqualificada junto de um olhar reducionista, a própria fragmentação do indivíduo em “físico” e “psíquico” faz com que as discussões de caso propiciem grandes buracos no cuidado.

A urgência dos profissionais em oferecer condutas prescritivas a fim de aliviar os sintomas que o usuário apresenta naquele dia nos faz pensar que está aí uma forma de “mascarar” o sofrimento humano, a partir de medicações analgésicas, antitérmicas, protetor gástrico, psicotrópicos etc.

Por vezes, a equipe só percebe que o usuário precisa de escuta qualificada quando ‘algo do que é comum’ ser pensado sobre o que é sofrer aparece, como no caso do “choro”. O que observei ao longo da minha experiência como enfermeira é que o choro é muitas vezes critério de encaminhamento para escuta ou para serviços de saúde mental. Essa linha de raciocínio pode construir “buracos” no cuidado, uma vez que esses usuários dissociados em sua psique-soma podem apresentar dificuldades de dizer sobre suas emoções, podendo apresentar dificuldades inclusive de chorar.

Como já comentamos, a cisão psique-soma pode produzir - na tentativa de reintegração - processos de excitação no corpo, manifestados em variações de estado de humor e até mesmo na dor. No caso de Rosa, podemos supor que a dor foi materializada para que pudesse ser pensada, servindo a pele como representação do mundo interno.

Caso: Cecília

Cecília, 8 anos, estudante, mora com mãe e pai. Cecília desde o nascimento frequenta a UBS do seu bairro para acompanhamento em rotina de puericultura. Desde os primeiros dias de vida de Cecília, a mãe a trazia semanalmente no serviço, pois a criança apresentava dor abdominal seguida de enjoo e vômitos. Os mesmos sintomas persistiram por toda a primeira infância de Cecília, provocando grave ulceração gástrica.

Por seis anos seguidos, Cecília foi avaliada pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e também por profissionais especialistas em Pediatria da UBS de seu território, que fizeram longas investigações de possíveis alergias tóxicas, alimentares e doenças hereditárias. Até que, com oito anos de idade Cecília consegue dizer: “Eu vomito quando fico nervosa”.

Após o efeito da fala de Cecília na equipe, ela é encaminhada para processo terapêutico de escuta comigo, dentro do mesmo serviço. A equipe passa a investigar a dinâmica familiar, identificando histórico de violência.

O cuidado clínico a partir de um olhar fragmentado, em crianças, pode ser ainda mais grave. Foram oito anos de angústia até que Cecília pudesse entender e verbalizar o que lhe afetava o corpo. Será que as crianças precisam chegar a uma certa idade para conseguir dizer de seu sofrimento, ou a equipe poderia ter sido mais sensível para entender o corpo como morada de um Ser?

As diversas fases de desenvolvimento infantil trazem aos poucos a possibilidade de nomear coisas, objetos, partes, pessoas, sentimentos... partir de investigações estritamente

biomédicas só nos faz andar em círculos à procura de diagnósticos não-precisos, privilegiando o discurso dos cuidadores.

No caso de Cecília, bem como em outros casos, pude observar que o sujeito precisou verbalizar que não está bem psicicamente para que outra postura e olhar fossem empregados. A escuta é centralizada a fim de ouvir uma única queixa, permitindo pouco espaço para não singularidades.

Outro fato que desperta atenção é que, quando o usuário verbaliza seu sofrimento, este é encaminhado para profissional “especializado em escuta”, ignorando possível vínculo criado com demais profissionais da equipe. Acontece que, o usuário que já está cindido, isto é, desintegrado em psique-soma na doença psicossomática, acaba por ser submetido a cisões violentas com o excesso de encaminhamentos, separando-o mais uma vez em psique e soma a partir de “questões físicas” e “questões de saúde mental”, desconsiderando o indivíduo como um ser unificado.

Como dito anteriormente, o outro pode conceder espaço para escuta da dor psíquica, mas também pode ser alguém que traz desproteção, hostilidade, ameaça de abandono e conseqüentemente ainda mais dissociação do indivíduo. Como vimos, a dificuldade do profissional de saúde de escutar Rosa e Cecília prejudicou de forma drástica as possibilidades de cuidado.

As barreiras no cuidado

A dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com esses pacientes relaciona-se à não compreensão dos diversos códigos utilizados na expressão do sofrimento. Podemos pensar que dentre os vários fatores que contribuem para essa dificuldade o próprio modelo de atendimento que põe no centro da abordagem as queixas físicas imediatas não parece interessante para uma leitura clínica ampliada².

Ao colocar essas queixas no centro do atendimento, vemos a dominação da prática clínica tradicional, uma vez que o acolhimento, a escuta e o fomento da autonomia do usuário são colocados como plano de fundo² propiciando a intensificação da condição de abandono, já que não são acolhidos em suas reais demandas. Percebe-se que esses sujeitos nos procuram inúmeras vezes, e seguirão retornando até que alguém lhe ofereça os cuidados necessários.

Winnicott pontua que os profissionais de saúde que cuidam desses usuários acometidos por essas enfermidades se atentem, pois, um conhecimento estritamente biomédico fortalecerá a tendência à cisão patológica⁸:

“Podemos relacionar a atitude tradicional médica - que sabe demais a respeito do cuidado físico, mas que não leva em consideração a pessoa existente dentro do corpo - com aquele segundo tipo de manejo materno inadequado”⁸.

Se a doença ocupar o espaço central no cuidado na clínica, ao invés do sujeito, os serviços correm o risco de tratar apenas aspectos da enfermidade localizada no corpo, fragmentando os indivíduos em “partes doentes” em que cada profissional especialista cuidará de uma parte, produzindo encaminhamentos sem fim¹⁹.

A não-escuta de suas reais demandas, fortalecerá no indivíduo a tendência de abandono da unidade psique-soma em meio a uma angústia existencial, como acontecia com o bebê, reafirmando a condição dissociada. Este, que chega cindido, acaba por ser ainda mais fragmentado pelo tipo de cuidado que lhe é oferecido⁸.

Notam-se furos na construção de cuidado nos serviços de saúde, muitas vezes marcados por: poucos momentos de discussão de caso em equipe, escassas atividades de educação permanente e continuada, alta rotatividade de profissionais prejudicando processos de construção de vínculo, pouco ou nenhum suporte clínico-institucional, atendimentos com limite de tempo, dentre outras questões que embarçam o dia-a-dia de cuidado nessas instituições²⁰.

São inúmeros os desafios que envolvem o trabalho em diversos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Mas como podemos pensar em minimizar essas dificuldades, traçando estratégias de cuidado singularizado para essas pessoas?

O caminho terapêutico no Sistema Único de Saúde (SUS): Clínica ampliada e apoio Paidéia

Nesse contexto que viemos descrevendo, torna-se necessário, então, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da clínica. O objetivo é que esses trabalhadores possam pensar em construções coletivas que assentem estratégias de cuidado mais coerentes.

Atualmente, vem-se discutindo o “Apoio Paidéia”, tecnologia conhecida por fomentar a importância de espaços mais democráticos dentro dos serviços de saúde. Aborda a relevância da co-gestão como alternativa para ampliar discussões sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, trazer recursos para pensar na clínica oferecida. Além disso, a tecnologia traz a importância de dispositivos como “apoio matricial”, “apoio institucional” e “equipes de referência em cuidado” para discussões de caso e construções clínicas em equipe, valorizando os vários olhares possíveis no cuidado²¹.

As “equipes de referência” acompanhariam os usuários mediante cuidado longitudinal, que permite construção de vínculo e maior acesso às singularidades, aspectos sociais, históricos,

psíquicos, além dos aspectos biológicos. O “apoio matricial” serviria de suporte técnico-pedagógico para essas equipes, à partir de ações compartilhadas no território, nas consultas, em visitas domiciliares e fomentando outros olhares nas discussões clínicas, afim de promover atenção à saúde mais ampliada²².

Outro suporte possível que essas equipes podem receber é o que tem sido chamado de “supervisão clínico-institucional”, dispositivo que permite o encontro da equipe com um profissional não vinculado ao serviço, com o intuito de contribuir em debates apoiados por referenciais teóricos, propiciando aumento de repertório de manejos clínicos e institucionais²⁰.

Essas estratégias podem servir como norte para a Clínica Ampliada, que propõe um olhar centrado nos sujeitos, considerando-os como ser biopsicossocial e histórico, para que nos deparamos com pessoas reais, com nome e sobrenome, que vivem em território vivo, vidas recheadas de histórias e bagagens - não os reduzindo à condição da doença que lhes trouxe ali¹⁹.

O profissional de saúde que possa superar a fragmentação entre o biológico x psicológico x social trará elementos para facilitar a compreensão de códigos não verbais do sofrimento, além de permitir espaços participativos dos usuários em sua própria construção de cuidado, de forma a construir Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) mais amplos e manejos clínicos coerentes ao indivíduo cindido⁵.

O cuidado ordenado a partir de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) vem de encontro ao que Winnicott aponta como fundamental no cuidado destes sujeitos: que se trata de uma questão de ‘olhar a partir da posição subjetiva, materna e familiar’¹¹. Possibilitando um espaço de reconstrução do “eu sou” ameaçado na doença psicossomática.

Nesta doença, a tarefa não é de interpretação. O caminho terapêutico proposto é o de oferecer espaço para um encontro sensível, do “olho no olho”, que construa relação de amparo e confiança, para que a cisão seja enfim superada¹¹. A presença emprestada para substituir a falha originária, pode ser oferecida por profissional de saúde que saiba reconhecer no outro um Ser humano.

“A construção de uma ambiência pessoal (como um perfume, uma pequena planta ou objeto, uma caixa de balinhas) é de grande ajuda. Lança-se mão de esses pequenos “truques” para apoiar a transferência. A presença do analista como ambiente confiável tem se mostrado, em nossa prática, indispensável e permitido sortear alguns entraves que o ambiente externo coloca ao exercício profissional nos espaços públicos (espaço físico ruim, barulho, pouco tempo)”²⁰.

Winnicott aponta que o bebê tem maturidade para compreender que as falhas originárias provinham de falhas ambientais. Por isso, o sujeito testará constantemente o ambiente a fim de

redescobrir espaços, capacidades de suporte, possibilidades de reafirmação do “eu sou” ... tentativas de utilizar do ambiente como forma de sobrevivência²⁰. Aponta ainda que, esses testes ambientais podem ser manifestos por um “ir e vir”, num movimento de oscilações dentro dos serviços de saúde, tendência que demonstra “aproximação e distanciamento”, remetendo justamente às múltiplas cisões que ocorrem em um sujeito acometido pelos transtornos psicossomáticos¹¹.

“É importante que o analista procure discriminar, não sem oscilações, quando essas flutuações do paciente são o caminho para a repetição de sua ambivalência entre ousar ser, se diferenciar, jogar fora o objeto de proteção ou permanecer na repetição do que é idêntico, seja na forma de reclusão autossuficiente ou reclusão em abrigo familiar”¹¹.

Sem entender o movimento desses sujeitos, corre-se o risco de associar suas oscilações como "super utilizadores" e “produtores de demandas” nos espaços de cuidado, promovendo encontros indiferentes que reforçam o sentimento de desamparo.

Além de escuta aguçada, fortalecer espaços de participação popular seriam meios de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Ouvir o que a voz da comunidade tem a dizer nos ajudaria a construir serviços mais integrados aos seus territórios. Estar in loco, conhecer, mapear, construir planos de promoção de saúde, explorar espaços promotores de cultura e lazer... nos daria caminhos para pensar em projetos de saúde a partir da narrativa de quem cuidamos.

Permitir que a voz dos sujeitos apareça é valorizar suas bagagens culturais, códigos, formas e cores, como dialogam entre si, suas gírias e sotaques, e conseqüentemente compreender melhor suas manifestações corporais.

Considerações Finais

As análises e explorações acerca da teoria psique-soma de Winnicott nos trazem elementos para entender o sentido de prestar atenção ao corpo como parte da escuta do sofrimento psíquico.

Ao discorrer cenas de casos clínicos que ilustram o corpo respondendo a condições do psiquismo, relacionamos às considerações de Winnicott que psique-soma são inseparáveis. A clínica que tente separá-los em polos distintos, acaba por desconsiderar parte do mal-estar do sujeito, retirando elementos essenciais na escuta.

Vimos que a dominação da clínica tradicional pode contribuir ainda mais para a dissociação do sujeito, visto que este é cuidado em “partes doentes” - e partes doentes não contemplam a raiz de sua dor. Ao esquecerem que cuidam de pessoas reais, há pouco espaço para acolhimento, reforçando a sensação de abandono e reafirmando a condição dissociada do paciente, como quando era bebê.

Trazer o corpo ‘para perto’ de nossas escutas nos trará elementos indispensáveis na construção de um cuidado mais ampliado. Cabe a nós, profissionais de saúde, promover espaço de confiança e segurança para que a cisão seja enfim superada, e o corpo não precise mais utilizar desses recursos para nos comunicarmos.

Referências Bibliográficas

1. Guedes, C. R. et al. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):1093-1103, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9DcCx8JrNRGpSvgNytStPsz/abstract/?lang=pt>
2. Liboni RG, Souza LGS, Avellar LZ. Usuários Poliqueixosos: Representações Sociais Construídas por Médicos da Atenção Primária à Saúde. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 1 p. 71-82, jan./mar. 2015. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/25519/pdf_27
3. Andrade AB; Herzog R. Bater em si: a automutilação como resistência à indiferenciação. In: Freire, A.B. (Org). *O corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: 7 letras. p.135-148.
4. Birman J. *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014.
5. Campos GWS. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Publicado em *Saúde Paidéia*. Editora Hucitec, 2002. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>
6. Gustavo Vieira da Silva e Nadja Nara Barbosa Pinheiro. Considerações teórico/clínicas sobre a angústia e a integração psique-soma em Freud e Winnicott. *Winnicott E-prints Série 2*, vol. 3, n.1/2, 2008 p. 62. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2008000100004
7. Winnicott, D. W. Memórias do nascimento, Trauma do nascimento e Ansiedade. In: Winnicott 1958a. 254-278.
8. Josgrilberg, FP. *O lugar do corpo na Psicanálise de Winnicott*. |dissertação|São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006. 167 p.
9. Freud S. *O Ego e o Id*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Imago; 1927. 170p.
10. Cicco, MF. *Muito corpo, poucas palavras: clínica dos casos-limite*. São Paulo: Editora Sá, 2020. 153p.
11. Canteros NL. Winnicott y la Psicossomática: la escucha sensible y el holding y el handling en la clínica con pacientes que padecen afecciones alérgicas. In: Sucar I, Ramos H. *Winnicott Ressonâncias*. 1ª ed. São Paulo: Editorial Primavera; 2012. Pag 255-272.
12. Ohki Y. A questão do psicossoma em Winnicott. In: Sucar I, Ramos H. *Winnicott Ressonâncias*. 1ª ed. São Paulo: Editorial Primavera; 2012. Pag 273-279.

13. Winnicott DW. Sobre as bases para o self no corpo. In: Winnicott C, Shepherd R, Davis M. Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott. São Paulo: Editora Artmed; 1994. p. 203-218.
14. Ulnik, JC. El psique-soma y el pensamiento salvaje. In: Sucar I, Ramos H. Winnicott Ressonâncias. 1ª ed. São Paulo: Editorial Primavera; 2012. p. 281-292.
15. Winnicott, DW. A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
16. Birman J. O sujeito na contemporaneidade, 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2014. p. 185.
17. Bernal EP. Considerações psicanalíticas a respeito da automutilação. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2019. 125p.
18. Fernandes MH. As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., IV, 4, 61-80, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Z6dzkbt3k4yYp5Sk6DRPkR/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20partir%20da%20constata%C3%A7%C3%A3o%20de,do%20modelo%20psicopatol%C3%B3gico%20da%20hipocondria>.
19. Campos RO. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
20. Campos RO. Settings Winnicottianos: como adaptá-los às políticas públicas na atual conjuntura brasileira?. Natureza Humana. No Prelo.
21. Luiz CCA, Silva AA, Leite, VEP. Exposição à violência: desafios e recomendações para a articulação de redes junto da Atenção Primária à Saúde. In: Guedes F, Wagner G, Terra L et al. Nas entranhas da Atenção Primária à Saúde. 1ª ed. Cidade de publicação: São Paulo Editora Hucitec; 2021. p. 175-192
22. Campos GWS et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface: comunicação, saúde, educação, 18 Supl 1: 983-995. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxgyjHpg9tJfGD5yVkk/?format=pdf&lang=pt>