

Um furo em mim: considerações sobre a escuta clínica de pacientes estomizados

Amanda Schreiner Pereira¹

Ticiane Raimundo da Silva²

¹ Psicanalista. Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Apoa). Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Coordenadora da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (Ceip) da UFSM. Professora convidada do Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra/SM).

² Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Centro Universitário Franciscano (Unifra). Especialista em Reabilitação Física pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Franciscana (UFN). Graduada pelo Programa Especial de Formação de Professores da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Introdução

A construção deste trabalho se estabelece a partir da prática clínica psicológica vinculada a um programa de residência em Reabilitação Física, por meio da escuta psicanalítica de pacientes de uma policlínica ligada ao serviço público de saúde municipal de atenção às pessoas portadoras de estoma. Os sujeitos foram acompanhados depois da realização da estomização, que diz respeito à cirurgia para a confecção do estoma e à utilização da bolsa coletora de eliminação. Este artigo ressalta as vicissitudes desse processo.

O furo a que se refere o título deste artigo diz respeito tanto ao furo/corte no abdômen do corpo estomizado – diante do qual se questionam os impactos na vida do sujeito e sua relação com o próprio corpo e com o outro – quanto aos efeitos de furo que a escuta clínica do inconsciente efetua. Quais furos propiciam aberturas na escuta dos sujeitos que passaram pelo processo de estomização? Foi do lado da escuta do analista que o furo se apresentou para além do corte no corpo.

Já do lado do furo no corpo, relativo ao estoma, esta escrita propõe a análise do sofrimento psíquico dos sujeitos escutados, em razão das mudanças corpóreas e da nova imagem com a qual o sujeito se encontra. Prioriza, para tanto, o corpo-linguagem, como proposto por Jacques Lacan (2005/1962-1963), corpo que não se restringe ao biológico, mas justamente se inscreve a partir do lugar “Outro”, no princípio portador dos primeiros significantes sobre o corpo que nasce. Entende-se que a condição cirúrgica, a abertura no corpo e a presença da bolsa coletora para a eliminação excrementícia para auxílio de uma função corporal que foi interrompida, é experiência sobre este corpo-linguagem e se inscreve de modo singular e, por vezes, traumática.

Freud (2010/1920) considera que o evento traumático é capaz de causar perturbação no gerenciamento de energia no organismo do indivíduo e pôr em movimento todos os seus meios de defesa. Devido à emergência da situação traumática, em razão de fatores externos, há o surgimento de forças que irrompem no aparelho psíquico que, inundado por uma quantidade excessiva de estímulos, demanda ligação psíquica até que ocorra sua eliminação.

A partir da teoria lacaniana, compreendemos que a necessidade de ligação psíquica se refere à falta de inscrição para se efetuar a experiência subjetiva, sendo que o sujeito carece de recursos simbólicos e imaginários para dar conta do *Real* que irrompe. *Real*, *Simbólico* e *Imaginário* (RSI) são os registros por meio dos quais Lacan denota a estruturação psíquica, na qual cada dimensão é efeito da dupla ligação que a constringe às outras duas. Sendo assim, acompanhar o início do processo de elaboração daquilo que irrompe como real, o furo, é objetivo deste artigo, uma vez que situa o trabalho de escuta por meio da experiência clínica sob a abordagem da psicanálise.

Tal experiência registra algumas peculiaridades clínicas, entre elas o fato de que, no decorrer dos atendimentos, os usuários estomizados não falavam sobre a estomia ou

sobre a modificação de seus corpos. Tal fato evoca elementos acerca da resistência e da transferência a serem repensados. Freud (2010/1912), ao discorrer sobre a dinâmica da transferência, assevera que a sua ocorrência na análise de sujeitos neuróticos é intensa. Para além, introduz que há algo enigmático no caráter da transferência, pois, ela também surge como *a mais forte resistência* ao tratamento analítico. A resistência ocorreria quando as possibilidades de associação livre do paciente falham.

Perguntamo-nos se a falta da fala seria relativa à resistência. Para Freud, a falha na livre associação se dá no momento em que o paciente se acha sob o domínio de um pensamento ligado à pessoa do médico ou de algo que lhe diz respeito. Nesse sentido, a partir da experiência de escuta, retomou-se a suposição da residente e clínica de que os pacientes estomizados inicialmente poderiam falar sobre o sofrimento psíquico causado pelas vicissitudes da intervenção cirúrgica e sobre a subsequente utilização da bolsa coletora. Entretanto, isso não ocorreu, pois na condição de escuta do sujeito em livre associação a fala é a parte da construção que advém do paciente, apresentando condições de enunciação próprias, o que escapou à hipótese da suposição inicial.

O estoma como borda

Estoma (*stoma*), palavra derivada do grego, refere-se à abertura para a comunicação de um órgão interno do corpo com o exterior. Na tradução para a língua portuguesa, *stoma* significa boca, pelo fato de o furo gerado pelo estoma ter aparência semelhante a uma boca. O estoma, grosso modo, que é a realização de um furo no corpo do sujeito, mais especificamente na região do abdômen, para a eliminação de excrementos que saem do corpo em direção à bolsa coletora. Segundo Luz *et al.* (2009), os estomas intestinais são realizados no segmento do intestino delgado, ou do intestino grosso, que será trazido à superfície abdominal mediante a incisão cirúrgica para a drenagem de fezes e gases. Já o estoma urinário, conforme Lima (2017), consiste na exteriorização de condutos urinários à parede intestinal.

Nesse sentido, a própria tradução de estoma como boca provoca inquietações. Quais as possibilidades interpretativas do furo como boca, tendo em vista a abertura cirúrgica de uma parte do corpo para a realização do estoma? Que corpo é esse? Que corpo concebe a psicanálise? É o mesmo corpo de que trata a medicina? À medicina, como ciência, interessa a cura do corpo e a prevenção de doenças. Na medicina clássica, a intervenção se sustenta em prol da extirpação da doença, o que demanda diversos procedimentos sobre o corpo, cabendo, por exemplo, ao cirurgião se ater no orgânico em detrimento do olhar para a subjetividade. Assim, o corpo é um aparato fisiológico e quando há uma barreira na sua funcionalidade cabe retomá-la (Ferreira & Arantes, 2014).

Não obstante, a psicanálise mostra que não há projeto científico nem dor que possa anular a subjetividade, e que a corporeidade do sujeito vem revelar nele o que é mais incerto (Moretto, 2006). Desse modo, o corpo ocupa outro lugar: é corpo de um sujeito, é um corpo constituído a cada tempo a partir dos contornos que lhe são dados. É, em primeiro lugar, um corpo historicizado, o que implica que cada sujeito represente, signifique e construa narrativas de sua própria existência no corpo. Sendo corpo-linguagem, como refere Lacan (2005/1962-1963), nasce da inscrição de significantes primordiais que farão marca no pedaço de libra que nasce. Assim, um corpo se constitui a partir do desejo do Outro, agente das primeiras significações e propiciador do bordeamento pulsional.

Para construir seu conceito de pulsão, Freud (2015/1915) parte da fisiologia, da noção de estímulo, algo que vem de fora para o tecido vivo. Isso que é proveniente do mundo exterior produz efeitos no interior do organismo. Em sua proposição, a pulsão é um estímulo, mas interno, pois advém do interior do próprio organismo, perfazendo pressão constante com exigência de satisfação; a qual só poderá ser alcançada por meio de ações específicas, o que situa o limiar entre o psíquico e o somático.

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (2016/1905) afirma que existem diferentes formas de satisfação no tocante ao objeto sexual, ou seja, a satisfação não se limita, necessariamente, a um objeto específico. O autor parte do pressuposto de que há uma sexualidade infantil e suas manifestações ocorrem desde tenra idade. A partir de suas observações clínicas, ele constatou traços significativos no desenvolvimento infantil que são determinantes para o curso da vida, entre eles a constituição de zonas erógenas de satisfação corporal.

Os órgãos do corpo fornecem ao indivíduo uma série de excitações, nas chamadas “zonas erógenas”. Para Freud (2016/1905), estímulos de determinada espécie, sob condições especiais, ainda desconhecidas, provocariam sensações de prazer sobre determinada região da pele, ou mucosa. Uma das regiões marcadas por tais condições é a boca. A criança dotada de sexualidade, no ato de sucção, sente uma sensação de prazer que corresponde a uma satisfação.

Entre suas sustentações acerca do princípio do prazer, Freud (2015/1915; 2010/1915) infere que, comumente, em situações em que o Eu não pode escapar de si próprio, ou seja, que o que conta não é um estímulo externo do qual o sujeito pode fugir, mas uma pulsão interna, ele deve encontrar outras formas de vazão.

Assim, no transcorrer de seu pensamento, o pai da psicanálise (2015/1915; 2010/1915) afirma que um dos destinos das pulsões é encontrar resistências que procurem torná-la inoperante e, nessas condições, a pulsão sofre o recalque (*Verdrängung*). Ele propõe dois tipos de recalque: o recalque primário e o recalque secundário. Na releitura de Lacan (1998/1964) sobre a obra freudiana, a partir da influência de seus colegas linguistas, o

recalcamento primário é situado como a barra fundamental sob a qual o sujeito é constituído pela linguagem e sobre a qual se edificam os significantes. Já o recalcamento secundário é o recalcamento propriamente dito, relativo à passagem pelo complexo de Édipo, no qual a lógica fálica vetoriza o desejo inconsciente sob a regência de seu herdeiro, o Supereu, o que define as neuroses. Para Freud (2010/1915), sob a égide do Supereu, uma rejeição baseada em um julgamento se efetiva como método a ser adotado contra as pulsões.

Freud (2010/1915, p. 63) salienta, ainda, circunstâncias peculiares em que estímulos externos podem ter a força da pulsão. “Pode ocorrer que um estímulo externo se interiorize – ao irritar e destruir um órgão, por exemplo –, dando origem a uma nova fonte de contínua excitação e aumento de tensão”. Entende-se como fonte a constituição das bordas do corpo, orifícios de contato com o outro. Conforme Lacan (1996/1964), as zonas se constituem bordas quando zonas anexas, conexas, são excluídas e, a partir disso, outras zonas tomam a sua função erógena, fontes específicas para a pulsão. Assim, no corpo do sujeito existem inúmeras formas de bordas: a orelha, o umbigo, as pálpebras, ou qualquer outra parte que se apresente em função do erotismo.

Considerando o excerto freudiano – de que uma fonte lesada, irritada, um órgão destruído alcançaria uma similaridade com a pulsão – e, ainda, a explicitação lacaniana acerca das zonas excluídas, questiona-se se o estoma pode se constituir nova fonte/borda pulsional. Por exemplo: se nas colostomias há perda da função excrementícia da borda anal, excetuando-se a função de demarcação dentro/fora de tal borda, o estoma se configura nova zona erógena no abdômen? Nesse caso, quais reinvestimentos psíquicos são necessários, tendo em vista o corpo “mutilado”, no paciente estomizado? Acentuando-se os reinvestimentos psíquicos, de que modo o sujeito se relaciona com o estoma? Segue-se o percurso empreendido na escuta clínica dos sujeitos, pacientes estomizados.

Mal-estar com o stoma: a relação com a falta e com os ideais

A vivência da estomização desencadeia uma série de mudanças corporais, especialmente no que diz respeito à utilização da bolsa coletora, a qual fará parte da vida do sujeito, exigindo cuidados cotidianos, devido à alteração do funcionamento do órgão que será em parte exteriorizado, no abdômen, na formação do estoma. A abertura faz literalmente um “furo” no corpo e o estoma poderá ser permanente ou temporário. Nos estomas temporários, há posterior realização cirúrgica para a retirada da bolsa coletora, procedimento chamado de reversão. Como resultado, o estoma será fechado e o corpo, aos poucos, retomará a função outrora comprometida.

Uma vez alterado o modo de funcionamento de uma parte do organismo, de um órgão em específico, as vicissitudes desse processo evidenciam uma nova maneira

de o sujeito relacionar-se com o próprio corpo. A partir da escuta clínica empreendida, observou-se que a transformação no corpo por meio dos processos cirúrgicos implica uma perda, uma relação determinada com a falta, muitas vezes no registro da privação.

Em seu quarto seminário, Lacan (1995/1956-1957) situa três registros da falta: privação, frustração e castração. A privação é a falta daquilo que não se tem, verdadeiramente um “furo”, dá-se em torno da impossibilidade; a frustração é um dano imaginário, relativo a algo que foi desejado, mas não obtido, marcando o domínio da reivindicação no sujeito; a castração é situada na categoria da dívida simbólica, como resultante do Complexo de Édipo, cujo objeto da falta é imaginário. A falta do objeto que corresponderia a algo que sanciona a lei e que também lhe dê o seu suporte e o seu inverso, a punição.

Destarte, a privação, como furo, falta pura, no limite, é falta não propriamente no sujeito, pois não há possibilidade de ele ser privado daquilo que não tem. Para que seja possível a apreensão dessa falta, torna-se necessário que o sujeito possa circunscrever uma aproximação com o Real. Num primeiro momento, o furo no real no corpo dos pacientes estomizados é gerador de angústia e estranheza, o que demanda uma alteração na inscrição psíquica acerca do corpo. Ao adoecer, o funcionamento do corpo muda e o sujeito se depara com algo que lhe ultrapassa: o encontro com a dor, com o corte, com a possibilidade da morte. São acontecimentos que desorganizam, que destituem a propriedade simbólica dos significantes que os sujeitos dispunham até então para transitar no mundo, constituir uma cena própria.

Para Costa (2019), a cena diz respeito aos significantes que o sujeito utiliza para interpretar o mundo, a partir de construções de linguagem, sendo efeito de um recorte que possibilita certa apreensão do mundo. No entanto, a cena não está garantida e podem haver rupturas em razão de acometimentos. Nesses casos, os significantes que garantiam a cena constituem-se destroços no mundo, restos que não desaparecem, porém perdem a sua propriedade simbólica: representar o sujeito para outro significante.

Na escuta ofertada aos que sofreram o estoma, foi possível testemunhar adoecimentos sucessivos e intervenções recorrentes, tais como doenças crônicas, outras realizações cirúrgicas e internações hospitalares precedentes à confecção do estoma. Uma primeira passagem interessante na escuta se deu em relação aos registros da falta: da privação à frustração. Observou-se que uma das peculiaridades na relação dos pacientes com o estoma diz respeito à eliminação dos excrementos pela bolsa coletora.

Quando o conteúdo é drenado, corre o risco de escapar da bolsa, sendo que os pacientes não têm controle ou previsão acerca desse acontecimento. Diante da falta de controle ou previsão, é frequente que os pacientes perguntem o quanto a bolsa suporta o que é eliminado pelo corpo, bem como de que modo se portar socialmente quando os excrementos escapam, vazam. Questões referentes à autoimagem e aos laços sociais

foram recorrentes nas sessões psicológicas empreendidas. Tais questões colocaram em xeque os ideais constitutivos de cada sujeito.

Os ideais são relativos aos laços de identificação e à constituição narcísica dos sujeitos. Freud cita dois narcisismos: primário e secundário, que Lacan relê *Eu Ideal* e *Ideal de Eu*. O Eu Ideal é uma instância pré-edípica, tendo como modelo a onipotência das figuras parentais. Produz a ilusória plenitude, em que não há lugar para a falta nem para o desejo. Trata-se do narcisismo primário freudiano, do primado da imagem. É na imagem do corpo que a criança, passando do autoerotismo para o narcisismo, faz, pela primeira vez, a descoberta da unidade do seu corpo, que, até então, era um aglomerado de partes justapostas. Essa descoberta, ensina Lacan (1998/1949; 1996/1953-1954; 2005/1962-1963; 1998/1960), tanto é um elemento estruturante da vida psíquica como é, além disso, o lugar do engodo e do desconhecimento.

Assim, há diferentes tempos da relação com o outro semelhante a partir dos processos de identificação. Num primeiro tempo, do narcisismo primário, o semelhante, que também pode ser rival, ou estar situado na posição “eliminação” da ambivalência freudiana, é o outro do espelho, como bem situou Lacan (1998/1949). Trata-se de um reflexo da condição estrutural do Estágio do Espelho, descrito por Lacan a partir da imaturidade que o bebê apresenta nos anos iniciais de vida. Na ausência do controle da marcha e diante da postura que se desfaz facilmente, o bebê, por volta dos seis meses, com suporte humano ou material (um andador, por exemplo) regozija-se em frente ao espelho superando os entraves de estar apoiado, para inclinar-se e fixar-se instantaneamente na imagem que vê. Isso caracteriza-se por uma identificação, quando uma imagem por ele é assumida.

Mais adiante, Lacan (1996/1953-1954) faz uma apresentação óptica para elucidar o estágio do espelho, utilizando *O experimento do buquê invertido*, do físico Henri Bouasse. Para que haja óptica, é necessário que a todo ponto dado num espaço real corresponda a um outro ponto, e só num outro espaço que é imaginário. Nesse sentido, Real e Imaginário se confundem; logo, o que é subjetivo é convertido de forma objetiva, imaginariamente. No exemplo, a imagem que representa o experimento traz a existência de uma caixa oca com um buquê de flores e em cima da caixa um vaso real que está vazio. Observa-se que as partes estão dispersas, vaso e flores estão separados, porém no campo especular, com auxílio de um aparelho esférico (caldeirão), um espelho produziria uma imagem real, consistente, ou seja, um buquê de flores no vaso. Devido a cada ponto de um raio luminoso que emana, de um ponto qualquer de um objeto colocado a certa distância, de preferência no centro da esfera, corresponderia no mesmo plano a presença do vaso com as flores, isso por convergência dos raios refletidos sobre a superfície da esfera.

A exploração do experimento oriundo da física na teoria lacaniana é utilizada como metáfora para elucidar como se dá a constituição psíquica do Eu no sujeito. O

que se pode dizer é que a visão da forma total do corpo humano permite ao sujeito um domínio imaginário de seu corpo, assim, o *infans*, prematuro fisiologicamente, necessita de uma forma que lhe permita uma totalidade imaginária ante a desintegração do Eu. No tempo do espelho, a imagem serve de suporte às identificações. Com o desdobramento da constituição psíquica e a ascensão do falo, com a passagem pelo complexo edípico, o sujeito passa a se orientar pelos valores sociais.

Conforme Freud (2011/1923), durante a constituição psíquica o desenvolvimento do *Eu* consiste num afastamento do narcisismo primário, por meio da libido deslocada para um ideal. O narcisismo é deslocado para um *Eu-Ideal*, perfeito, que tenta atingir o *Ideal-do-Eu*. A criança já não é mais seu próprio ideal, mas tem de atingi-lo. Simultaneamente, o *Eu* emite investimentos de objeto, fica empobrecido. Com isso, o *Eu* só enriquece novamente mediante a satisfação, por meio objetual, e o cumprimento do ideal.

Temos aqui as escolhas relativas ao narcisismo secundário e à passagem pelo complexo Edípico. Freud (2011/1923) denota que, ao estabelecer o *Ideal-do-Eu*, o *Eu* assenhora-se do complexo de Édipo e submete-se ao *Isso*. O *Eu* volta-se ao exterior e o *Ideal-do-Eu* confronta-se com o *Isso*, sendo que os conflitos entre o *Eu* e o *Ideal-do-Eu* serão agora oposição entre mundo exterior e interior, visto que o *Eu* representa o mundo externo no *Isso*.

No resultado: “você deve, mas não pode...”, o *Supereu* contém a advertência e a proibição. Temos aqui a dupla face do *Ideal-do-Eu*, resultado de seu empenho contra o complexo de Édipo, do qual também é resultado. Essa crítica parental depois se revela na sociedade. Outras pessoas com as quais o sujeito neurótico irá conviver se associarão a essa instância de vigilância moral. Desse modo, o *Ideal-do-Eu* fornece um modelo para a compreensão da psicologia das massas, do componente social do ideal comum. (Freud, 2011/1921).

Freud revela uma importante variação no modelo de *Ideal-do-Eu* consoante com as sucessivas identificações. Desse modo, existem múltiplas possibilidades de identificação nas quais o *Eu* poderá submeter-se de acordo com as ligações afetivas que serão estabelecidas. No entanto, qualquer modelo com o qual o sujeito irá se identificar situa-o numa ambivalência: será expressão de ternura ou de eliminação. Desse modo, os que estão à margem do modelo identificatório serão alvo de agressividade/tentativa de eliminação, enquanto aqueles que se adequam ao modelo, alvo de afeição/ternura.

Para Ana Costa (2019), a circulação dos valores sociais, gozo fálico, situa os sujeitos em diferentes lugares nos laços e ditam quem está dentro e fora, ou seja, nomeia o excluído de diferentes formas. Nesse sentido, o *Ideal-do-Eu*, respondendo ao gozo fálico, representa certa posição do sujeito no laço social. Pensando as sucessivas identificações propostas por Freud e a atualidade da circulação dos valores fálicos, quais os efeitos da assunção dos modelos ideais contemporâneos nos sujeitos que passaram pelos processos de estomização?

Nesse ponto, vale retomar as possibilidades das feridas narcísicas da condição anteriormente mencionada, a respeito dos excrementos que vazam, escapam, “cheiram mal”. A denúncia do Real do corpo e a presença da bolsa coletora como semblante do paciente estomizado são situações constrangedoras evidenciadas nos discursos desses pacientes. O que transborda do corpo torna visível o intuito de esconder o “furo”.

Na relação com o corpo, situações clínicas revelam a tentativa de tamponar o estoma, escondê-lo e, conseqüentemente, esconder a bolsa coletora. Os pacientes escondem tendo como escudo as roupas, mas também “escondem-de-si-mesmo”. Muitos não querem ver o seu próprio estoma, o seu próprio corpo modificado, ou a bolsa que, agora, faz parte de seu corpo. O olhar do sujeito diante do próprio corpo em um primeiro momento não lhe é possível. A evitação ao esconder o estoma é escamoteação do seu próprio “furo”. Há presença do Outro nessa relação sujeito-corpo, aquele do qual o sujeito quer se esconder de forma a evitar o olhar.

Mas a manifestação no corpo furado aparece e ultrapassa, desarrazoada, seja por meio dos odores das fezes ou da urina que se espalham, seja das manchas dos restos que ficam e marcam o corpo e as roupas. Esses são registros de sofrimentos que se ligam às formas de ameaça ao ser humano, expostas por Freud (1996/1929) como mal-estar na cultura. Tais formas de sofrimento são os contrapontos ao ideal de felicidade e se apresentam sob três formas: (i) o próprio corpo, quando não se afasta da dor e do medo; (ii) os fatores externos, que abatem com forças poderosas e destrutivas, como nas questões de desastres climáticos; e, por fim, (iii) as relações com outros seres humanos, cujo sofrimento talvez seja o mais penoso.

O sofrimento na condição do sujeito poderia ser situado com relação ao seu próprio corpo – o que se aproxima do exposto na primeira seção –, uma dor que não cessa diante de um furo inapreensível pelas amarrações simbólico-imaginárias e a necessidade da borda/inscrição do estoma, e também na relação com o outro semelhante, por relação aos ideais outrora explicitados. Foi possível perceber que o corpo se torna ameaçador pela imprevisibilidade de suas manifestações, já que o seu funcionamento se torna distinto do habitual. Além disso, os efeitos de ser estomizado, inevitavelmente, repercutem no sentir-se olhado pelos outros como “diferente”, “estranho” e deficiente. Esse olhar também convoca a dar-a-ver o próprio estoma, conforme os discursos dos sujeitos escutados.

Nas condições em que o corpo se apresenta, o sujeito se vê decisivamente diferente diante o outro, com mudanças contrárias às exigências dos ideais sociais, pois o corpo é modificado por uma radical diferença em relação ao outro, aquele que do estoma não é portador. Todavia, sabe-se que a integridade do corpo representa um ideal narcísico de perfeição, que não corresponde ao corpo fragmentado experimentado nos primórdios da constituição psíquica. Se a imagem perturba é porque ela devolve, em espelho, a imagem da falta vivida por cada um, da qual o corpo é testemunha.

Soma-se a isso o fato de que o sujeito que porta o estoma irá se deparar com a nomeação deficiente, denominação legitimada pela legislação brasileira de saúde (Portaria n. 400, 2009). A deficiência em questão se encontra no nível físico, em razão da estomia e do uso da bolsa coletora. De certo modo, a deficiência não é aparentemente visível, visto que inicialmente não se enxerga o estoma. Ao mesmo tempo, há uma modificação abrupta no modo de existência, em razão das transformações que o sujeito terá de fazer para se adaptar a sua nova realidade, a ser construída de acordo com a sua experiência na singularidade, embora tenha orientações gerais preconizadas por diretrizes nacionais para atenção à saúde de pessoas estomizadas.

Essa nomeação evoca indicações lacanianas acerca da função simbólica no contexto identificatório do estágio do espelho, experiência essa sempre revisitada pelo sujeito. Lacan (1998/1949) aponta que a assunção jubilatória da imagem diante do espelho, que ocorre no ser ainda imaturo e dependente, demonstra a matriz simbólica diante da qual o Eu precipita-se antes de efetivar a dialética de identificação com o Outro. No Seminário 1, Lacan (1996/1953-1954) complementa: para que uma ilusão de totalidade se produza, a relação do real e do imaginário é dependente da situação do sujeito que se caracteriza essencialmente pelo seu lugar no mundo simbólico, o mundo das palavras. Nesse sentido, evoca-se que a diferença instituída pela nomeação deficiente é, muitas vezes, perturbadora em relação aos ideais narcísicos contemporâneos, pois o estigma da deficiência como uma falta traz implicações ao estomizado em relação ao olhar e à suposta demanda do Outro.

Retoma-se a questão do olhar pelas propostas ulteriores de Lacan (1996/1964) acerca da pulsão escópica; remonta-se assim, também, à seção anterior na qual foram trabalhadas as pulsões, seus elementos e seus destinos. Na pulsão escópica, olho e olhar são apresentados como coisas distintas, há uma considerável divisão entre ambos. Nós podemos ver, mas também somos vistos e o olhar daquele que sobre nós se apresenta escapa, fazendo mistério. Há sempre algo no olhar do Outro que escorrega, passa, faz enigma. Nesse sentido, o olhar compele ao insabido.

Todavia, esse insabido que produz questão, olhar que faz enigma, é diferente da angústia diante do descontrole excrementício como algo novo que escapa à significação. Na presença do “furo”, há o encontro com um impossível de saber prever. Os excrementos escapam recorrentemente, há odores, há angústia. Mais que o vazamento dos excrementos, o que escapa ao sujeito que se encontra com o Real do corpo? As referências simbólico-imaginárias que outrora sustentavam seu lugar no mundo, o enquadre na cena e o endereçamento discursivo com relação aos outros decaem, pois sofrem rupturas devido às mudanças abruptas e traumáticas em decorrência da estomização, uma vez que situações que anteriormente o colocavam na cena do mundo já não fazem mais sentido. Assim, a consistência imaginária do corpo se desfaz devido ao acontecimento que rompe a cena, o olhar do Outro como enigma precisa ser restituído.

A restituição da cena no mundo

Pensando as intervenções clínicas, inicialmente cabe considerar que, para além do estoma, há outro furo, o furo no saber, impossível de tudo saber. Lacan (2007/1975-1976) diz que, em análise, o sujeito é nada mais que uma suposição, uma ambiguidade. Sendo assim, todo sujeito é duplo, fundamentalmente dividido e trata-se de dar conta do que dessa divisão instaura o Real. Toda a questão da verdade sobre algo é tomada como um meio-dizer, uma verdade não toda. Só há verdade se ela puder ser dita pela metade. Portanto, trata-se da dimensão do Real, do que escapa à significação, sendo que a linguagem estaria ligada a alguma coisa que no Real faz furo. É com essa dimensão de furo que a linguagem opera o seu domínio sobre o Real.

Lacan (1996/1953-1954) postula que a psicanálise é, fundamentalmente, uma técnica da palavra, pois é por meio da palavra que uma análise se desloca. Na fala o sujeito expõe a sua verdade, na qual em discurso demonstra o erro e a contradição. Isso se configura para o sujeito como um desconhecimento do que por ele é dito, não se trata de uma mentira, pois é justamente aquilo que está situado entre o erro e a mentira. Assim, a verdade surge do equívoco, seja pela manifestação dos lapsos, seja dos atos falhos, em que as palavras que tropeçam confessam. Nesse sentido, também é possível ao sujeito a partir da escuta psicanalítica reinventar-se por intermédio da palavra.

A escuta psicanalítica a respeito da elaboração da condição dos pacientes estomizados passa pela elucidação da presença do furo, algo que diz da sua relação prévia com a falta. Sempre houve aquilo que escapa. Sempre haverá um impossível de ser dito, um Real não cessa de não se inscrever. Todavia, o sujeito constituído de experiências prévias, de uma história única e uma rede de significantes que lhe estão disponíveis, se sustenta discursivamente. Mas quando o inesperado se sobrepõe a esse sujeito, como a presença do estoma, o que escapa à significação necessita de um rearranjo que dê a ele condições de se reposicionar perante o traumático. Conforme Costa (2013), um evento traumatiza quando o sujeito perde a sua condição de responder ao laço social, de situar-se numa referência significativa e de velar o Real a partir da fantasia.

Freud (2010/1920) trata dos efeitos do traumático ao trabalhar o que está além do Princípio do Prazer, relativo ao que nomeou pulsão de morte. Ele questiona a tendência à repetição de fatos que causam desprazer, trazendo como exemplo os sonhos dos neuróticos do pós-guerra, nos quais a cena dolorosa se repetia, e as brincadeiras infantis, nas quais as crianças reproduzem o doloroso afastamento de sua mãe (brincadeira conhecida no movimento do *fort-da*).

Nos sonhos de guerra, há uma repetição que não remete à Outra cena, às formações do inconsciente, trata-se da atualização da cena traumática sem substituições. A condição

de trauma está fora da posição da antecipação do Outro. Rompem-se a antecipação do Outro e a inscrição do sujeito no discurso e as condições de endereçamento. Nessas circunstâncias, a clínica do testemunho é importante dispositivo, pois dá a possibilidade de reconstituição do endereçamento da fala.

O testemunho é reconhecer a perda, o que dimensiona inicialmente a possibilidade de um luto. Sem isso, é como se o sujeito ficasse no limbo. Um trabalho preliminar de luto ressitua as condições de endereçamento para que o sujeito aos poucos possa testemunhar o vivido, cuja testemunha é aquela que ocupa a posição de escuta. Além disso, a verdade será enunciada pelo sujeito na sua estrutura de ficção, havendo possibilidade de construções de narrativas a respeito da sua vivência que assumirão o caráter de experiência.

Koltai (2016) menciona que o testemunho perpassa a história pessoal e coletiva dos sujeitos, ao que remete tanto à responsabilidade do sujeito ao contá-lo quanto àquela de quem o escuta. Nesse sentido, há um duplo movimento, o narrador que endereça o seu relato e a escuta com a presença implicada de um outro que o testemunha. Compreende-se que testemunhar implica a atestação dos fatos e a revelação de uma verdade, sendo que é no trajeto, do real à verdade, que intervém a forma literária que postula o valor de um sentido.

A contingência presente nas situações cotidianas, marcada pela sobreposição do inesperado com relação aos acontecimentos no corpo, a marcação do olhar do Outro que, em sua significação escapa ao sujeito, são situações que com frequência se apresentam na clínica com pacientes estomizados. No que diz respeito à diferença que é demonstrada no corpo pela presença da bolsa coletora, evidencia-se uma quebra no imaginário. Tal situação, conforme o relato dos sujeitos escutados, ocasiona um horror para o Outro que vê, pois desconhece esse funcionamento corporal, o que escapa no outro corpo. No lugar de testemunha, escuta-se especial referência aos sons que ecoam do corpo estomizado, sons do próprio organismo que o paciente não pode controlar; as flatulências excessivas e o escoamento das fezes que os constroem mutuamente.

Faz-se referência ao horror. Freud (1919/2010), ao abordar a noção do estranho, relaciona esse conceito ao que no humano despertaria o horror, contrariamente ao belo, o sinistro. O que torna inquietante se refere a tudo aquilo que nas pessoas e nas coisas, nas impressões dos sentidos, vivências e situações despertariam o sentimento do inquietante, porém, em seu caráter velado, aproxima-se de algo que também é familiar, inferindo o que é estranho e familiar. Há referência a tudo aquilo que deveria se manter secreto, mas aparece.

Ana Costa (2018) explicita que há condições em que o outro é visto como um próximo não semelhante por traços de seu corpo; nestas, o outro é alvo do que cada um quer que seja estrangeiro ao próprio *Eu*. Assim, aquilo que o sujeito tenta excluir da sua organização psíquica devido a sua precariedade representativa insiste em algum lugar, revelando a sua irresolução.

Com relação aos sujeitos que portavam o estoma, as transformações vivenciadas no corpo, como o adoecimento físico e a consequente realização da estomização, foram enunciadas demarcando não somente a estranheza no suposto olhar do outro, mas a estranheza em relação ao próprio corpo. O que provocava a angústia era a ausência de representação em relação ao trauma de um vivido em processo de começar a ser falado, momento em que muitos confessavam ser a primeira vez que relatavam mais detalhadamente sobre suas situações. Segundo Lacan (2005/1962-1963), a emergência da angústia se dá justamente na ausência de rede simbólica, enquanto rede de proteção, não havendo arranjo suficiente que dê sustentação e equilíbrio a um sujeito. Nos pacientes escutados, há falta de registro simbólico acerca do que começaram a vivenciar diante das modificações de seus corpos.

Todavia, observa-se que o que se reorganiza, em nosso estudo, como possibilidade discursiva, pende ao discurso médico e a um apagamento do sujeito que possa se apropriar de sua experiência. Atenta-se ao fato de que a fala dos pacientes estomizados sobre a sua condição era marcada pela reprodução do discurso da medicina no relato dos sintomas físicos que desencadearam o estoma, ou pelo relato sobre a rotina referente às sucessivas consultas médicas para o tratamento. Para Fernandes (1999), as funções do organismo humano estão na base do interesse da medicina e sua colaboração irá ao encontro da realização de ações necessárias para a manutenção do aparelho orgânico em condições específicas.

No contexto desta pesquisa, foi possível observar que o discurso oriundo da ciência, especialmente o discurso médico, foi utilizado pelos pacientes buscando fazer sucumbir o Real. Nos casos escutados, não havia previamente a referência a uma construção singular acerca da condição do próprio sujeito diante de sua enfermidade e dos acontecimentos em seu corpo. Desse modo, os sintomas e as manifestações corpóreas eram diagnosticadas, tratadas e encaradas de modo universal, como situações comumente existentes para aqueles que portam o estoma, desconsiderando as singularidades de cada sujeito. Qual lugar para a escuta do sujeito diante do discurso médico universal?

Conforme Fernandes (1999), a psicanálise propõe a ampliação da visão no processo de adoecimento, pensando-a na relação do sujeito com a doença – o que leva a pensar nas implicações psíquicas que acompanham a perturbação orgânica. Nesse sentido, a especificidade psicanalítica está relacionada às implicações da subjetividade no corpo, atento ao inconsciente que marca a indissociabilidade entre o psíquico e o somático. A partir da escuta psicanalítica, é dada a abertura de possibilidade para que o sujeito possa dizer a respeito da sua vivência singular fazendo tessituras do Real, de forma a produzir suturas, recortando e circunscrevendo a presença do furo no próprio corpo.

O início da presença do furo, no que se refere ao corpo (estoma), em um primeiro momento, foi visto pelo sujeito como algo “estranho”, não pertencente a ele,

especialmente por ter em anexo uma bolsa coletora para armazenar as fezes ou a urina. Assim, por intermédio da fala, cuja escuta é endereçada a um Outro, há possibilidade de inscrição dessa marca/furo pela circulação da palavra e a abertura para elaboração do que é possível da condição traumática. É um momento em que a dimensão do trauma se faz presente, bem como a emergência do dizer sobre a perda, para que haja um reinvestimento psíquico e a criação de um novo modo de ser e estar no mundo, singular a cada sujeito que vivencia as vicissitudes da experiência.

É mediante o luto referente à perda narcísica do Eu do/no corpo que, outrora representado “consistente”, é possível repensar a relação do sujeito no mundo, que irá se relançar de forma diferenciada do que em outro tempo o foi, devido às suas necessidades e readaptações referentes à utilização da bolsa coletora e aos cuidados com o próprio estoma. Tal situação implica adaptar-se à nova condição corporal, agora questionada pelos modelos ideais contemporâneos, que hipervalorizam a estética do belo, da qual o corpo com estoma não faz parte, em razão da deficiência ser vista como aquilo que escapa à imagem ideal.

Com relação ao furo sobre os efeitos que a escuta do inconsciente efetua, o que se apresentou foi um furo no saber. O que se revelou como estranho e apareceu na escuta do clínico como resistência, haja vista a suposição inicial sobre o que seria dito pelo paciente era relativo ao sofrimento da vivência em relação ao estoma. Tal situação evidencia a condição inicial de um não saber, que se apresentava tanto do lado do clínico como do paciente com relação ao seu corpo e ao estoma. Isso também mostra que o encontro entre paciente e clínico é sempre faltoso, pois o que irá se suceder a partir da relação transferencial é imprevisível e somente *a posteriori* será revelado. Nesse sentido, o furo na linguagem é a marca da falta que é estrutural do sujeito, furo representando aquilo que causa desejo, uma abertura que faz marca trazendo a ruptura do sentido unívoco e a possibilidade da criação, permitindo a reinvenção de ser e a circulação pulsional diante da repetição traumática.

Um saber que vem a ser construído a partir da existência do inconsciente, por meio da invenção ficcional de uma narrativa que possibilite um rearranjo da cena, que foi em outro momento destituída. Ainda, torna-se necessária uma travessia ante a presença do furo, pois a situação que marca a impossibilidade de tudo saber aponta em outra direção para a multiplicidade de saber, por intermédio de novos recortes a partir dos elementos que restam como vestígios da cena.

Ainda, torna-se importante salientar que, mesmo a partir de um trabalho psíquico acerca da elaboração do traumático, sempre terá aquilo que restou do que não pode ser simbolizado. Desse modo, não há um fim em si mesmo, pois os destroços, oriundos do trauma, retornam e manifestam-se nas formações do inconsciente, restando os vestígios da cena que se rompeu e as marcas da incidência do Real. Essa situação também incide sobre a manifestação da linguagem, posto que o corpo é a linguagem da pulsão.

Referências

- Costa, A. (2019). *Luz e tempo. Ato e Repetição*. São Paulo: Escuta.
- Costa, A. (2013). Um luto impossível: efeito de trauma em imigrações. *Rev. Assoc. Psicanal. de Porto Alegre*, 1(1), 32-36.
- Fernandes, M. (1999). A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. *Revista Percurso*, 2(23), 43-52.
- Freud, S. (2015). As pulsões e seus destinos. In S. Freud. *As pulsões e seus destinos* (pp. 13-69, P. H. Tavares, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2010). A repressão. In S. Freud. *Introdução do narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos* (pp. 62-73). São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2010). Além do princípio de prazer. In S. Freud. *História de uma neurose infantil: “o homem dos lobos”, além do princípio de prazer e outros textos* (pp. 123-246). São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1920).
- Freud, S. (2014). Introdução ao narcisismo (L. F. L. de Oliveira, M. de A. Götze & S. Schneider, Trad.). *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 1(47), 172-193. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: “O caso Schreber”, artigos sobre a técnica e outros textos* (pp. 100-110). São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, S. (2011). O eu e o id. In S. Freud. *Obras Completas: o Eu e o Id, autobiografia e outros textos* (Vol. 16, pp. 13-74). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923-1925).
- Freud, S. (1996). O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos. In *O mal-estar na civilização* (pp.42-92). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1929).
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e Análise do Eu e outros textos. In S. Freud. *Psicologia das massas e Análise do Eu* (pp. 10-100). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada 1921).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud. *Obras completas: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria, “O caso Dora” e outros textos* (Vol. 6, pp. 13-172). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1901-1905).
- Koltai, C. (2016). Entre psicanálise e história: o testemunho. *Psicologia USP*, 1(23), 24-30. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/114749>.

- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do Eu. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1949).
- Lacan, J. (1996). *O Seminário Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1953-1954).
- Lacan, J. (1995). *O Seminário Livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1956-1957).
- Lacan, J. (1998). Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura de personalidade”. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1960).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1962-1963).
- Lacan, J. (1996). *O Seminário Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).
- Lacan, J. (2007). *O Seminário Livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1975-1976).
- Lima, S. (2017). Complicações em estomas intestinais e urinários: revisão integrativa. *Dissertação de mestrado*, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, São Paulo.
- Luz, M., Andrade, D., Amaral, H., Bezerra, S., Benício, C., & Leal, A. (2009). Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), 140-146.
- Moretto, M. (2006). O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do outro em si. *Tese de doutorado*, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009.* (2009). Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para Atenção à Saúde das Pessoas estomizadas.

Resumo

Este artigo teve como objetivo produzir uma análise e tecer considerações sobre a escuta psicanalítica de sujeitos, por meio do trabalho realizado em um serviço de saúde pública especializado no tratamento de estomias. Para tanto, foi construído a partir do referencial psicanalítico proposto por Sigmund Freud e Jacques Lacan. Devido à presença do estoma e a bolsa coletora de eliminação excrementícia, as mudanças no corpo do paciente estomizado são evidentes, o que provoca alteração na representação da imagem corporal e o desvelar da inconsistência no corpo, bem como seus efeitos na relação do sujeito com o Outro. O furo que agora faz parte do corpo (estoma) corresponde a uma marca que remete ao traumático e ao irrepresentável da cena rompida que estruturava a sua existência. Diante dessa transformação corpórea, questiona-se se o estoma poderá se constituir uma nova fonte/borda pulsional. A escuta psicanalítica, nesse caso, ocupa-se de testemunhar a fala de sujeitos que no endereçamento a um Outro possibilitará dizer sobre a perda e a elaboração do luto por meio da construção ficcional de narrativas que permitam uma reinvenção do ser e a circulação pulsional ante a repetição traumática.

Palavras-chave: Sujeito. Corpo. Estoma. Furo.

A Hole in Me: Considerations about the Clinical Listening of Ostomized Patients

Abstract

This article aimed to produce an analysis and make considerations about the psychoanalytic listening of subjects, through the work carried in a public health service specialized in the ostomies treatment. In this way, it was based in the psychoanalytic proposed by Sigmund Freud and Jacques Lacan. Due to the presence of the stoma and the collection bag of excrementary elimination, changes are notables in the body of the ostomized patient, which causes a change in the representation of body image and the unveiling of inconsistency in the body, as well as its effects on the subject's relationship with the patient. The role that is now part of the body (stoma) corresponds to a mark that refers to the traumatic and unrepresentable part of broken scene that structured its existence. With the transformation of the body questioned, whether the stoma can constitute a new source/pulsional border. Psychoanalytical listening, in this case, is concerned with witnessing the speech of subjects who in addressing an Other, will make possible tell about the loss and the mourning elaboration through the fictional construction of narratives that allow a reinvention of the being and the pulsional circulation in the face traumatic repetition.

Keywords: Subject. Body. Stoma. Hole.

Un trou en moi: considerations sur l'écoute clinique des patients stomisés

Resumé

Cet article visait à produire une analyse et réfléchir sur l'écoute psychanalytique des sujets, À travers les travaux menés dans un service publique de santé spécialisé dans le traitement des stomies. Il a donc été construit à partir du théorie psychanalytique proposé par Sigmund Freud et Jacques Lacan. La présence de la stomie et du sac de collecte d'élimination des excréments, des changements dans le corps du patient stomisé sont évidents, ce qui entraîne un changement dans la représentation de l'image corporelle et le dévoilement d'une fragilité dans le corps, et ses effets sur la relation du sujet avec du social. Le trou qui fait maintenant partie du corps (stomie) correspond à une marque qui renvoie à la partie traumatique et non représentable de la scène brisée qui a structuré son existence. Avec la transformation corporelle, il y a le questionnement, si la stomie peut constituer un nouveau bord source/moteur. L'écoute psychanalytique, dans ce cas, vise à assister à la parole de sujets qui en s'adressant à un Autre, permettent de s'inscrire sur l'aperte et l'élaboration delié à travers la construction fictive de récits qui permettent une réinvention de l'être, et la circulation pulsionnelle avant la répétition traumatique.

Mots-clés: Sujet. Corps. Stomie. Trou.

Un agujero en mi: consideraciones de la escucha clínica de pacientes estomizados

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo producir un análisis y hacer reflexiones sobre la escucha psicoanalítica de sujetos, a través del trabajo realizado en un servicio de salud pública especializado en el tratamiento de ostomías. Por tanto, se construyó a partir del marco psicoanalítico propuesto por Sigmund Freud y Jacques Lacan. La presencia del estoma y la bolsa colectora de eliminación excrementaria se evidencian cambios en el cuerpo del paciente estomizado lo que provoca un cambio en la representación de la imagen corporal y el desvelamiento de inconsistencias en su cuerpo, así como sus efectos en la relación del sujeto con su Otro. El agujero que ahora forma parte del cuerpo (estoma) corresponde a una marca que hace referencia a la parte traumática e irrepresentable de la escena que estructuraba su existencia. Con la transformación en el cuerpo pregunta si la estoma puede constituir una nueva fuente/borde pulsional. La escucha psicoanalítica, en este caso, se ocupa de presenciar el discurso de sujetos que al dirigirse al Otro permitirá decir sobre la pérdida y la elaboración del traumático a través de la construcción ficcional de narrativas que permitan una reinención del ser y la circulación pulsional ante la repetición traumática.

Palabras clave: Sujeto. Cuerpo. Estoma. Agujero.