

Subjetividade e adoecimento: implicações para a formação em saúde

Vera Lúcia Silva Prazeres¹, veraprazeres@hotmail.com

1. Psicóloga; especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Instituto de Ensino Superior e Pesquisa (Inesp), Divinópolis, MG.

RESUMO: O presente artigo trata da relação entre subjetividade e adoecimento, bem como de suas implicações para a formação em saúde. A psicossomática é apresentada como área privilegiada para proporcionar o entendimento do processo do adoecer e das diferenças entre o adoecimento psicossomático e o conversivo.

Palavras-chave: subjetividade, adoecimento, psicossomática.

RESUMEN: Subjetividad y enfermedad: implicaciones para la formación en salud. El siguiente artículo trata de la relación entre subjetividad y enfermedad, bien como sus implicaciones para la formación en salud. La psicossomática es presentada como un área privilegiada para proporcionar el entendimiento del proceso de enfermedad y de las diferencias entre enfermedad psicossomática y el conversivo.

Palabras llaves: subjetividad, enfermedad, psicossomática.

ABSTRACT: Subjectivity and sickening: implications for the formation in health. The present article leads with the relationship between

subjectivity and sickening, as well as with their implications for the formation in the health area. The psychosomatic area is presented as the privileged one to provide the understanding of the process of getting sick and the differences between the psychosomatic sickening and the conversional.

Keywords: subjectivity, sickening, psychosomatic.

A psicologia é definida e vem se consolidando como pertencente à área da saúde. Conquistas importantes vêm sendo realizadas, tal como a definição, pelo Ministério da Saúde, pela obrigatoriedade da presença de psicólogos em vários setores dos hospitais, a obrigatoriedade do acompanhamento em procedimentos cirúrgicos, tal como a cirurgia bariátrica, a legalização da prática da acupuntura, a autorização para emissão de atestados de afastamento do trabalho e outras conquistas que vêm mostrando o espaço e a legitimidade alcançadas pela psicologia na área da saúde.

O estudo da relação entre subjetividade e adoecimento ganhou força com o entendimento, pela psicanálise, de que o corpo é marcado pela história do sujeito e pelo desejo; que é um corpo simbólico e não uma máquina; que as relações entre o que acomete o sujeito e seus adoecimentos nem sempre são de causa e efeito, mas muitas vezes de significação e sentido. Com o conceito de inconsciente, marca-se uma ruptura epistemológica com outros saberes, indicando que o adoecimento pode advir de conflitos ou desejos inconscientes, e que, atravessados por esses, os processos biológicos podem não responder à lógica exclusiva das ciências naturais.

A interação dos fatores biopsicossociais na determinação dos processos saúde-doença é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde, que define saúde como “um estado de bem-estar biopsicossocial, e não meramente ausência de doenças”.

Distúrbios do sono e do sonho, transtornos alimentares, transtornos resultantes do stress e da depressão típicos da vida moderna, sintomas resultantes da violência urbana e do trânsito e transtornos psicossomáticos estão cada vez mais presentes em nosso cotidiano, convocando os profissionais a um entendimento amplo sobre os determinantes sociais e psicológicos dos processos humanos, entre eles o adoecimento.

Dispondo o ser humano de três vias possíveis para lidar com os conflitos – o comportamento, a via orgânica e a simbólica – a susceptibilidade ao adoecimento dependerá tanto da gravidade da situação que enfrenta quanto dos recursos psíquicos do sujeito para lidar com a mesma. Quanto maior for sua capacidade simbólica, maior será sua capacidade de acionar recursos mentais

para lidar com seus conflitos e menores as chances de adoecer. Já naqueles em que há um déficit simbólico, uma precariedade representacional, o excesso de excitação tende a recircular para o somático.

A psicossomática da primeira infância adquire especial importância para se entender esses processos, tanto por constituir-se aí as bases da somatização em qualquer fase da vida, como também pela especificidade dos momentos em que os mecanismos de linguagem e de defesa psíquica são ainda precários, sendo o corpo o recurso de que o bebê dispõe para expressar seu sofrimento. Isto é, carente de meios verbais de se comunicar e com um aparelho mental ainda em formação, o bebê é extremamente propenso a responder com transtornos somáticos aos conflitos e dificuldades que o rodeiam, especialmente aqueles ligados à relação com a mãe.

As patologias do vínculo mãe-bebê envolvem situações que são classificadas em dois grupos básicos: patologias associadas ao excesso de proposição da mãe como único objeto possível de satisfação e de viabilidade psíquica para o bebê; e patologias associadas a uma carência materna (inclui os casos em que as mães são fisicamente presentes, mas afetivamente ausentes). O excesso provoca uma dificuldade de fantasiar diante da falta e está associado a distúrbios como a cólica do recém-nascido, a insônia e a criação de neo-necessidades (“mães calmantes”, que levarão seus filhos, mais tarde, a desenvolverem comportamentos auto-calmantes, como o uso de drogas). A carência está associada à falta de uma base de satisfação ou tempo demasiadamente longo de ausência (inadequada alternância presença/ausência), podendo gerar distúrbios como carências afetivas precoces, complexo da “mãe morta” (depressão em presença de um objeto, ele mesmo absorto em um luto), hospitalismo, mericismo e síndrome do comportamento vazio.

Assim, “os distúrbios funcionais precoces do bebê revelam que algo, na relação mãe/bebê, não vai bem” (CASTRO, 1998, p. 142). Esses distúrbios funcionais incluem problemas respiratórios, dermatológicos, transtornos alimentares e do sono, entre outros.

A saúde mental e psicossomática da mãe é fundamental para a instauração das funções psíquicas da criança e para sua saúde psicossomática, constituindo risco para o bebê situações como a depressão materna, a normopatía materna e a dificuldade psíquica para o exercício da maternagem.

A subversão libidinal refere-se ao processo de libidinização do bebê, permitindo que o corpo supere os processos fisiológicos e se preste ao prazer, ao vínculo, o que pressupõe adequadas inscrições das funções materna e paterna. Experimentar simultaneamente a satisfação da necessidade e o prazer de ser desejado pela mãe faz transcender os funcionamentos automáticos. Brincar com o corpo é importante para libertar da urgência da necessidade, ou seja, a

criança precisa de um companheiro de jogo para não ficar entregue à fisiologia. A imposição da ausência materna, sem uma base de satisfação, leva à angústia e ao vazio. E, onde não acontece subversão libidinal (zonas excluídas da relação de prazer com o outro), estarão constituídas as zonas de fragilidade somática.

Dessa forma, a erogeinização do bebê e a equilibrada alternância presença/ausência materna proporcionam a passagem da necessidade para o desejo, da repetição automática para a criatividade e o jogo, da excitação para a mentalização, do biológico para o simbólico, tornando a representação o equivalente psíquico das atividades orgânicas.

Na vida adulta, o paciente psicossomático apresenta características como baixa capacidade criativa; baixa capacidade de simbolização; comprometimento onírico; pouco contato com os desejos; utilização empobrecida da linguagem, com aderência ao factual; dificuldade de nomeação e expressão dos afetos (alexitimia); alienação da própria história; rebaixamento dos investimentos objetivos, inclusive na transferência; sensação de desamparo e ausência de queixas específicas. A somatização é freqüentemente precedida por angústias difusas.

Quando o sujeito apresenta simultaneamente alexitimia, depressão essencial e vida operatória, é elevado o risco somático e de acidentes, por não encontrar vias mentais para organização dos conflitos. Nessas condições, as ameaças subjetivas tendem a ser processadas como ameaças biológicas, fazendo com que o corpo reaja com respostas biológicas. Cabe ainda esclarecer que o pior de um acontecimento não é o acontecimento em si, mas a impossibilidade de representá-lo psiquicamente, de significá-lo. Nisso consiste seu potencial desorganizador para o sujeito.

Pensando a partir da formação, a capacitação para o tratamento de patologias psicossomáticas do adulto e de bebês ou das intercorrências psíquicas associadas às patologias somáticas, se justifica pela estatística reconhecida de que “numa média de 70%, os pacientes orgânicos apresentam fatores psíquicos que desempenham um papel importante, às vezes determinante, no contexto de sua doença” (MELLO FILHO, 1992, p. 64). A limitação dos profissionais para reconhecer e tratar desses aspectos é um dos fatores associados à peregrinação médica, ao excesso de exames desnecessários, à falta de adesão aos tratamentos e ao próprio insucesso terapêutico.

A capacitação para a avaliação e acompanhamento de bebês é fundamental, pois “a não instauração das estruturas psíquicas lesa rapidamente o órgão que as suporta” (LAZNIK, 2003, p. 35), ou seja, é no primeiro ano de vida que a saúde mental e psicossomática do adulto é em grande parte decidida. Se por um lado isso confere uma gravidade e uma urgência à situação, pois sabe-se de situações que se não forem precocemente diagnosticadas são po-

tencialmente irreversíveis, como é o caso do autismo, por outro lado contamos com uma enorme plasticidade e possibilidade de resposta às intervenções no primeiro ano de vida. É lamentável que não haja ainda, em geral, uma rotina de avaliação e acompanhamento da saúde mental de bebês, pois já contamos com conhecimento sistematizado sobre os parâmetros clínicos do diagnóstico precoce do risco de transtornos do desenvolvimento, como o autismo, classificado pelo DSM IV como transtorno invasivo do desenvolvimento (WANDERLEY, 2003; BAPTISTA, 2003).

Do ponto de vista do sujeito que recebe a intervenção, o trabalho em psicologia da saúde se justifica pela humanização do tratamento oferecido, pela minimização do sofrimento psíquico associado ao adoecimento e pelas possibilidades efetivas de respostas no que tange à patologia em questão. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil ainda se destaca pelo seu valor preventivo e pela prioridade estabelecida pelo próprio Ministério da Saúde, constando entre as “cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia”. As outras são: “promoção do aleitamento materno, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas” (Ministério da Saúde, 2002).

Do ponto de vista do serviço de saúde ao qual se vincula o paciente, é possível que haja diminuição dos custos com exames e consultas, visto que o paciente passa a contar com outro espaço para colocação, acolhimento e tratamento de suas dificuldades. Além disso, é possível haver redução do estresse organizacional, pela contribuição dada, aos demais profissionais, quanto ao manejo do sofrimento psíquico bastante freqüente tanto em quem apresenta problemas de saúde quanto em seus cuidadores.

Saber diferenciar os pacientes conversivos (distúrbios funcionais) dos pacientes psicossomáticos (distúrbios envolvendo lesões, alterações celulares e teciduais), considerando que a dinâmica psíquica deles é absolutamente diferente, é fundamental e implica em aplicação de técnicas também diferentes. No caso da conversão histérica, a via simbólica está preservada.

Como expressa um discurso simbólico, tem como pré-condição a existência de um sujeito primeiramente constituído como tal e com uma capacidade simbólica suficiente para que assim uma história possa se expressar. Isso quer dizer que psicogeneticamente estamos lidando com uma criança que fala e que se inclui numa perspectiva edípica, em que a diferenciação eu-outro e a constituição dos limites egóicos e corporais e o sentimento de identidade está estabelecida (MELLO FILHO, 1992, p. 354).

Já a manifestação psicossomática

é uma via estabelecida precocemente, geneticamente antes do advento da palavra como organizador simbólico, ou seja, se estabelece em um período pré-verbal, relacionando-se à diferenciação eu-outro, à organização do sentimento de ser, de existir. Pode ser pensada como uma via que protege, anacronicamente, o sujeito de angústias dessa época, portanto angústias de aniquilamento ou psicóticas (MELLO FILHO, 1992, p. 356).

A aplicação das técnicas e princípios da psicologia e da psicanálise clássicas aos pacientes psicossomáticos constitui um dos principais fatores de insucesso terapêutico nessa área, o que demonstra a importância de disciplinas e estágios específicos para o atendimento desses pacientes.

Assim, a prevenção e o tratamento serão mais eficazes quando forem incluídas nos programas de saúde as estratégias de diagnóstico e tratamento dos fatores psíquicos mórbidos e pré-mórbidos associados ao adoecimento, o que pressupõe uma formação em saúde que dê conta de capacitar seus profissionais para tanto.

Referências bibliográficas

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CASTRO, L. R. F. O estudo dos distúrbios do sono na infância e suas contribuições para a compreensão da psicossomática do adulto. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. **Psicossoma II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LAZNIK, M. C. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY, D. B. **Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família**. 2. ed. Salvador: Ágalma, 2003.

MELLO FILHO, Júlio de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/pub_assunto/saude_crianca.html>. Acesso em 2006.

WANDERLEY, D. B. **Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família**. 2. ed. Salvador: Ágalma, 2003.