

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional
Curso de Psicologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**Da constituição narcísica à dor crônica:
Um estudo de caso**

Morgana Nunes

Pelotas, 2019

Morgana Nunes

Da constituição narcísica à dor crônica:

Um estudo de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina, Psicologia e terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Peixoto Farias

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Károl Veiga Cabral

Pelotas, 2019

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

N972d Nunes, Morgana

Da constituição narcísica à dor crônica : um estudo de caso / Morgana Nunes ; Camila Peixoto Farias, orientadora ; Károl Veiga Cabral, coorientadora. — Pelotas, 2019.

37 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2019.

1. Psicologia. 2. Constituição narcísica. 3. Violência. 4. Trauma. 5. Dor crônica. I. Farias, Camila Peixoto, orient. II. Cabral, Károl Veiga, coorient. III. Título.

CDD : 150

Morgana Nunes

Da constituição narcísica à dor crônica:

Um estudo de caso

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel Psicologia, Faculdade Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 10/07/2019

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Camila Peixoto Farias. Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Prof^a. Dr^a. Marta Solange Streicher Janelli da Silva. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof^a. Dr^a. Miriam Cristiane Alves. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Régis de Azevedo Garcia. Doutor em Letras – História da Literatura pela Universidade Federal do Rio Grande.

Agradecimentos

Agradeço a minha família que foi a minha força e motivação durante esse processo, me dando amparo na distância e compreendendo as ausências.

Agradeço ao Carlos, que me ouviu, amparou e esteve comigo enfrentando os desafios acadêmicos e os da vida.

Agradeço a professora Camila, que me mostrou o quanto a psicanálise é linda e cheia de possibilidades e que me fortaleceu, amparou e apoiou em cada parte desse processo de escrita e da minha formação.

Agradeço a professora Károl, que foi parte essencial nessa escrita e me mostrou o quanto a psicologia pode ser transformadora durante cada aula.

Agradeço a professora Miriam, por me mostrar outras possibilidades de pensar e fazer a psicologia.

Agradeço a professora Marta, por cada palavra, sorriso, abraço, amparo e por me mostrar o quanto a clínica é linda, potente e transformadora.

Agradeço a professor Lorena, por ser uma profissional e uma pessoa inspiradora e admirável.

Agradeço ao professor Régis, por me mostrar a potência da clínica através do afeto.

Agradeço a Pâmela, minha amiga, que mesmo distante fisicamente esteve presente em todos os momentos comigo.

Agradeço ao Eduardo e a Simone, que formaram comigo o meu trio, as minhas pessoas, fomos o amparo e o acolhimento uns para os outros, choramos e sorrimos juntos.

Agradeço a Mariana e a Renata, por serem essas mulheres fantásticas, que me inspiram e amparam.

Agradeço ao Diego, a Jade, Aline, Rosana, Gabriela por serem presença e alegria durante esse processo.

Agradeço a professora Julieta e a Liga Acadêmica Interdisciplinar de Cuidados Paliativos, por me mostrarem que é com luta e com afeto que cuidamos do outro.

Agradeço ao grupo PET Diversidade e Tolerância, que nesses dois anos me proporcionaram muito aprendizado e ultrapassaram as barreiras da Universidade comigo.

Agradeço ao Pulsional - Núcleo de Estudos e Pesquisas em psicanálise, pelas trocas, pelo crescimento, pelo apoio, pela leveza e pelo conhecimento construído a partir do afeto.

Agradeço aos meus amigos, que estiveram comigo durante toda essa trajetória, me apoiaram, me ouviram e mesmo nas ausências estiveram comigo.

Agradeço aos demais colegas por compartilharem as experiências, pelas trocas, pelos ensinamentos.

Agradeço aos demais professores e profissionais, que dividiram conosco seus conhecimentos e fizeram parte da nossa construção em quanto profissionais.

Resumo

NUNES, Morgana. **Da constituição narcísica à dor crônica**: Um estudo de caso. Orientadora: Camila Peixoto Farias. 2019. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

O presente trabalho consiste no estudo, a partir da perspectiva psicanalítica, de uma paciente com diagnóstico de doença crônica, atendida no Ambulatório de Cuidados Paliativos da UFPel – Unidade Cuidativa – o seu diagnóstico é de fibromialgia, que no trabalho será abordado como dor crônica. O estudo foi realizado a partir de um estudo de caso único e utilizou entrevistas como técnica para coleta de dados, foram realizados quatro encontros, entre os meses de Abril e Junho deste ano. O objetivo do trabalho é compreender a constituição narcísica de uma paciente em cuidados paliativos. Os resultados encontrados consistem em uma articulação da teoria psicanalítica e a história de vida da paciente. Maria, como será chamada a entrevistada, sofreu muitas violências (sexual, racial, física) durante seu processo de constituição narcísica, sendo que algumas delas adquiriram uma dimensão traumática, não puderam ser elaboradas. Todos esses traumas e violências que ela sofreu nos parecem transbordar para o corpo, um corpo que dói sem cessar.

Palavras-chave: Constituição narcísica. Violência. Trauma. Dor crônica.

Abstract

NUNES, Morgana. **From the narcissistic constitution to the chronic pain: A study case.** Advisor: Camila Peixoto Farias. 2019. 36 f. College Conclusion Work - Faculty of Medicine, Psychology and Occupational Therapy, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

The present work consists of the study, from the psychoanalytic perspective, of a patient diagnosed with chronic disease, treated at the Palliative Care Ambulatory Clinic of the UFPel - Care Unit - her diagnosis is of fibromyalgia, which in the work will be approached as chronic pain. The study was conducted from a single case study and used interviews as a technique for data collection, four meetings were accomplished between April and June of this year. The objective of this work is to understand the narcissistic constitution of a patient in palliative care. The results found consist of an articulation of the psychoanalytic theory and the patient's life history. Maria, as the interviewee will be called, suffered many violence (sexual, racial, physical) during her process of narcissistic constitution, some of which acquired a traumatic dimension, and could not be elaborated. All these traumas and violence she has suffered seem to overflow into the body, a body that hurts without ceasing.

Keywords: Narcissistic constitution. Violence. Trauma. Chronic pain.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. MÉTODO	13
2.1 Desenho do estudo.....	13
2.2 Cenário do estudo.....	13
2.3 Participante da pesquisa.....	14
2.4 Instrumentos para coleta de dados.....	14
2.5 Procedimento.....	15
2.6 Análise de dados.....	16
2.7 Aspectos éticos.....	16
3. RESULTADOS	17
3.1 Um breve histórico.....	17
3.2 A Constituição do eu: O narcisismo.....	18
3.3 O corpo: da violência sexual à dor.....	20
3.4 O corpo: da desqualificação de si a dor.....	26
3.5 O Cuidado Paliativo e a dor crônica	31
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho se propôs a compreender a constituição, organização e reorganização narcísica, a partir de um estudo de caso, de uma paciente em cuidados paliativos devido ao diagnóstico de doença crônica – a fibromialgia – que neste estudo abordaremos com o termo “dor crônica”, por se tratar de uma perspectiva psicanalítica.

Na perspectiva da psicanálise, Cardoso; Paraboni (2010) falam que a dor crônica é pensada com base psíquica, articulada a experiências traumáticas. Ainda neste sentido, a dor crônica integra a rede de cuidados direcionados aos cuidados paliativos, por não ter cura, apenas controle dos sintomas.

A proposição do tema nesta área de conhecimento – cuidados paliativos – ocorre devido à identificação e às experiências da pesquisadora sobre a temática, principalmente na participação durante três anos na Liga Acadêmica Interdisciplinar de Cuidados Paliativos da UFPel, onde foi oportunizada a aproximação das temáticas através de estudos de casos clínicos, relação com pacientes, familiares, cuidadores e equipe profissional que atuam na área dos cuidados paliativos, a fim de promover qualidade de vida para indivíduos com doenças crônicas.

A partir das perspectivas que a doença crônica e o adoecimento do corpo abrem na vida do indivíduo, é necessário pensar em uma forma de cuidado que dê conta das novas demandas que surgem a partir dessa nova realidade de vida. Neste sentido, é possível pensar nos cuidados paliativos que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), representa o cuidado na perspectiva de uma doença que está fora de possibilidade de cura e que ameaça a continuidade da vida, com o intuito de promover qualidade de vida e alívio do sofrimento para pacientes e familiares. Sendo assim, a atenção direcionada aos cuidados paliativos deve começar a partir do momento do diagnóstico da impossibilidade de cura, uma vez que essa filosofia de cuidado abrange não só quem recebe o diagnóstico, mas também cuidadores e familiares que fazem parte do processo de adoecimento. Assim, o cuidado paliativo auxilia no manejo das dores e no enfrentamento do luto (MATSUMOTO, 2012). A perspectiva dos cuidados paliativos está muito além do manejo da dor física, ela contempla o conceito de “dor total”. Conceituado por Cecil Sandes, abrange as quatro dores:

física, psicológica, espiritual e social, pensando e cuidando do indivíduo como um ser integral (MATSUMOTO, 2012).

Nesta perspectiva, foi criado o Ambulatório de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina – FaMed/UFPel, um espaço que busca promover qualidade de vida para pacientes e familiares de indivíduos em cuidados paliativos. Neste espaço são oferecidas consultas com profissionais da medicina, psicologia, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional etc., para acompanhamento clínico. Além disso, o espaço também proporciona para pacientes, familiares, profissionais e voluntários as práticas integrativas complementares – PICs, que são práticas além da medicina tradicional ocidental, que possuem o objetivo de promover qualidade de vida, integração e bem estar a partir de mecanismos biológicos, psíquicos, espirituais etc. (BRASIL, 2006). Portanto, a existência de um espaço que promove qualidade de vida para pacientes em cuidados paliativos é de extrema relevância para pensar no cuidado físico e psíquico.

Com o recebimento do diagnóstico, o indivíduo pode ser confrontado com uma outra realidade, onde o corpo saudável e desejado já não existe mais e é necessário lidar com essa nova realidade de existência. Assim, existem várias perdas e lutos que esse indivíduo poderá enfrentar e que constituem e caracterizam o processo de adoecimento. Portanto, é importante pensar nos papéis que eram desempenhados por esse indivíduo e nas possíveis transformações ocorridas após o recebimento do diagnóstico, uma vez que o adoecimento pode limitar alguns aspectos do cotidiano do paciente, como mudanças na rotina, no trabalho, nas tarefas desenvolvidas no domicílio, etc.

O adoecimento abre espaço para transformações no cotidiano, a dor crônica exige uma outra rotina, com novos lugares que passam a ser frequentados, uma nova posição familiar, o conhecimento de novas pessoas que possivelmente estão na mesma posição. Este processo de transformação em função do diagnóstico e esses novos papéis abrem espaço para se pensar na necessidade de uma reestruturação do eu. Ou seja, um Eu com o corpo não saudável, um Eu que não possui mais autonomia para realizar algumas tarefas laborais ou domésticas, sendo, por alguma limitação física ou psíquica, um eu que precisará construir novas formas de investir em si mesmo e no outro. Em outras palavras um eu que terá que se reorganizar. Tendo isso em vista, o

objetivo do estudo é investigar os desdobramentos narcísicos do diagnóstico e do tratamento da dor crônica, a partir de um estudo de caso único, tendo como articulador teórico a teoria psicanalítica.

2. MÉTODO

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, com cunho exploratório, a partir de um estudo de caso, que possuiu o intuito de analisar os recursos de construção e reconstrução do eu a partir do diagnóstico e tratamento da dor crônica.

A pesquisa qualitativa supre de forma mais abrangente os objetivos do estudo, uma vez que TRIVINOS (1987) aborda que este método permite abranger outras possibilidades de pensar e de problematização, além de permitir maior inserção e aprofundamento no tema pesquisado. Dessa forma, a pesquisa qualitativa, de acordo com TURATO (2005, p. 510) “volta-se para a busca do significado das coisas”, onde, neste sentido, serão abertos espaços de fala para que estes significados e sentidos sejam elaborados e analisados.

O cunho exploratório da pesquisa permitiu conhecer e aprofundar os conhecimentos sobre uma determinada população ou lugar (TRIVINOS, 1987). Além de demonstrar novas perspectivas e olhares em relação ao que foi pesquisado (MINAYO, 2010).

O estudo de caso é relevante e aplicável neste contexto pelo tema pesquisado, bem como o objetivo final da pesquisa. Para YIN (2001), o estudo de caso se propõe a estudar uma temática contemporânea, a partir da observação de comportamentos, utilização de entrevistas e diversas possibilidades de evidências que possam surgir ao decorrer da pesquisa.

A escolha pelo estudo de caso único, para YIN (2001), pode ocorrer por diversos fatores associados à pesquisa. Neste estudo, o caso único foi escolhido por ser o caso decisivo, uma vez que cada indivíduo enfrenta os acontecimentos de forma singular e foi articulado com o amparo teórico da psicanálise para promover a discussão.

2.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de cuidados paliativos da faculdade de medicina – FaMed/UFPel, pelo fato de ser um serviço que atende,

especificamente, pacientes em cuidados paliativos da cidade de Pelotas e região sul.

O projeto do ambulatório, mais conhecido como Unidade Cuidativa, foi idealizado no ano de 2015, começando suas atividades no ano de 2016. O ambulatório realiza seus atendimentos integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3 Participante da pesquisa

A pesquisa foi realizada com uma mulher adulta (maior de 18 anos), com consciência do seu diagnóstico de dor crônica e considerada sem a possibilidade de cura. Estava inserida no serviço de atendimento em cuidados paliativos, na Unidade Cuidativa, além de receber atendimento psicológico no mesmo serviço.

2.4 Instrumentos para coleta de dados

A pesquisa utilizou da entrevista semiestruturada como método da coleta de dados, uma vez que essa forma de entrevista permite o direcionamento da proposta da pesquisa, mas também proporciona liberdade na fala do/a entrevistando/a (TRIVINOS, 1987). Neste contexto, é possível perceber de forma singular, como o indivíduo se reorganizou psiquicamente a partir do recebimento do diagnóstico.

De acordo com YIN (2001), a coleta de dados parte de uma estrutura formal e pré estabelecida com antecedência. Mas as informações específicas que surgem ao longo do processo de entrevista também são de extrema relevância para o conteúdo final da pesquisa.

Nas entrevistas semiestruturadas, os temas são pensados de forma aberta, que dão a possibilidade de o indivíduo se expressar de maneira livre a partir da pergunta realizada. Quem realiza a entrevista também possui autonomia para conduzir a entrevista a partir da fala do/a entrevistado/a, para, assim, ter melhor compreensão do tema abordado (MANZINI, 2012).

A entrevista semiestruturada foi construída com base no aporte teórico direcionado pelo tema proposto pela pesquisa e das hipóteses da pesquisadora.

E deste modo, a partir dos questionamentos e das respostas de cada indivíduo a estrutura da pesquisa ganhou forma e se constituiu (TRIVINOS, 1987).

2.5 Procedimento

O primeiro passo da pesquisa foi consultar a lista de pacientes em atendimento psicológico da unidade Cuidativa, com consciência do seu diagnóstico e com disponibilidade para realizar a pesquisa. Assim, feito esse levantamento, foram encontrados 3 pacientes com essas características e o critério de classificação para realizar o contato foi da frequência de atendimentos no local da pesquisa. Dessa forma, foi realizado o contato com a psicóloga do serviço, para fazer a mediação com a paciente. O primeiro contato foi realizado pessoalmente, para comunicar sobre a realização da pesquisa, explicar os procedimentos utilizados e para o convite de participação como voluntária para a realização das entrevistas. Após o aceite, foram combinados os dias para realização da pesquisa, de acordo com Yin (2001), a disponibilidade do indivíduo a ser entrevistado deve ser sempre respeitada.

A entrevista semiestruturada foi conduzida pela pesquisadora do estudo e ocorreu individualmente, após um momento breve de apresentação entre pesquisadora e pesquisada. Foram retomadas algumas informações básicas, como a temática da pesquisa, assim como seus objetivos, e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após esses procedimentos, a primeira entrevista iniciou. Foram realizados quatro encontros, com uma média de 40 minutos cada, entre os meses de Abril e Junho do ano de 2019.

A decisão pelos quatro encontros ocorreu para que fosse possível perceber, de forma mais abrangente e complexa, a organização psíquica da entrevistada. Com mais encontros também é possível identificar os processos de resistência, de como o indivíduo lida com os pontos abordados em cada encontro, o que as falas mobilizam. Dessa forma, também podemos identificar de forma mais significativa os processos de transferência e contra transferência, tão caros à psicanálise.

2.6 Análise de dados

Com o intuito de explorar a temática pesquisada, a análise dos dados do material gravado e transcrito ocorreu, de acordo com o proposto por MINAYO (1992), em três momentos: o primeiro foi a ordenação dos dados, transcrição e leitura das entrevistas. No segundo momento ocorreu a classificação dos dados, com o intuito de ordenar as respostas obtidas. O terceiro momento foi a análise final, onde houve articulação das respostas obtidas com o referencial teórico que ampara a pesquisa. Analisando o terceiro momento de MINAYO (1992) com a perspectiva de YIN (2001) para a análise dos dados, o autor também considera a articulação entre as revisões de literatura e os dados coletados na entrevista como forma de surgirem novas possibilidades e perspectivas do tema estudado. Além disso, a relação transferencial com o entrevistado também é um dado importante a ser analisado.

2.7 Aspectos Éticos

O presente estudo obedece os princípios éticos regidos pela Resolução 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, a qual aborda as questões éticas envolvidas nas pesquisas com seres humanos em ciências humanas e sociais (BRASIL, 2016). Neste sentido, a pesquisa só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPel, com o número de parecer: 3.226.274 e da aprovação do Ambulatório de Cuidados Paliativos da FaMed/UFPel.

A pesquisa demonstrou, como benefícios a participante, a possibilidade de uma escuta qualificada durante as entrevistas, além da melhor compreensão da temática para a proposta e planejamento de ações e intervenções que melhorem os atendimentos e a qualidade de vida desses indivíduos. Quanto aos riscos, foi esclarecida sobre a possibilidade de desconfortos ao abordar à temática do adoecimento e por esse motivo a necessidade da paciente estar em atendimento psicológico no serviço, para que houvesse maior amparo, a pesquisadora também disponibilizou seu contato.

3. RESULTADOS

3.1 Um breve histórico

Quando a escolha de um caso único é o caminho a ser trilhado pela pesquisa, mostramos a disponibilidade de nos adaptarmos a ele, viver o caso, estudar sobre ele e foi isso que ocorreu na pesquisa. A paciente escolhida para o estudo de caso atendia os critérios descritos no método deste trabalho, que deveria ser de um/a paciente adulto/a, com doença crônica e em atendimento psicológico na Unidade Cuidativa.

As entrevistas para a coleta de dados ocorreram em quatro encontros, mas com um grande espaço de tempo, devido ao estado físico da paciente, que por muitas vezes precisou desmarcar os encontros devido às fortes dores que tomavam conta de seu corpo.

A paciente, que aqui usaremos o nome fictício de Maria para não ter sua identidade revelada é negra, casada, tem dois filhos, e possui um diagnóstico médico descrito pela própria paciente de fibromialgia com comorbidades, entre elas a depressão e o transtorno obsessivo compulsivo. Para que se possa compreender os aspectos destacados deste trabalho, é importante conhecer um pouco da história de Maria.

No primeiro atendimento, a primeira história a ser contada por Maria sobre um abuso sexual, ao qual foi violentada aos 6 anos de idade, por se sentir culpada não contou aos pais neste momento, apenas 5 anos após o ocorrido e a reação dos pais foi de silenciar o sofrimento e a realidade vivida por ela, para que não houvesse desentendimentos com as pessoas envolvidas. Ao entrar na escola, pouco tempo depois do abuso, sentia-se diferente das demais colegas.

Foi na escola onde outras violências ocorreram na vida de Maria, violências relacionadas à sua posição social e a sua cor. Seus colegas a excluíam das atividades em grupo e cantavam músicas racistas, em seu relato, as professoras participavam desse processo violento. Quando ela contou para mãe o que acontecia, mais uma vez o seu sofrimento foi silenciado e ela precisou continuar na escola até concluir o período.

Após o período escolar, Maria fez alguns cursos, mas nunca se sentiu capaz de trabalhar nas áreas que tinha identificação, por isso, buscou empregos

em lugares que não precisa atingir metas ou locais centrais, por não se sentir capaz e com “boa aparência”.

A relação com o seu corpo sempre foi conflituosa, diz nunca ter gostado do seu corpo e nunca ter aceitado como ele era. Atualmente se sente gorda e feia e não gosta de se olhar no espelho. Além disso, apresenta muitas limitações nos movimentos, convive com dores que a limitam de realizar qualquer simples tarefa.

A partir deste breve relato sobre a história de Maria, farei uma análise pelo viés psicanalítico de alguns aspectos dessa história, com o intuito de compreender a constituição e organização narcísica dessa paciente que teve a vida cercada por vivências e relações imersas na violência e no silenciamento do seu sofrimento. Portanto, o primeiro ponto abordado neste trabalho será a constituição narcísica, para que seja possível compreender como o eu se constitui. Os próximos passos deste estudo têm como propósito a compreensão de como as violências de ordem sexual, social e racial influenciaram e influenciam nas possibilidades de investimento em si mesma e no outro de Maria, ou seja, os desdobramentos narcísicos de tais violências.

3.2 A constituição do eu: O narcisismo

O termo narcisismo apareceu pela primeira vez no ano de 1899 através do psiquiatra alemão Paul Adolf Näcke, ele considerava o narcisismo como perversidade, uma vez que absorvia toda a vida sexual do indivíduo, ou seja, o investimento libidinal se concentrava apenas no Eu e assim trazia um teor patológico para o conceito. No entanto, o conceito de narcisismo começa a aparecer nos escritos de Freud no ano de 1909 e descobriu o caráter patológico do conceito, mas é no ano de 1914 que surge de forma mais densa (GARCIA-ROZA, 1995). No texto “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914/2010, p. 15) descreve o narcisismo como “complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva”. Com isso Freud (1914) situa o narcisismo como um processo que faz parte da constituição psíquica.

O narcisismo refere-se ao processo de constituição do Eu, essa instância que media a relação do mundo interno com o mundo externo. Porém, não

nascemos com o Eu constituído e assim, são necessários alguns elementos e cuidados para que ele se constitua.

Um dos elementos fundamentais para o processo de constituição é a relação com o outro, a forma de investimento que o outro direcionará para o sujeito. Freud (1914/2010) fala que esse outro pode ser a mãe, mas é possível pensar em qualquer indivíduo que desempenhe esse papel de investimento libidinal e de cuidado. Assim, o outro investe no bebê e a partir destes investimentos e dos cuidados, o bebê vai descobrindo as partes do seu próprio corpo. O investimento do outro é a base para que o sujeito possa investir em si mesmo. Sendo assim, o encontro com o outro é fundamental no processo de constituição narcísica.

Este processo de descobrir o próprio corpo e o perceber como objeto de investimento libidinal e fonte de prazer constitui o autoerotismo. O conceito de autoerotismo aparece no texto de Freud (1905/2016) “Três ensaios sobre a sexualidade infantil”, no qual traz a relação do bebê com o próprio corpo. O bebê sente prazer a partir do próprio corpo, no ato de chupar o dedo, por exemplo, que está relacionado com a necessidade básica de alimentação. Freud (1914/2010, p. 31/32) fala que: “As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação”. Garcia-Roza (1995) destaca essa independência para o prazer, já que a satisfação pode ocorrer com elementos do próprio corpo, assim, não é necessário nenhum objeto externo para sentir prazer.

O narcisismo representa a unificação do corpo fragmentado do autoerotismo e a projeção dessa unificação no psiquismo. Esse movimento corresponde ao narcisismo primário. O narcisismo primário influencia a maneira pela qual o indivíduo irá investir em si mesmo e a maneira como irá escolher seus outros/futuros objetos de investimento (FREUD, 1914/2010). Neste sentido, a partir do momento em que o indivíduo realizou o investimento libidinal no seu próprio corpo e também o direcionou à mulher/pessoa que lhe empregou os primeiros cuidados, ele se percebe enquanto um Eu. Após esses investimentos, o Eu faz um deslocamento dos investimentos primários para concentrá-los em investimentos libidinais de objeto além do já destinado para quem o/a cuidou, tendo assim, o narcisismo secundário.

Neste processo, quando o Eu desloca seu investimento para o objeto, o investimento em si fica empobrecido e volta a se suprir após a satisfação oriunda

do investimento no objeto (FREUD, 1914/2010). Este movimento dos investimentos foi observado por Freud, que percebeu haver uma diferença entre a libido do Eu e a libido do objeto, aonde, quando investimos mais em uma retiramos o investimento da outra, tornando-a mais “empobrecida”. Assim é possível perceber que existe uma dinâmica de investimentos que muda de acordo com a situação do indivíduo, que por vezes necessita de mais investimento egoíco, e outras necessita investir mais nos objetos.

Tendo em vista essa lógica de funcionamento da balança libidinal, nos questionamos como ocorrem esses investimentos em um momento de ameaça narcísica, ou seja, de ameaça ao Eu. Essa ameaça pode ocorrer pelo recebimento de um diagnóstico de uma doença fora de possibilidade de cura, como a dor crônica, diagnóstico que exige uma reorganização do eu, uma reorganização dos investimentos, desdobrando-se, portanto em uma ameaça ao funcionamento psíquico.

3.3 O Corpo: da violência sexual à dor

O corpo desempenha um papel importante no processo de constituição psíquica, como já visto, é a partir dele que tem início o processo de constituição narcísica. É nele que recebemos os primeiros investimentos e cuidados vindos do outro. O corpo também estabelece o papel de grande mediador do mundo externo com a psique (FREUD 1911/1996), pois é através dele que expressamos os sentimentos, demonstramos conforto/desconforto, assim como, é ele que recebe os estímulos do mundo externo, além de ser fonte de prazer/desprazer e investimento.

Pensando na contemporaneidade, Birman (2014) afirma que atualmente o corpo está exposto à máxima vulnerabilidade, devido aos rituais em busca de um corpo saudável e perfeito, havendo uma supervalorização do corpo supostamente saudável e dentro de um padrão esperado pela sociedade, o que preponderantemente gera sofrimento. Ao encontro desta afirmação, Fernandes (2011, p. 49) fala que “o corpo, sua imagem, seu funcionamento, suas formas e deformações, constitui-se, então, como lugar privilegiado de abrigo do sofrimento”. Portanto na contemporaneidade, o corpo adoecido é a versão mais temida de um indivíduo, tendo em vista o culto a um corpo saudável.

Visto a importância do corpo no contexto contemporâneo, as violências sofridas, tanto de ordem física quanto de ordem psíquica, reverberam preponderantemente no corpo. Dentre as formas de manifestação das dores psíquicas nos interessa destacar o quadro da dor crônica, neste sentido, é possível perceber o sofrimento intenso na fala de Maria *“as vezes vem umas fincadas da planta do pé pra cima, parece que estão te cravando uma faca e tu grita, não aguenta a dor, parece que estão me esfaqueando, é essa a impressão que dá. Dá uma dor impressionante e quando da essas dores assim não tem como eu aguentar”*.

No caso de Maria, com a realidade da dor crônica, os investimentos no próprio eu precisam ser maiores em função das dores constantes que sente, o que sinaliza a fragilidade desta instância. Freud (1914/2010, p. 26) fala quanto a dor *“Diríamos então que o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu, enviando novamente para fora depois de curar-se”*. No caso de Maria a dor é considerada crônica, sem possibilidade de cura. Como pensar a balança de investimento nesse contexto?

Um corpo que dói sem cessar nos remete a pensar na ideia de uma descarga pulsional, na descarga de uma excitação traumática que não pôde ser simbolizada, elaborada. Considerando a questão traumática, Freud (1893/1996, p. 21), diz que *“qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos - tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física - pode atuar como um trauma dessa natureza (trauma psíquico)”*. Ainda nesta época, Freud pensa o trauma a partir de causas ambientais e ao longo da construção da teoria já percebe que o trauma pode ser de origem interna ou externa, assim Freud (1926/1996) descreve o trauma como *“[...] a essência disto é uma experiência de desamparo por parte do ego face de um acúmulo de excitação, quer de origem externa quer interna, com que não se pode lidar”*, ou seja, um excesso de energia libidinal que invade o Eu e não consegue ser elaborada psiquicamente e como recurso defensivo é descarregada no corpo.

Nessa mesma direção, Abras (2014) faz uma leitura da obra de Ferenczi sobre o trauma, onde Ferenczi alinhado ao pensamento freudiano percebe o trauma como um excesso, como algo que não pode ser traduzido, simbolizado. Para pensar o trauma Ferenczi (1933) parte de uma situação de abuso sexual. A impossibilidade de elaboração se dá segundo Ferenczi principalmente em

função do desmentido, do questionamento do discurso da criança sobre o abuso. Em outras palavras em função do não reconhecimento do sofrimento, da não validação da experiência traumática. Portanto, Abras (2014, p. 88) diz que “O traumatismo desestruturador não se realiza num devir, mas está sempre presente no corpo e sempre ausente das representações”.

A relação com o traumático pode acontecer por muitos eventos na história de vida de um indivíduo, pensando na trajetória de vida da Maria, a relação com o trauma ocorre em diversos contextos como o familiar, o social. Porém, o mais presente durante seus relatos está relacionado ao trauma devido ao abuso sexual sofrido na infância.

Como destaca Ferenczi (1930) em situações de abuso sexual a sensibilidade e inocência da criança são postas frente à perversidade do adulto e assim é possível perceber, através da fala da Maria, a busca por uma explicação para tamanha violência e o sentimento de culpa que é sentido nesse momento “*É, eu carrego minha culpa desde aí. A partir desse episódio que houve na minha infância, eu fui crescendo com essas marcas e essas marcas me marcam até hoje. [...] Se essa pessoa tivesse tido...essa pessoa, na época, ele deveria ter uns 33, 34 anos, não sei ao certo a idade, mas provavelmente era por aí, então era uma pessoa que já tinha discernimento do que era certo, do que mexer com crianças. O que é que sente um homem por uma criança? Eu era uma criança magricela, eu era magrinha, sempre fui magrinha e pequenininha, miudinha, não tinha nada...*”. Neste sentido, Ferenczi (1933) diz que a criança que sofre o abuso sexual pode ter um amadurecimento prematuro, devido ao conteúdo traumático do acontecimento e principalmente devido ao não acolhimento de seu sofrimento.

O grito que ficou preso dentro de Maria na infância, hoje transborda para o corpo em forma de dor e sofrimento: “*quando eu to com dor intensa e mais a fraqueza, quando os músculos se enrijecem, que eu vou mexer a perna e não consigo, ou caminhar e tenho que caminhar dois, três passos e não aguento o peso do meu corpo e tenho que me deitar*”. Cardoso (2017) mostra que quando os mecanismos psíquicos para elaborar os acontecimentos falham ou quando não há recursos para se lidar com eles, o destino para esse sofrimento se volta para o corpo, no caso da Maria, esse excesso é descarregado em forma de dor.

Maria traz em seus relatos o abuso sexual como um dos fatores de maior sofrimento em sua vida, dentre todos os acontecimentos que envolvem essa situação traumática, a falta de coragem para contar sobre esse abuso: *“só que foi passando o tempo e quanto eu tive bem forte da depressão, eu tive uma depressão forte mesmo, que eu passava só chorando e aí a minha mãe se obrigou a enxergar que tinha algo estranho comigo[..]então aos 11 anos ela procurou saber e aí eu tive coragem, porque eu tinha vontade de contar mas não tinha coragem”*. A desconsideração dos seus pais, após ter contado, também geram imenso sofrimento em sua vida e evidencia o não reconhecimento do sofrimento: *“E aí ela, tá, contou pro meu pai, mas fez a cabeça do meu pai pra que meu pai não fizesse nada e o meu pai é uma pessoa muito boa, que me ajuda muito, mas ele é meio mandado pela minha mãe. Se a minha mãe tomasse a decisão de ir lá e falar, ele iria, mas como ela tomou a decisão de abafar, como sempre as coisas que aconteciam lá em casa, sempre ficavam...ela sempre procurava acobertar, com vergonha dos vizinhos, ela não fazia escândalo ou coisas assim, ela preferiu assim”*.

Uma das questões de maior conflito em relação ao abuso, além do próprio fato ser traumático e repugnante é o silenciamento que o precedeu – o desmentido como denomina Ferenczi (1933) – desconsiderando todo o sofrimento que o fato causou, violentando ainda mais esse corpo e psiquismo já expostos e fragilizados (MENDES; FRANÇA, 2012). No caso de Maria, sua história e seu sofrimento também não foram considerados: *“aí eu contei tudo pra ela (mãe), só que eu não sabia se tinha acontecido o fato né e aí ela olhou, conferiu, abriu as minhas pernas e olhou se eu continuava/era virgem e disse - Não, não aconteceu nada, ele fez alguma coisa por fora, tira isso da tua cabeça -”*. A criança fica em situação de desamparo, uma vez que o adulto que deveria acolher faz o movimento contrário: desqualifica, desmente e abandona (ABRAS, 2014). Assim o desmentido, a desqualificação do abuso sexual intensificam a dor psíquica, o sofrimento e fragilizam ainda mais as possibilidades de elaboração, as possibilidades de investimento em si mesma e nos outros de Maria.

Freud (1914/2010, p. 30) fala que “A elaboração psíquica ajuda extraordinariamente no desvio interno das excitações que não são capazes de uma direta descarga externa, ou para as quais isso não seria desejável no

momento”. Ou seja, o silenciamento do sofrimento, o não falar sobre os fatos traumáticos ou desqualificá-los impede a elaboração psíquica, restando como forma de encaminhamento a descarga no corpo ou através do ato. O que faz com que as excitações ligadas a ele acabem sendo descarregadas de forma direta através do corpo e do ato como forma de tentar alcançar um alívio mesmo que momentâneo da dor psíquica. Neste trecho da entrevista é possível perceber o sentimento de revolta que esse silenciamento gera “*muitas vezes eu jogava na cara dela (mãe) que ela estava mais preocupada com o que os vizinhos pensavam do que com o que as filhas pensavam, de repente, se ela tivesse prestado mais atenção em mim, tivesse me levado em um tratamento psicológico lá naquela época, talvez hoje eu não teria tanto problema como eu tenho*”.

Ferenczi (1929) considera, nesta perspectiva do acolhimento e da consideração infantil, que crianças que não recebem amparo ou são acolhidas com frieza e sem carinho pelos adultos utilizam alguns recursos para escapar desse sofrimento, como: provocar a própria morte ou o adoecimento do corpo através de uma doença orgânica e “se escapam desse destino, lhes ficará, sempre, certo pessimismo e certo desgosto pela vida” (p. 49). Neste estudo de caso é possível observar estes últimos elementos na fala de Maria, tanto o adoecimento orgânico como o desgosto pela vida, fica visível principalmente neste trecho “*Então a vida do paciente crônico é uma vida de esforço, a gente se esforça para levantar, se esforça para fazer o que comer, se esforça para viver o dia a dia, então é uma vida difícil*”.

O Eu fortalecido, que recebe investimento do outro, está protegido do adoecimento, contudo, quando essa não é a realidade, é necessário amar (e ser amado), Freud (1914/2010, p. 29) fala que “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar”. Maria fala que “*Esses traumas, que geraram esse tipo de depressão e a depressão por algum motivo desestabiliza meu emocional e gera um ciclo, porque a depressão vem porque eu não consegui realizar o que o TOC me induziu a fazer e eu fico frustrada, me sinto incapaz e aí vai me gerando mais dor, mais desestabilidade emocional que geram cada vez mais dores, então aí não consegue fazer uma melhora*”. É possível perceber, na fala de Maria, o esforço diário para realizar as atividades do cotidiano ou como ela mesma fala: “*esforço para viver*” e quando

o outro assume a postura de desconsiderar seu esforço e suas dores, seu sofrimento é ainda maior, uma vez que precisamos do olhar e reconhecimento do outro tanto para nossa constituição narcísica como para manutenção de nossos investimentos no eu. Assim, Maria busca o constante reconhecimento de suas dores e de seu sofrimento, principalmente pela figura da mãe, que ao longo da sua vida desconsidera e desqualifica seu sofrimento, especialmente na situação do abuso sexual, deixando Maria em uma situação de desamparo.

A relação de Maria com a mãe é atravessada por um sentimento de ódio, por nunca qualificar seu sofrimento referente ao abuso e as dores, podemos perceber isso em muitos momentos da entrevista, como neste *“esses dias que eu ouvi ela (mãe) falando sobre a preguiça e eu me senti... eu fui lá e disse pra ela parar tudo que tava fazendo e disse: - só fica reparando os teus netos, são do teu sangue, tu pode reparar, não te pedi pra tu fazer nada pra tu ficar falando, se tu soubesse o que eu sinto...como eu me sinto, tu não estaria nem andando e eu mesmo com as dores to procurando andar e fazer as coisas, eu faço o máximo que eu posso -”*.

A violência física do abuso e a psíquica, relacionada ao silenciamento e desvalorização do sofrimento, têm íntima relação com o sentimento de incapacidade e desvalorização, recorrentes na fala de Maria em vários aspectos da vida cotidiana, tanto no papel de mulher, de mãe, de trabalhadora.

O sentimento de incapacidade sentido por Maria é relacionado por ela às dores físicas, que ela traz como algo incapacitante para realizar as atividades ditas comuns, e dentre estas atividades é importante abordar à que diz respeito aos cuidados com os filhos, que por muitas vezes evidenciam ainda mais suas limitações físicas. Neste trecho fica evidente o que foi acima mencionado: *“Levanto de manhã cheia de dores, parece que eu levei uma surra, porque te dói todo o corpo, é difícil de mexer as pernas e eu tenho que vestir meu filho para ir ao colégio e tem dias que eu estou com dores agudas que eu vou até a cama dele, pra vestir ele e não consigo, porque me trava a coluna e eu tenho que deitar na caminha dele e tenho que deixar ele em casa, porque eu não consigo vestir ele pra ir no colégio”*, assim a dor física que impede o investimento e cuidado de si, também limita o cuidado ao outro.

Freud fala sobre o abandono do mundo externo devido ao adoecimento do corpo, e Maria, além do abandono do mundo externo também não possui

recursos psíquicos para investir no Eu. Quando não reconheceram a dor, o sofrimento causado pelo abuso na infância e atualmente, quando a sua dor física também não é reconhecida, as possibilidades identificatórias do eu para além da lógica depreciativa ficam fragilizadas, tornando o reconhecimento e a aceitação do próprio corpo algo difícil de elaborar: *“Por que eu não gosto da minha aparência, entende? E eu tava com muitas manchas no rosto, eu estava com muito mais manchas, então eu me olhava muito pouco no espelho e lá tinha um espelho grande e deu pra ver bem como é que eu to, aí eu experimentava um vestido e até que não ficava apertado, mas ficava feio, ficava redondinha assim”*.

O não reconhecimento e a depreciação do corpo é mais uma forma de demonstrar o quanto o Eu foi constituído de forma frágil. Com poucos mecanismos psíquicos para elaborar todas as violências sofridas o corpo tornou-se um espaço de dor, de sofrimento e não um espaço de prazer e investimento, o que reverbera nas possibilidades de investimento do eu e do outro. Para além do abuso sexual, também existem outras violências vividas por Maria, como o racismo, que foram determinantes para a fragilização de sua constituição narcísica.

3.4 O corpo: da desqualificação de si a dor

Maria conta sua história trazendo diversas marcas da violência, da exclusão social e do racismo que sofreu na sua infância, principalmente no ambiente escolar, que era para ser um espaço de acolhimento e se transformou em um lugar de propagação da violência e da discriminação, na fala de Maria: *“Em grupos de educação física, não queriam me colocar no time. Eu era excluída, eu sofria muita exclusão. Eu tinha uma rejeição no colégio. Eu não queria estudar”*.

Tendo o racismo como estrutural na sociedade, pessoas negras são atravessadas pelas violências que ele gera, desde a sua constituição narcísica até a sua socialização em ambientes institucionais, nesta fala de Maria é possível perceber as marcas do racismo no ambiente escolar *“juntava a turma inteira contra mim, aí eu procurava sair muito para o banheiro, e aí, quando eu saía para o banheiro pra tentar me acalmar e eu voltava para a sala de aula eles já olhavam para a janela e viam que eu estava voltando e começavam a cantar*

musiquinhas de chocolate, colocavam apelido no meu cabelo". A exclusão, a exposição, o preconceito e o sofrimento apontados nessa fala retratam o racismo em um ambiente escolar necessariamente frequentado por qualquer criança. Trindade (1994, p. 71) fala que a "sala de aula é espaço de dominação. Logo, podemos dizer que nesse espaço, dia após dia, ano após ano, o racismo é dominação que será aprendida e exercida".

Ao pensar este espaço institucional – a escola – o adulto que Ferenczi (1929) refere o cuidado e acolhimento – neste caso, as professoras – fazem o papel contrário e dão mais legitimidade para a continuidade das agressões, desqualificando mais uma vez o sofrimento de Maria. Ela fala que "as professoras, na época, riam junto e na época não tinha esse cuidado com *bulling*, não existia essa palavra *bulling*". Além de participarem da violência, as professoras silenciavam esse sofrimento, impedindo que ele pudesse ser elaborado: "[...] simplesmente diziam assim: "ah, não dá bola, deixa que eles param, eles fazem isso porque tu fica braba". Mas geralmente eu via que elas riam junto, sabe?". A resposta da professora quando diz: "não dá bola" é o movimento que ignora o sofrimento e o pedido de ajuda de Maria, assim como, a atitude de rir junto com os alunos, dos apelidos destinados à ela. Niemeyer (1998, p. 13) contribui para esta discussão dizendo que:

A escola acentua os mecanismos que transformam as diferenças em desigualdade. Ao, por exemplo, silenciar – não discutir em sala de aula – a atribuição de apelidos depreciativos, um dos mecanismos que constroem a desigualdade, está contribuindo para reforçá-la.

Além das professoras, quando Maria busca amparo e a validação do seu sofrimento com a mãe, mais uma vez é desmentida e induzida a "esquecer" os acontecimentos: "me forçava pra ir no colégio, eu chorava que não queria ir, só que eu queria que ela fosse no colégio pra explicar a situação, pra me defender, mas ela dizia pra eu não dar bola, que ela também passou por isso, então ela não dava bola".

A exposição ao racismo está dada desde os primeiros investimentos no bebê, onde segundo Laplanche (1998) o adulto que investe e cuida repassa mensagens enigmáticas de seu inconsciente. Estas mensagens podem ser carregadas de traumas de gerações passadas, assim como questões estruturais das relações sociais como o racismo (SANTOS et. al, 20187). No caso de Maria, quando sua mãe fala que também havia passado por aquilo, ela traz, de forma

consciente, que também viveu esse racismo. Mas é importante considerar que, possivelmente, muitos traumas em relação ao racismo que a mãe de Maria sofreu não foram elaborados e representados psicologicamente, assim, essas mensagens enigmáticas foram carregadas desse sofrimento proveniente do racismo. Este racismo que transpassa gerações e que se apresenta nas relações sociais segue violentando a pessoa negra. Portanto, o encaminhamento que a mãe de Maria encontrou para lidar com essas situações violentas do racismo, do abuso sexual, foi o silenciamento do sofrimento, do seu próprio inclusive.

A história da mulher negra na sociedade é marcada por situações de violência e diversos abusos de ordem física e psíquica. Davis (2016) fala que seus corpos não pertenciam a si, mas aos seus “donos”, o cotidiano dessas mulheres era cercado do trabalho como doméstica, pela violação de qualquer direito e por várias formas de abuso, principalmente o sexual. Tendo esse relato e analisando a história de forma crítica, percebemos o racismo como uma questão estrutural, que produz e reproduz violências aos corpos e psiquismos das pessoas negras.

Portanto, o corpo, que na psicanálise tem o papel de mediar o mundo externo com o psiquismo e que é fundamental para a constituição narcísica é o primeiro espaço a ser violentado nesse contexto. Fanon (2008, p. 104) fala que:

Um peso inusitado nos oprimiu. O mundo verdadeiro invadia o nosso pedaço. No mundo branco, o homem de cor encontra dificuldades na elaboração de seu esquema corporal. O conhecimento do corpo é unicamente uma atividade de negação. Em torno do corpo reina uma atmosfera densa de incertezas.

Tendo em vista que o corpo dentro da constituição psíquica é um espaço de investimento e de cuidado, no contexto abordado aqui, o corpo vira espaço para violência, para a relação traumática com o outro e a desqualificação de si na infância refletiu na forma com que Maria se percebe: *“até fiz um curso de auxiliar de veterinária, fiz um curso de auxiliar de radiologia, mas como eu já tinha problemas de achar que eu não era capaz e tudo, eu não fui adiante em procurar emprego naquela área, né. Então o serviço que ia aparecendo eu ia pegando, porque achava que com a minha aparência eu não ia conseguir um serviço bom, tudo que é propriamente do que a gente vai armazenando e depois vai refletindo na vida adulta”*, Freud (1914/2010) Freud fala sobre a defesa em relação as perturbações vividas no narcisismo originário e quando analisamos a fala de Maria, percebemos que o não investimento do outro, o não acolhimento

do outro, um a desqualificação se desdobra na constituição de um Eu fragilizado, que não possui recursos psíquicos para se defender e enfrentar as situações perturbadoras, como no caso da fala acima, Maria não acreditou que conseguiria um bom serviço: *“é, não, eu nunca me senti bem como eu era, agora eu tenho mais motivos pra não gostar de mim, mas eu já não gostava de mim, desde de lá, dos meus 7 anos, que aquelas crianças colocaram na minha cabeça que eu era feia, isso já ficou me marcando até hoje, então ficou pra mim esse complexo de inferioridade e de incapacidade também”*.

O outro que violenta o corpo negro, também o exclui e invisibiliza, de acordo com Farias (2018) essa exclusão gera uma ameaça de ordem psíquica, essa exclusão torna-se uma ameaça a existência desse sujeito, ameaça o reconhecimento de si mesmo e as possibilidades de vinculação ao outro.

Outra forma de violência sofrida por Maria é a exclusão social. É possível compreender a violência a partir do contexto social da contemporaneidade, em uma realidade cotidiana que exclui e marginaliza uma parte da população devido ao seu posicionamento na estrutura das classes sociais. Um destes reflexos é percebido através do conceito de invisibilidade pública, descrito por Costa (2004), onde os “subalternos invisíveis” não são passíveis de serem vistos pelo restante da sociedade, os “cegos superiores”, a partir da sua posição como pobre nas classes sociais.

O reflexo da invisibilidade pode ser percebido nesta fala da Maria: *“Aí entrei pro colégio e sofri bullying no colégio, por causa que era numa cidadezinha que tinha pessoas melhores de vida, né? [...] pessoas assim, que referente a minha situação financeira, eram melhores, mais estabilizadas, tinham casa... e aí então, lá eu sofri muito bullying, muito preconceito”*. A partir desta fala é notório o quanto os aspectos financeiros e os bens materiais interferiam na forma com que Maria era vista e tratada pelos outros colegas, outro ponto evidente desta discriminação fica visível neste trecho: *“Eu tinha muita raiva daquelas pessoas, eu comecei a adquirir um sentimento de revolta dentro de mim. Então eu tive dificuldade de ter amigas no colégio. Quando tinha que fazer algum trabalho, ninguém queria fazer trabalho comigo”*. Maria traz em muitos momentos das entrevistas, falas relacionadas a dificuldade de vinculação: *“mas não conseguia criar vínculos de amizade, só de coleguismo assim, eu não conseguia e até hoje eu não tenho amigos”*.

Neste processo de invisibilidade e preconceito, há um outro, mas um outro que violenta, assim, para André (2001, p. 105) esse movimento pode ser percebido como uma “desqualificação do outro, como outro”, o autor ainda traz a reflexão que antes de se fazer algo é preciso ser algo, e neste sentido, como “ser” alguém se o outro não lhe considera como alguém? Se o investimento em si mesmo é alicerçado no investimento que recebemos do outro, surge a questão: quais os efeitos narcísicos de um outro que não investe, que violenta e desqualifica o sujeito?

Uma vez compreendida a constituição narcísica a partir da relação com o outro, é importante considerar a forma com que o Eu irá se constituir a partir de um entorno violento, marcado por um processo de silenciamento e invisibilidade do sofrimento. No caso de Maria, os efeitos de todas essas violências já mencionadas até aqui (sexual, racial, social) se transformaram em dor física, uma dor intensa, incapacitante, que dói sem cessar: *“tu tem que estar sempre lidando com a dor, hoje mais, outro dia mais severa ainda, então o problema da dor é que te desestabiliza tudo, teu humor, tua disposição física, tua condição de fazer alguma coisa, então é isso que te impossibilita, o problema da dor”*, e esse corpo é carregado de impossibilidades e limitações, pela dor que transbordou do psiquismo, por não ser elaborada e atingiu o corpo. Maria só sente o seu corpo como um espaço que abriga a dor e o sofrimento e nunca como um lugar de prazer. Maria associa seu único motivo de felicidade à relação com os filhos, porém, demarca a limitação física como a incompletude da felicidade: *“quando levo na pracinha é meu esposo que tem que ajudar eles nos brinquedos e eu tenho que ficar sentada só olhando, mas é um momento que me dá alegria de ver eles brincando e é a única alegria que eu tenho, é ver meus filhos brincarem, porque minha mesmo, da minha vida eu não tenho, então assim, é uma vida de sofrimento”*.

Talvez nessa cena Maria vislumbre o afeto, o cuidado, o investimento que ela não recebeu e que a deixou tão frágil quanto uma criança. Talvez Maria procure até hoje alguém que brinque com ela, alguém que a invista de forma positiva e prazerosa.

3.5 O Cuidado paliativo e a dor crônica

Maria, por muitas vezes ao longo da sua história de vida passou por situações onde todo o seu sofrimento e sua dor foram desconsiderados e silenciados, no entanto, encontrou na Unidade Cuidativa um espaço de acolhimento e de cuidado, tendo a oportunidade de ser ouvida, algo tão raro até então. Maria relata que *“aqui na Cuidativa eu encontrei amparo, eu encontrei carinho das pessoas, eu encontrei uma motivação de buscar pela vida”*. Na Unidade, Maria realiza consultas médicas, psicológicas e de fisioterapia: *“cada vez que eu venho na fisioterapia eu venho com esforço, porque eu já me acordo com dor, da vontade de ficar em casa, mas eu venho para a fisioterapia porque eu sei que aquilo vai me ajudar a não entrar tanto em crise”*. Portanto, Maria percebe este espaço como um amparo e acalento para a sua dor física, e principalmente para sua dor psíquica.

O cuidado paliativo assume este espaço do cuidado integral, que ultrapassa a barreira do aspecto físico, preocupando-se com todas as dores que um indivíduo pode sentir, sendo ela física, psíquica, social, etc (PINELLI, et. al. 2016). Por essa razão, o cuidado paliativo influencia de forma categórica a vida do indivíduo que é atendido, uma vez que o cuidado é direcionado levando em consideração a singularidade, subjetividade e complexidade de cada indivíduo e não uma doença ou um diagnóstico reduzidos a um caráter biomédico.

Maria buscou o serviço da Unidade Cuidativa devido a um diagnóstico de fibromialgia – uma doença crônica que provoca dores intensas e de caráter crônico, além de comorbidades físicas e psíquicas – entretanto, utilizamos o termo “dor crônica”, mais adequado para o amparo teórico utilizado na pesquisa.

Existem muitas outras dores na vida de Maria – principalmente uma dor psíquica, que também dói sem cessar, que é a dor das violências sofridas, a dor do silenciamento, a dor de um psiquismo que foi desamparado e neste espaço Maria encontrou, de alguma forma este espaço de amparo e acolhimento *“Talvez se eu não estivesse fazendo fisioterapia, não estivesse aqui sendo acompanhada pela psicóloga e pela psiquiatra eu estaria em crise constante. Mas graças a deus, deus me colocou aqui e ofereceu esse amparo, porque tem a doutora que me dá as receitas médicas pros meus medicamentos, que é uma pessoa que luta por nós, uma pessoa que tá sempre incansável pra manter isso*

aqui, porque não é fácil pra ela manter esse trabalho aqui, então a todas essas pessoas eu sou grata”.

Maria encontrou na Unidade Cuidativa um espaço aberto, onde seu sofrimento e sua dor foram ouvidas e acolhidas: *“então aqui foi o motivo que deu um animo pra minha vida, esse trabalho aqui é muito especial, porque ajuda muito as pessoas que não tem condições a ter um trabalho que eles oferecem, de qualidade, então a gente é tratado como se a gente fosse um paciente particular ou até melhor. Porque eles dão toda a atenção, se eu vou na consulta com a doutora, ela tem paciência em me ouvir, de me atender, de me encaminhar como ela me encaminhou para a fisioterapia, para a acupuntura, então eu tenho todo o amparo que preciso, como se fosse particular, só que graças a deus tenho aqui, que eles oferecem esse trabalho gratuito pra gente”.* Em oposição ao espaço que a família ocupava, um espaço que silenciou e desqualificou esse sofrimento no serviço Maria encontra um espaço de acolhimento e escuta de seu sofrimento. Muitas vezes a família que deveria acolher, cuidar, ouvir, não consegue desempenhar esse papel – como aconteceu com Maria – e acaba por violentar ainda mais esse psiquismo e esse corpo, já tão feridos. Ou seja, o sofrimento que antes foi silenciado no âmbito familiar, hoje é ouvido dentro de um espaço que promove à saúde e a qualidade de vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de um estudo exploratório, a partir de um caso único e decisivo, a pesquisa concentrou-se em compreender a constituição narcísica de Maria, com sua singularidade, subjetividade e complexidade.

Ao escutar, pensar e elaborar a história de vida de Maria durante o processo de construção neste trabalho, no período de coleta de dados, entrevistas, transcrição das entrevistas e articulação com a psicanálise, foi possível perceber que o caminho percorrido durante a sua constituição narcísica foi atravessado por aspectos muito violentos. Estas violências aconteceram em momentos em que esse Eu precisava de amparo e cuidado para se constituir.

Na vida de Maria, o encontro com o outro na infância – momento fundamental para a constituição narcísica do indivíduo – foi marcado por muitas violências, sendo elas de dimensão sexual, física, racial e social. Durante as entrevistas, Maria fala com dor – no sentido literal e figurado da expressão – sobre todas elas. Fala da culpa e do nojo que a violência sexual causou, fala da raiva sobre o racismo que sofreu na escola, fala com ódio da desqualificação da sua mãe e da família quando ela contou sobre o abuso sexual e sobre o racismo. Todas as experiências de contato com o outro foram marcadas por essas violências, e assim, Maria teve seu Eu constituído de forma frágil, sem recursos psíquicos para elaborar suas dores, uma vez que cada encontro com o outro era marcado por uma forma de desqualificação de si.

O Eu que acumulou todas essas dores psíquicas causadas pelas violências não aguentou e transbordou e a dor que é psíquica hoje dói no corpo, dói em forma de fisgada, dói de forma aguda, dói cronicamente, dói de forma incapacitante.

A fragilidade que falamos é física, limita os movimentos que Maria precisava fazer durante seu dia, mas é fundamentalmente uma fragilidade psíquica e simbólica. Maria recebeu poucos investimentos amorosos, de reconhecimento que pudessem servir de alicerce para sua constituição narcísica. Isso reverbera na sua incapacidade de investir em si, de se cuidar, de se ver de forma amorosa e positiva e também nas suas possibilidades de investir no outro. Quando pensamos na balança libidinal descrita por Freud (1914), no caso de Maria,

esses elementos de investimentos são empobrecidos, tanto para o Eu quanto para o outro.

A história de Maria é um recorte de uma sociedade que adocece por não ser ouvida e assim como ela, existem muitas outras pessoas que sofrem pela violência que agride e invisibiliza. Dessa forma, a psicologia, e mais especificamente a psicanálise, possui um papel fundamental – ético e político – ao pensar no cuidado ao paciente que sofre por não ser visto e ouvido, por não ter seu sofrimento reconhecido.

A equipe de saúde, por muitas vezes, é transformada na única referência de cuidado e a única rede de apoio que algumas pessoas possuem. No caso da Maria, a Unidade Cuidativa foi um dos primeiros espaços em que ela foi ouvida e foi cuidada e este cuidado foi feito a partir da sua história de vida, e das suas dores e não um cuidado apenas do diagnóstico.

Contudo, é de grande importância, pensando neste espaço que agora ocupamos – de “em breve” futuros/as psicólogos/as – perceber a importância de ouvir a dor do outro, escutar a singularidade e complexidade de seu sofrimento, ato esse tão raro na contemporaneidade. Portanto, é papel de quem trabalha com a saúde, também promovê-la, na forma de cuidado e de acolhimento.

REFERÊNCIAS

ABRAS, R. M. G. Ferenczi, uma clínica a partir do traumático. **Reverso**, ano 36, n. 67, p. 85 – 90, jun. 2014.

ANDRÉ, J. Entre angústia e desamparo. **Ágora**, v. IV, n. 2, p. 95-109, jul-dez, 2001.

BIRMAN, J. **O Sujeito na Contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 - **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; Diário Oficial da União, 2006.

CARDOSO, D. H., MUNIZ, R. M., SCHWARTZ, E., & ARRIEIRA, I. C. de O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enfermagem**, v.22, n. 4, p. 1134-1141, 2013.

CARDOSO, M. R. Repensando o trauma e o intraduzível com Jean Laplanche. In: RIBEIRO, P. C. et al. **Por que Laplanche?** São Paulo: Zagodoni Editora, 2017.

CARDOSO, M. R.; PARABONI, P. Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. X, nº 4, p. 1203-1219, dez, 2010.

COSTA, F. B. **Homens invisíveis**: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1ª ed., São Paulo: Boitempo, 2016.

FANON, F. **Pele negra, mascaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FARIAS, C. P. Exclusão social e invisibilidade: desdobramentos traumáticos do racismo. In: BELO, F. **Psicanálise e Racismo**: interpretações a partir de quarto de despejo, Belo Horizonte –MG, 2018.

FERENCZI, S. Princípio de relaxamento e neocatarse. In: **Obras Completas: Psicanálise IV** 1930[1929]. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERENCZI, S. Confusões de língua entre adultos e crianças: A linguagem da ternura e da paixão. In: **Obras Completas, Psicanálise V**, [1933]. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FERNANDES, M. H. As relações entre o psíquico e o somático: O corpo da clínica psicanalítica. In GARCIA, A. G.; CARDOSO, M. R. (orgs.). **Limites da clínica. Clínica dos limites**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2011.

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria (1893-1895)**. Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. V. 02, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)** Obras completas, v. 6. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. **O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. V. 11, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)** Obras completas, v. 12. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FRED, S. **Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos (1925-1926)**. Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. V. 20, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA-ROZA, L. A. **Artigos de metapsicologia, 1914-1917: Narcisismo, pulsão, recalque e inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1936/1995.

LAPLANCHE, J. **Novos fundamentos para a psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

MANZINI, E. J. Usa da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. Revista Percurso, v. 4, n. 2, p. 149-171, 2012.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2 ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos ANCP, 2012.

MENDES, A. P. N.; FRANÇA, C. P. Contribuições de Sándor Ferenczi para a compreensão dos efeitos psíquicos na violência sexual. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 121-130, jan./mar. 2012.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec – Abrasco: São Paulo - Rio de Janeiro, 1992.

NIEMEYER, A. M. **Estudando o silenciamento do racismo e do preconceito numa escola pública da periferia paulistana**. XXII Encontro Anual da ANPOCS - GT Educação e Sociedade. Departamento de Antropologia e PAGU/Núcleo de Estudos de Gênero, 1998.

PRADO, M. C. C. A.; CARNEIRO, T. F. Abuso sexual e traumatismo psíquico. **Interações**, vol. x, n. 20, p. 11-34, jun.-dez., 2005.

PINELI, P. P.; KRASILCIC, S.; SUZUKI, F. A.; MACIEL, M. G. S. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão necessária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, nº 40, p. 540 – 546, 2010.

SANTOS, M. M.; ALMEIDA, M.; MATOS, V. B. Constituição narcísica, racismo e manejo na clínica psicanalítica. In: BELO, F. **Psicanálise e Racismo: interpretações a partir de quarto de despejo**, 2017.

TRINDADE, A. L. O racismo no cotidiano escolar. **Dissertação de Mestrado**. Fundação Getúlio Vargas. Instituto de Estudos Avançados em Educação. Departamento de Psicologia da Educação. Rio de Janeiro, 1994.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. Editora Atlas: São Paulo, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista saúde pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed. Bookman: Porto Alegre, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmed: Policies and Managerial Guidelines**. Segunda Edição. Genebra: WHO, 2002.