

Autorização concedida ao Repositório Institucional da Universidade de Brasília (RIUnB) pela Professora Priscila da Silva Antonio, em 29 de julho de 2019, para disponibilizar o trabalho, gratuitamente, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da obra, a partir desta data.

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

REFERÊNCIA

ANTONIO, Priscila da Silva; MACHADO, Valéria Bertonha; MARTINS, Francisco Moacir de Melo Catunda. O corpo e a linguagem simbólica: análise dos verbos páthicos e seu uso na prática clínica. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 8., 2019, Lisboa. **Atas** [...]. Lisboa: CIAIQ, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2128/2055>. Acesso em: 31 jul. 2019.

O corpo e a linguagem simbólica: análise dos verbos *páthicos* e seu uso na prática clínica

Priscila Antonio¹, Valéria Bertonha Machado² e Francisco Moacir de Melo Catunda Martins³

¹Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília, Brasil. priscilaantonio@unb.br; valeriabert@gmail.com

²Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasil. fmartins@unb.br

Resumo. Analisar o emprego dos verbos páthicos (querer, poder e dever) na fala cotidiana de pacientes estomizados para compreensão do processo mental e a experiência vivida. Estudo clínico-qualitativo, dados coletados por entrevistas abertas submetidas à análise temática. Os sujeitos foram cinco pessoas com estomia intestinal em acompanhamento em um hospital Universitário, no Brasil. Da análise emergiram duas categorias: 1) O corpo biológico: trata da experiência vivida no corpo efetivo material e, 2) O corpo vivido: trata experiência vivida e sentida no corpo erótico-libidinal. Em todos os casos apresentados os verbos páthicos se fizeram presentes marcando o movimento vivido. O método qualitativo permite a significação da linguagem ordinária configurando possibilidades para a praxis do cuidado.

Palavras-chave: Estomia; Pesquisa qualitativa; Estudo Clínico; Psicanálise; Saúde Mental.

The body and the symbolic language: analysis of the *modal* verbs and their use in clinical practice

Abstract. This article aim to analyse the modal verbs will, power and duty in ostomized patients everyday speech in order to understand the mental process and the lived experience. In this clinical-qualitative study, the data were collected through open interviews submitted to thematic analysis. Five people with intestinal stomies treated at a University hospital in Brazil were observed. From the analysis two categories emerged: 1) The biological body: it deals with the experience lived in the material effective body and, 2) The lived body: it treats experience lived and felt in the erotic-libidinal body. In all the cases presented, the modal verbs marked the living movement. The qualitative method allows the signification of the ordinary language configuring possibilities for the praxis of the care.

Keywords: Ostomy; Qualitative Research; Clinical Study; Psychoanalysis; Mental Health.

1 Introdução

A clínica é marcada pelo sofrer. Este estudo, de caráter clínico-qualitativo, trata do sofrimento de pessoas com estomia intestinal que padecem, não apenas, diante da luta travada entre a vida e a morte ou das limitações físicas de seus corpos, mas também em razão da mudança mutiladora do estoma. A causa mais comum em estomias provisórias é o trauma abdominal e a mais comum nas permanentes o câncer colorretal (Crema, 1997; Garcia, Miranda, Carvalho, Elias, Pereira & Carvalho, 2018).

O termo estoma advém do grego que significa abertura. Esta abertura permite uma troca do meio interno com o meio externo. Neste estudo abordaremos de casos de estomia intestinal, desta forma, a abertura se localiza no ventre e tem o objetivo de excreção (Crema, 1997; Miranda, Nascimento, Andrade & Torres 2014).

Demonstraremos a escuta clínica através da leitura do uso dos verbos páthicos (querer, poder e dever). A leitura de tais verbos advém de Weizsäcker, que através de seu olhar clínico os chama de páthicos por serem necessariamente humanos (Weizsäcker, 1958). A diferença entre a categoria páthica e a classificação linguística (verbos modais) é que estes verbos não apenas modalizam a

frase, no sentido de trazer a mudança e dar movimento a ela. Os verbos páthicos falam, das questões do Eu e da existência, tão somente, humanas (Antonio, 2016).

O verbo poder pode ser dividido em duas categorias conforme o sentido dado na frase, podendo ter um significado natural ou deôntico. No sentido natural, o poder por capacidade, a doença diminui este poder e o doente terá que se readaptar a sua nova condição de saúde. O poder no sentido deôntico, é o poder como permissão. Este é caracterizado pela liberdade, o verbo de mais precisa compreensão seria o permitir, um permitir a si mesmo (Antonio, 2016).

O *dever* também pode ter estes dois sentidos (natural e deôntico). O dever como necessidade no caso das necessidades humanas básicas (nutrição, oxigenação, hidratação, etc.), seriam consideradas naturais e o sentido existencial do dever como obrigação, do latim *deber'* significando debitar, ou seja, débito, dívida. O dever no sentido de obrigação moral é bem presente nos conflitos humanos em que o dever imposto pelo próprio sujeito é maior até do que as exigências sociais. Expressões como “devo ser forte”, “devo vencer na vida”, geram extrema angústia, uma imputação obrigatória cuja origem é identificada no interior do indivíduo (Antonio, 2016).

Quanto ao verbo querer, o consideramos como a força impulsora da ação. Um verbo do consciente humano, pois a pessoa que quer, não tem dúvidas. A vontade é inabalável, firme e não reconhece obstáculos, por isso é capaz de mudar um destino.

Diante do exposto questiona-se: como fazer uma escuta clínica que valorize o processo do pensamento dos pacientes?

Macêdo, Souza & Lima (2018) destaca a importância da escuta clínica na produção de novos significados e, conseqüentemente, novos modos de sentir, pensar e agir. Nesta perspectiva, este estudo objetiva analisar o emprego dos verbos páthicos (querer, poder e dever) na fala cotidiana de pacientes estomizados para a compreensão do processo mental e a experiência vivida.

Creemos que esta técnica inovadora, de escuta, poderá ser utilizada em outras situações clínicas, mesmo àquelas em que o sofrimento dos pacientes não esteja relacionado ao corpo biológico (Dejours, 2001).

2 O percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, sendo capaz de incorporar o significado e a intenção das ações, das relações e das estruturas sociais, tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas, ou seja, tem o objetivo de aprofundar percepções e vivências dos sujeitos em detrimento da quantidade dos relatos (Minayo, 2014; Antonio, 2016).

O pesquisador não é neutro, mas participa, compreende e interpreta o processo. Trata-se de um método interativo entre os envolvidos de forma que o processo relacional permita a construção de novos significados. Desta forma, o contexto desta investigação se dá na dinâmica das relações, em ato, como na clínica. O método qualitativo também engloba a descrição dos dados de forma que a cena possa ser compartilhada e compreendida por pessoas que não participaram do processo (Bassora & Campos 2010).

Mais especificamente, trata-se de um método clínico-qualitativo. Este método possui algumas características, além do contexto clínico particular. Pois não é apenas um instrumento do conhecimento, mas uma prática. O clínico se preocupa com a ética da prática, de uma situação particular, e tem a preocupação com a ação reparadora desta ação (Antonio, 2016). Desta forma, o método clínico apresenta de antemão conhecimento teórico e prático, ou seja, “vivência do campo de estudo e de possíveis teorias que possam ser aplicadas no desenvolvimento do estudo,

preservando assim a natureza teórica e prática como pontos simultâneos de partida”(Bassora& Campos, 2010, p.754).

O estudo em questão apresenta as prerrogativas inovadoras do método clínico-qualitativo destacadas nas literaturas citadas, uma vez que a escuta clínica e sua interpretação será feita via verbos páthicos. Uma teoria defendida por nós, que poderá ser utilizada por diferentes categorias de profissionais da saúde. Uma reconstrução que parte de uma composição teórica que se utiliza da psicanálise, da linguagem e da indução clínica que explora todos estes conhecimentos para a construção do novo.

Furegato (2018) ressalta a preocupação da Organização Mundial de Saúde na promoção do bem estar mental. Mais ao detalhe, a autora focaliza que o cuidado de enfermagem seja centrado na pessoa e que os profissional têm o desafio de perceber e intervir na atenção básica, procurando conhecer novas abordagens. Este estudo vai ao encontro desta necessidade, uma vez que traz à tona a saúde mental no contexto cotidiano do homem comum que sofre por origens não psiquiátricas.

Becker (2018) também ressalta em seu estudo a necessidade de condutas ampliadas na saúde que vão de encontro com a pessoa e a sua integralidade, reconhecendo que em sua maior parte, estas ações têm sido mais tecnicistas.

Diante do exposto, que o leitor não se surpreenda ao ver conceitos psicanalíticos como a projeção e a negação serem utilizadas na leitura do material analítico, além da valorização dos significados conscientes e inconscientes advindos destes processos de defesa.

Desse modo, o estudo clínico-qualitativo é apropriado para abordar o objeto deste estudo considerando-se a subjetividade do fenômeno humano e a riqueza dos atos de fala, demonstrando como a narrativa não se dissocia do sentido e como o refinamento da escuta auxilia na prática clínica trazendo benefícios tanto para pacientes, quanto para profissionais.

2.1 O Ambiente

O ambiente específico do estudo foi um serviço ambulatorial de estomaterapia, localizado em um Hospital Universitário no Brasil, finalizado em junho de 2016.

2.2 Os Colaboradores

A pesquisa partiu de uma demanda do serviço em questão, desta forma o convite à participação foi realizado mediante ao encaminhamento do próprio serviço, assim, foram convidados pacientes usuários da referida unidade de saúde, constituído por cinco pessoas com estomia intestinal definitiva. Todos com idade acima de 18 anos e parte do rol de pacientes usuários do serviço de estomaterapia mencionado.

Após o aceite, todos os pacientes que passaram a participar do estudo e foram denominados colaboradores. Foram feitos os esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa; o direito de se recusarem a participar; a participação espontânea com liberdade para desistência em qualquer fase do estudo sem sofrer qualquer prejuízo ou dano; e a garantia de anonimato.

Após o aceite, foi solicitada a autorização, por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 (Brasil, 2012).

O projeto em estudo foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o ofício de nº 033/12.

Os colaboradores foram informados que as entrevistas seriam gravadas para facilitar o processo de transcrição e análise. Após a concordância procedeu-se a gravação durante o atendimento a cada colaborador. Para garantir o anonimato dos colaboradores utilizou-se nomes fictícios.

2.3 A coleta das informações

Para a coleta das informações, utilizamos a entrevista não diretiva, pois o contexto da coleta das informações foi o acolhimento no ambiente hospitalar, de forma individualizada em local reservado. Esta técnica é originária de Freud o qual instrui seus leitores como proceder no início do tratamento. Segue as instruções de Freud (1913, p.140): “Deixar que o paciente fale quase o todo o tempo e não explicar mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo”.

Esta forma de coleta das informações permite que o informante fale livremente e espontaneamente, permitindo ao investigador captar o que é mais relevante, ou seja, os aspectos que vêm à mente e àqueles temas insistentemente repetidos, sem qualquer interferência do pesquisador. Desta forma, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. O pesquisador não formula perguntas, apenas o dirige, facilitando o processo (Antonio, 2016). O entrevistado, Segundo Oliveira (2017), fala o que lhe vem à mente a partir da pergunta clássica dos atendimentos em saúde: Como vai você?.

Os pacientes foram informados do acolhimento e do estudo durante uma das reuniões da Associação dos Ostomizados regional. Aqueles que demonstraram o interesse em ser ouvidos poderiam agendar um horário no ambulatório. Foi informado, também, que o atendimento seria realizado mesmo àqueles que sentissem a necessidade do acolhimento e que não quisessem participar da pesquisa. Apenas uma paciente foi atendida sem participar do estudo.

2.4 Análise Temática das Entrevistas

As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas e interpretadas, utilizando-se a análise temática segundo o referencial de Minayo (2014).

Para esta autora, o objetivo da análise são os núcleos de sentido. Para tanto, passamos por três fases durante a leitura do material analítico: 1. Pré-análise: fase de organização do material; 2) exploração do material: objetiva o núcleo da compreensão do texto a partir da transformação dos dados brutos; e 3) tratamento dos resultados: nesta fase consistem interpretações prenunciadas pela teoria e inferências do pesquisador que servem de base para outras análises. Minayo ressalta três finalidades da pesquisa qualitativa. A primeira delas, a compreensão dos dados, seguida pela resposta às perguntas do estudo, por fim ampliar o conhecimento do assunto do estudo em articulação com o contexto ao qual se integra (Minayo, 2014). cremos também na finalidade da validação da proposição teórica que somente um estudo prático se pode verificar.

3 Apresentação e análise dos dados

Submetemos o corpus discursivo à técnica de análise temática na qual levantamos o significado e o uso dos verbos páthicos querer, poder e dever.

O estoma em si não caracteriza uma doença. Trata-se de uma deficiência física provocada por outra patologia de base. Nos casos analisados, o câncer foi a principal causa. Apresentamos ao leitor cinco casos de pessoas com estomia intestinal definitiva, apenas Marta apresenta duas estomias: uma

intestinal e outra urinária. As informações dos colaboradores, consideradas importantes, estão expostas na tabela 1 para que o leitor tenha dimensão do sofrimento vivenciado por eles.

A acolhida era, geralmente, realizada no ambulatório da instituição, mas houveram situações em que os pacientes estavam debilitados e foram internados (como nos casos da Luíza, do Pedro e da Ana), desta forma, foi-nos solicitado para dirigir até a clínica (cirúrgica ou médica) e assim se fez.

Tabela 1. Informações dos pacientes colaboradores do estudo, conforme idade, tempo de estomia e patologia de base.

Nome/Idade	Tempo de Estomia	Patologia de Base
Marta/61 anos	4 anos (urostomia e colostomia)	Câncer
Pedro/19 anos	6 meses	Câncer
Renata/40 anos	4 anos	Câncer
Luíza/22 anos	2 dias	Retocolite ulcerativa
Ana/36 anos	3 meses	Câncer/ retocolite

Do produto da análise temática emergiram duas categorias: 1) O corpo biológico e 2) o corpo vivido.

3.1 Categoria 1 - O corpo biológico

Verbo: Poder como capacidade natural

Nesta categoria nota-se o poder de realizar atividades da vida cotidiana diminuído, sendo esta a queixa predominante dos pacientes.

Existem duas situações estereóticas para pessoas deficientes: 1) positivas e 2) negativas. No estereótipo positivo, a coragem. Na segunda situação, do estereótipo negativo, a dificuldade, pela diminuição da capacidade, em fazer as coisas (Antonio, 2016). No caso dos estomizados, a deficiência muitas vezes é “invisível”, por ficar por baixo da roupa, escondida no ventre. Esta deficiência se diferencia por ser adquirida, conseqüentemente, o estomizado deverá se readaptar ao corpo que já não é mais o mesmo, ajustando sua vida à esta deficiência decorrente de doenças muito graves e, não raro, crônicas (tabela 1); levando a queixas frequentes. Vejamos o que Marta nos diz a respeito do estoma:

“[...] o que eu tô mais incomodada é porque no ponto da cirurgia ainda tá um pouco abusado porque eu não posso sentar firmado. Marta

A colaboradora sente que seu corpo não é mais o mesmo depois da cirurgia. Ela não sente segurança e tem medo que atividades cotidianas, mais comuns, afetem os pontos da cirurgia, daí diz que *não pode sentar firmado*. Não se sente segura ao sentar. Notem que o verbo está no particípio passado *firmado*, ou seja, uma ação que não está finda, descarregada de descargas pulsionais (Antonio, 2016). Esta paciente tem muito medo das mudanças ocorridas em seu corpo, tem medo de comer quase tudo, mesmo os profissionais orientando que pode, no sentido de permissão, comer. Percebemos aqui o verbo páthico *poder como capacidade diminuído (não poder sentar firmada)* junto ao movimento pulsional de negação.

“Mas não é normal, eu senti que não é normal. E com 6 meses? Não já era pra tá bem melhor? Marta

Nesta queixa, Marta, reclama que seu estado de saúde não é normal. O *não* refere à negação (Laplanche, 2001). Como ela faz este diagnóstico de si mesma? Através dos sentidos. Ela sente, tem uma percepção de que não está bem.

Freud nos alerta de que este é um conteúdo de uma ideia obsessiva, um conteúdo reprimido. Citamos Freud (1923, p. 265-266): “A negativa constitui um modo de tomar conhecimento do que está reprimido; com efeito, já é uma suspensão da repressão, embora não, naturalmente, uma aceitação do que está reprimido. Podemos ver como, aqui, a função intelectual está separada do processo afetivo”.

Este é exatamente o que ocorreu com a colaboradora Marta. Houve uma separação da função intelectual do processo afetivo, o que a leva a negar que ocorreu tudo bem na cirurgia. Para ela, seu corpo não está normal, ela projeta seu receio na equipe de saúde e embasa suas conclusões em sua percepção afetiva, um sentimento (pressentimento) e crença de que não está bem. Uma percepção da realidade em que a paciente põe para fora o que lhe é repugnante e projeta. Marta se nega sentir, palpar, cuidar do seu estoma. Para ela, esta abertura lhe é repulsiva. Em seu julgamento perceptivo, acredita que não está bem.

“Eu lembro que não sou mais mulher pra fazer nada. Nada, nada, nada, nada”. Marta

O verbo está no presente do indicativo, em primeira pessoa; carregado de carga pulsional que marca o poder diminuído em fazer as coisas. Uma sentença que ela nega e diminui sua existência à nada.

Verbo: Dever como necessidade natural:

O dever como necessidade natural é também relacionado ao corpo efetivo material, ou corpo biológico (Dejours, 2001). Este verbo representa a necessidade deste corpo que depende de cuidados para trazer qualidade de vida, conforto e segurança, dentre tantos outros, ou seja, das necessidades humanas. Por esta razão, as necessidades de oxigenação, hidratação, nutrição, sono e repouso podem ser incluídas neste verbo. Vejamos a fala de Pedro:

“É que eu praticamente tava entrando em depressão por causa dessa estomia [...] é por causa da alimentação que eu desidratei agora e tô tomando soro aqui, é isso.”. Pedro

A necessidade de hidratação foi o que levou Pedro à internação. A estomia traz um impacto grande na vida dos pacientes. Pedro tem uma ileostomia, o que dificulta ainda mais a absorção dos nutrientes além da perda de eletrólitos. Pedro não pode comer tudo o que quer, nem a quantidade que quer, ele precisa de cuidados. O sintoma de Pedro do corpo biológico, foi facilmente identificado e tratado no hospital, mas notem que o paciente refere dois sintomas. Um relacionado ao corpo efetivo material e outro ao corpo erótico libidinal (Dejours, 2001). A depressão, é listada em primeiro lugar. Para ele a depressão é a causa da desidratação. Foi por causa dela que Pedro não se cuidou como deveria. Mas a grande vilã de Pedro também não é a depressão, mas a estomia. Esta sim, é a causa de todas as suas infelicidades sofridas:

“[...] aí veio essa estomia que é muito difícil, né? E...tem que trocar toda hora, e a alimentação que é muito é...pouca, né? Em relação as coisas que pode comer, as refeições que é muito variada aí é isso”. Pedro

Pedro resume sua vida ao estoma. Vive a barriga e a negação e a projeção são evidenciadas (Laplanche, 2001). Na projeção, a afirmação acima de que todas as dificuldades enfrentadas na vida, são culpa do estoma que, obviamente, ele não reconhece como parte de si quando diz *essa estomia que é muito difícil* e todos os cuidados necessários, muito inconvenientes, que ele tem que realizar, *tem que trocar toda hora a alimentação que é muito pouca*. Pensamos que Pedro, na idade de 19 anos, tem o metabolismo acelerado e sente bastante fome. Quanto a viver o estoma, a fala a seguir:

“Tenho. Só isso, basicamente o todo da minha vida”. Pedro.

3.2 Categoria 2 - O corpo vivido: trata experiência vivida e sentida no corpo erótico-libidinal

Verbo: Dever como obrigação moral:

Nesta categoria será dada ênfase às obrigações (deveres) de ordem moral, o Supereu crítico é fortemente marcado nas falas dos nossos colaboradores, sendo Ideal do Eu também enfatizado (Freud, 1925). Prossigamos aos exemplos clínicos:

A colaboradora Renata se preocupa com a família, no sentido de poupar seus familiares do seu sofrimento. O verbo dever aqui é o *dever ser forte*. Ela é severa consigo mesma, não se permite nem mesmo um calmantezinho para aliviar sua tensão, Vejamos o que ela me disse:

“Então você tenta não passar, tenta não...as pessoas que estão em volta. No período que eu tive estes problemas eu segurei muito porque minha família é aquela família, tipo, quando você fala uma coisa a pessoa desespera, sabe? Renata

Renata se reconhece como sendo mais forte que sua família. Ela passou por problemas seríssimos de saúde, tem uma filha pequena e ainda consegue manter a ordem da sua casa. Renata incorporou à risca o estereótipo do deficiente físico, a coragem. Mas agora, ela está cansada, exausta. Renata nos procurou porque precisava desabafar, *jogar pra fora*, como ela mesma disse:

“Eu não sou assim, pode estar caindo o mundo, eu não sou de desesperar, não. Então, eu segurei muito isso, eu segurei muito [...] Nunca tomei nenhum remédio, nenhum calmante, nada. Então, eu sinto que eu preciso, como vou dizer? Jogar isso pra fora”. Renata

Renata quer ser ouvida, cuidada. Se impôs um dever cuidar de tudo e de todos, como uma rocha. Sempre calma, sempre forte. Ela reconhece o tratamento, através do qual possibilitou que continuasse viva, mas vive um conflito entre a raiva de estar doente, e a família não reconhecer sua fragilidade. Ainda tem a dívida da gratidão pela oportunidade de poder receber este tratamento. Ela reconhece que seria difícil sobreviver depois de tudo o que passou (tantas complicações e cirurgias), mas duas bolsas é demais:

“Graças a Deus eu tenho oportunidade de fazer o tratamento, mas isso mexe muito com a gente, mexe muito psicologicamente, fisicamente. Tem hora que você olha assim...quando eu fiz a cirurgia e coloquei as duas bolsas, não é?” Renata

“Não fico reclamando, choramingando...não fico, sabe?. Renata

A paciente sente um peso pelo dever imposto a si mesma de carregar sozinha a sua dor, ao mesmo tempo sente culpa. Desta forma não se permite nem mesmo tomar um medicamento para aliviar este sintoma. Porque a recusa da paciente em aceitar um remédio aliviador, anestesiador de sua dor? Isso nos remete ao conflito psíquico entre a dor e o prazer na dor. Neste caso, o ganho secundário da doença descrito por Freud (1901-1905). Podemos observar, também neste caso, uma ambiguidade de sentimentos: ao mesmo tempo que Renata decide segurar sozinha a sua dor, ela quer o cuidado e o olhar da família. Renata escolhe o verbo *segurar* para expressar o que está sentindo. Segurar pode ser visto como dar suporte, este é o nosso palpito que Renata acaba por aceitar, respondendo afirmativamente diante da nossa pergunta se ela se sente o esteio da família. Vejam o que ela disse:

“Lá em casa, de certa forma, mesmo eu passando por tudo isso, não sei porque...eles correm todos lá pra casa, pra minha casa [...] não tenho coragem de dizer: não eu não posso atender. Eu acho que eu ficaria pior do que não fazendo. Às vezes por coisas tão pequenas, sabe, coisinhas...e as pessoas parecem que estão...cegas, sei lá. Não sei como é....parece que estão tampadas...é isso”. Renata

Renata tem este papel de esteio da família que ela não delega a ninguém. O ganho secundário é o reconhecimento de ser forte e boa. Ao mesmo tempo, sente uma raiva interna em que as pessoas não vêem o seu sofrimento. Renata fica indignada porque o seu problema é muito maior do que todos os que são levados à sua casa. Ela luta contra a morte e ninguém percebe isso?

“Se tem uma coisa que...as vezes eu vejo as pessoas por tão pouco...Minha família mesmo, reclama tanto. Às vezes dá vontade de mandar a pessoa para aquele lugar [...] porque, olha pra mim!”. Renata

Ao mesmo tempo, quando Renata cuida dos problemas dos outros ela esquece os seus próprios problemas e deixa de viver em função do seu próprio ventre. Isso a conforta:

“eu procuro esquecer que eu tenho [...] que eu tenho duas bolsas penduradas na barriga...eu procuro esquecer isso [...] prefiro olhar para o outro do que olhar pra mim...”. Renata

Verbo: Poder como permissão moral:

Este verbo marca a liberdade, o permitir-se dos pacientes. Ao contrário do dever e da dívida que pesam a existência, este verbo tem a característica de trazer a leveza, a brincadeira, a ousadia, o experimento. Sabemos que a liberdade em excesso pode conduzir à delinquência pelas ações de: quebrar, transgredir e infringir, por exemplo (Antonio, 2016).

No caso dos nossos colaboradores estomizados, cremos que a ousadia, o permitir-se será libertador para a reinvenção da própria vida. Percebe-se que a maioria das pessoas estomizadas não se permitem nem ao menos desejar alguma coisa, como se estivessem condenados a uma prisão dentro do próprio corpo que os tornam incapazes de querer. O querer, último verbo a ser tratado neste estudo, é o verbo da força motriz para esta mudança, mas antes porém, é necessário permitir-se querer. Este é um dos desafios aos profissionais que cuidam de pessoas estomizadas: trazer a criatividade, a ousadia, a permissão. O remédio a ser prescrito contra o sintoma da incapacidade e ao *não poder*.

Dentre os colaboradores do nosso estudo, Luíza e Pedro, os mais jovens são os que ousam querer alguma coisa. A força do jovem e a vitalidade parecem interferir diretamente na ousadia. Trata-se de um movimento mental que tem a capacidade de mudar um destino. Vejamos as palavras de Luíza:

“Normal pra mim é poder sair com as minhas amigas, me divertir, assim, poder ter uma vida mais normal, poder trabalhar...porque eu tenho muita vontade [...] de trabalhar”. Luíza

Luíza traz em sua narrativa a normalidade cotidiana dos viventes, jovens como ela, e não de sobreviventes que vivem em função do estoma. Para este movimento é preciso permitir-se a si mesmo. Poder realizar as atividades de sair, se divertir e trabalhar, são coisas de viventes e não de doentes. São verbos que marcam os movimentos. O verbo de ação *sair* é o primeiro, simbolizando o movimento esperado.

“Estou fazendo faculdade de farmácia. Aí eu quero fazer minha faculdade e ter uma vida normal como todas as minhas amigas e eu creio que agora eu vou poder ter, né?”. Luíza

Luíza espera um futuro melhor pela estomia. Ela não vê sua condição de estomizada como um problema, mas como solução para poder, finalmente, viver sua juventude. O verbo querer faz o cálculo com a ação já em movimento, com o verbo conjugado no gerúndio (*fazendo*), rumo aos seus objetivos de vida

O querer ter uma vida diferente e a dúvida se isso será mesmo possível, por isso ela me devolve a pergunta *eu creio que agora eu vou poder, não é?*. Ela quer algo que falta, por isso dizemos que este movimento é pulsionalizado.

Verbo: Querer como vontade voluntária:

Optamos por deixar o verbo *querer* por último não apenas pela sua grande importância para a mudança de um destino, um verbo impulsor da ação, mas também por ser um verbo do consciente humano. O *querer* é voluntário. O verbo *querer* tem força impulsora, porque é um ato consciente, já refletido, calculado. Por este motivo, consideramos o verbo mais racional das categorias páthicas. Quanto mais consciente for a vontade, mais forte será o querer.

Finalizamos este tópico com a colaboradora Ana e sua vontade de viver. O poder como capacidade está diminuído Ana sente que não vai aguentar. Apesar do seu querer fazer a quimio ser tão forte, ao ponto de dizer que nada sentiu, agora percebe que seu corpo não está aguentando. Ana quer uma segunda chance de viver:

“Viver. Força de vontade de viver. A gente tem força de viver, mas quando você recebe uma notícia que tá com câncer a primeira coisa que vêm na sua frente é: Ai, eu vou morrer”. Ana

“A primeira coisa que vem na sua frente [...] parece que vem uma vontade de viver maior ainda vida [...] não sei te explicar, todo mundo tem vontade de viver, mas quando você está doente...alguma coisa parece que vem aquela força maior. Você quer viver mais”. Ana

Oliveira (2017) ressalta a importância do compartilhamento da experiência da doença em. Desta forma a escuta clínica é fundamental para a compreensão do que se passa na mente dos pacientes para que este cuidado vá de encontro às reais necessidades. Ana quer viver e o verbo querer está no presente do indicativo, carregado de carga pulsional, conjugado na primeira pessoa do singular:

“Então é assim que eu sinto, quero viver mais”. Ana

Ana quer viver hoje, no tempo onde se passa a vida, no presente do indicativo. Amanhã, veremos depois. Amanhã é outro dia.

4 Considerações finais:

Utilizamos a análise do uso dos verbos páthicos *querer*, *poder* e *dever* na narrativa de pessoas estomizadas, pelo motivo do grande sofrimento vivido em uma situação particular, pouco explorada pelos estudiosos da mente.

O movimento dos pacientes foi relacionado aos verbos e os processos de defesa apresentados na escuta. Alguns movimentos colocamos em destaque, como: Marta e o *poder* diminuído que a impede de realizar o autocuidado, Pedro e a *ousadia* na quebra das regras, Renata no sentimento de *dever* ser forte e o *querer* ser ouvida, Luíza e o *poder* viver sua juventude graças ao estoma e, por fim, Ana e o *querer* viver até a morte.

Durante a escuta dos pacientes percebemos o poder como capacidade diminuído e o dever por necessidade estão muito marcados nas falas dos pacientes. cremos que a mudança do olhar para o estoma, faz toda a diferença neste processo rumo ao Autocuidado e empoderamento do Eu.

A pesquisa qualitativa pode ser utilizada como um grande instrumento na clínica no sentido da escuta e interpretação das falas dos pacientes, ou sejam uma escuta que valorize o processo do pensamento, contribuindo para a humanização do cuidado.

Referências

Antonio, P.S. (2016). O estoma: investigação psicanalítica-existencial do sofrimento psíquico e sua modalização. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, DF, Brasil.

- Bassora, J. B., Campos C. J. G. (2010). Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf*, 12(4), 753-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.5804>.
- Becker, R.M., Heidemann, I.T.S.B., Meirelles, B.H.S., Costa, M.F.B.N.A., Antonini, F.O., Durand, M.K. (2018). Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. *Rev Bras Enferm* 71(Suppl 6), 2643-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>.
- Brasil (2012) . Resolução CNS nº 466/12. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/Resolucao>.
- Crema, E., Silva, E. (1997). Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Editora Pinti.
- Dejours, C. (2001). *Le corps d'abord*. Paris: Payot .
- Freud, S. (1901/1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: SALOMÃO, J. (dir.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- Freud, S. (1913). Sobre o início do tratamento. In: SALOMÃO, J. (dir.). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 137-158.
- Freud, S. (1923). O Ego e o Id. In: SALOMÃO, J. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (ESB) v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 15-77.
- Furegato, A.R.F. (2018). Políticas de saúde mental e abertura para o futuro. *Rev baiana enferm*, 32(1), 1-3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.27578>.
- Garcia, A.C.M., Simão-Miranda, T.P., Carvalho, A.M.P., Elias, P.C.L., Pereira, M.G., Carvalho, E.C. (2018). The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3027. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2438.3027>.
- Laplanche, J. (2001). *Vocabulário da Psicanálise: Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes.
- Macêdo, S., Souza, G. W.S., Lima, M.B.A. (2018). Oficina de desenvolvimento da escuta: prática clínica na formação em psicologia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(2), 123-133. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n2.1>.
- Mirand, S. M., Nascimento, C. M. F. S., Luz , M. H. B. A., Andrade , E. M. L. R., Luz, A. L. A., Torres, C. R. D. (2014). Viver com Estomia: Contribuições para a Assistência de Enfermagem. *Revista Estima*, 12(3). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/94> .
- Minayo, M.C. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, M.B.P., Souza, N.R., Bushatsky, M., Dâmaso, B.F.R., Bezerra, D.M., Brito, J.A. (2017). Atendimento domiciliar nos cuidados paliativos. *Escola Anna Nery* 21(2). Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170030>.
- Weizsäcker, V. (1958). *Le Cyrle de La Structure*. Paris: Desclée De Brouwer.