

REFLEXÕES EM TEMPOS DE PANDEMIA E MORTE: IMPACTOS E POSSIBILIDADES NA FORMAÇÃO



Vinicius Anceães Darriba (Coord.)

2020

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor

Ricardo Lordi

Vice-Reitor

Mario Sergio Alves Carneiro

Sub-reitora de Graduação

Lincoln Tavares Silva

Sub-reitor de Pós-graduação e Pesquisa

Luís Antônio Campinho Pereira da Mota

Sub-reitora de Extensão e Cultura

Cláudia Gonçalves de Lima

Centro de Educação e Humanidades

Bruno Deusdará

Instituto de Psicologia

Ana Maria Jacó Vilela

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Ronaldo Damião

Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico do HUPE

João José Caraméz

Coordenação da Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde/COREMU-UERJ

Renata Valentim

Coordenação do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional–Modalidade Residência Hospitalar

Vinicius Anciães Darriba

**CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ /REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEH/A**

F745 Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional (30nov.- 02dez. 2020:Rio de Janeiro,RJ).

Anais do XXIV Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ: Reflexões em tempo de pandemia e morte: impactos e possibilidades na formação. / Organização: Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba. Rio de Janeiro, 2020.

169 p.;E-book

ISBN: 978-65-00-01667-3

Formato: PDF

1. Psicologia Clínica – Congressos – Brasil. 2. Assistência hospitalar – Congressos–Brasil.II.Reflexões em tempo de pandemia e morte: impactos e possibilidades na formação. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.III.Vinicius Anciães Darriba

CDU159.954

Bibliotecária:Emilia Sandrinelli–CRB7/6288

Esta obra pode se reproduzida total ou parcialmente para fins acadêmicos, desde que citada a fonte.

**XXIV FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA
INSTITUCIONAL**

Reflexões em tempos de pandemia e morte: impactos e possibilidades na formação

PROMOÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência
Hospitalar Instituto de Psicologia

COORDENAÇÃO GERAL

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

**COMISSÃO ORGANIZADORA DO XXIV FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM
PSICOLOGIA**

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Ms. Cristiane Ferreira Esch

Ana Carolina Becker (R1)

Juliana Mendes de Lima (R1)

Luiza de Sousa Ferreira Brito (R1)

Renata Dahwache Martins (R2)

Ursula Ponciano Possollo Goulart (R2)

Roberta Balthazar

**COMISSÃO EDITORIAL E CIENTÍFICA DOS ANAIS DO XXIV FÓRUM DA
RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA**

Prof. Dr. Vinicius Anciães Darriba

Ms. Cristiane Ferreira Esch

Ana Carolina Becker (R1)

Juliana Mendes de Lima (R1)

Luiza de Sousa Ferreira Brito (R1)

Renata Dahwache Martins (R2)

Ursula Ponciano Possollo Goulart (R2)

Apoio administrativo e editoração:

Roberta Balthazar

Imagem: Guernica de Pablo Picasso

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	1
<i>O ambulatório de pediatria do HUPE em tempos de pandemia</i> Andressa Diniz e Sonia Alberti	2
<i>A criança e a subjetividade de sua época: considerações sobre o atendimento remoto no ambulatório de pediatria durante a pandemia de COVID-19</i> Helena Rosa, Luna Carrilho, Vanessa Dias e Sonia Alberti	9
<i>Diante do “fique em casa!”, um sintoma que não sai mais às ruas</i> Luisa Moraes, Sonia Alberti e Selma Correia	17
<i>Isolamento social e escuta: um caso de debilidade mental</i> Luiza da Cunha Soares, Sonia Alberti e Selma Correia	23
<i>Que lugar para o atendimento ao adolescente no contexto da COVID-19?</i> Priscilla Mahlman, Sonia Alberti e Selma Correia	28
<i>O encontro com a clínica das psicoses na UDA de Psiquiatria: um efeito formador</i> Renata Dahwache Martins e Ingrid Vorsatz	32
<i>A sustentação do trabalho clínico orientado pela psicanálise na enfermaria de psiquiatria: avanços e desafios</i> Ana Helena de Uzeda Barreto, Juliana Mendes de Lima, Vanessa Dias e Ingrid Vorsatz	41
<i>“Morte em UTI Neonatal: um trabalho possível de elaboração de um luto”</i> Camila Cirino Bruno e Susan Guggenheim	49
<i>Considerações sobre o ideal de mãe na clínica com gestantes</i> Isabela Borges e Susan Guggenheim	56
<i>A experiência do luto na gravidez: efeitos do Covid-19 na elaboração da perda</i> Juliana Santos e Susan Guggenheim	61
<i>Impasses na Maternidade: quando gerar uma vida se dá sob a ameaça de um câncer</i> Helena Rosa e Susan Guggenheim	66
<i>Trabalho em equipe multiprofissional: desafios da interlocução em atendimento remoto na pandemia de COVID-19</i> Ana Carolina da Silva Becker, Thaís Duarte, Renata Fidelis e Lilia Moriconi	71

<i>Cuidadores familiares de pessoas idosas com diagnóstico de demência: considerações a partir do acompanhamento psicológico à distância</i>	79
Luiza Brito, Simone Pinheiro, Renata Fidelis e Lilia Moriconi	
<i>A clínica psicanalítica com idosos ditos demenciados: desafios e possibilidades</i>	86
Camila Cirino, Renata Fidelis e Lilia Moriconi	
<i>O sujeito diante do esquecimento do Outro</i>	93
Priscila Mahlmann, Renata Fidelis e Luciana Marques	
<i>A presença como palavra através das TICs durante a pandemia de COVID-19 no CAPS UERJ</i>	98
Ursula Possollo, Ágata Vieira e Ademir Pacelli	
<i>Acompanhamento terapêutico remoto no CAPS UERJ no contexto da pandemia de Covid-19: Possibilidades de limites</i>	105
Luiza Brito, Viviane Soares e Ademir Pacelli	
<i>O CTI da Cirurgia Cardíaca em tempos de pandemia: o trabalho da Psicologia frente à reorganização de um serviço</i>	112
Luiza da Cunha Soares, Ana Carolina da Silva Becker, Cristiane Esch, Narcisa de Paula Fonseca	
<i>A exclusão do sujeito no ambiente hospitalar: O lugar do psicólogo na equipe de saúde</i>	117
Juliana Santos, Viviane Soares e Cristiane Esch	
<i>A inserção da psicologia no setor de reumatologia: perspectivas de atuação</i>	122
Amanda Sant'Anna, Juliana Mendes de Lima, Luiza Brito, Vanessa Dias e Alessandro Gemino	
<i>Da dor à palavra: Relatos em grupo</i>	129
Gabriela de Biase, Natalya Netchaeva Mariz e Alessandro Gemino	
<i>A temporalidade do trabalho na enfermagem COVID</i>	135
Amanda Samt'Anna, Marcos Brunhari e Vinicius Darriba	
<i>“Morrer com COVID é morrer como indigente”: reflexões sobre a comunicação de notícias difíceis no contexto da pandemia</i>	139
Juliana Mendes de Lima, Caroline Santos de Lima, Vinicius Darriba e Marina Rabello	
<i>Considerações sobre o lugar do analista no hospital diante da pandemia da COVID-19</i>	145
Andressa Diniz e Vinicius Darriba	
<i>O que a incidência da morte res-suscita em tempos de pandemia?</i>	150
Priscila Mahlmann, Vinicius Darriba, Marcos Brunhari e Mariana Rabello	
<i>Uma escuta que permite a palavra furar o isolamento</i>	154
Luisa Moraes, Luiza da Cunha Soares e Andréa Albuquerque	

Impactos da pandemia de COVID-19 no trabalho de residentes de psicologia em uma enfermaria de pediatria 159
Ana Helena Barreto, Caroline Santos de Lima, Luana Carrilho e Andréa Albuquerque

Apresentação

Vinicius Darriba
Cristiane Esch

É com grande satisfação que publicamos os Anais do XXIV Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional, ocorrido entre os dias 30 de novembro a 02 de dezembro de 2020, ano em que fomos surpreendidos pela pandemia por COVID-19. Importante registrar aqui a força do coletivo e sua capacidade de se mobilizar a fim de reorganizar e criar condições para a sustentação desse trabalho. Sem dúvida, muito nos foi exigido para chegar a esse momento. Muitas foram as reuniões e discussões, realizadas remotamente, para tornar viável a presença dos (as) residentes em campo, com a segurança possível e necessária, representada pelos equipamentos de proteção individual (EPI), ainda que não sem medos e receios que acometiam a todos nós. A pandemia exigiu ainda a inovação de nossas ferramentas de trabalho, com a mediação da tecnologia. A presença humana ali, naquele contexto tão devastador, permitindo a manifestação subjetiva, permitindo encontros com familiares (ainda que por meio da tela) que podiam acalantar a saudade, o medo ou a solidão, ou ainda, propiciando despedidas, foram a tônica. Os trabalhos aqui reunidos retratam a atuação dos (as) residentes nos diferentes setores no contexto da pandemia de COVID-19. Como não poderia deixar de ser no momento aqui retratado, no âmbito de práticas hospitalares, o tema da morte assumiu destaque nas reflexões aqui propostas. A publicação dos Anais é, ao mesmo tempo, uma homenagem aos (às) residentes que não recuaram diante dos temores e desafios que a prática no hospital em tempos de pandemia colocou e não se furtaram a sustentar presencialmente com seus corpos as atividades que tanto contribuíram para sua formação.

O ambulatório de pediatria do HUPE em tempos de pandemia

Andressa Diniz*

Sonia Alberti**

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir, a partir da Residência em Psicologia no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), alguns efeitos advindos da clínica com crianças na modalidade *on-line*, a qual foi imposta pela impossibilidade do atendimento presencial decorrente da pandemia da Covid-19¹.

Palavras-chave: Psicanálise; Pediatria; Covid-19; Modalidade *on-line*.

Introdução

Em meados de março de 2020, o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) foi designado para atuar como centro de referência ao tratamento da COVID-19, impactando diretamente a rotina de trabalho de todos os funcionários, convocando-os a constantemente se adaptarem às mudanças advindas do novo contexto. O cenário instaurado pela pandemia acarretou uma série de mudanças no funcionamento da rede de atenção à saúde em todo o território brasileiro, sendo suspensas, por meio da Resolução nº 2004, de 18 de março de 2020, as atividades ambulatoriais que realizam atendimentos eletivos nas unidades públicas, privadas e universitárias. Inclui-se nesta Resolução o ambulatório de pediatria do HUPE, que permaneceu fechado no período de março a junho de 2020.

Diante da impossibilidade em dar continuidade aos atendimentos psicológicos de forma presencial, foi decidido, em supervisão, seguir com os atendimentos na modalidade *on-line* temporariamente, amparado nas recomendações técnicas da Resolução nº 4, de 26 de março de 2020, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), sobre os atendimentos realizados, utilizando-se da Tecnologia da Informação e Comunicação durante a pandemia da COVID-19. À época, não tínhamos

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2021).

como prever que, após um ano, ainda estaríamos realizando atendimentos por meio de videochamadas.

No final do período inicial de *lockdown*, ou seja, em meados de junho de 2020, os alunos de graduação de medicina realizaram um monitoramento telefônico às famílias dos pacientes acompanhados pelo ambulatório e, em consequência do que puderam escutar ao telefone, solicitaram o retorno da atuação da psicologia. O resultado foi uma grande quantidade de encaminhamentos em um curto espaço de tempo. Com certo receio, nos perguntávamos: seria possível atender essas crianças por telefone?

A clínica com crianças em tempos de pandemia

Pacheco (2012) nos sintetiza, em linhas gerais, que as distintas visões sobre o conceito de criança em nossa cultura são marcadas por um viés biológico, o qual estabelece a infância como um período de vida que vai do nascimento até os doze anos, quando se inicia a puberdade, ou seja, período da maturação sexual biológica.

Em contrapartida, ainda segundo Pacheco (2012), para a psicanálise não há criança ou adulto, mas sim o sujeito do inconsciente em toda a sua dimensão desejante, subjetiva e particular. Portanto, é preciso cautela ao utilizar o significante “criança” de modo a não objetificá-la ou a cristalizá-la em uma categoria etária, desconsiderando a sua dimensão de sujeito. Quinet, na apresentação de *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia* (2012), de Ana Laura Prates Pacheco, adverte que, para pensar a clínica com crianças, é fundamental esclarecer que a clínica psicanalítica é a do sujeito e, por mais que tal concepção inclua a criança, não pode ser reduzida a ela.

Advertidas dessa diferenciação, pudemos constatar, em nossa experiência, que a clínica com crianças nos convoca a acolhê-las em sua especificidade e em sua dimensão desejante, exigindo disponibilidade para escutar aquilo que elas têm a dizer, seja por meio de seus gestos, de seus jogos, de suas falas ou de suas brincadeiras.

No contexto pandêmico de isolamento social, que impôs uma maior convivência familiar, encontramos, por um lado, crianças se deparando com as consequências da pandemia, principalmente no que diz respeito à suspensão do funcionamento das escolas, e, por outro lado, pais/familiares se deparando com a dificuldade de lidar com a angústia de seus filhos. Diante deste cenário e advertidas por Lacan (1953/1998) sobre a importância de o analista ser capaz de alcançar o horizonte de subjetividade da sua época, torna-se fundamental pensar os efeitos da pandemia e no que eles resvalam em nossa clínica com as crianças.

Além das mudanças na dinâmica familiar, a pandemia também inaugurou um novo tempo na história da psicanálise: o movimento de adesão em massa aos atendimentos na modalidade *on-line*. A nova forma modificou o *setting* analítico na medida em que tal acordo pactuado entre o analista e

o paciente sobre temas como o valor e a frequência das sessões, que antes era feito presencialmente, passa a operar a partir de um dispositivo virtual. Se no século passado a discussão sobre a função do *setting* analítico no sucesso terapêutico já chamava atenção da Sociedade Psicanalítica, no momento atual nos propomos a reiterar as recomendações gerais que norteiam a prática psicanalítica estabelecidas por Freud (1913/2020), as quais não configuram regras fixas a serem cegamente seguidas. Tal como reforça Iannini e Tavares (2020), Freud evitou estabelecer normas e procedimentos rígidos com o intuito de privilegiar a escuta da singularidade frente a qualquer protocolo previamente estabelecido.

Fundamental destacarmos que, ainda segundo Iannini e Tavares (2020), depreende-se dos artigos técnicos escritos por Freud uma única regra fundamental da psicanálise da qual ele não abria mão: a associação livre. De acordo com Freud (2020/1904[1905]), entende-se como associação livre o modo de o paciente narrar ao analista tudo que lhe vem à mente, mesmo que não considere o conteúdo de seu pensamento importante e, até mesmo, se o considerar vergonhoso ou embaraçoso.

Dessa forma, ao tomar as medidas acima enunciadas para evitar certo engessamento no modo de condução de um tratamento psicanalítico, Freud nos abriu a possibilidade de reinventar a nossa prática clínica quando preciso, o que é o caso no contexto dessa pandemia, e, ao mesmo tempo, prezar pela manutenção de seu rigor teórico, de sua ética e de seu método. Em outras palavras, se o lugar privilegiado da fala, da associação livre e do endereçamento ao analista são preservados, por que não seria possível a construção de um trabalho por meio de videoconferência?

Freud (1913/2020) pontua que o material com o qual se começa o tratamento é indiferente, contanto que a escolha do ponto inicial seja feita pelo paciente. Isso quer dizer que, apesar da pandemia trazer mudanças, impor situações inusitadas ou modificar o *setting analítico*, o que deve ser levado em consideração é o que o paciente, no caso a criança, escolherá trazer em sessão para ser trabalhado e o endereçamento dado ao profissional que a escuta, e não um conjunto de regras fixas que assegurariam a eficácia de um dado tratamento.

Afinal, o trabalho com crianças de forma *on-line* é possível?

No início da implementação dos atendimentos *on-line*, era muito comum colegas de profissão e das demais categorias da saúde nos questionar se era possível essa modalidade de atendimento com crianças. Acreditamos não existir respostas universais, mas sim, havendo a possibilidade de um tratamento psicológico feito de forma remota, responder caso por caso, com o que em geral um psicanalista responde. Apesar de toda mudança do tal *setting analítico*, algo de fundamental permanece: o lugar privilegiado da escuta da singularidade juntamente com a regra fundamental da psicanálise, a associação livre. A partir de nossa experiência no ambulatório de pediatria do HUPE,

utilizaremos algumas vinhetas clínicas para ilustrar a construção, ainda em curso, do nosso trabalho de forma remota e o que pudemos recolher de efeitos em nossa clínica até o presente momento.

Após a discussão sobre o caso entre as residentes de psicologia e a equipe de saúde que realiza a solicitação de atendimento psicológico, é agendada uma entrevista com os pais com a finalidade de entender a principal queixa motivadora do pedido de atendimento, coletar mais informações sobre a dinâmica familiar e a história de vida da criança. As dúvidas sobre o tratamento, que porventura possam surgir, são esclarecidas e alguns combinados com os pais são firmados, quais sejam: um dia e um horário semanal para os atendimentos e um local silencioso onde a criança possa ser atendida com privacidade, privilegiando o uso de fones de ouvido para garantir, um pouco mais, dita privacidade.

Pedro², seis anos, chegou ao serviço há um ano e meio acompanhado da mãe que trouxe a queixa de enurese e de agressividade na escola. A criança, desde a separação dos pais há dois anos e meio, não tem contato com o pai. Durante as sessões presenciais, quando a temática do pai surgia, Pedro se mostrava agitado e, por vezes, pedia para ir embora, o que era respeitado. Após iniciar os atendimentos por videochamada, Pedro consegue, pela primeira vez, falar sobre o pai. Em sessão, falava sobre a sua família diante da pandemia e, como de costume, inicialmente não se referiu ao pai. Mas, pela primeira vez, quando questionado sobre isso, conta que o pai saiu e nunca mais voltou. Logo em seguida, pede para desligar o telefone. No atendimento seguinte, diz que é ruim não falar com o pai e conta não se lembrar mais dele. Lhe é proposto um trabalho conjunto, de sua psicóloga com ele, para desenharem seu pai. Pedro conta que o pai é careca e que costumava cozinhar para ele. Suas sessões se dão com ele no quarto que, neste momento, deixa, para ir perguntar à mãe, que estava na sala, o nome de seu pai e como ele era. Ao retornar, conta todo animado o nome dele. Importante pontuar que durante as primeiras entrevistas com a mãe, Roberta, ela dissera: “ele nem pergunta mais do pai. Acho ótimo, porque assim ele não sofre. É melhor mesmo esquecer” (*sic*). A psicóloga pontua que nem sempre o não dito quer dizer que não há sofrimento.

O interessante a destacar nesse caso é que, ao contrário do que tantos temiam em relação a atendimentos feitos de forma remota, de que eles não serviriam à clínica orientada pela psicanálise, essa foi a primeira vez em que o paciente conseguiu falar abertamente sobre o pai, tanto com a sua mãe quanto em sessão, o que levanta a questão sobre um eventual ganho do atendimento remoto para o tratamento. De todo modo, Pedro pôde simbolizar por meio de palavras e do desenho a ausência não falada, mas sentida do pai.

Ângela, também com seis anos, chega ao serviço encaminhada pelos alunos de medicina. A mãe solicita apoio psicológico para a filha por causa do recente falecimento de seu pai decorrente de um infarto. Durante as primeiras sessões por videochamada, Ângela permanecia em silêncio. Após algumas sessões, e certa insistência, Ângela apresenta à psicóloga o seu quarto, as suas bonecas e

uma amiga que reside ao lado de casa. Em outro atendimento, a paciente fala do pai, pontuando que ele costumava cozinhar *hamburguer* para ela. Em seguida, convida a psicóloga a comer o *hamburguer* que “cozinhará” em sessão. Evidenciamos, neste caso, a possibilidade de uma elaboração psíquica referente ao luto de seu pai. A paciente sai da posição passiva de receber algo do pai e incorpora a ação, é ela quem faz o *hamburguer* agora e o oferece a alguém.

Chamamos atenção para o fato de que, por mais que a *internet* seja um espaço virtual, podemos constatar a sua força e a sua presença diretamente ligadas ao desejo do profissional de fazer valer a existência de um trabalho. Esse espaço, portanto, vai além do ambiente virtual e propicia que a paciente se coloque a trabalhar o luto pelo pai.

Ainda sobre Ângela, cuja relação é bastante próxima à mãe, desenha duas bonecas iguais em um parquinho. Em um dado momento, ela colore ambas com as mesmas cores. Ao lhe ser pedido que conte um pouco sobre o que está desenhando, Ângela diz que ela e a mãe estão brincando juntas no parquinho e que as colore assim porque são parecidas. A residente, então, diz: “*mas tão iguais? Não tem nadinha de diferente?*” (sic). Ângela responde enfática: “*NÃO, elas são muito parecidas. É tudo igual*” (sic). A residente, então, insiste: “*mas não pode ter um cadinho de diferente, é tudo, tudo, tudo igual? Como é isso?*” (sic). A resposta é: “*está bem! Tudo bem, o meu tênis vai ser vermelho e o dela laranja*” (sic). Nesta intervenção, alguma diferença entre ela e a mãe pôde ser introduzida, um corte foi feito, no qual abriu-se a possibilidade de a paciente ser algo diferente e para além de sua mãe.

Como lidar com a questão da privacidade?

O atendimento *on-line* traz consigo alguns desafios, embaraços e situações inusitadas com que passamos a lidar ao entrar na intimidade da casa dos pacientes. As interferências são as mais diversas, seja o problema com a conexão da *internet*, as interrupções familiares, a dificuldade de a criança muito pequena lidar com o celular, ou a dificuldade de a criança ter disponível um local adequado e com privacidade para o seu atendimento. Na tentativa de driblar essas dificuldades, o profissional é convocado a fazer uso de certa criatividade e inventividade para criar alternativas que possibilitem os atendimentos. Em nossa experiência, a construção de um espaço de negociação com as famílias ganha lugar fundamental para viabilizar, na medida do possível, um local silencioso e privado, tendo em vista que muitas famílias atendidas no HUPE moram em um único cômodo. Nesses casos, fazer uso dos fones de ouvidos foi fundamental.

Retomando o caso de Pedro, em outra ocasião, ele interrompe o início da sessão, dando continuidade ao atendimento somente após fechar a porta que a mãe havia deixado aberta. O seu

movimento introduz um lugar privado, uma barra que separa a sua intimidade da de sua mãe. Assim que ele fecha a porta, retorna e diz: “*pronto! Agora podemos começar*” (*sic*).

Lucas, onze anos, chega diagnosticado com autismo por um neurologista particular, aos seus três anos. Logo após o retorno das atividades no ambulatório, a mãe comparece ao serviço pedindo atendimento psicológico para o filho por conta da sua ansiedade. Desde as primeiras entrevistas com a mãe, realizadas presencialmente, a sua relação com a criança chamou atenção, visto que era difícil identificar, em seu discurso, um limite que os separava. Tendo em vista o risco de contágio da Covid-19, acordamos que as sessões de Lucas seriam feitas de forma remota. Nas primeiras videochamadas, pudemos perceber através do reflexo de um eletrodoméstico, a imagem da mãe ouvindo a sessão atrás da porta. Diante dessa cena, encerro o atendimento e, em um momento posterior, reforço com a mãe a importância da privacidade e do uso de fones de ouvido para o tratamento. A mãe se mostra cooperativa quanto ao uso dos fones, no entanto, alega não haver outro cômodo disponível para os atendimentos, mantendo as sessões de Lucas na cozinha. Neste caso, o uso do fone tornou-se fundamental para introduzir uma barreira nessa relação com mãe, pois, por mais que ela continuasse escutando as sessões, deixará de ter acesso à fala da residente. O não ter como escutar o que diz a psicóloga a seu filho, introduz um enigma, possibilitando algum lugar privado para ele. Há algo a que somente ele tem acesso e que não está sob o domínio de um Outro. E, assim, seguiram os atendimentos.

Considerações finais

A pandemia nos trouxe muitos desafios, mas também muitas possibilidades, dentre elas a modalidade de atendimento *on-line* com crianças, a qual passou a ser uma realidade para a nossa clínica. A discussão acerca do novo cenário e os seus efeitos se mostra atual e urgente. Em nossa experiência, pudemos perceber que essa modalidade é complexa, envolve muitas variáveis e a sua viabilidade vai depender da disponibilidade criativa da criança e da disponibilidade de escuta e investimento do profissional em cada encontro. Assim como acontece nos atendimentos presenciais, afinal é a presença do psicólogo, a maneira como esta presença é colocada na sessão por ele, que garante a instalação do processo terapêutico.

Entendemos que há diferenças, ressalvas e embaraços entre os atendimentos presenciais e os atendimentos virtuais, porém constatamos que há um espaço possível de construção. O que está em jogo é o lugar da fala, a escuta da singularidade e a preservação do endereçamento, seja no hospital ou nas instituições, no consultório ou no atendimento *on-line*. A partir dos efeitos que pudemos recolher de nossa clínica, vimos que é possível a construção de um trabalho, mas ele não é sem

dificuldade, tampouco sem mal-estar – o que tampouco difere do que ocorre no atendimento presencial.

Notas

¹Coronavírus é uma família de vírus que causa infecções respiratórias muito comuns em diferentes espécies de animais, tais como camelos, gado, gatos e morcegos. O novo agente do coronavírus (SARS-CoV-2) provoca a doença chamada de COVID-19 que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves que poderão necessitar de suporte ventilatório.

²Os nomes dos pacientes e familiares aqui são fictícios, visando a preservação de suas identidades.

Referências

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2020) *Resolução n° 4, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19 Recuperado em 21/04/2021 em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333>>.

Freud, S. (2020) O método psicanalítico freudiano. In. Freud, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (2ª ed., pp. 51- 61). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra publicada originalmente em 1904 [1905]).

Freud, S. (2020) Sobre o início do tratamento. In. Freud, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (2ª ed., pp. 121-149). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra publicada originalmente em 1913).

Iannini, G., & Tavares, P.H. (2020) Sobre fundamentos da clínica. In. Freud, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (2ª ed., pp. 7-15). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra publicada originalmente em 1913).

Lacan, J. (1998) Função e campo da fala e da linguagem. In. Lacan, J. *Escritos*. (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra publicada originalmente em 1953).

Pacheco, A.L. (2012) *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia: a direção do tratamento na psicanálise com crianças*. (1ª ed.). São Paulo: Annablume.

Quinet, A. (2012) Apresentação. In. Pacheco, A.L. *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia: a direção do tratamento na psicanálise com crianças*. (1ª ed., pp. 15-17). São Paulo: Annablume.

Rio de Janeiro (Estado). Secretaria de Saúde (2020). *Resolução n° 2004, de 18 de março de 2020*. Regulamenta as atividades ambulatoriais nas unidades de saúde públicas, privadas e universitários com atendimento ambulatorial e no Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 21/04/2021 em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390927>>.

A criança e a subjetividade de sua época: considerações sobre o atendimento remoto no ambulatório de pediatria durante a pandemia de COVID-19

Helena Coelho Nunes da Rosa^{*}

Luana Camargo Carrilho^{**}

Vanessa Ferreira Dias^{***}

Sonia Alberti^{****}

Resumo

A Pandemia da COVID-19 trouxe consigo diversas mudanças, como o fechamento de serviços, de escolas e o isolamento social. Novas formas de trabalho foram impostas, assim como novos modos de subjetivação. O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), cenário de prática da Residência em Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), foi transformado em referência para o tratamento do novo coronavírus e o funcionamento da instituição foi alterado. Neste trabalho, relataremos nossa experiência enquanto residentes de psicologia orientadas pela psicanálise a partir do atendimento remoto às crianças do ambulatório de pediatria do HUPE no contexto da pandemia, considerando as transformações e incertezas impostas pelo momento.

Palavras-chave: Psicanálise; Criança; *On-line*; Pandemia.

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo contemplar a prática das residentes de primeiro ano (R1) e segundo ano (R2) de psicologia durante o primeiro semestre do ano de 2020 no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) em meio à pandemia da COVID-19. O HUPE é um dos cenários de campo do Programa de Especialização em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar do Instituto de Psicologia da Universidade do

^{*}Preceptora do Ambulatório de Pediatria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. Professora Titular do Instituto de Psicologia da UERJ e Pesquisadora do CNPq.

^{**}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

^{**}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

^{***}Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

Estado do Rio de Janeiro (IP-UERJ) e o ambulatório de pediatria é um dos setores de prática da residência.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto da doença causada pelo COVID-19 como uma pandemia. Isto posto, o Estado do Rio de Janeiro reconhece a situação de emergência na saúde pública. Neste contexto, o HUPE precisou se tornar referência no combate da doença na cidade. Esta instituição, que usualmente não responde a situações de urgência e emergência, teve que se transformar: houve uma reorganização de setores do hospital, que incluiu o ambulatório de pediatria.

Foi mediante a este cenário que a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro formula a Resolução nº 2004 de 18 de março de 2020, na qual regulamenta as atividades ambulatoriais nas unidades públicas, privadas e universitárias; suspendendo por tempo indeterminado os atendimentos ambulatoriais eletivos destas instituições, à exceção dos casos em que os pacientes apresentassem alguma deterioração clínica e descompensação.

Nestas circunstâncias, com o decorrer da pandemia e a impossibilidade de reabertura do ambulatório de pediatria geral, os médicos *staffs* deste setor, junto aos internos de medicina, passaram a acompanhar os pacientes por teleassistência, monitorando a saúde das crianças. A partir desses contatos, surge uma grande demanda por avaliação da psicologia, encaminhada pela equipe médica.

Diante de tais demandas, optou-se por seguir as normativas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde e também as recomendações do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que sugeriam a suspensão das atividades presenciais e seguimento das atividades por via remota. Foi decidido a partir de discussão entre a preceptora à época, a atual supervisora e as residentes, que os pacientes atendidos no ambulatório de pediatria antes da pandemia poderiam ser acompanhados de forma *on-line*, com o objetivo de dar continuidade a esses atendimentos. Posteriormente, devido ao grande volume de solicitações da equipe médica, e compreendendo as implicações que o contexto de uma pandemia pode trazer para a saúde mental da criança, como também para a família de modo geral, passamos a realizar atendimentos de primeira vez via Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).

O atendimento psicológico *on-line* durante a pandemia é uma possibilidade garantida por meio da Resolução nº 4, de 26 de março de 2020, do Conselho Federal de Psicologia que dispõe sobre “regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e Comunicação durante a pandemia do COVID-19” (p. 1). No que se refere ao atendimento *on-line* com crianças, é necessária a autorização de ao menos um dos responsáveis e a comunicação de informações imprescindíveis, como a necessidade de privacidade durante as consultas, que devem ser acordadas na primeira entrevista com o responsável.

Tal conjuntura nos colocou diante de alguns desafios enquanto profissionais de psicologia, especialmente enquanto residentes de psicologia orientadas pela psicanálise em um ambulatório de

pediatria. Isso fez com que algumas questões fossem suscitadas por nós durante esse período, tais como: o atendimento *on-line*, enquanto meio, é uma possibilidade ao exercício da psicanálise com crianças ou apenas uma alternativa frente ao contexto da pandemia de COVID-19? É viável sustentar uma transferência com a criança na tela do dispositivo eletrônico? É possível assegurar as condições de preservação do sigilo e da confidencialidade durante os atendimentos por via remota?

O presente trabalho objetiva, a partir de fragmentos de casos clínicos, expor a discussão que se colocou para nós residentes acerca da viabilidade do atendimento *on-line* com crianças pela perspectiva psicanalítica, durante o momento de excepcionalidade trazido pela pandemia. A seguir, destacamos questões que se apresentaram neste contexto, como a privacidade dos atendimentos, os recursos utilizados, o estatuto da brincadeira e a transferência.

A psicoterapia com crianças e o porquê sustentá-la no contexto da pandemia

Conforme afirma Freud (1933/2010) no artigo “Esclarecimentos, explicações, orientações”, publicado nas *Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise*, os primeiros anos de uma criança possuem grande importância por conta da “florescência da sexualidade”; neste período a criança adquire predisposições para as “enfermidades e distúrbios funcionais posteriores”. Freud relata não hesitar em aplicar a terapia analítica às crianças que mostravam sintomas neuróticos “ou que se mostravam em vias de um indesejável desenvolvimento de caráter” (p. 309).

O papel do psicoterapeuta infantil, afirma Dolto (2013), é “justificar o desejo que se exprime e buscar o que a criança repete desse desejo” (p. 25), assim como “recuperar os afetos que envolvem os desejos que foram recalçados em torno de um Supereu educativo” (p. 25). Às crianças nem sempre é dado o lugar de expressar seus afetos, o que pode provocar angústia e prejuízo do seu funcionamento emocional e social.

Considerando a importância que a escuta analítica pode ter para uma criança e entendendo também as demandas que recebemos através dos internos de medicina, assim como o contexto da pandemia e seus efeitos, buscamos sustentar nosso trabalho no ambulatório de forma remota, oferecendo tal modalidade de atendimento. Primeiramente entramos em contato com os pais, marcando uma entrevista e explicando o formato do novo “modelo” de atendimento.

Os pais são uma parte fundamental do processo analítico de uma criança. Conforme aponta Freud(1933/2010), estes podem se transformar em veículos da resistência, pondo a análise em risco. Para Dolto (2013), os pais tendem a considerar o analista como um professor ou um médico que corrigirá um sintoma que angustia a família. Mas não é essa a orientação da clínica psicanalítica, e a autora ressalta a importância de os pacientes e seus pais entenderem que não podem esperá-lo do analista. No atendimento remoto, nas primeiras entrevistas com os pais, era acordado que estes deixassem os filhos em um lugar reservado, para que a criança tivesse seu espaço e privacidade nos

atendimentos.

Uma questão com a qual nos deparamos neste novo processo de trabalho foi justamente esta, pois nem sempre havia um ambiente reservado na casa, isolado de possíveis barulhos, interrupções e distrações. Com a prática, concluímos que o uso de fones de ouvido seria a forma mais segura para as consultas, pois permitiria a manutenção do sigilo profissional por compromisso ético/clínico – ao menos ninguém poderia escutar o que diziam as residentes a seus pacientes, independentemente de onde estivessem na casa, no caso em que era impossível aos responsáveis suportarem e/ou garantirem que ela ficasse sozinha com sua psicóloga. Decidiu-se então que seria impossível manter o atendimento caso tal princípio não fosse cumprido. Em uma situação de privacidade mínima, os fones de ouvido garantem, ao menos, a privacidade da cena analítica, marcando importante diferença entre a relação da criança com a psicóloga e a relação com o restante da casa. Aquilo que a psicóloga e o paciente conversam não é de conhecimento de todos os outros moradores, há algo de enigmático que introduz um furo, retirando a criança do lugar de submissão ao Outro da casa.

A privacidade foi uma preocupação visível também para algumas crianças, que criaram seus próprios recursos para driblar esta constante incerteza quanto à possibilidade dos pais ou familiares escutarem a consulta. Gabriela¹ é uma criança de cinco anos, cuja demanda trazida pela mãe era motivada pelo fato de ela julgar que o pai da paciente teria abusado sexualmente da filha. Logo, falar do pai, para Gabriela, era uma questão difícil. Em entrevista com Flávia, a mãe da paciente, esta relata que, por vezes, já repreendeu a filha por demonstrar sentir falta do pai. Para Flávia, não falar sobre ele era uma forma de Gabriela esquecer tanto o pai quanto o abuso que teria sofrido.

Depois de algumas sessões, a criança, durante atendimento, fala pela primeira vez desse pai, com a voz baixa sob uma coberta. Sozinha no quarto, diz, no entanto, que enquanto fala, escuta barulhos que vêm de trás da porta. Com seus cinco anos, silenciosamente, em sessão, se encaminha até a porta, abre, e se depara com a sua avó materna e lhe diz: "*que feio ficar escutando a minha conversa atrás da porta!*". Gabriela volta a olhar para a psicóloga e repete: "*não é muito feio, tia, escutar a conversa dos outros atrás da porta?*". A psicóloga, então, concorda com Gabriela. Após a saída da avó de trás da porta, a menina fala: "*fiz um ótimo trabalho, né tia?*".

Neste fragmento é possível observar como Gabriela coloca de forma clara e consciente o que está se passando em torno da situação que vivencia, tanto que percebe a possibilidade de a avó estar atrás da porta, e sinaliza a ela a importância do seu espaço e o limite da sua privacidade. Posteriormente, a importância e a incondicionalidade do sigilo foram tratadas com a avó.

Dolto (1998), em *Psicanálise e Pediatria*, nos adverte que um dos recursos para o atendimento às crianças é o uso de brinquedos; contudo, há situações clínicas nas quais estes podem não estar disponíveis. Para a autora, a priorização da conversa nestes casos é fundamental: "resta-nos, pois, a conversação... procuramos escutar, olhar, observar sem deixar de notar os gestos, expressões, mímica,

palavras, lapsos, erros e desenhos” (Dolto, 1998, p. 132). Todos os olhares, gestos e mímicas que são direcionados ao analista devem ser tomados como algo que está sendo dito pela criança. Nos atendimentos remotos também não dispomos de muitos brinquedos, ainda que por vezes pudemos utilizar como recursos os próprios brinquedos das crianças. Neste contexto, a observação era algo fundamental, para perceber e escutar o que a criança queria dizer com uma brincadeira, com algo que escolhia para nos mostrar, assim como com a apresentação de seus familiares, ou até mesmo ao revelar a sua casa durante o atendimento, pois essas foram algumas maneiras que as crianças encontravam para nos apresentar o seu mundo.

Ferreira (2018) aponta que o brincar para a criança tem uma função, que tem diferentes vieses teóricos. A autora marca que, para alguns, a função estaria ligada ao desenvolvimento, já para outros, a função está entrelaçada à entrada da criança na cultura. Em um terceiro caso, essa função seria um elemento estruturante. Freud, em sua obra, relaciona o jogo de palavras como uma das atividades das crianças. No livro *O Chiste e a sua relação com o inconsciente* (1905/2017), o autor menciona que, quando a criança “começa a aprender a língua materna, ela experimenta um grande prazer brincando com as palavras” (p.179). Mesmo quando, continua Freud, ela junta as palavras sem obter um sentido, ocasionando um ritmo e rima e proporcionando um grande prazer.

Em “O Poeta e o Fantasiar”, Freud (1908/2017) comenta que “a atividade mais intensa e que mais agrada as crianças é o brincar, “toda criança brincando se comporta como um poeta na medida em que cria o seu mundo” (p. 54). Assim como o poeta, a criança não representa só no seu jogo a realidade que mais lhe agrada, mas também traz situações penosas, como exemplificaremos nos fragmentos a seguir.

Lívia é uma criança de cinco anos que, durante o atendimento, brinca com suas bonecas Polly e, nesta brincadeira, narra uma discussão entre mãe e filha. Lívia afirma que as Pollys irão viajar e ficarão “cem mil anos” longe da mãe e não irão avisá-la da viagem. A psicóloga, então, interroga o porquê da falta de aviso e de tanto tempo longe da mãe, ao que Lívia responde: “*porque a mãe está espancando a Polly*”. A paciente tinha uma relação conflituosa com sua mãe, Cristina, que, durante as entrevistas, sempre relatou a sua agressividade e dificuldade de lidar com a sua filha. É através da brincadeira que Lívia consegue simbolizar algo da relação com a sua mãe, colocando-o em palavras através do faz-de-conta de Polly.

Joana, cinco anos, gosta de brincar com bonecos de animais. A menina tem interesse especial por dinossauros e, a cada sessão, sempre apresenta à psicóloga seus brinquedos, nomeando-os “*T-rex*”, identificando-os por suas cores: “*esse é o vermelho, esse é o amarelo*”, e destacando de que se alimentavam, de “*folha*”, de “*carne*”. Os dinossauros – e demais animais – costumam brigar entre si na brincadeira. Geralmente, no desfecho, um dinossauro, com “*dentes e unhas grandes*” (sic) vence e devora o outro. Não há diálogo entre os bonecos, apenas gritos. Em seu brincar, é possível perceber

algo de sua relação com o outro, e o conflito que vivencia no cotidiano de sua casa. Expressando-o no brincar, Joana encontra em sua psicóloga alguém com que pode falar disso.

Apesar do contexto *on-line* e suas implicações sobre o brincar, a criatividade das crianças, bem como a nossa disponibilidade em ouvi-las e deixar que elas nos apresentassem suas propostas de brincadeiras, possibilitaram que muitas coisas pudessem ser ditas. Uma paciente que, nos primeiros atendimentos presenciais, pouco falava, ao passar para o atendimento virtual, fez um desenho dividido em três momentos: o primeiro em que sentia “falta de ar”, o segundo em que sua mãe a consolava, e no último ela e sua mãe se abraçavam com as mãos em formato de coração e ela dizia que o mal-estar havia passado. Esse desenho representa parte da história clínica da paciente, que nos últimos meses vinha sentindo “falta de ar” em contextos muito específicos, circunscritos a momentos de violência verbal e, às vezes, ameaças de agressão física do pai à mãe. Ou seja, o desenho representa a segurança que ela sente em relação à sua mãe, ao mesmo tempo em que apresenta a exclusão do pai da cena, que vivia de forma ansiogênica por causa das brigas constantes do casal parental.

Dolto (1971/1998) evidencia que a criança tem uma facilidade de expressar as suas questões, e que cabe ao analista saber lidar com a situação transferencial: “A criança pensa e vive imaginativamente conosco, nos fornece com seus desenhos o seu mundo, nos relata seus sonhos e nos confessa as suas faltas ou nos conta seus segredos que não desvenda a ninguém” (p. 133).

Considerações finais

Os atendimentos remotos nos trazem diversos desafios, como estabelecer um espaço com os pais para que a criança possa ter sua privacidade assegurada. Por outro lado, o fato de a criança estar em casa, em determinados momentos, permite, com a finalidade clínica, que a criança a mostre com o celular enquanto está em sessão, ou até mesmo nos apresente seus familiares. Afinal, estamos entrando em sua casa e a conhecendo em seu local mais íntimo de vivência, sem, contudo, deixar que se perca a dimensão clínica que o espaço reservado para as sessões ocupa, sem deixar que esta proximidade de estar dentro de sua casa esvazie seu espaço de escuta e se transforme em um momento meramente recreativo.

Julgamos a importância de sustentar os atendimentos *on-line* durante esse período da pandemia, período, aliás, que pode repercutir em problemas emocionais ainda maiores, devido ao isolamento social, agravando condições psicológicas preexistentes. Conviver diariamente com os familiares e sob seus olhares perscrutadores, ou seja, as relações dentro da própria casa, sem qualquer intervalo ou outro contato social, podem levar a crianças a sofrimentos demasiadamente intensos que, com o atendimento remoto têm chances de serem elaborados.

Os casos atendidos remotamente também nos mostraram que, independentemente do formato

on-line, o que está em jogo é a subjetividade das crianças. Ao longo dos atendimentos, elas puderam expressar e se haver com suas questões, abrindo caminho para uma possível elaboração. Isso nos faz pensar que, para além do *setting*, um dos principais desafios da psicanálise com crianças é sustentar a criança como sujeito e não como objeto. Gutierrez (2016) afirma que a criança é um analisante por inteiro e que exige-se um deslocamento do significante “criança” para o que é o sujeito em sua condição estrutural, índices estes que realmente interessam a um psicanalista. E, conforme nos adverte Lacan (1953), que “renuncie a prática da psicanálise quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época” (p. 321).

Notas

Os nomes dos pacientes e de seus familiares são fictícios, com o intuito de mantermos o sigilo profissional.

Referências

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2020). *Resolução nº 4, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Recuperado em 11/2020 em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333>

Dolto, F (1998). *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara. (Obra original publicada em 1971).

Dolto, F. (2013). *Seminário de psicanálise de crianças* (1ªed.). São Paulo: WWF Martins Fontes.

Freud, S. (2017). O chiste e sua relação com o inconsciente. In: S, Freud. *Obras Completas*(Vol. 7). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1905)

Freud, S. (2017). O poeta e o fantasiar. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud Artes, literatura e os artistas*. (1ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Obra original publicada em 1908)

Freud, S. (2010). Novas conferências introdutórias à psicanálise. In: S, Freud. *Obras completas* (Vol. 18). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1933)

Ferreira, T. (2019). *A escrita da clínica: psicanálise com crianças*. (3ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Gutierrez, B. (2016). A psicose na criança e a sua psicanálise: O caso Robert. In Pacheco, A., Oliveira, B. (Org). *Criança Sujeito ou Objeto. Quinze Anos da Rede de Psicanálise e Infância do FCL-SP*,69-94. São Paulo: Escuta/ Fórum do Campo Lacaniano).

Lacan, J. (1998). Função e Campo da Fala e Da Linguagem em Psicanálise. In: Lacan, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1953)

Rio de Janeiro (Estado). Secretaria de Saúde. (2020). *Resolução n° 2004, de 18 de março de 2020*. Regulamenta as atividades ambulatoriais nas unidades de saúde públicas, privadas e universitários com atendimento ambulatorial e no Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 11/2020 em:<<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=390927>>

Diante do “fique em casa!”, um sintoma que não sai mais às ruas

Luisa Moraes*

Sonia Alberti**

Selma Correia***

Resumo

Durante a pandemia de Covid-19, o ambulatório do NESA fechou, de modo que a alternativa para o atendimento psicológico se deu via online. Na clínica com adolescentes, alguns tratamentos foram interrompidos, impossibilitados pela falta de privacidade que morar na casa dos pais pode impor, tendo em vista que o sujeito adolescente se confronta justamente com o trabalho de separação do Outro. Apresento aqui um fragmento de caso, descontinuado pelas condições da pandemia, ressaltando também a importância de estar “fora de casa” para a paciente em questão, tanto no que diz respeito ao aparecimento de seu sintoma, quanto à sustentação de seu tratamento. O sintoma desta jovem revela de forma paradigmática o conflito inconsciente que surge junto com o desabrochar de seu desejo sexual na adolescência. O caso nos aponta para a importância e para os impasses que a função paterna coloca à assunção do sujeito do desejo.

Palavras-chave: adolescência; separação; sintoma; sexualidade; função paterna.

Caso Clínico

Ruth¹, uma adolescente de catorze anos, chegou ao ambulatório do Setor de Psicanálise Saúde Mental do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) em julho de 2019, por conta de problemas relativos à enurese, que haviam começado alguns meses antes. Nenhum exame clínico identificara alguma razão orgânica para esse fenômeno, diagnosticado como “bexiga hiperativa”. Havia ainda algo muito peculiar em sua sintomatologia: os “escapes” de urina ocorriam apenas na escola, ou no trem, no caminho de ida ou de volta entre a escola e sua casa. A partir de então, a psicóloga residente a atendia semanalmente, durante um período de aproximadamente seis meses.

**** Professora Titular do Instituto de Psicologia da UERJ, Supervisora do Ambulatório de Pediatria do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

** Professora Titular do Instituto de Psicologia da UERJ, Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

Ruth morava com seu pai, sua mãe e sua irmã mais nova, com quem dividia o quarto. Os episódios de incontinência urinária tiveram seu início no curso preparatório para a escola técnica. A paciente localizava que logo antes do primeiro evento de enurese na escola, ela brigara com seu pai. A discussão havia se dado porque o pai surpreendeu Ruth conversando com um colega pelo celular, o que atentava contra as muito rígidas convicções religiosas dele. Isso foi suficiente para que seu pai tomasse seu celular e lhe dissesse que estava muito decepcionado com ela. Após Ruth começar a ter esses episódios de incontinência urinária, seu pai passou a sentir-se culpado, reconhecendo aí a possível causa do sofrimento da filha.

Logo no início dos atendimentos, Ruth explicou que sua família era Testemunha de Jeová (TJ) e que ela havia se batizado por volta de dois anos antes, por pressão de seu pai. Ruth gostava da religião, mas ao mesmo tempo se sentia presa. Como exemplos das restrições às quais era subordinada, ela listava: não podia comemorar páscoa, natal, aniversário, fumar, *fornicar* (sic), nem também passar tempo com pessoas de fora da religião. Embora isso não fosse proibido pela comunidade religiosa, o pai achava que se ela convivesse com essas pessoas, como os colegas da escola, ela acabaria *pegando o jeito deles*. Quando perguntada sobre como era “o jeito deles”, ela respondeu: *normal*. E à pergunta da psicóloga que se seguiu: *E como era o jeito dela, então?* – Ruth respondeu rindo.

Os colegas da escola diziam que ela era estranha e implicavam com seus óculos de velha e com seu cabelo preso para trás. Por conta disso, na escola Ruth havia passado a usar os cabelos soltos, e sentara em cima dos óculos, quebrando-os “sem querer”. Como não lhe era permitido conviver, fora da escola, com os colegas de sua turma, restava-lhe conviver com as pessoas do Salão do Reino², no qual não havia muita gente de sua idade. Seu cotidiano se resumia ao horário integral na escola e ir para casa estudar. No final de semana acompanhava a família no Salão do Reino.

Em uma das primeiras entrevistas com Ruth, ela disse que se, hipoteticamente, ela quisesse namorar alguém de fora da religião, ela seria “desassociada”. Isso significava ser expulsa da comunidade, e inclusive de sua própria família, que romperia os laços com ela, expulsando-a de casa assim que completasse dezoito anos. Quando investiguei se ela já havia pensado em namorar alguém de fora da religião, ela revelou que começara a namorar um menino que estudava com ela na escola preparatória, na mesma época em que começara a ter incontinência urinária.

Ruth e o namorado se viam na escola preparatória, e desde que ela fora aprovada na escola técnica, eles passaram a se ver escondido. Viam-se uma a duas vezes por mês, beijavam-se, e tinham vontade de se experimentarem sexualmente, mas achavam melhor esperar. Nos dias em que eles se viam, nunca acontecia de ela ter enurese. Falavam-se todos os dias por mensagem no *instagram* e ter com quem falar todo dia era algo muito valioso para Ruth.

Desde o momento em que Ruth aceitou o pedido de namoro, ela vivia o impasse de sentir que tinha que escolher entre sua família e seu namorado – o que lhe parecia impossível! Ela pensava em terminar o namoro e o fazia por vezes, mas depois acabava voltando. Terminava, pois pensava que o futuro com ele só levaria ao sofrimento, uma vez que teria que perder o contato com sua família e todos que conhecia. Outras vezes, imaginava que aos dezoito anos ela teria estrutura para ir morar sozinha com o namorado, já que se projetava tendo condições de ter trabalho e casa própria. De todo jeito, sentia-se muito culpada por esconder dos pais seu envolvimento amoroso, e por saber que o que fazia era errado sob os olhos deles. Ela dizia: *eles mantêm os olhos sobre mim*.

A primeira vez que ocorreu um episódio de enurese na escola, Ruth chegou a molhar a roupa, o que justificou como sendo menstruação, para poder ir para casa mais cedo. A partir de então, Ruth passou a usar uma espécie de fralda. Teve um dia, no entanto, em que ela estava sem essa proteção absorvente e chegou a molhar-se no trem, em seu trajeto de volta. Ao tentar responder sobre o que havia ocorrido nesse dia específico, Ruth comentou que ela se lembrara no trem de que havia esquecido na escola uma régua cara, dada por seu tio paterno, e que essa régua não havia sido identificado com seu nome, de modo que no dia seguinte, na escola, ela poderia não mais encontrá-la. Ela ficara nervosa com a possibilidade de não a encontrar mais no dia seguinte. Mas certamente não foi essa a única determinação para urinar-se no trem no momento da lembrança. O nome técnico desse instrumento é “régua T”, e este possui mais ou menos um metro de comprimento. Na sessão seguinte ela levou a régua para seu atendimento, exibindo o “Tesão” de um metro, que ela havia esquecido na escola, sem que seu nome estivesse inscrito nele.

Além do conflito amoroso e o impasse de sociabilidade que a escola apresentava na vida de Ruth, esse também era um espaço que condensava as expectativas de seu pai em relação a seu futuro profissional. O pai de Ruth esperava que após a escola técnica, a filha destinasse um tempo para praticar proselitismo, isto é, que ela fosse de casa em casa levando a palavra de Jeová, de acordo com a obra mundial de evangelização que a sua religião busca. Na visão de seu pai, depois desse período dedicado à religião, Ruth poderia se exercer profissionalmente como técnica, assim como ele próprio, que era técnico. Ruth, por sua vez, ao contrário do pai, pensava em fazer um curso preparatório para o vestibular, e desejava passar para uma universidade pública, o que era mal visto por ele.

Ao longo dos atendimentos, Ruth começou a se dar conta de que não só o namoro, mas também diversos outros desejos para sua vida eram incompatíveis com aqueles predeterminados e traçados por seu pai, os quais por sua vez faziam comunhão com os ditos da religião. Ruth então, a partir de suas reflexões, decidiu fazer arquitetura, e passou a estudar escondido para o vestibular.

Além disso, outra via que se abriu a partir de seu tratamento, foi a possibilidade de Ruth redescobrir a história de sua avó materna, reaproximando-se dela. Quando sua avó e seu avô maternos se casaram, eles eram Testemunhas de Jeová e depois se separaram, casando-se ambos com pessoas

de fora da religião. Sua avó mudou-se para a Europa para se casar, levando as duas filhas com ela. O padrasto europeu da mãe de Ruth proibia que a avó de Ruth ensinasse a Bíblia para suas filhas, e não permitia que frequentassem o Salão do Reino. Mas, para poder retomar os estudos na religião, a mãe de Ruth resolveu voltar ao Brasil sozinha, rompendo com sua própria mãe, e indo morar com sua avó, bisavó de Ruth.

A avó de Ruth, durante o tratamento da neta, preocupada com seus sintomas e sofrimento, disse-lhe que quando ela própria era adolescente, também sofria muita cobrança por conta da religião, e lhe revelou que vivera uma paixão correspondida com um judeu, quando era jovem. A partir disso, Ruth tirou suas conclusões de que se ela fosse desassociada de sua família, a avó e o avô maternos não iriam cortar a relação com ela e a apoiariam.

Em janeiro de 2020, Ruth começou a apresentar sintomas ainda mais preocupantes. Surgiram manchas roxas nos seus joelhos, cotovelos, barriga e colo, e também sangramentos na gengiva. Esses hematomas causavam muita dor e a impediam de andar. Ela foi internada no Prontobaby e lhe recomendaram repouso absoluto, de modo que ficou impossibilitada de comparecer às suas sessões. Sua vida que antes era casa-escola-casa tornou-se casa-hospital-casa. Nesse tempo, ela passou a investigar alguma doença hematológica ou reumatológica que explicasse seus sintomas. Algumas semanas depois, foi descoberta, a partir de um exame de sangue realizado na Europa, uma alteração muito rara no gene PAI-1. Essa mutação genética dificulta a coagulação do sangue, justificando suas hemorragias e manchas.

Discussão Clínica

Para Freud (1996), o trabalho mais árduo e doloroso com o qual o sujeito tem que se haver na puberdade é o de se separar da autoridade dos pais, deixando cair os pais idealizados da infância. Alberti (2004) adverte que esse processo de separação tão delicado, e sempre intrincado à alienação ao Outro, constitutiva do sujeito, exige primeiro a presença dos pais, como referências necessárias, para que o adolescente possa realizar suas escolhas, em nome próprio, pela via do desejo. No caso de Ruth, seus pais estavam lá, presentes até demais! Contudo, a paciente sofria com a ideia ameaçadora de ser desassociada, desligada, separada da comunidade religiosa e de sua família, por escolha deles, antes que ela pudesse se ver prescindindo desse amparo.

A função paterna sustenta a lei do desejo para o filho na medida em que interdita a mãe, exercendo o papel de um terceiro que impede que a criança permaneça numa relação sexualizada com esta, enquanto mero objeto. É na relação com o pai que se abre uma via para a identificação enquanto sujeito do desejo para o falante, posto que “seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo” (Lacan, 2003, p.369). É o Nome-do-Pai que, ao barrar o desejo da mãe, relativizando-o, possibilita que o sujeito busque investimentos fora do seio da família (cf. Alberti, 2004).

Este encontro com o fora do seio da família, ou com o fora da religião, isto é, com o que representava para o pai de Ruth uma alteridade radical, era o que suas interdições visavam impedir. A proibição de se relacionar com pessoas de fora da religião e de circular fora da escola culminavam no medo da filha de ser expulsa para fora de casa. O “fora de casa” para essa paciente talvez indicasse as brechas entre os inter-ditos do pai, nas quais Ruth conseguia, por transgressão, realizar seu desejo: namorava, estudava para o vestibular e conseguiu até uma festa de quinze anos – tudo escondido dos pais, mas não sem pagar o preço da culpa, e também com o próprio corpo. Seu sintoma, como formação de compromisso do conflito entre seu desejo e o ideal de seus pais, parece, através da regressão que a faz usar fralda, esconder sua sexualidade, seu “Tesão”, e dirigir aos pais a questão se o que eles desejam é um bebê, que não pode fazer nada. Freud (1996) já revelava a relação entre a enurese e a atividade masturbatória, evidenciando o que esse sintoma pode encobrir de um desejo sexual ao mesmo tempo recalcado. O fato de sua incontinência urinária ocorrer apenas na escola ou no trajeto para casa é indício da relação do significante com o sintoma, evidenciando o corpo histérico como falante, palco da metáfora do desejo inconsciente e, por conseguinte, rompendo com a anátomo-fisiologia.

Diante do “fique em casa” que a pandemia impôs, a circulação tanto no território, como do desejo da paciente, unidos que estavam, se restringiram. O tratamento analítico teve que ser interrompido, pois ela não poderia correr o risco de ser escutada por seus familiares. O sintoma da enurese também desapareceu nesse período, já que esse só ocorria “fora de casa”. Já os sangramentos e hematomas que lhe causaram necessidade de repouso absoluto, ocasionados pela alteração do gene PAI-1, tornaram-se mais brandos após algum tempo, como decorrência de um tratamento específico. Tendo em vista os conflitos que as proibições do pai apresentavam para a paciente, e o significante pai que nomeia sua doença, indagamos: “Como escolher prescindir do pai se sua identificação com ele é tão importante para manter-se como sujeito desejante?” (Alberti, 2004, p.35).

Algo sangra na história de Ruth, mas não é apenas na sua própria, visto haver ainda muito para falar sobre a herança da história de seus avós, o que não tivemos ainda oportunidade de tratar. Esperamos que, no futuro, o consigamos.

Notas

¹Nome fictício usado para preservar a identidade da paciente e, ao mesmo tempo, fazer uma alusão à referência bíblica de seu nome próprio original.

²Local de reunião da congregação das Testemunhas de Jeová.

*** Coordenadora do Setor de Psicanálise e Saúde Mental e supervisora de campo no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA-UERJ).

Referências

Alberti, S. (2004). O adolescente e o Outro. Rio de Janeiro: Zahar.

Freud, S.(1996). Três Ensaio Sobre a Sexualidade. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vols VII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).

Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1969).

Isolamento social e escuta: um caso de debilidade mental

Luiza da Cunha Soares*

Sonia Alberti**

Selma Correia***

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre o atendimento ambulatorial de adolescentes realizado de forma remota, por ocasião do isolamento social acarretado pela pandemia do novo coronavírus. A proximidade dos familiares residentes no mesmo domicílio impôs algumas dificuldades para o atendimento desses sujeitos, que ficaram, por vezes, sem um espaço reservado onde pudessem colocar suas questões. Apresentamos um caso clínico de debilidade mental, a partir do qual foi possível observar, de modo radical, alguns desses impasses, uma vez que esse quadro consiste em um posicionamento específico do sujeito diante do Outro.

Palavras-chave: Psicanálise; isolamento social; debilidade mental; adolescência.

Introdução

O isolamento social, decorrente das medidas adotadas por diversos países para a contenção da pandemia do novo coronavírus, afetou, de modo geral, a forma de nos conduzirmos em sociedade. No Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), os atendimentos psicológicos ambulatoriais de forma presencial foram suspensos, sendo possíveis, apenas, os acompanhamentos de forma remota. Se por um lado essa possibilidade de atendimento mostrou-se demasiadamente importante para o seguimento de diversos casos, isso não se deu sem questões para o atendimento de alguns sujeitos – que ficaram, em alguns casos, sem um espaço privado no qual pudessem colocar suas questões, que envolvem, muitas vezes, seus familiares. Em um caso específico, isso colocou-se de modo mais radical. Trata-se de uma adolescente inicialmente atendida pela residente na enfermaria do NESA, que, após alta hospitalar, seguiu, por um breve período de tempo, no ambulatório presencial e, posteriormente, de forma remota, por videochamada. Expomos, a seguir, algumas reflexões sobre tal caso.

*Psicóloga Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2020).

**Preceptora do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

***Coordenadora do setor de Psicanálise e Saúde Mental do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA).

O caso Mayara

Quando Mayara nasceu, foi diagnosticada com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) em função do excesso de ingestão de álcool por sua mãe durante o período de gestação. Aos dezesseis anos de idade, a paciente veio para a enfermaria do NESA, transferida de seu original hospital de referência para investigar algumas dores nas articulações e manchas pelo corpo, que, em consequência da investigação, lhe renderam o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES).

Mayara é filha de Francisca, e esta tem um histórico de acompanhamento na saúde mental por um CAPS. Sem nunca ter tido contato com seu pai biológico, a paciente cresceu com três irmãos mais velhos: Marcos, Anderson, e Renato, um irmão que foi assassinado há alguns anos.

Logo no primeiro atendimento, tanto a forma de falar quanto as expressões faciais da paciente chamaram nossa atenção. Mayara mostrava-se demasiadamente infantilizada. Trocava algumas letras e, quando perguntada sobre isso, disse, de forma infantil, que não sabia “de nada”, pois sua mãe é quem “sabe das coisas”, repetindo insistentemente “eu não sei de nada, de nadinha, nadinha, nadinha”. O penteado de “maria-chiquinha” e as pelúcias que enfeitavam seu leito, também apontavam para a postura infantil que expressava na fala.

Além das alterações faciais leves e do atraso escolar característicos da SAF, seus gostos por objetos infantis e sua forma pueril de falar e se portar parecem ecoar a constante observação na fala da mãe de que sua filha é seu “bebê”. Em alguns momentos durante os atendimentos, a mãe a abraçava e dizia “este aqui é o meu bebê, o bebê da mamãe”, frase com a qual a paciente sorria e aquiescia com um gesto, sem nada dizer. Marcos e Anderson, irmãos mais velhos de Mayara, a definiam como “especial”, ou seja, também a identificavam nesse lugar de objeto infantilizado. Diziam que “a Mayara é como uma criança”, e que “não tem noção das coisas”, além de assemelharem-na constantemente às suas filhas, de cinco e dez anos, respectivamente.

Durante sua internação, Mayara era acompanhada de dia, ou por sua mãe, ou por seu irmão Marcos, de modo que permanecia sozinha do final da tarde até a manhã do dia seguinte. Na maior parte do tempo nos atendimentos, realizados enquanto a paciente encontrava-se sem acompanhante, Mayara falava como criança e dizia que gostava muito de ir à escola para “brincar”. Chegou a dizer que, por ocasião da investigação de LES, teve medo “de moler, moler, moler”. Mas quando questionada sobre o que seria isso, ela respondeu, em tom irritado, “é morrer” – falando a palavra corretamente.

Certa vez, em um atendimento, Mayara contou que as brinquedistas que visitam o hospital lhe contaram uma história. Perguntada sobre se ela própria também gostaria de contar uma história,

respondeu que, se o fizesse, ficaria muito “cansada” – significante que aparecia muito no discurso de sua mãe. Então relativizamos o convite com um “se quiser, pode contar apenas uma parte, aí talvez não se canse!”. E para nossa surpresa, ela começou a contar sobre o lugar de onde havia se mudado. Disse que gostava muito de lá e que não gostou de ter voltado a morar em sua casa anterior. Perguntada sobre o motivo da mudança, ela respondeu que mãe e filha haviam voltado recentemente para o local onde seu outro irmão mais velho havia sido assassinado, há poucos anos. Neste momento, tanto a voz quanto a expressão de Mayara mudaram completamente. Ao contar sobre o irmão e sobre o quanto havia ficado triste com sua morte, a paciente começou a falar de forma normal, com o linguajar de qualquer adolescente de sua idade.

Mayara disse que “o trauma não passou”. Disse, de forma veemente, que não aceita a morte do irmão e que nunca vai aceitar. Contou de quando recebeu a notícia de sua morte e disse que não queria ter ido ao enterro, mas que compareceu apenas para ver se era ele, “e era”. Sobre o retorno para a comunidade onde o irmão fora assassinado, disse “não gostei!”. Contou que ninguém perguntou o que ela queria, e falou que “fizeram isso” com ela. Ao final do atendimento, disse à residente: “gostei de falar com você”, quase como se até aquele momento não tivesse conversado com ela. Mas nos demais atendimentos, Mayara não falou novamente da perda de seu irmão, e portou-se tal como das primeiras vezes, de forma infantilizada e aderindo aos trejeitos da debilidade mental.

A debilidade mental enquanto posição subjetiva frente ao Outro materno

Tal como apontado por Miranda (2002), Lacan, por meio de seu ensino, debruça-se sobre a questão da debilidade mental sem defini-la de acordo com os termos do *déficit* intelectual, mas sempre “conceituando-a como doença fundamental do sujeito quanto ao saber – saber inconsciente” (p.43-44). MaudMannoni (1995), em *A criança retardada e a mãe*, ressalta a importância, nesses casos, da relação do sujeito com o Outro materno, pois, segundo a autora, deve-se atentar para a forma com a qual a criança é acolhida pela mãe, de modo que é preciso pesquisar nesta última o sentido da debilidade. No caso de Mayara, sua debilidade aparece ancorada nos significantes “Síndrome Alcoólica Fetal”, oferecidos pela medicina.

Conforme postulado por Alberti e Miranda (2002), a debilidade mental seria não uma estrutura psíquica, tal como neurose, psicose e perversão, mas uma posição subjetiva diante do Outro. Ao oferecer-se como um sujeito sem desejo para ocultar a falta no Outro materno, o sujeito o mantém como Outro, garantindo a si próprio a sustentação no desejo do Outro que, pode ser absoluto, detentor de todo o saber, ou não, distinção que depende, aí sim, da estrutura do próprio sujeito, no primeiro caso a da psicose, no segundo, ou seja, no caso de o Outro não ser absoluto, a da neurose. A posição na debilidade mental, em consequência, velaria a estrutura psíquica do sujeito. No caso de Mayara,

este saber completamente do lado do Outro materno, aparece quando a jovem afirma, na presença de Francisca, que não sabe nada de si, mas que, pelo contrário, é sua mãe quem “sabe das coisas”.

Isolamento social e escuta: o que é possível dizer?

Após a alta hospitalar, a paciente seguiu o acompanhamento, iniciado na enfermaria, no ambulatório do NESA. Sua mãe a levava semanalmente e a aguardava na sala de espera. Mayara, no entanto, parecia não conseguir mais colocar algo de si do mesmo modo como chegou a dizer quando estava no hospital sozinha, sem sua mãe. A residente apenas se deu conta de que a presença de Francisca, do outro lado da parede, poderia parecer próxima demais à paciente, quando a pandemia causada pelo novo coronavírus fez com que os ambulatórios do hospital recebessem apenas casos de emergências, de modo que os atendimentos regulares presenciais não eram mais possíveis.

O que a paciente trazia para as sessões enquanto internada, sem a presença de nenhum acompanhante, mostrou-se demasiadamente diferente do que era possível a ela falar durante os atendimentos presenciais no ambulatório do NESA, que, por sua vez, diferenciavam-se bastante do trazido para o atendimento remoto. Falar por videochamada, de casa, demasiadamente perto de sua mãe, para Mayara, tem se mostrado uma tarefa muito difícil.

Considerações finais

Conforme expõe Alberti (2009), é apenas falando, tecendo sua própria cadeia significante em torno de seu desejo, que se pode existir enquanto sujeito. Mesmo com todas as questões trazidas pela pandemia do novo coronavírus para os atendimentos remotos, nossa aposta, pautados na obra de Freud e no ensino de Lacan, sempre será no sujeito do inconsciente e, portanto, no sujeito do desejo. Após falar da perda do irmão, Mayara dirige à residente de psicologia a frase “gostei de falar com você”. Este dito parece mostrar que, a seu modo, Mayara deseja, de alguma forma, falar. O que a impediu depois? O que a levou a falar como toda adolescente de sua idade naquele momento e, depois, a fez voltar a se comportar como uma criança? Podemos levantar algumas propostas para responder a essa questão e, como dito, a primeira abordagem para isso precisaria ser aquela que nos permita tentar uma hipótese diagnóstica para além da debilidade mental na medida em que esta encobriria a estrutura do sujeito. O inconsciente não tem idade, Freud já nos esclarecera desde sempre que não há tempo no inconsciente, apenas significantes que se inscrevem advindos da relação como o Outro, e que ficam ali para serem investidos. Caso o inconsciente esteja a céu aberto, ou seja, não havendo a censura que, na neurose, busca mantê-lo recalcado, essa falta de tempo pode vir à tona, no próprio discurso do sujeito. Nossa hipótese é a de que Mayara, em razão de o inconsciente estar a céu aberto no caso dela, pode falar como criança porque isso simplesmente não a constrange nem incomoda... é a forma de o sujeito se manifestar, totalmente submetido à fala do Outro materno, aquele que “sabe”,

e que domina a sua vida. Estaríamos, portanto, diante de uma jovem que apresenta uma estrutura psicótica, o que implica a forclusão do Nome-do-Pai no caso, e justifica a atemporalidade em seu discurso. Mas isso ainda não explica o porquê de Mayara, de uma hora para outra, se posicionar de forma totalmente diferente, quando não apenas conta para sua psicóloga que detestou voltar para a casa onde moravam quando seu irmão foi assassinado, como também que se revolta contra a mãe que nem mesmo chegou a perguntar-lhe se ela queria voltar para lá. Um lampejo de manifestação de um sujeito que se vê separado da mãe, revoltado contra esta, e em profundo luto pela morte do irmão. O que interroga, é claro, a própria psicanálise. Infelizmente, por causa da modalidade do atendimento remoto que depois não pode mais ser interrompido porque a pandemia continua até os dias de hoje, essa interrogação se mantém, mas não poderíamos terminar de apresentar o caso, sem colocá-la em evidência, visando pesquisas ulteriores. Esperemos que ainda seja possível trabalhar melhor com Mayara, ou seja, num contexto em que ela não se veja tão à mercê do Outro materno, praticamente onipresente em sua vida, certamente também porque para Francisca, em função de seu próprio histórico na saúde mental, a eventual separação da filha seja algo para o que precisaria de um maior apoio.

Notas

Todos os nomes foram alterados a fim de preservar a identidade dos sujeitos.

Referências

- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. 3.ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos/Contra Capa.
- Alberti, S.; Miranda, E. R. (2002). A debilidade mental na estrutura. *Psychê*, 6(9), 33-53.
- Mannoni, M. (1995). *A criança retardada e sua mãe*. Rio de Janeiro: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1964).
- Miranda, E. R. (2002). *Debilidade mental e estrutura clínica*. 127f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Que lugar para o atendimento ao adolescente no contexto da COVID-19?

Priscila Mählmann*

Sonia Alberti**

Selma Correia***

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir a respeito do atendimento ao adolescente no contexto da pandemia da Covid-19 a partir de uma contextualização das modificações ocorridas no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e do recorte de um caso clínico. Diante de efeitos tão nefastos que afetaram concretamente e subjetivamente tantos profissionais, pacientes e familiares, colocamo-nos a questão sobre qual o lugar possível para o atendimento ao adolescente nesse contexto pandêmico. Diante de tantas reconfigurações de espaços evidenciadas pela pandemia, a aposta que fazemos é a de que o sujeito possa ocupar seu lugar no campo da fala e da linguagem.

Palavras-chave: Psicanálise; Adolescente; Covid-19.

No dia 11 de agosto de 2020, o Instituto Nacional Fernandes Figueira publicou em seu “portal de boas práticas” um documento com o objetivo de contribuir com os gestores e profissionais de saúde no planejamento e tomada de decisão no que diz respeito à proteção e ao cuidado à saúde de crianças e adolescentes no país. Na introdução desse documento, na fala do Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS): “Os efeitos indiretos da COVID-19 na criança e no adolescente podem ser maiores que o número de mortes causadas pelo vírus de forma direta”. Dentre os efeitos indiretos, o documento ressalta a redução do acesso aos serviços na Atenção Primária e Especializada em decorrência da reconfiguração dos sistemas de saúde.

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), que há mais de 40 anos presta serviços a esse público e atua nos três níveis de atenção (a saber - Primária: promoção e prevenção de saúde; Secundária: ambulatório; Terciária: enfermaria), passou por muitas reconfigurações desde o anúncio da primeira onda da pandemia em março daquele ano. O ambulatório, uma das frentes onde o Setor de Psicanálise e Saúde Mental funciona, suspendeu a maioria dos atendimentos. Nenhuma especialidade deveria atender novos casos, apenas aqueles que apresentavam descompensação. A

*Especialista em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. Mestranda do Programa de Pesquisa e Clínica em Psicanálise (UERJ).

**Professora Titular do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e preceptora da Residência de Psicologia Clínica-Institucional no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Atualmente é Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Psicanálise da UERJ – PGPSA

***Mestre em Psicanálise pelo do Programa de Pós-Graduação de Psicanálise da UERJ – PGPSA. Coordenadora do Serviço de Psicanálise e Saúde Mental do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto (NESA-HUPE).

enfermaria do NESAs, nacionalmente pioneira no atendimento ao adolescente e especializada no tratamento de doenças de alta complexidade desse público, foi um dos primeiros espaços do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) a passar por reformas para receber novos leitos com o intuito de cedê-los para o tratamento de pacientes com COVID.

Fora de seu espaço físico, o setor também precisou suspender, temporariamente, todas as atividades coletivas da enfermaria, incluindo as reuniões multiprofissionais das segundas-feiras, tão estruturantes para a discussão e direção dos tratamentos dos pacientes internados. Os adolescentes que foram internados por decorrência do diagnóstico de COVID ficaram divididos entre as enfermarias de adultos e as unidades de tratamento pediátricas. Muitos dos profissionais do NESAs foram afastados do serviço por serem parte do grupo de risco. Lamentavelmente, a doença vitimou Miriam Perez, importante integrante da equipe que há anos exercia um riquíssimo trabalho no Serviço Social. Nessa primeira onda da pandemia, o NESAs levou muitos caixotes.

Diante de efeitos tão nefastos que afetaram concretamente e subjetivamente tantos profissionais, pacientes e familiares, colocamo-nos a questão sobre qual o lugar possível para o atendimento ao adolescente nesse contexto pandêmico. A fim de encontrar caminhos para elaboração do que essa questão suscita, recorro ao recorte de um caso que acompanho no ambulatório do NESAs desde outubro do último ano, quando na ocasião, ainda como residente de primeiro ano, comecei a escutar esses “sujeitos adolescentes”.

O Setor de Psicanálise e Saúde Mental recebeu, por encaminhamento de um residente da Clínica Médica, a solicitação para que a paciente, que aqui chamarei de Joana, de 16 anos, fosse atendida. No pedido de encaminhamento, o médico observara que, para além das questões clínicas que trouxeram Joana para o serviço do NESAs, chamara sua atenção a relação conflituosa que ele testemunhara na consulta entre a paciente e sua mãe.

Recebi Joana para uma primeira entrevista, que na ocasião veio acompanhada de sua mãe. Quando peço para que me falem o que as fizeram procurar pelo setor, a mãe se remete à indicação feita pelo médico. Em seguida, acrescenta que fazia um tempo que Joana estava muito rebelde e que, por vezes, cortava-se para “chamar atenção”. Nesse primeiro momento Joana permaneceu todo o tempo em silêncio. Após a mãe se retirar da sala, pergunto para a paciente se ela gostaria de dizer alguma coisa sobre o que ela achou da indicação do médico e o que ela achava a respeito dessas queixas trazidas por sua mãe. Joana, então, irrompe seu silêncio:

“- Na verdade fui eu que pedi pro médico. Teve uma hora que ele pediu pra minha mãe sair da sala, daí eu aproveitei pra perguntar se tinha psicólogo aqui. Eu preciso de ajuda pra conseguir me controlar porque às vezes eu sou muito grossa com a minha mãe. Eu sei que eu não posso ser assim,

mas é mais forte do que eu. Eu preciso mudar isso porque, no final das contas, ela é a única pessoa com quem eu posso contar.”

“- Só pode contar com a sua mãe?” Perguntei. “- Me conta mais.”

Joana acrescenta:

“- Ah, meu pai não quer saber de mim, meu padrasto tem lá as filhas dele, então eu só tenho a minha mãe. Mas a gente tá brigando muito. Pra você ter noção, eu já bati tanto a porta do meu quarto que agora eles me tiraram a porta. Antes eu podia ficar sozinha no meu quarto, agora minha mãe entra na hora que ela quer. Daí eu tento descontar essa raiva nos cortes. Umas amigas da escola me disseram que ajudava. Eu tentei algumas vezes. Na hora até ajuda, mas acho que no meu caso não dá muito certo não. Continuo com raiva e depois ainda tenho que cuidar do machucado. Só na primeira vez a minha mãe levou a sério e me ajudou com o curativo. Nas outras vezes ela ficou dizendo que era frescura minha.”

Sugiro à Joana que, já que os cortes não tinham ajudado muito, poderíamos utilizar aquele espaço pra falar de sua raiva e do que mais ela quisesse. Poucos meses após o início do tratamento, o ambulatório precisou fechar suas portas por conta da pandemia. Não demorou muito para percebermos que aquele cenário perduraria e, em supervisão, decidimos dar prosseguimento aos atendimentos de forma *on-line*. Após algumas sessões nesse novo espaço, agora virtual, Joana parou de comparecer nos horários marcados. Fiz algumas tentativas de contactá-la, mas seu celular “caía” na caixa postal. Passadas algumas semanas, fiz uma nova tentativa de contato. Através de um áudio Joana respondeu minha mensagem:

“- Que bom que a senhora lembrou de mim! O meu celular deu pau e eu perdi todos os meus contatos. Tô precisando muito conversar com você. A minha vida tá uma loucura. Pra você ter noção, as coisas entre minha mãe e eu ficaram tão feias que eu cheguei a fugir de casa ... fugi pra casa da minha avó. Podemos marcar uma sessão?”

Ao retornar para as sessões, Joana trouxe a novidade de que estava namorando e que, diante da possibilidade de ter sua primeira relação sexual, sua mãe, que é enfermeira, iria vaciná-la no final daquela semana.

“- Vacinar? Para prevenir o quê?” Perguntei.

“- Ué... a gravidez! Minha mãe achou melhor assim porque ela disse que eu sou muito esquecida. E eu acho que ela está certa. De fato, se eu tiver a responsabilidade de tomar as pílulas eu vou acabar me esquecendo.”

“- Vai acabar se esquecendo? E aí a sua mãe vai estar certa que, de fato, você é muito esquecida? Dentre tantas opções, tipo camisinha, pílula, tabelinha, injeção anticoncepcional, a que você escolheu foi essa outra aí? A da vacina que a sua mãe vai te dar?”

Nessa sessão, Joana, surpresa diante de seu deslize em chamar de vacina a injeção anticoncepcional, começou a esboçar uma demanda de tratamento ao se dar conta da posição que sustentava diante de sua mãe, qual seja: a de se fazer “esquecida” para reafirmar o senhorio de sua mãe sobre ela, enquanto, paradoxalmente, tanto se queixava de se sentir invadida.

Em seu livro “Esse sujeito adolescente”, Sonia Alberti (2009) nos adverte que:

A clínica do sujeito passa necessariamente pela transformação da queixa em demanda de tratamento (cf. Alberti e outros, 1994), na qual o sujeito se compromete, passa a reconhecer-se como sujeito da fala e verifica tanto a implicação em seu sintoma quanto o engano em atribuir a outro os seus problemas (ALBERTI, 2009, p.151).

Para finalizar, a partir do fragmento do caso de Joana, levantamos a hipótese de que os cortes em seus braços, as batidas de porta do quarto e a fuga de casa pareciam atuar uma tentativa de delimitar algum espaço entre ela e esse excesso de mãe do qual ela se queixava. Todavia, essas ações não foram suficientes para que Joana estabelecesse esse espaço. O que nos relança ao título desse trabalho: “Que lugar para o atendimento ao adolescente no contexto da COVID-19?”. Se o trabalho do psicanalista não pode ser definido a partir de formalismos práticos, já estamos, então, advertidos que não são espaços concretos ou virtuais que podem garantir ao sujeito um lugar. Com a psicanálise, apostamos que o lugar possível para que o sujeito emergja é um lugar outro. Um lugar êtimo ao sujeito, ou seja, tanto íntimo, quanto estranho. Diante de tantas reconfigurações de espaços evidenciadas pela pandemia, a aposta que fazemos é a de que o sujeito possa ocupar seu lugar no campo da fala e da linguagem.

Referências

- Alberti, S. (2010). *Esse sujeito adolescente*. (3a ed.). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos / Contra Capa.
- Bouzas I. (2004) *Nossa história*. Adolescência e Saúde. [online]. Recuperado em 28 de Novembro de 2020 em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=220.
- Nehab, M. F. (2020) *COVID-19 e a Saúde da Criança e do Adolescente* [online]. Recuperado em 20 de Outubro de 2020 em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-saude-crianca-e-adolescente/>. Recuperado

O encontro com a clínica das psicoses na UDA de Psiquiatria: um efeito formador

Renata Dahwache Martins[†]

Ingrid Vorsatz^{**}

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo tratar do efeito formador produzido a partir da experiência com a clínica das psicoses na atuação enquanto psicóloga residente da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE). Para tal, foi realizado um estudo de caso acompanhado na enfermaria e no ambulatório do serviço a fim de fazer ressaltar os elementos clínicos que apontam para o diagnóstico diferencial de psicose, partindo do referencial da teoria da clínica psicanalítica. Nossa hipótese é de que se trate de um caso de melancolia grave com elementos da síndrome de Cotard. A partir desta experiência, observamos que o trabalho com a clínica das psicoses nos coloca diante da impossibilidade de compreensão do sujeito. Se por um lado, não se trata de compreender ou tentar resgatar o sujeito psicótico de sua loucura, por outro, entendemos que se há um endereçamento, é preciso sustentar um trabalho a partir da transferência.

Palavras-chave: clínica das psicoses; psicanálise; saúde mental.

Introdução

Acerca da dificuldade inerente à prática clínica, o psiquiatra e psicanalista francês Marcel Czermak (2007) afirma que é se torna difícil dizer algo sobre nossa prática porque apenas medimos nossos atos clínicos *a posteriori*, na temporalidade própria da psicanálise. Em um trabalho orientado pela psicanálise, sabemos que existem balizas teóricas, mas é ao se submeter à experiência clínica que podemos recolher algo do que pudemos fazer e, apenas então, retornar à teoria. Neste sentido, é preciso um tanto de coragem. Coragem não como o que corresponde ao desconhecimento do medo, da inibição, do sintoma ou da angústia. Coragem, bem entendido, como uma disposição para perder o arrimo, conforme o mesmo autor aponta. Isto é, abrir mão de um saber antecipado diante do sujeito que nos endereça uma fala, abrir mão de compreendê-lo e poder escutá-lo.

Não é irrefletidamente que escolhi iniciar este trabalho falando das dificuldades em jogo no trabalho clínico. Coloquei-me diante do desafio de falar do encontro com a clínica das psicoses e o efeito de trabalho que este encontro produziu em mim – um efeito formador. É um desafio formalizar o que se decantou da experiência clínica em uma escrita. Conforme afirma Jamart (1998), escrever

[†]Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ) em 2020.

^{**}Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (IP-UERJ). Docente e supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP – UERJ).

não como uma obrigação, mas como um dever ético em relação à clínica. Escrever como o trabalho de trazer a público as questões que a clínica suscita, de dar corpo a ela e ao que dela podemos recolher. É um risco, pois não sabemos o que irá se escrever quando escrevemos, como afirmou a escritora Marguerite Duras (1993).

A partir da apresentação da vinheta de um caso clínico que foi acompanhado por mim desde novembro de 2019 na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE) enquanto residente de psicologia, este trabalho tem o objetivo de tratar do aspecto formador da experiência na enfermaria e no ambulatório de psiquiatria a partir do meu encontro com a clínica das psicoses. Utilizaremos um nome fictício para a paciente de que trataremos aqui, resguardando o sigilo.

É mister destacar a importância da supervisão na construção de nosso percurso. A supervisão orientada pela psicanálise é um segundo momento de trabalho, quando podemos recolher os elementos clínicos que se apresentaram e tratar de nossa prática. Conforme afirma Czermak (2007), não se constrói um caminho sozinho na clínica. Ao se perguntar sobre o estatuto de um fato clínico, o autor aponta algo relevante sobre a transmissão da psicanálise: um ensino possível só se faz através de proposições que nos dão um direcionamento. Não se trata de apreender uma técnica já posta de partida. A partir da transferência de trabalho estabelecida com este que nos precede e que tem um percurso na clínica - o supervisor -, trata-se de se implicar no trabalho.

Cabe àquele que se põe a escutar que faça algo daquilo que pôde recolher dessa fala endereçada na transferência, que trace a rota a partir de uma direção de trabalho e dos instrumentos que têm presentes. Isto é, do ponto que está em sua formação e em seu percurso clínico – conforme a metáfora náutica, um comandante fornece as coordenadas, mas o traço da rota depende do trabalho de todos e de cada um da tripulação. Apanhar um fato clínico depende muito menos de um conhecimento extenso e adequado de uma teoria do que de um interesse clínico e formal por aquilo que o sujeito nos endereça.

Caso clínico: a dor do nada, uma dor sem nome

Maria da Dor tem cerca de quarenta anos e reside em outro município do estado do Rio de Janeiro. Tem ensino superior completo e trabalha na área da saúde. Fez acompanhamento psiquiátrico a nível ambulatorial por cerca de dez anos. Ao longo deste tratamento, Maria fez uso de diversos medicamentos psicotrópicos: uma miríade de antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos e estabilizadores de humor sem que houvesse alteração no seu quadro clínico.

Desde o início deste tratamento, foi diagnosticada com um quadro depressivo, caracterizado por tristeza, falta de energia para realizar tarefas, isolamento, falta de prazer nas atividades que antes gostava. Segundo o registro em relatório desse tratamento pelo médico assistente, a paciente relatava um aperto no peito e “pensamentos negativos”, passando a apresentar ideação suicida, o que culminou

em uma internação em 2016 em um hospital particular por cerca de dois meses. No registro sobre esta internação observou-se alguma melhora do quadro após a otimização da terapêutica medicamentosa, certificando os horários e o ajuste da interação entre medicações.

A primeira internação psiquiátrica na UDAPq-HUPE ocorreu em novembro de 2018, após tentativa de suicídio, quando ingeriu diversas medicações em seu ambiente de trabalho, cuja mistura era letal, conforme a paciente sabia. Não pediu ajuda a nenhum colega de trabalho, porém, quando desmaiou, estes a socorreram e a levaram para uma emergência. Foi realizada uma lavagem gástrica e ela permaneceu em observação por algumas horas. Em seguida, foi encaminhada para a enfermaria de psiquiatria da UDAPq-HUPE, onde ficou internada por cerca de dois meses.

Nos registros de prontuário desta internação, Maria é descrita como introspectiva, marcada por rigidez e alentecimento psicomotor, mantendo-se restrita ao leito pela maior parte do tempo. Mesmo com a vigilância da equipe de saúde, a paciente tentou enforçar-se com lençóis e cadarços por duas vezes na enfermaria. Após as tentativas de diversas terapêuticas medicamentosas, a equipe multidisciplinar decidiu pela realização de eletroconvulsoterapia (ECT), devido ao quadro grave de depressão com sintomas psicóticos.

É sabido que o uso da ECT foi indiscriminado durante muitos anos, sendo, muitas vezes, associado à ideia de punição, sobretudo na vigência do modelo asilar como única modalidade de tratamento psiquiátrico - uma discussão candente e importante, porém a qual não trataremos detidamente dela neste trabalho. De acordo com a Associação Médica Brasileira (AMB), a ECT é indicada em casos de depressão uni ou bipolar graves resistentes ao uso de medicação e/ou com ideação suicida com ou sem sintomas psicóticos, ou ainda na catatonia, em quadros de desordem maníaca severa prolongada e nos casos graves de esquizofrenia refratários à medicação neuroléptica. A ECT também é preconizada para outros quadros clínicos ou ainda em determinadas condições em que a medicação poderia trazer malefícios ou ainda efeitos colaterais de maior gravidade, como em casos de mulheres gestantes, pessoas idosas ou quando há síndrome neuroléptica maligna e o uso de neurolépticos é vedado.

Em relação ao quadro de Maria, optou-se pela realização da ECT em função da resposta medicamentosa insatisfatória para a equipe e da piora contínua dos sintomas depressivos. Inicialmente foram realizadas dez sessões de ECT durante cerca de dois meses, sendo reconhecida uma melhora significativa pela equipe multiprofissional apenas após as duas últimas sessões, quando a paciente passou a participar de atividades, ficar menos restrita ao leito, além da melhora do alentecimento psicomotor. A paciente teve alta hospitalar e iniciou o acompanhamento ambulatorial com a residente de psiquiatria, à época em seu primeiro ano. Segundo os registros no prontuário, Maria manteve um quadro estável por poucas semanas e logo em seguida voltou a apresentar piora dos sintomas, falava constantemente em morrer e em escutar seu próprio pensamento.

Em novembro de 2019, a paciente teve nova internação com a finalidade de realizar novas sessões de ECT devido à piora dos sintomas depressivos e para proteção da paciente. O quadro clínico da paciente naquele momento era similar ao de sua última internação e a paciente teria dito à médica que não estava mais suportando a vida.

Foi neste momento que conheci Maria da Dor. A encontrei deitada em seu leito - era como passava a maior parte dos dias durante sua internação -, quando uma colega residente e eu a convidamos para um espaço aberto no hospital, a fim de tentar estabelecer algum laço com esta paciente que passava seus dias reclusa. Sem expressar qualquer afeto, a paciente aceitou nosso convite e lentamente se levantou do leito. Seus movimentos eram arrastados, assim como sua fala. Demorava para responder a quaisquer perguntas que fazíamos e mantinha seu olhar perdido.

Após podermos suportar o silêncio de Maria durante cerca de meia hora, perguntamos a ela porque estava internada e a paciente nos disse que havia muito tempo que vinha tentando uma internação para realizar o procedimento da ECT, sobre o qual conhecia em detalhes. Dizia que apenas que isto a fizera “melhorar um pouco” daquela “coisa ruim” que sentia. “Coisa ruim” é a forma como se referia ao que se passava consigo, não vinha em associação com nada, nem Maria sabia dizer o que era aquilo. Sabia que era uma “coisa” que sentia no corpo todo e que “tudo doía”.

Relata que começou a sentir essa “coisa ruim” quando seus pais faleceram há cerca de dez anos. Diz que seu pai era uma pessoa muito ruim, má, que batia muito em suas irmãs, nela, e em sua mãe, deixando “o corpo todo doendo”. Maria morou com os pais até em torno de trinta anos de idade, quando decidiu morar sozinha após uma briga com seu pai por um motivo aparentemente corriqueiro. Diz que assim que saiu de casa sua mãe ficou doente de câncer, que logo se espalhou por todo o corpo, vindo a falecer quatro meses. Seu pai também descobriu um câncer e morreu seis meses depois. Com um olhar distante, Maria repete algumas vezes que o pai havia pedido muitas vezes para ela retornar para casa e cuidar deles, mas que ela não quis e, então, eles tinham morrido.

No dia seguinte, Maria diz que havia “falado muito” na véspera e que isso tinha sido muito doloroso, que não gostava de falar disso, referindo-se à história familiar. Era o dia de sua primeira sessão de ECT. Perguntei como ela estava e se gostaria de ser acompanhada por alguém da equipe. Ela respondeu que gostaria apenas se fosse sua médica.

Não houve nenhuma melhora aparente do quadro após a sessão de ECT. Com o passar dos dias, continuei me dirigindo à paciente, sempre perguntando como ela estava naquele dia, se gostaria de participar de alguma atividade na enfermaria. Ao longo dos dias, a paciente pôde começar a dizer o quanto sentia-se mal, angustiada, que ela “era inútil”, que “era mais fácil morrer logo”, que era apenas um estorvo para suas irmãs, que todo o esforço que elas tinham em cuidar dela era nulo e que ela “era nada”. Sobre as dores em seu corpo, afirma que sente seus “ossos estalarem” e que seu corpo está “apodrecendo” e que iria “apodrecer até sua morte”. Tudo isto foi dito repetidas vezes, todos os

dias em que eu me dirigia a ela e sempre após longos momentos de silêncio. Maria nunca dizia querer se matar, mas, sim, “morrer” - “a única forma de se livrar deste sofrimento”, segundo a paciente.

Antes da realização da quarta sessão de ECT pergunto novamente se Maria gostaria de ser acompanhada por alguém da equipe e ela pede para que eu o faça. Em todas as sessões de ECT a paciente passou a dirigir este pedido. Após a realização dos procedimentos, Maria sempre dizia que não se recordava de nada, “apenas que você estava lá”, isto é, no centro cirúrgico do hospital onde o procedimento é realizado sob sedação anestésica, referindo-se a mim.

Nesta internação foram realizadas dez sessões de ECT em dias alternados, excetuando os finais de semana, sem que a paciente apresentasse melhora do quadro clínico. Diante disso, a equipe médica optou por realizar cinco sessões adicionais com uso de quetamina, substância anestésica que, segundo alguns estudos, potencializaria o efeito antidepressivo das ECTs. A cada sessão prevista, eu perguntava a Maria o que ela achava do procedimento e se gostaria de se submeter a ele; ela dizia que iriam fritar o cérebro, mas nunca se opôs à sua realização.

Ao final daquela internação, a paciente me dirigiu um pedido de acompanhamento no ambulatório da UDAPq-HUPE. Ao fazer este pedido, Maria diz que consegue falar comigo porque eu não espero que ela esteja bem. Com esta fala, parece marcar uma diferença do lugar que pude ocupar entre os demais profissionais da enfermaria. Para além disso, ao me endereçar este pedido, a dimensão da transferência parece se delinear, relançando o trabalho clínico - agora em outro patamar. Vale observar que o acompanhamento ambulatorial da paciente apenas se tornou possível através de seu pedido. Não foi uma forma naturalizada de prosseguir com o seu acompanhamento, mas, sim, possibilitada pelo estabelecimento da transferência que se produziu a partir de minha presença e disponibilidade em acompanhá-la durante a internação.

Se, por um lado, parece-nos que o atendimento ambulatorial caracteriza o chamado *setting* clássico da psicologia, por outro, é preciso observar a dificuldade de sustentar o acompanhamento desta paciente neste dispositivo, pois testemunho certo desamparo diante de um caso tão grave. A internação permite certo contorno simbólico pela própria instituição através de uma equipe multiprofissional sempre presente. Na psicose o muro da linguagem (Lacan, 1998/1954-55) não opera - ou o faz de forma instável e precária - e o sujeito se vê lançado ao abismo real no qual corre o risco de sucumbir. Nesses momentos de crise ou ainda de agudização do quadro clínico, os muros da instituição podem servir de contorno para o sujeito psicótico.

A prática na enfermaria da UDAPq-HUPE em equipe multiprofissional possibilitou esse contorno simbólico também para a minha atuação, visto que esta também estava contornada pelo próprio trabalho em equipe multiprofissional. As discussões semanais em equipe permitiam a construção do caso clínico através daquilo que toda a equipe podia observar e recolher do caso, além de poder escutar de cada profissional a forma como os elementos que pude trazer à discussão eram

recebidos e poder, por vezes, me reposicionar no trabalho. Já no atendimento ambulatorial individual, apesar do caso ser discutido em conjunto com a médica, posso testemunhar um sentimento de solidão e desamparo diante da gravidade do quadro clínico da paciente. Porém a discussão em supervisão permite dar algum contorno à prática e a esta experiência.

No início do atendimento ambulatorial, o silêncio de Maria se fazia ainda mais presente. Qualquer pergunta sobre as dores de que se queixava, sobre muita tristeza e angústia, diz que o que sente é “nada”. É um nada que se faz presente, como a própria paciente diz, “é como se desse para pegar [o nada] com as mãos”, chega a colocar as mãos em volta de seu próprio pescoço, na tentativa de capturar isto que a aflige, em vão. Esse nada se presentifica no silêncio, na impossibilidade de dizer o que se passa consigo, nos sintomas físicos de que se queixa – uma dor no peito que não cessa, “como se tivesse algo ali” que a oprime e “sufoca”. Nomeando como dor, deixa de ser nada. A partir da discussão do caso no espaço da supervisão, a direção de trabalho proposta é a de possibilitar, através do laço transferencial que Maria pôde fazer comigo, a aposta de que ela possa tramitar pela palavra algo que não tem nome, nem forma: o nada.

Nos raros momentos em que Maria fala de sua história, me telefona pouco após o atendimento ou ainda no dia seguinte para dizer que falar que ficou ainda pior. Parece testemunhar a própria falência e precariedade da dimensão simbólica frente ao nada que tudo engole, inclusive a ela própria, na impossibilidade de articular em palavras o nada que faz seu corpo “agoniar” e que a angustia tanto. Ainda assim, não deixa de se remeter a mim. Também foi possível que Maria pudesse começar a falar sobre “a voz que escuta na cabeça” que diz a todo momento que ela deve morrer porque é “inútil”, “fraca”, “que nada vai funcionar”, “que já está morta por dentro mesmo” e que por tal razão acha que “é impossível matar a si mesma”.

Para Freud (1917[1915]), o mecanismo que subjaz o quadro clínico da melancolia decorre de um abalo na relação com o objeto. Ao contrário do luto, quando a retirada de investimento do objeto ocasionaria o deslocamento de libido para outro objeto, na melancolia a libido livre se recolhe ao Eu. O Eu se identifica com o objeto perdido – conforme a célebre formulação freudiana contida neste artigo: “a sombra do objeto caiu sobre o Eu” (Freud, 1917[1915], p. 107). Czermak (2012) observa que o melancólico não traz em sua fala algo “por trás” de suas autorrecriminações e insultos dirigidos contra si próprio. Para este sujeito não é possível dialetizar o que se passa consigo. Para o autor, haveria uma equivalência real entre o sujeito melancólico e aquilo de abjeto que ele descreve sobre si.

Conforme Tenório (2012), a situação clínica onde a melancolia atinge seu nível mais radical é o delírio hipocondríaco denominado síndrome de Cotard, identificada no ponto de uma equivalência radical do sujeito ao objeto. No caso clínico que estamos apresentando podemos situar alguns elementos que apontam para determinados elementos clínicos que parecem indicar a presença da

síndrome de Cotard – vejamos. Jules Cotard (1880), psiquiatra francês, remete-se a diversas situações clínicas presentes na literatura psiquiátrica da época para postular que o delírio hipocondríaco em alguns pacientes tem alguma similaridade: não ter mais cérebro, estômago, coração, alma, corpo etc. Observa que esses doentes, por vezes, afirmam estar apodrecidos, danados e suplicam pela morte. Neste ponto, o autor diferencia este tipo de delírio daquele persecutório, como veremos a seguir.

No delírio persecutório, quando há conteúdo sobre o corpo é, geralmente, tido como uma influência externa, parecendo tratar-se de uma espécie de ataque que vem de fora e que influencia o corpo do paciente. Nos pacientes descritos por Cotard, a destruição se concretiza em seus corpos, reduzidos a um simulacro. A estas ideias hipocondríacas se associam a ideia de imortalidade. Cotard descreve que muitos destes pacientes diziam que não tinham como morrer: estes doentes são como mortos-vivos. Nem vivos, nem mortos: há uma ideia persistente de imortalidade. Imortalidade esta que eles suplicam para serem livrados. Neste sentido, também se diferencia, por exemplo, de um delírio de grandeza, já que esta imortalidade é da ordem da hipocondria e inflige no paciente grande sofrimento de estar nesta condição (Cotard, 1880).

No caso clínico em discussão observamos alguns destes elementos no momento da internação da paciente que acompanhamos, quando diz estar apodrecendo, mas, sobretudo, mais atualmente ao dizer que é impossível matar-se por já estar morta por dentro. Jules Séglas (1894), ao retomar a descrição de Cotard e sistematizá-la, afirma que não é necessário que o quadro apareça de forma pura para que tenha legitimidade clínica. Segundo Tenório (2012) é isto que permite articular a síndrome de Cotard com a estrutura psicótica, ao invés de um quadro clínico determinado. A hipótese diagnóstica que aventamos é a de uma melancolia grave, com alguns elementos de síndrome de Cotard.

Considerações finais

O trabalho com a clínica das psicoses nos coloca diante da impossibilidade de compreender o sujeito – isto porque o sujeito psicótico nos faz ver que não há diálogo nem intersubjetividade na clínica. Há apenas um que fala - o sujeito. O desafio desta clínica parece apontar para a radicalidade em relação à linguagem que a experiência da psicose revela. Ao mesmo tempo, não podemos salvar o psicótico de sua loucura (nem o neurótico de sua própria neurose); de nada adianta tentar lhe restituir algo. Neste sentido, é preciso barrar o nosso *furor sanandis*, abrir mão daquilo que nos impele a fazer o que acreditamos ser o “bem” para o outro, tutelando-o, em última instância.

Da mesma forma, não é possível abandonar o sujeito psicótico à sua própria loucura sem, contudo, pretender trazê-lo de volta à razão. Se ele nos endereça um pedido é preciso acolhê-lo; quando ele nos diz algo, cabe-nos escutá-lo e acompanhá-lo em sua travessia. Um ofício que pode parecer simples, mas que exige um trabalho constante, o de se recolocar permanentemente em e no

trabalho clínico. Permitir que o próprio trabalho clínico *nos* trabalhe, noscoloque em trabalho, justamente a partir daquilo que não sabemos. Trata-se de uma disposição ao trabalho.

No caso em questão, sustentar o laço transferencial com Maria da Dor, nossa direção de trabalho a partir da supervisão, é o ponto de maior dificuldade. Escutá-la sem visar compreender, sem expectativa de que ela “melhore”. Apostar, a cada vez, que esse laço de trabalho que é a transferência possa permitir que ela não sucumba às injunções autodestrutivas em jogo de sua psicose melancólica. É uma clínica árida e, por isso mesmo, tem sido extremamente formadora para mim.

A partir da transferência, que é sustentada na palavra a cada vez, Maria, mais recentemente, após onze meses de acompanhamento ambulatorial comigo, tem podido lançar mão de alguns recursos, ainda que de forma sempre precária e instável. Em dado momento diz ter conseguido separar a alma do corpo e ficar sentada no sofá de sua casa como “apenas corpo”, o que tem lhe trazido algum alívio, pois nestes momentos não se sente acossada pela voz que, a todo momento, diz que ela deve morrer. Por vezes, consegue recorrer ao laço familiar e afetivo que mantém com suas irmãs, podendo recorrer a elas quando sente que está muito angustiada. Através de uma construção articulada pela equipe da UDAPq-HUPE, recentemente, providenciou uma acompanhante que passou a morar em sua casa. Há pouco tempo, encontrou um companheiro de quem vem se aproximando aos poucos, não sem dificuldades.

A partir do lugar que tenho podido sustentar junto a ela na transferência, Maria também tem podido se sustentar em seu precário equilíbrio, aquele de um sujeito à mercê do nada que a invade, dimensão sempre à espreita em seu tratamento. Mas o nada nomeado como tal e endereçado na transferência já não é nada, mera ausência - essa aspiração mortífera ganha um contorno - é alguma coisa a partir da qual é possível atuar na clínica.

Referências

Cotard, J. (2016) Sobre o delírio hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa. In Czermak, M. & Jesuino, A. *A clínica da psicose – Lacan e a psiquiatria vol. 3*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano (Obra original publicada em 1880).

Czermak, M. (2007) *Apanhar um fato clínico*. Registro do seminário de Marcel Czermak. Recuperado em 9/11/2020 em: <<http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/apanhar-um-fato-clinico/>>.

Duras, M. (1993) *Écrire*. Gallimard: Paris.

_____ (2012) “A transferência nas psicoses. Os psicóticos resistem mal à transferência”, in *Patronimias. Questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano.

Freud, S. (2016) Luto e melancolia. In *Obras Incompletas de Sigmund Freud – Neurose, psicose e perversão*. Belo Horizonte: Editora Autêntica (Obra original publicada em 1917[1915]).

Jamart, C. (1998) Du devoir d'écriture. Registro da comunicação feita no *Colloque Soins Palliatifs à Domicile*. Publicado em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/du-devoir-decrire/> (Recuperado em 09/11/2020).

Lacan, J. (1998) *O seminário livro 2: O Eu na Teoria de Freud e na Técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário proferido em 1954-55)

Séglas, J. (2016) O delírio das negações na melancolia. In Czermak, M. & Jesuíno, A. *A clínica da psicose – Lacan e a psiquiatria vol. 3*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano. (Obra original publicada em 1894)

Tenório, F. (2012) *Automatismo mental, despescificação pulsional e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

A sustentação do trabalho clínico orientado pela psicanálise na enfermaria de psiquiatria: avanços e desafios

Ana Helena de Uzeda Barreto*

Juliana Mendes de Lima**

Vanessa Ferreira Dias***

Ingrid Vorsatz****

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo tratar de questões que surgiram a partir da nossa inserção como residentes de psicologia em uma equipe multiprofissional na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Pretendemos destacar os avanços e desafios do trabalho clínico orientado pela psicanálise na enfermaria de psiquiatria a partir de situações clínicas e institucionais que se apresentaram em nossa prática.

Palavras-chave: psicanálise; psiquiatria; clínica; equipe multiprofissional.

Introdução

O presente trabalho é fruto da nossa experiência de formação em serviço como residentes de psicologia na enfermaria da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE), um dos cenários de práticas do Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP-UERJ).

A UDA de Psiquiatria é composta pelos serviços de ambulatório, enfermaria e espaço de convivência, nos quais atuam profissionais de enfermagem, psicologia, psiquiatria, serviço social e terapia ocupacional. No Espaço de Convivência da enfermaria, conhecido como Casa-Ateliê, é proposta a realização de oficinas terapêuticas, das quais participam pacientes internados e, eventualmente, pacientes acompanhados no ambulatório do Serviço. Há, também, o acompanhamento ambulatorial realizado a partir dos atendimentos na Sala de Acolhida, dispositivo

*Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

**Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

***Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

****Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (IP-UERJ). Docente e supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP – UERJ).

multiprofissional que recebe pacientes de primeira vez encaminhados pela rede de saúde mental via Sistema Nacional de Regulação de Vagas (SISREG).

Na enfermaria ocorre a internação de pacientes portadores de transtorno mental grave, cujo quadro clínico se encontra agudo ou em crise e que, no momento da internação, podem estar se colocando em risco ou, ainda, oferecer risco a terceiros. Opta-se pela internação quando os recursos extra-hospitalares não foram suficientes para a estabilização do quadro clínico do paciente, de acordo com o disposto na Lei nº 10.216 de 2001. Ressalta-se ainda que as internações na UDA de Psiquiatria ocorrem apenas na modalidade voluntária, isto é, com o consentimento do paciente.

Enquanto residentes de psicologia, nossa prática engloba os serviços de atendimento aos pacientes internados e acompanhamento aos seus familiares; participação em atividades terapêuticas de grupo (oficinas); atendimento ambulatorial multiprofissional na Sala de Acolhida; participação na reunião semanal de equipe, conduzida por um psiquiatra do Serviço, entre outras atividades. Além disso, contamos com a supervisão semanal, na qual temos a possibilidade de retomar e elaborar a nossa prática, de modo que possamos nos reposicionar frente a condução dos casos e as discussões do trabalho em equipe (Mathias & Vorsatz, 2019).

Em nosso percurso, um dos aspectos que mais nos desafiou foi a complexidade do trabalho em equipe multidisciplinar. Com a entrada da psicanálise nas instituições hospitalares e nas equipes de saúde, tornou-se necessária a criação de novas formas de diálogo entre o saber médico e o saber psicanalítico (Fender & Moretto, 2020), melhor dizendo, a práxis analítica. Na reunião de equipe, pudemos observar os desafios dessa interlocução ao nos depararmos com diferentes discursos e posicionamentos em relação ao trabalho clínico e institucional e à condução dos casos de pacientes internados.

Nesse sentido, visando uma breve elaboração sobre a nossa experiência na UDA de Psiquiatria, trataremos a seguir de duas situações clínicas que se apresentaram em nossa prática e que contribuíram para a nossa formação, principalmente no que diz respeito à sustentação de uma posição ética orientada pela psicanálise em um contexto de atuação multiprofissional.

Entre demandas e exigências: um caso de “exceção”

O primeiro caso refere-se a uma paciente a quem chamaremos de Ana Maria, de aproximadamente cinquenta anos de idade. No momento da internação, apresentava-se em um quadro de franca mania, com agitação psicomotora e comportamento agressivo, além da fala acelerada. A paciente chegou à enfermaria acompanhada de um homem que se apresentava como seu namorado, apesar de a paciente negar este vínculo. Sua internação foi viabilizada por meio da interferência de uma pessoa importante em seu trabalho, que ocupa um cargo relevante na universidade. Antes de

chegar à enfermaria, a paciente já havia sido hospitalizada em outras instituições psiquiátricas, embora afirmasse constantemente que “não era louca” e que estava internada devido a manobras entre os seus familiares que “só queriam o seu dinheiro”.

A paciente refere que a sua primeira internação ocorreu há aproximadamente vinte anos, pela interferência de seu então ex-namorado, que, após o término do relacionamento, entrou em contato com a família de Ana Maria para dizer que ela não estaria bem e que estaria tendo relações sexuais com diversas pessoas. Segundo o relato de sua irmã, este foi o primeiro episódio maníaco da paciente. Naquela ocasião, a mãe da paciente teria dito de que seu pai estava doente – o que não ocorrera –, como uma forma de conseguir fazê-la voltar a seu país de origem. Contudo, ao chegar, a paciente foi interdita por seus familiares, acarretando uma internação psiquiátrica. Após três meses internada, Ana Maria descobriu estar grávida, fruto de uma relação que teve quando ainda estava em terras brasileiras. Quando retornou ao Brasil, a paciente se casou com o pai da criança, com quem teve dois filhos. Nesta época, manteve uso irregular das medicações prescritas em sua última internação, pois acreditava não estar doente.

A presença de Ana Maria na enfermaria mobilizou toda a equipe, uma vez que a paciente demonstrava resistência em aceitar a internação. Ela fazia uma série de exigências aos profissionais, que consistiam em solicitar autorização de saídas para comprar objetos de uso pessoal, permissão para utilizar o celular durante o dia – algo que não é permitido aos pacientes hospitalizados na UDAPq – ou, ainda, receber profissionais externos para a realização de atividades extra-clínicas, inclusive de caráter estético.

Pelo fato de ocupar um importante lugar social e conhecer pessoas influentes em seu trabalho, que mantinham relação com a instituição hospitalar, a paciente acabava se colocando em uma posição de exceção – quando não de superioridade – em relação aos demais pacientes, o que parecia ser chancelado pela equipe. Contudo, esta atitude permissiva não contribuía para a melhora do quadro clínico da paciente; ao contrário, parecia agravá-lo, pois quando seus pedidos não eram atendidos ela se mostrava descompensada e mesmo agressiva. Observamos que quanto mais Ana Maria era atendida em suas demandas, mais exigências, gritos e ameaças eram dirigidos à equipe, o que acarretou um desgaste na relação com a paciente e na rotina dos profissionais, que se depararam com uma intensa sobrecarga de trabalho, da qual se queixavam sem perceber o quanto contribuía para isso.

Freud (1916) pontua que os pacientes que se consideram “exceções” acreditam ter um direito a mais em relação aos demais. Nesse sentido, ressalta que estes são os que demonstram maior resistência a se submeter ao trabalho analítico, bem como em renunciar à obtenção de satisfações

imediatas, pois acreditam que já renunciaram a muitas coisas na vida. Nestes casos de excepcionalidade, afirma que tanto os argumentos quanto a influência do analista perdem seu valor diante da força da exteriorização das certezas do paciente. Além disso, o trabalho psicanalítico não exige que o sujeito renuncie à obtenção total de prazer, mas, sim, que ele possa abrir mão de satisfações que terão consequências nocivas (Freud, 1916). Em suma, à paciente eram permitidas inúmeras concessões, o que dificultava o manejo da situação tanto clínica como institucionalmente, afetando os demais pacientes e tornando a equipe praticamente refém de suas demandas e exigências.

Em nossa supervisão clínica, discutimos o caso e as suas repercussões na enfermaria. A partir do que foi problematizado pela supervisora, foi possível a compreensão de que Ana Maria necessitava, naquele momento, de um contorno para aquilo a excedia, que dela transbordava em consequência do próprio quadro agudo de mania. Sustentando um trabalho com e através da palavra, entendemos que o manejo com a paciente deveria se dar a partir de intervenções clínicas que levassem em conta os contornos clínicos e institucionais, fazendo valer a operação simbólica articulada pelo muro da linguagem, conforme adverte Lacan (1954-55/1987).

Em um dos episódios de agressividade apresentados pela paciente, Ana Maria encontrava-se no posto de enfermagem, exigindo, aos gritos, que lhe fosse devolvido o celular, objeto que inicialmente lhe havia sido permitido e, depois, não mais. Diante disso, uma residente de psicologia pôde intervir, dizendo à paciente que não era possível a comunicação através de gritos e pedindo para que ela se retirasse daquele local, no qual não era permitida a permanência de pacientes. A residente disse-lhe que ela era uma paciente em tratamento na enfermaria e que não poderia agir daquela forma. Naquele mesmo dia, a paciente chamou a residente para conversar e pediu desculpas, chegando a mencionar, inclusive, que “precisava de alguém que lhe desse limites”. Apesar da complexidade do manejo deste tipo de situação, tendo em vista a necessidade de dar um contorno àquilo que se apresenta como um excesso, foi possível, *a posteriori*, recolher os efeitos da intervenção realizada, uma vez que Ana Maria pôde se dirigir à residente e testemunhar o efeito clínico da intervenção, que havia feito com que ela se acalmasse.

Na reunião de equipe, foi pontuado que não havia função terapêutica quando se atendia a todas as exigências da paciente. Pelo contrário, isto apenas exacerbava o quadro de mania em que ela se encontrava. No entanto, observamos que o fato de Ana Maria ser uma pessoa conhecida e influente parecia inviabilizar a compreensão da equipe de que ela estava ali para ser tratada como uma paciente, o que acabou prejudicando qualquer possibilidade de realização de um projeto terapêutico naquele momento de crise.

Algumas falas da paciente, tais como “a internação não estava sendo terapêutica” e de que ela estava “no limite da sua saúde mental” repercutiram no discurso da equipe, iniciando um debate sobre a sua alta hospitalar. Sustentamos, primeiramente, a importância da construção de um projeto terapêutico que levasse em conta o quadro clínico da paciente, para que após isso fosse iniciada a discussão de alta. Contudo, as dificuldades clínicas e institucionais de manejo colocadas pelo caso levantaram a possibilidade de conceder uma licença médica à paciente, na qual ela passaria o final de semana em casa e retornaria na segunda-feira seguinte. No retorno da licença médica, a paciente relatou estar se sentindo melhor com o uso das medicações e se mostrou disposta a retornar ao ambulatório regularmente para dar continuidade ao tratamento, tendo obtido a alta hospitalar que almejava.

“Ser escolhido”? A questão da transferência na enfermaria de psiquiatria

O segundo caso refere-se a um paciente a quem chamaremos de Rafael, de aproximadamente quarenta anos, internado com queixas de intensa ansiedade e choro, após um período de “depressão profunda”, na qual ele afirmava não conseguir levantar da cama e realizar suas atividades cotidianas. O paciente chegou ao serviço desacompanhado solicitando a internação, pois tinha medo de “fazer algo contra a própria vida”. Relatava sofrer de síndrome do pânico e “síndrome do flashback” em razão de um evento traumático ocorrido há cerca de duas décadas, do qual ele não se lembra com muitos detalhes, pois, segundo afirma, teve um “apagão”. Este evento teve uma repercussão internacional à época e, por essa razão, a equipe costumava se referir ao paciente por meio de uma alusão ao referido episódio. Assim, o sujeito parecia ser colocado em segundo plano, prevalecendo uma identidade entre ele e o incidente que vivenciara, como se ele fosse uma espécie rara.

Na internação, relatava que somente um ano depois do evento dito traumático se deu conta do que havia acontecido devido a algumas lembranças que foram emergindo, nas quais se recordava de pessoas morrendo e corpos queimados. A partir dessas lembranças, Rafael passou a recorrer ao uso excessivo de diversas substâncias psicoativas, bem como a ter relações sexuais com diferentes parceiros, atitudes que, segundo ele, apaziguavam a sua angústia. Tais atitudes eram consideradas pelo paciente como “compulsivas”, uma vez que relatava não ter controle sobre elas. Ao tratarmos do caso em supervisão, entendemos que o não querer saber – evidenciado pelo esquecimento do evento traumático –, que deu lugar à sua compulsão por sexo e drogas, neste caso, indicava tratar-se de um quadro neurótico.

Ao longo do nosso acompanhamento ao paciente pudemos observar que o significante “sobrevivente” aparecia constantemente em seu discurso. Acreditava que sua vida tinha altos e

baixos, momentos de intensa euforia e de profunda depressão, que se alternavam, e, por isso, afirmava precisar de alguém que sinalizasse a ele quando não estivesse bem.

Em dado momento, após a residente de psiquiatria que acompanhava seu caso reforçar a importância de que ele fizesse psicoterapia após a alta, Rafael passou a se dirigir a nós, residentes de psicologia, por diversas vezes questionando sobre quem seria a sua “psicóloga de referência”, enfatizando que não iria escolher sua terapeuta, mas que gostaria de “ser escolhido”. Na reunião de equipe, alguns profissionais que haviam acompanhado o paciente levaram para a discussão a questão da “psicóloga de referência”, mencionando que seria importante se decidir por uma das psicólogas da enfermaria, visto que o mesmo já tinha como referência uma médica e um enfermeiro. Compreendemos então que o discurso do paciente parecia ter influenciado a equipe, e que, para além disso, havia também uma certa comoção e uma curiosidade pelo relato de sua história de vida. Naquele dia, nos deparamos com a dificuldade de nos posicionar diante de tal exigência, ancoradas na noção de técnico de referência proposta pela clínica da atenção psicossocial, ainda que soubéssemos que se tratava de algo que não poderia ser respondido de forma resolutiva e imediata.

A partir da orientação que recebemos na supervisão e levando em consideração o mecanismo de funcionamento do sujeito neurótico, sustentamos a posição de que a referência, em psicanálise, deveria estar subordinada à transferência, pois apenas esta última é a condição e o motor do processo analítico. Freud (1912) pontua que a entrada em análise ocorre pelo estabelecimento da transferência do sujeito em relação ao analista, a qual é necessariamente ocasionada pelo tratamento psicanalítico. Ele considera que o sujeito se relaciona por meio de repetições inconscientes de “clichês” de sua história, atualizando, assim, antigos padrões de relacionamento e evidenciando a posição do sujeito diante do Outro. Nesse sentido, aponta que é dessa forma que o sujeito se dirige ao analista, uma vez que a transferência é estabelecida não só por ideias antecipadas conscientes, como também por elementos inconscientes (Freud, 1912). Sendo assim, sustentamos que deveríamos aguardar por um pedido ou ainda por uma escolha por parte do paciente, e não que uma decisão fosse tomada pragmaticamente, nomeando um técnico de referência por parte da equipe à revelia do sujeito.

Dessa maneira, o trabalho com o paciente se tornou possível na medida em que passamos a nos deter sobre o que ele podia formular como questão naquele momento para, apenas então, direcioná-la a uma de nós, psicólogas. Uma vez feito o pedido por parte do paciente, o excesso de abordagens a ele na enfermaria pelos demais integrantes da equipe, bem como o acolhimento imediato de suas demandas, até mesmo a de uma escuta indiferenciada, poderia esvaziar o lugar da psicóloga ao qual ele pôde se dirigir. A partir da sustentação desta nossa posição tanto em relação ao paciente como à equipe, Rafael pôde fazer um endereçamento a uma residente de psicologia e, a partir disso, iniciar um trabalho psicoterápico após a alta hospitalar.

Tanto Rafael quanto Ana Maria, cada um à sua maneira, colocavam-se em um lugar de exceção, o que os impedia de dirigir-se ao outro e, com isso, permitir a abertura de um endereçamento transferencial, condição do trabalho clínico orientado pela psicanálise.

Considerações finais

Em uma instituição hospitalar, como testemunhamos a partir da experiência em uma enfermaria psiquiátrica, nem sempre a atuação sustentada pela psicanálise corresponde aos ideais de tratamento da instituição. Desse modo, sustentar a nossa posição enquanto residentes de psicologia orientadas pela psicanálise em uma equipe multidisciplinar tem sido desafiadora na medida em que não partimos do nosso saber, mas, sim, dos efeitos clínicos e institucionais que recolhemos a partir de nosso trabalho. Figueiredo (2005) fornece uma indicação importante para o trabalho em uma equipe de saúde mental ao considerar que não se pode trabalhar sozinho, ainda que a responsabilidade pelo ato seja situada singularmente e partilhada no coletivo. De acordo com a autora, “o que se partilha é o que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, para se tecer um saber [e] o que se recolhe são os elementos fornecidos pelo sujeito, como pistas para a direção do tratamento” (Figueiredo, 2005, p. 45).

Nesse sentido, diante das dificuldades e dos embaraços que atravessam e fazem parte da nossa atuação, entendemos que o nosso trabalho nunca está dado de antemão: é preciso nos lançarmos nele e recolhemos os efeitos daquilo que pudemos fazer. Assim, pensar sobre a nossa prática é imprescindível para que consigamos sustentar a especificidade de nossa atuação profissional em um campo de práticas como o de uma enfermaria de psiquiatria em um hospital universitário. Esta especificidade é aquela que constitui a clínica psicanalítica enquanto uma práxis, e que a cada uma de nós coube sustentar.

Referências

Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 20/11/2020 em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.>

Fender, W. D., & Moretto, M. L. (2020). *Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar*. Revista da SBPH, 23(1), 3-15. Recuperado em 20/11/2020 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100002&lng=pt&tlng=pt

Figueiredo, A. C. (2005). *Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial*. *Mental*, 3(5), 44-55. Recuperado em 20/11/2020 em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004.

Freud, S. (2015). Alguns tipos de caráter a partir do trabalho psicanalítico. In *Arte, literatura e os artistas – Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1916).

Freud, S. (2016). Sobre a dinâmica da transferência. In *Fundamentos da clínica psicanalítica -Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1912).

Lacan, J. (1987). *O Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica (1954-55)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Mathias, P. E. R., & Vorsatz, I. (2019). Prática clínica e supervisão na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do HUPE-UERJ. In Vorsatz, I. & Alberti, S. (Orgs.). *Residência em psicologia clínica institucional: práxis e formação*. (pp. 169-186). Curitiba: Juruá.

“Morte em UTI Neonatal: um trabalho possível de elaboração de um luto”

Camila Cirino Bruno*

Ester Susan Guggenheim**

“Uma flor que dura apenas uma noite nem por isso nos parece menos bela.”

(FREUD, 1915)

Resumo

Através da inserção como residente de psicologia do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e da participação em supervisão de orientação psicanalítica, surgiram algumas questões em torno do atendimento de uma mãe que passa pela experiência de morte da filha recém-nascida prematura extrema na UTI Neonatal. A partir da breve apresentação do caso, pretende-se pensar o trabalho de elaboração do luto atravessado pela paciente partindo de algumas questões, como as possibilidades do trabalho do analista no hospital, a temporalidade específica deste contexto e a influência da construção de um trabalho anterior na entrada do processo de luto experienciado pelo sujeito.

Palavras-chave: Psicanálise; Hospital; Morte; Luto; Elaboração.

Introdução

Com este trabalho pretendo relatar o processo inicial de elaboração do luto de uma paciente que esteve internada no Núcleo Perinatal (NP) do HUPE e introduzir algumas questões acerca deste processo. A paciente esteve acompanhada pela residência de psicologia desde o início de sua internação até algumas semanas após o óbito de seu bebê prematuro extremo.

Dividirei o relato do caso em três momentos para apresentar e situar as elaborações e o caminho percorrido pela mãe em atendimento. Os atendimentos ocorreram inicialmente à beira do leito, na enfermaria de gestantes, com a frequência de três vezes na semana. Após o nascimento, tivemos dois encontros no espaço da UTI Neonatal, durante as visitas da mãe à RN. Os últimos atendimentos, que ocorreram nas duas semanas após o falecimento da bebê, foram realizados através

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2020).

** Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

do telefone¹, levando-se em conta a dificuldade mencionada pela mãe de retornar ao ambiente da perda.

Segundo Freud (1917), o luto se trata da reação à perda de alguém amado ou de uma ideia que esteja ocupando este lugar, ou seja, da perda real do objeto. Determinadas pessoas manifestam uma melancolia no lugar do luto, onde se pode suspeitar de predisposição patológica. Apesar de o luto acarretar importantes desvios em relação a uma conduta de vida normal, não consideramos o luto como patológico e passível de tratamento médico. Acredita-se que com o tempo ele irá ser superado e podemos julgar sem razão e até mesmo prejudicial interferir neste processo.

A partir da breve apresentação do caso discutido e estudado em supervisão de orientação psicanalítica, surgiram algumas questões que nortearam a escrita deste trabalho. Que trabalho de elaboração do luto é possível nesta modalidade de atendimento, com suas peculiaridades e atravessamentos? A temporalidade do contexto hospitalar possibilita a entrada e elaboração de questões complexas como o luto? Podemos dizer que o trabalho que vinha sendo realizado antes do momento da morte teve influência no que pôde ser construído no processo inicial de trabalho de luto desta paciente?

Primeiro momento – Internação prolongada

Maria esteve internada na enfermaria de gestantes do Núcleo Perinatal por aproximadamente dois meses. Durante o primeiro período de sua hospitalização, a paciente foi acompanhada por outra residente de psicologia que, conforme prevê o funcionamento da Residência, realizou mudança de setor. Trataremos do trabalho realizado a partir desta troca de profissional.

O motivo de sua internação durante boa parte da gestação seria a investigação e acompanhamento de um quadro clínico que ocasionaria a prematuridade de seus bebês. Maria tem uma filha de sete anos e passou por uma perda anterior à qual trataremos aqui, de uma filha recém-nascida que também esteve internada na UTI Neonatal do Núcleo Perinatal. Nas três gestações – de sua filha viva, da perda anterior e nesta última, os bebês eram prematuros extremos.

Ao dar início ao atendimento de Maria, a gestante relata ter estado bem na maior parte do tempo de internação, dizendo-se uma pessoa forte. Fala bastante de seu suporte religioso e do apoio que vinha oferecendo a outras pacientes da enfermaria de gestantes: “Por isso também preciso estar forte” (sic).

Neste primeiro atendimento, ela refere estar na semana em que esteve mais fragilizada durante todo o período de internação, principalmente por conta da saudade da família e da filha de sete anos. Fala da proximidade do parto que, a princípio, estava programado para trinta semanas, que seriam completadas nos próximos dias. Explica estar entendendo que a equipe médica considerou esperar até trinta e quatro semanas, mas que a qualquer intercorrência (com o bebê ou alguma

descompensação de seu quadro clínico) o parto seria interrompido. Ainda no primeiro atendimento, relata sua perda anterior e o contexto do nascimento da filha de sete anos. Menciona que ocorreu em um momento de crise no relacionamento conjugal e que por isso o marido não acompanhou o período de internação da bebê na UTI na época.

Durante todo o período em que se deu o atendimento, Maria compara seu estado psíquico com o da perda anterior – na qual, segundo seu relato, teve depressão. Diz que com a psicóloga que a acompanhou neste período não conseguia falar, apenas chorar.

Em determinado momento, a gestante recebe a visita da filha, dando notícias sobre a importância do ocorrido no atendimento seguinte: “*Renovou minhas forças*” (sic). Algumas vezes em atendimento a paciente mencionou sua expectativa por permanecer internada por algum tempo após o parto para ter a possibilidade de acompanhar de perto a permanência da bebê na UTINeo. Outro tema que surgiu neste primeiro tempo foi o desejo de amamentar e doar leite, o que fez das outras vezes e pretendia realizar novamente.

O acompanhamento durante a internação possibilitou um espaço de escuta de questões importantes para Maria. Dolto (1980) aponta que a especificidade do analista é a sua escuta. Esta teria sua única forma como uma escuta no sentido mais fiel ao termo e é a partir dela que algo no discurso do sujeito pode ser alterado ou ressignificado.

Segundo momento – Nascimento/ UTI Neonatal

O parto ocorreu de Maria ocorreu com trinta semanas de gestação. A puérpera teve alta dois dias após o parto, contrariamente ao seu desejo de permanecer internada por mais tempo para estar mais perto da RN. Um atravessamento significativo do contexto atual de pandemia e que teve efeitos no caso foi o fato do alojamento de mães ter deixado de existir por conta do risco de transmissão da Covid-19. Sendo assim, por conta da distância de sua residência e falta de recursos financeiros para o deslocamento, a mãe não consegue estar presente todos os dias na UTINeonatal, comparecendo em dias alternados.

Neste segundo tempo de atendimento, Maria faz uma comparação frequente com o caso da filha de sete anos. Ela entende que a filha que sobreviveu estava em um quadro mais grave que a atual, afirmando: “*Era menor do que esta*” (sic). A mãe tinha o hábito de descrever a bebê ressaltando aspectos que poderiam indicar para ela sinais de viabilidade de sobrevivência da filha, como as partes de seu corpo bem formadas e seu tamanho – que considerava maior do que de suas outras filhas com a mesma idade. Sobre este trabalho de elaboração, Mathelin (1997) aponta que: “Face ao traumatismo desse encontro com o real, uma simbolização deve ser possível para que os pais continuem a imaginar esta criança, para que ela não se torne para eles um pedaço de carne a reanimar, objeto da medicina,

mas que permaneça uma criança – sua criança.” (p.131). Sabemos do lugar da palavra da mãe e os efeitos que estas podem ter nestes casos de gravidade, assim como pontua Mathelin (1997) ao afirmar que mesmo como portadores do desejo de vida, o tratamento médico nem sempre é o bastante, no sentido de que inscrever-se numa palavra se faz necessário para a vida.

Outro recorte importante deste período de acompanhamento da paciente na UTI foram as conversas entre a mãe e a equipe médica de pediatria. Em uma das conversas que acompanhei, a médica explica as muitas medicações que estão sendo feitas e usa os termos “drogas” e “bombas/aparelhos”. Parece que essas palavras tem algum efeito de ligação com a realidade/gravidade do quadro para a paciente que agora repete estes termos ao se referir ao quadro da filha, dizendo que não havia se dado conta da quantidade de medicamentos e aparelhos. Em atendimento, a mãe dá notícias de que entende a gravidade do quadro, parecendo haver algum entendimento sobre os riscos, mas ao mesmo tempo uma escolha por acreditar na vida da bebê, ou seja, um grande investimento na filha. Trazendo à cena seu suporte religioso, a puérpera diz: *“A medicina pode achar que é difícil, mas se Deus quiser que ela sobreviva, ela irá sobreviver”*.

Ainda após este diálogo com a pediatra, Maria preocupa-se com a ida do pai da RN à UTI Neonatal pela primeira vez e solicita que a pediatra converse com ele pelo telefone anteriormente. Seu receio é de que ele se assuste ao ver as “drogas” e aparelhos. Esta preocupação da paciente pode nos dar notícias sobre um contato com a realidade, ao dizer algo que diz respeito à gravidade do caso e também sobre seu próprio receio diante do quadro, preferindo que a equipe fale sobre a situação da bebê para o pai.

Acerca das questões que atravessam a comunicação entre o médico e família, Mathelin (1997) ressalta que as palavras ditas possuem sentidos singulares para cada um, portanto é a ligação de verdade entre palavra e corpo que o analista questiona na medicina. Tal verdade não se trata do saber médico, mas a que apresenta a questão do desejo e da fantasia. Não é raro os médicos se depararem com situações traduzidas como uma não escuta dos pais ao explicarem a eles sobre o adoecimento da criança. Em determinadas vezes esses pais afirmam não ser nada grave após anunciarem prognósticos muito ruins e em outras se mostram certos de que o filho irá morrer mesmo quando tentam transmitir que não há razão para preocupação. Ainda segundo a autora, isto se dá justamente pela diferença de sentido que a hospitalização possui para cada mãe.

Terceiro momento – Morte na UTI neonatal

No dia do óbito da recém-nascida Maria estive no hospital, mas não nos encontramos. Entro em contato com ela com o objetivo de ofertar uma escuta e acolhimento, sugerindo marcarmos um atendimento se assim ela desejasse. A paciente opta por não ir ao Núcleo Perinatal novamente, então

os dois atendimentos seguintes ocorreram via telefone. Foram dois longos atendimentos que se deram nas duas semanas pós-óbito seguintes, onde a mãe pôde falar de questões importantes neste primeiro momento de elaboração do luto.

A paciente consegue relatar sua ida ao hospital no dia da morte da filha, contando sobre a busca pelo corpo, já que quando chegou ao hospital este não estava mais no espaço da UTINenatal. Conta com detalhes sobre sua ida ao necrotério para ver o corpo da bebê. Maria refere ter percebido a dificuldade da equipe em lidar com ela neste dia.

Neste terceiro momento Maria marca novamente, assim como aparece em um dos primeiros atendimentos, a diferença entre a perda anterior e a atual: “Eu não conseguia falar nada, só chorava, tive depressão por um longo tempo”. Entende que desta vez está bem, apesar de triste, principalmente por estar conseguindo falar sobre a morte.

No último atendimento realizado a paciente cita a importância de estar em outro momento com o marido, em relação ao nascimento de sua outra filha, podendo agora contar com o seu suporte. Conta ter feito contato com a equipe quando retorna ao hospital para retirar os pontos da cesárea, tendo conversado com o professor chefe do núcleo e com as enfermeiras, agradecendo pelo trabalho. Outro ponto que aparece neste último contato é sua pretensão inicial de continuar doando leite ao banco de leite do Núcleo Perinatal, mas uma fala de sua irmã de que seria muito difícil para ela permanecer indo ao espaço da perda faz com que Maria conclua que seria algo difícil para ela. Por fim, a paciente menciona estar na casa da irmã desde a data óbito, mas que deseja voltar para casa para arrumar as coisas da bebê muito em breve, considerando a importância de que ela mesma possa fazer isto. A paciente faz um movimento de encerramento do atendimento, agradecendo o acolhimento e o suporte oferecido e dizendo perceber-se com recursos mínimos para atravessar este luto que, apesar de bastante difícil, estava tendo um sentido para ela.

Freud (1915) explica que a libido, capacidade para o amor, que inicialmente é dirigida ao nosso próprio ego, passa a ser desviada para os objetos. Com a perda dos objetos, nossa capacidade para o amor fica livre para a escolha de um novo objeto ou para o retorno temporário ao ego. Este desligamento da libido de seus objetos acontece através de um trabalho árduo. Sabemos que a libido se agarra aos objetos, não abdicando facilmente dos que foram perdidos, mesmo quando pode substituí-lo. Para o autor, por mais penoso que possa ser, o luto tem seu fim espontâneo. Mais para frente, em “Luto e Melancolia” Freud (1917) vai reforçar sua ideia sobre o que ocorre no luto: “Em que consiste, então, o trabalho realizado pelo luto? (...) a prova de realidade mostrou que o objeto amado já não existe mais e decreta a exigência de que toda a libido seja retirada de suas ligações com esse objeto.” (Freud, 1917, p. 101).

Sabemos que o processo de elaboração do luto não é simples, sendo algo que demanda tempo e trabalho do sujeito. Neste sentido, Freud (1917) aponta que esta tarefa não pode ser atendida de

forma imediata, mas é cumprida aos poucos, com importante gasto de tempo e de energia de investimento, enquanto a presença do objeto é prolongada psiquicamente. Pensando na temporalidade do contexto hospitalar e no que é possível produzir e aprofundar em um trabalho complexo como a elaboração de um luto, sabemos que, como afirma Moretto (2001): “o período de internação não coincide com o tempo de o paciente entrar em análise” (p. 102). Entretanto, a autora também considera que esse primeiro tempo de trabalho é fundamental, podendo produzir efeitos de transformação da relação do sujeito com o real. Neste caso, a paciente consegue dar, a partir do espaço de trabalho que foi possibilitado, mesmo neste período tão inicial de luto, um significado para a vida e para a morte da filha.

Em determinado momento do último atendimento Maria traz a seguinte fala: “*A vida dela teve um propósito, me ensinou e ensinou aos médicos. Enquanto estive internada ajudei muitas mãezinhas. Se Deus quis assim, eu entendo e sou grata pelo tempo de vida do meu anjinho*”. Aqui podemos pensar na questão da transitoriedade, bem como Freud (1915) descreve: “O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição.” (p.317). No caso de Maria, o pouco tempo de vida da filha teve um sentido de grande valor para ela, especialmente pela intensidade e complexidade envolvida em um tempo cronológico relativamente curto.

Ainda no último contato, Maria descreve o enterro da filha: “*Ela estava linda, parecia um anjo, toda desenhadinha*” e completa: “*Foi muito lindo*”. Para Dolto (1980): “A Psicanálise terapêutica é um método de pesquisa da verdade individual para além dos acontecimentos cuja realidade não tem outro sentido para um sujeito salvo a maneira pela qual ele lhe foi associado e por ela se sentiu modificado”. (Dolto, 1980, p. 9). A maneira pela qual esta mãe descreve sua bebê e o dia do enterro diz algo sobre o lugar que ela pôde dar a este acontecimento, como foi atravessada por ele, não dependendo de como se espera que uma mãe vá reagir a uma perda como esta e se é sua primeira experiência ou não.

Considerações finais

Podemos considerar que foi possível para a paciente iniciar um processo de luto sustentado pela escuta mesmo com a especificidade do contexto hospitalar e seus atravessamentos. O acompanhamento psicológico orientado pela psicanálise inserido no hospital é o lugar onde o sujeito pode falar sobre a morte, sobre seu luto e outras questões difíceis, o que na maior parte das vezes não é possibilitado em outros espaços.

Este caso ilustra a singularidade do atravessamento do luto para cada sujeito, podendo inclusive ser diferente a cada perda, como no caso de Maria que consegue marcar a diferença entre

os processos de luto vivenciados nas suas duas experiências significativas de perda, que ocorreram em diferentes momentos de sua vida.

Tendo conhecimento de que o trabalho de elaboração do luto é um processo que exige tempo, entendemos que o que se deu neste breve espaço de trabalho ofertado à mãe foi a possibilidade de entrada neste processo através de um suporte para que algo pudesse ser construído a partir deste primeiro momento. A temporalidade do atendimento no hospital pode não oferecer um terreno de aprofundamento das questões, mas não impossibilita que algum trabalho possa se dar.

A partir do que foi trazido neste breve relato, é possível pensar que o trabalho iniciado com Maria durante a gestação e sustentado pela transferência permitiu que algo fosse construído após a morte da filha, no sentido de ter tido alguma influência na viabilização de um terreno de confiança e estrutura para que houvesse possibilidade de uma elaboração da experiência.

Notas

RESOLUÇÃO DO CFP Nº 4, DE 26 DE MARÇO DE 2020 - Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19.

Referências

Freud, S. (1915). Sobre a transitoriedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. VII*. Rio de Janeiro: Imago, 1969

Freud, S. (1917). Luto e melancolia. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

Mannoni, M. (1923). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

Mathelin, C. (1997). *Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família* / Daniele de Brito Wanderley, org. [e tradução] – Salvador: Agalma.

Moretto, M.L.T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do psicólogo.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2020) *Resolução nº 4, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Recuperado em 30/05/2021 em: <<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=04/2020>>

Considerações sobre o ideal de mãe na clínica com gestantes

Isabella Borges*

Susan Guggenheim**

Resumo

O presente trabalho discorre sobre os efeitos da idealização da maternidade a partir da atuação, enquanto residente, no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Objetiva-se retratar como o conceito de ideal materno imposto socialmente aparenta dificultar a experiência da maternidade real através da apresentação de fragmentos de um caso clínico. Pretende-se demonstrar que se faz necessário escutar o sujeito de uma outra posição, ofertando um espaço de escuta clínica que permita emergir, no contexto da maternidade, as diferentes maneiras de vivenciá-la e entendê-la.

Palavras-chave: mulher; mãe; maternidade; clínica.

Introdução

Ao longo dos seis meses de atuação no Núcleo Perinatal-HUPE-UERJ, enquanto residente do primeiro ano do curso de especialização em psicologia clínica institucional, me deparei com diferentes e enriquecedoras histórias de mulheres, mães, gestantes, puérperas. Durante o tempo em que pude conhecê-las e acolhê-las em suas questões trazidas durante os atendimentos, um caso em particular chamou-me a atenção: uma gestante, a quem chamarei de Renata (nome fictício) que verbalizava como a maternidade lhe causava sofrimento e desprazer.

Trata-se de uma circunstância fundamental a ser discutida, ao passo que a exteriorização do desprazer para com a maternidade é conhecidamente tratada como um problema e tema constante de julgamento social e moral. Com isso, poucas mulheres sentem-se confortáveis em falar sobre tais sensações, ainda que a vivência destes sentimentos e conflitos possam ser naturais e genuínos. Torna-se essencial colocar em evidência os aspectos negativos da maternidade, visto que são questões dificilmente colocadas em discussão, apesar de ser com muita frequência causa de sofrimento em mulheres.

A maternidade, no campo do desenvolvimento vital da mulher, é situada como uma das etapas mais importantes de sua vida, inclusive considerado um período de transição, onde acontece grandes transformações, tanto biológicas quanto psíquicas. (Maldonado, 1985). Ainda segundo Maldonado,

*Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

**Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

em seu livro *Psicologia da Gravidez*, a ambivalência afetiva é experienciada como uma vivência básica da gravidez, citando que não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada. Ainda em seu livro, a autora descreve que é especialmente no terceiro trimestre de gestação em que há maior possibilidade de a gestante reviver antigas memórias e conflitos infantis inconscientes.

Tradicionalmente, ser mulher está intimamente relacionado ao ser mãe, e socialmente, é esperado que esta deseje ser mãe e cumpra o papel que é delegado a ela, de mãe ideal. Esta exigência se apresenta, no caso clínico que será abordado a seguir, como uma das circunstâncias causadoras de angústia e sofrimento.

Caso clínico

Na tarde do dia trinta e um de julho de dois mil e vinte, fui convocada pela equipe de enfermagem do ambulatório de pré-natal do Núcleo Perinatal-HUPE, que prontamente me descreveu o caso de Renata. Naquele instante, a enfermeira do ambulatório demonstrou preocupação e relatou tratar-se de um caso grave que merecia a atenção da equipe de psicologia. Apaciente já havia sinalizado interesse pelo acolhimento psicológico.

Naquela mesma tarde, realizei o meu primeiro atendimento ambulatorial à gestante Renata, dezoito anos, com trinta e três semanas de gestação, descreve uma série de abusos e negligências à qual foi submetida enquanto criança e o que ela chama de causa de todo o seu sofrimento psíquico atual - a sua atual gestação.

O sofrimento é vivenciado como consequência da impossibilidade de não corresponder às expectativas de todos que aguardavam aquela criança com muita euforia, principalmente o seu noivo e pai de sua filha. Já em seu primeiro atendimento, comunica não ser capaz de ser mãe daquela menina, não dispor de recursos para tal. Diz sentir-se muito culpada por rejeitá-la e situa essa rejeição como resposta às suas vivências infantis de extremo desamparo.

Além da inviabilidade de adaptar-se, naquele momento, às expectativas de todos em sua volta, Estefany também pontua outra importante razão provocadora de angústia para ela: a falta de um lugar ou espaço para falar de sua impossibilidade, naquele momento, de optar pela maternidade. Explicava o quanto era difícil esconder este sentimento de rejeição para com a sua gravidez, à medida que indicava perceber que ninguém em seu círculo de convívio a compreenderia, caso escolhesse falar abertamente sobre como experienciava a sua gestação.

Entretanto, vale ressaltar que, apesar de declarar não aceitar a sua gestação e expressar a vontade de interrompê-la, indica estar identificada a ela quando refere algum medo de sua filha vir a sofrer os abusos que a ocorreram quando criança e o desejo de protegê-la “do mundo” (sic) não dando-lhe a vida.

Acompanhei a gestante por um breve e curto espaço de tempo. Ao longo dos três atendimentos prestados no ambulatório de pré-natal do Núcleo Perinatal, das trinta e três até as trinta e oito semanas de gestação, estive atenta ao seu aflitivo discurso e pude criar um espaço que acolhesse a sua fala. Estefany optou por não dar prosseguimento aos atendimentos com a psicologia antes mesmo do nascimento de sua filha.

Discussão

Badinter (1985) na investida de desnaturalizar o “instinto da maternidade”, exprime que o amor materno, assim como qualquer outro sentimento, é vulnerável às modificações, sendo mais ou menos valorizado conforme o contexto social.

O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. [...] Ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina. Observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. [...] As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ao menos, passando pelo nada, ou o quase nada. Convictos de que a boa mãe é uma realidade entre outras, partimos à procura das diferentes faces da maternidade, mesmo as que hoje são rejeitadas, provavelmente porque nos amedrontam (Badinter, 1985, p. 14).

Margarete Hilferding levanta em seu texto “As bases do amor materno” o questionamento sobre o amor materno ser inerente ou não à mulher. Segundo a autora, que propõe a discussão do tema do amor materno no âmbito psicanalítico, não há evidências para considerá-lo inato. O amor materno, quando não presente e vivo durante a gestação, tende a aparecer com o contato físico entre a mãe e o bebê. (Pinheiro, 1991).

Tourinho (2006) coloca em análise a frequência com que mulheres discorrem sobre sentimentos ambíguos e conflituosos em relação ao processo de tornar-se mãe. O ideal de mãe, esperado e cobrado socialmente, têm tamanha influência no contexto da maternidade que muitas mulheres acabam sendo levadas a questionarem-se se são ou não capazes de serem uma boa mãe. Conflitos internos que podem gerar culpa por estas não agirem ou pensarem conforme o esperado e cobrado socialmente.

Não é incomum observar discussões acerca das dificuldades de ser mãe, porém, apesar disso, a maternidade ainda é caracterizada por um viés romantizado, percebida como uma experiência indispensável e uma conquista que levará uma mulher a sentir-se realizada. Ao examinar o ideal materno imposto socialmente, é necessário pensar em maneiras de desconstruir essa imagem de mãe idealizada, pois esta aparenta prejudicar a maneira como mulheres irão vivenciar a maternidade e o seu processo de tornar-se mãe. O amor incondicional e dedicação que são demandados à mulher podem levá-la a anular a sua subjetividade, à medida que a mulher deixa de ser mulher para ser mãe (Tourinho, 2006).

Serrurier (1993) em seu livro “Elogio às mães más” também postula a indispensabilidade de interrogar esse padrão de vinculação direta entre feminilidade e maternidade. A autora, ao utilizar a sua experiência clínica no atendimento de mulheres pôde elucidar e exemplificar os conflitos de mulheres que não se sentem preparadas ou não desejam ser mães. *“Ser mãe hoje não é tão simples; recusar a sê-lo menos ainda”* (Serrurier, 1993, p. 8).

Considerações finais

Optei por trazer o caso clínico em questão, tanto pela mobilização que o caso despertou em boa parte da equipe, como também pela inquietação que o discurso de Renata me provocou: outras mulheres referem sentimentos semelhantes aos aqui colocado, porém, muitas destas não se sentem à vontade para expressá-los; talvez por não terem meios de conhecer tantas outras que partilham dos mesmos afetos.

Apesar da brusca interrupção do acompanhamento terapêutico ter me conduzido ao desconhecimento do desfecho de seu conflito e receios frente à maternidade, concluo que a aposta no sujeito, através do oferecimento de um espaço de escuta clínica, uma escuta sem julgamentos, lugar este tão ansiado e pretendido pela paciente, foi possível e ofertada.

Com isso, a premissa deste trabalho foi entender a maternidade fora dos parâmetros normativos e apresentar como e por que os ideais de mãe podem e geram angústia e conflitos afetivos. Além do mais, esta elaboração teve o propósito de possibilitar o conhecimento da pluralidade de expressões subjetivas presentes no contexto da maternidade.

Referências

Maldonado, M.T.P. *Psicologia da gravidez*. 12ª edição. Petrópolis: Vozes, 1985.

Tourinho, J. G. *A mãe perfeita: idealização e realidade - Algumas reflexões sobre a maternidade*. IGT na Rede, v.3, n. 5, 2006.

Pinheiro, T. *Reflexões sobre as bases do amor materno*. In: HILFERDING, M. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1991.

Serrurier, C.- *Elogio às Mães Más*. São Paulo: Summus, 1993.

Badinter, E. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

A experiência do luto na gravidez: efeitos do Covid-19 na elaboração da perda

Juliana Melo dos Santos^{3*}

Ester Susan Guggenheim^{**}

Resumo

O presente trabalho pretende abordar, a partir de relato clínico, o caso de uma gestante cujo o acompanhamento se iniciou durante a internação no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e pôde ter continuidade no contexto do ambulatório de pré-natal. A partir da apresentação deste relato clínico buscaremos discutir a experiência do luto durante a gravidez, os atravessamentos que a pandemia de Covid-19 traz para a execução dos ritos fúnebres, e a possibilidade de elaboração desta perda a partir da oferta de um espaço de escuta.

Palavras-chave: Luto; Gravidez; Covid-19.

Introdução

O presente texto tem como objetivo discutir o trabalho desenvolvido enquanto residente de psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), trazendo elementos de minha prática para que possa através deles refletir sobre os efeitos da clínica no ambiente hospitalar. Para isso apresentarei o relato de um caso clínico acompanhado por mim no Núcleo perinatal durante a internação hospitalar, se estendendo ao ambulatório de pré-natal.

Trata-se do caso de Ângela¹, paciente de trinta e três anos, em sua quarta gestação, que chega à enfermaria de gestantes do Núcleo Perinatal com um pedido de acompanhamento pela psicologia. O relato feito pela equipe médica no momento da internação falava do desejo da paciente de ter acompanhamento psicológico, tendo em vista que, há poucos meses, havia passado pela morte da mãe, que veio a óbito em decorrência de complicações da Covid-19, e a partir desta perda vinha tendo dificuldade em lidar com o processo de luto e estava recorrendo ao uso de drogas.

Caso clínico

Ângela tem trinta e três anos, é casada, mãe de três filhos, um menino de doze anos, uma menina de oito anos e um segundo menino de quatro anos, chegando agora a sua quarta gestação. A paciente é encaminhada ao pré-natal do núcleo perinatal, dedicado a gestações de alto risco, pois sofre de diabetes gestacional, trombose e hipertensão gestacional.

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

**Psicóloga. Preceptora no serviço do Núcleo Perinatal do HUPE pelo Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional do IP/UERJ -Modalidade Residência Hospitalar (2020)

Em julho deste ano, na época com vinte e oito semanas, Ângela internou na enfermaria de gestantes por conta de um pico pressórico. Em sua entrevista de admissão, feita pela equipe médica de plantão, constava o pedido da paciente de acompanhamento psicológico e psiquiátrico. O pedido dizia que ela havia perdido a mãe recentemente, em decorrência da Covid-19, que era usuária de cocaína e agora, após esta perda, havia intensificado o uso da substância.

No primeiro atendimento, feito a beira do leito, Ângela pôde me falar de seu pedido e do sofrimento que o motivou. A paciente se emociona ao contar que há três meses atrás a mãe havia falecido em decorrência do covid-19. Sempre que fala desta morte Ângela repetia que não “*aceitava*” (sic) a morte da mãe, não “*aceitava*”, e achava que precisava “*aceitar*”, mas não conseguia. Não teve a oportunidade de ver a mãe após o adoecimento, ou de ir a seu velório, por conta das medidas de segurança relacionadas ao vírus, e sempre que falava dessa não-aceitação remetia a falta que estes rituais fúnebres faziam em seu processo de luto.

Quanto uso de droga, a paciente apontava que, naquele momento, ele estava atrelado a dor da perda da mãe. Dizia que fazia o uso da cocaína quando lembrava da mãe, ficava muito triste toda vez que lembrava dela e usava a droga como uma maneira de escapar dessa dor. Mas ao mesmo tempo sentia culpa, por associar as lembranças da mãe ao uso da substância, coisa que ela não aprovava. Dizia que sua mãe não ficaria feliz com o que estava fazendo.

Conta que conseguiu interromper o uso de droga por dois anos antes da gestação, e sua mãe foi figura central neste processo. Sua mãe não aprovava o uso, e sempre tinham conversas onde a ela lhe dava suporte e incentivava a seguir longe das drogas. Quando recebeu a notícia de que estava grávida sua mãe também lhe ajudou com os cuidados desta gestação de risco, buscando junto dela pelo acompanhamento e as medicações necessárias.

Conta que sentia vergonha, mas que precisava de ajuda pois não queria continuar a fazer uso de drogas, principalmente agora que estava grávida. Tinha medo de que isso pudesse afetar a saúde de seu filho e via este momento como uma oportunidade de finalmente interromper o uso de cocaína, coisa que já vinha tentando há algum tempo.

Neste primeiro momento, o trabalho com Ângela foi oferecer um espaço onde ela pudesse falar desta mãe, de como sua morte a estava afetando e de alguma maneira buscar elaborar essa perda. Ao longo dos atendimentos ela pôde falar da mãe, de como era o relacionamento entre elas, de como foi perde-la, e ao longo do tempo passou a falar sobre como cada vez mais podia lembrar dela sem precisar recorrer ao uso da droga.

A partir do momento que essa elaboração da morte de sua mãe começa a acontecer, Ângela passa a dar lugar em seu discurso a chegada de seu novo filho. Descobre o sexo do bebê, escolhe seu nome, começa a incentivar o marido a organizar o quatinho do bebê, começa a comprar as roupinhas.

Enfim, a partir daí houve um espaço para que a gestante pudesse investir e se ocupar do nascimento de seu novo filho.

Desenvolvimento

A demanda endereçada por Ângela a psicóloga em sua chegada ao hospital era a de “*aceitar*”, em suas próprias palavras, a morte de sua mãe. A partir deste pedido foi possível ofertar um espaço onde fossem oferecidas condições para a elaboração deste luto. Freud (1915/2010) vai destacar que o luto não deve ser visto como um estado patológico e que, portanto, não é indicado a ele tratamento médico. Este será superado após um certo período de tempo, e perturba-lo é inapropriado, podendo ser até mesmo prejudicial. Desse modo, frente ao pedido da paciente não caberia buscar fazer intervenções, mas ouvi-la durante este processo doloroso.

O trabalho realizado no luto consiste na constatação, através do exame da realidade, de que o objeto amado não mais existe, e então se coloca a exigência de que toda a libido seja retirada de suas conexões com o objeto. Esse processo desperta uma oposição, tendo em vista que geralmente o sujeito não aprecia abandonar sua posição libidinal, mesmo quando um objeto substituto já se anuncia. Essa oposição, em razão de sua intensidade, produz um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatória. O normal, nesse contexto, é que vença o respeito a realidade (Freud, 1915/2010).

Porém, essa solicitação de respeito a realidade precisa ser cumprida aos poucos, com grande aplicação de tempo e energia de investimento, e durante este processo a existência do objeto perdido se prolonga na psique. Nesse contexto, “cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido” (Freud, 1915/2010, p. 129). E assim, após o trabalho de luto o Eu fica novamente livre e desimpedido.

A cada uma das recordações e expectativas que mostram a libido ligada ao objeto perdido, a realidade traz o veredicto de que o objeto não mais existe, e o Eu, como que posto diante da questão de partilhar ou não esse destino, é convencido, pela soma das satisfações narcísicas em estar vivo, a romper seu vínculo com o objeto eliminado (Freud, 1915/2010, p. 139).

Foi este o caminho que Ângela pôde seguir durante o acompanhamento ambulatorial, de constatação da perda do objeto amado e retirada da libido investida nele. Um dos pontos que a paciente destacava como complicador desse processo de elaboração do luto foi a impossibilidade, devido a pandemia de Covid-19, de estar presente durante o adoecimento da mãe e nos ritos fúnebres após sua morte. Ela fala de como desejava a oportunidade de ter visto a mãe durante sua hospitalização, e de como a impossibilidade estar presente no sepultamento e se despedir da mãe tornou este processo ainda mais doloroso.

O risco elevado de contaminação associado ao Covid-19 exigiu que as autoridades de vigilância sanitária criassem protocolos rígidos para os velórios e sepultamentos no contexto de pandemia. Os velórios foram suspensos, e os sepultamentos feitos de maneira rápida, com um número reduzido de pessoas, excluindo pessoas nos grupos de risco, inclusive mulheres grávidas. Nesse contexto, aliada a perda brutal de um familiar, vivencia-se a impossibilidade de celebração dos ritos finais e seus impactos na experiência do luto (Cardoso et al., 2020).

Cardoso et al. (2020) aponta que familiares de vítimas da Covid-19 mencionam a impossibilidade de oferecer apoio ao ente familiar durante o curso da doença e de participar dos ritos fúnebres como desencadeadores de sofrimento. “Em se tratando da cultura brasileira, esses ritos de passagem que compõem os rituais de despedida estão tão naturalizados no cotidiano que sua suspensão, ainda que justificada, é cercada de incredulidade e sofrimento. A sensação dominante é de que um ciclo se abriu e não se completou” (Cardoso et al., 2020, p. 5).

A partir do momento em que os familiares e parentes se veem tolhidos da possibilidade de realizarem os rituais de despedida, por conta das restrições impostas pela pandemia, todo o enlutamento pode se tornar mais doloroso e até mesmo incompleto (Cardoso et al., 2020).

No início do acompanhamento Ângela se ocupava em falar de seu luto, e do processo doloroso a perda da mãe, mas ao longo do tempo esse espaço pôde ser preenchido também por falas sobre o filho que estava gestando. Freud (1915/2010) vai apontar que o luto comporta a perda de interesse pelo mundo externo e também da capacidade de eleger um novo objeto de amor. Existe aí uma inibição e restrição do Eu que revela uma exclusiva dedicação ao luto, onde nada mais resta para outros interesses.

É a partir do desligamento da libido do objeto perdido que é possível a dedicação a um novo objeto de amor. No caso de Ângela, seu novo bebê. Já no final da gestação, faltando algumas semanas para o nascimento de seu filho, Ângela começa a se preparar para a chegada desse bebê, compra as roupas, decora o quarto. A partir daí é possível para a gestante se voltar para o nascimento deste bebê.

Considerações Finais

Ângela chegou ao Núcleo Perinatal em grande sofrimento frente a perda de sua mãe, trazendo a demanda de que pudesse “aceitar” esta morte tão repentina, e atravessada pelos efeitos da pandemia de Covid-19. Neste período de acompanhamento no ambulatório de pré-natal pôde-se oferecer a paciente um espaço de fala que contribísse para o trabalho de elaboração desta perda pela qual ela vinha passando. Nesse contexto foi possível acompanhá-la na elaboração deste luto, e tratar também da questão do uso de drogas que vinha associada a este sofrimento.

No período inicial do acompanhamento a maior parte dos atendimentos eram centrados nas falas de Ângela sobre sua mãe, sobre como o sofrimento que dessa perda, especialmente neste contexto tão atípico, lhe infligia. Após este período inicial foi possível, pouco a pouco, também que a paciente falasse deste novo bebê, se ocupasse dos preparativos para recebe-lo, e expectasse o seu nascimento. Enfim, foi possível que ela investisse nesse novo objeto de amor.

Notas

¹Nome fictício.

Referências

Campos, E. B. V. (2013). Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(1), 13-24.

Cardoso, E. A. O., Silva, B. C. A., Santos, J. H., Lotério, L. S., Accoroni, A. G., & Santos, M. A. (September 07, 2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3361.

Freud, S. (1915/2010). Luto e Melancolia. In *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916). (P. C. Souza, trad., pp.127-144). São Paulo: Companhia das Letras.

Impasses na Maternidade: quando gerar uma vida se dá sob a ameaça de um câncer

Helena Coelho Nunes da Rosa *

Susan Guggenheim**

Resumo

O ideal de maternidade está normalmente associado à geração de uma nova vida, à chegada de uma criança ao mundo. No Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), por ser especializado em gestações de alto risco, esse ideal frequentemente apresenta frustrações, furos: muitas vezes há ameaças reais à vida do bebê e da própria mãe. A gestação pode, então, dividir espaço com a angústia e o próprio medo da morte. Quando é a mãe que se encontra em risco, como é possível gerar uma vida ao mesmo tempo em que se depara com uma ameaça real à sua própria? Abordarei a questão à luz da psicanálise, a partir da apresentação do caso de Lara, grávida em estado grave, que acompanhei durante o final de sua gestação, o puerpério e em internação posterior pelo plantão geral.

Palavras-chave: gestação, câncer, narcisismo.

Introdução

Neste trabalho, busco realizar uma articulação entre minha experiência com residente de Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a teoria psicanalítica, considerando as particularidades da atuação no hospital e em especial na maternidade. O Núcleo Perinatal do HUPE é referência em gestações de risco, a partir do trabalho de uma equipe multiprofissional que conta com médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogas. A inserção das residentes de psicologia se dá principalmente no ambulatório de pré-natal, na enfermaria de gestantes e no alojamento conjunto. Na enfermaria, a possibilidade de atendimento é oferecida a todas as pacientes.

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia de covid-19. Ao longo do primeiro semestre, ocorreram diversas mudanças no Núcleo Perinatal, entre elas a restrição de visitas. Em nosso processo de trabalho, durante os primeiros meses nos organizamos em escalas, entendendo que seria importante marcar nossa presença e sustentar a escuta das gestantes neste contexto. Embora em alguns momentos a pandemia aparecesse no discurso das pacientes, em outros, elas necessitavam de escuta pelos mais variados motivos. Afinal, a gestação traz inúmeras mudanças na vida de uma mulher e isso não se dá

*Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

** Preceptora do Núcleo Perinatal do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

sem consequências psíquicas.

Como afirma Maldonado (1985), desde o primeiro trimestre da gestação, nota-se uma ambivalência afetiva, que permanece ao longo de toda gravidez. No que diz respeito às gestações de risco, a essa ambivalência, acrescenta-se ainda um temor com relação à sobrevivência do bebê e, eventualmente, à sua própria. Kubler-Ross (1969/2008) afirma que, em nosso inconsciente, não imaginamos nossa própria morte. A autora ressalta ainda que nossa sociedade esconde a morte. Estando no ambiente de uma maternidade, a questão da morte se mantém bastante velada, considerando que ali é um espaço onde, normalmente, ocorrem nascimentos e os ideais são relacionados à geração de uma vida.

No clássico artigo *Mal-estar na civilização*, Freud (1930/2010) aponta três fontes de sofrimento para o ser humano: as forças da natureza, o declínio do corpo e o relacionamento com outros seres humanos. Ainda segundo Freud (1930/2010), o que traz maior sofrimento é o terceiro. No hospital, contudo, o segundo está muito presente, através das doenças, e este é o exemplo da paciente cujo caso relatarei a seguir.

Caso Clínico

Atendi Lara, de trinta anos, na enfermaria de gestantes do HUPE, onde ela chegou após vir transferida de outro hospital. Lara estava na segunda gestação. Ela já tinha um filho, de nove anos, que definia como *especial*, portador da síndrome de DiGeorge, uma alteração no cromossomo 22, que pode apresentar diversas manifestações clínicas, entre elas cardiopatias, malformações de vias aéreas, alterações neurológicas e comportamentais, entre outros (Melo, Carvalho, 2007). Desta vez, ela estava gestando uma menina. O motivo da internação era grave: câncer de cólon, já em metástase para o fígado.

Ao longo dos atendimentos, Lara dizia estar bem sempre que sua doença era abordada. Afirmava pensar positivo e confiar que teria um bom tratamento; queria ser forte para os filhos, que precisariam dela. Dizia, sempre com firmeza, que não se preocupava com o câncer. Essa postura causou estranhamento à equipe, que questionou se Lara realmente havia entendido a gravidade do diagnóstico.

Lara, em atendimento comigo, confirmou que entendia sim o que significava um câncer, pois já havia tido alguns casos na família: sua tia se recuperou, já sua avó veio a falecer. A paciente já tinha recebido o diagnóstico em outro hospital, e sabia que, mesmo após o nascimento de sua filha, ela ainda precisaria ficar internada, enquanto a menina iria para casa. Lara falava também das possibilidades de tratamento: provavelmente não conseguiria amamentar, já que começaria a quimioterapia pouco depois do nascimento da filha.

Nos atendimentos comigo, Lara mantinha uma postura extremamente defensiva com tudo que se tratava de sua doença. Sobre sua gravidez, me disse que não foi planejada, mas que estava feliz. Falava principalmente de sua família, especialmente de seu filho. Em sua fala, pouco se implicava e, quando eu buscava incluir uma subjetivação, ela mudava de assunto. No dia do nascimento de sua filha, Lara estava muito animada, pois sua filha “*havia resolvido nascer*”. Lembrei que, a partir daí, ela poderia começar seu tratamento, ao que ela responde dizendo que estava focada no parto.

A defesa se manteve enquanto pôde. Menos de um mês após o parto, Lara interna novamente pelo plantão geral, anêmica e sofrendo os efeitos colaterais da primeira sessão de quimioterapia. Me diz que seu câncer é maligno, mas isso não a “*abate*”, pois confia no tratamento. Quando retorno para atendê-la, encontro-a muito debilitada, sem conseguir andar e em uso de morfina. Na semana seguinte, quando fui vê-la, Lara havia perdido o acesso no braço e estava sem morfina há algumas horas. Invadida por uma dor insuportável, suas defesas baixam, e ela chora e se desespera. “*Como é possível tanta coisa em uma pessoa só?*” exclamava. E também dizia “*Cada vez que faço um exame, aparecem mais coisas! Não vou mais fazer exames!*”, assim como “*Quero que façam logo essa cirurgia para essa dor acabar!*”. Lara disse que estava com tanta dor que não conseguiria falar comigo direito. Respondi que permaneceria a seu lado mesmo assim, de modo que foi possível acolher seu sofrimento e possibilitar que ela falasse dessa dor, que era intensamente física, mas não deixava de ser, também, psíquica.

Após esse atendimento, uma das médicas me informou que Lara não teria mais possibilidade de intervenção cirúrgica e entraria em cuidados paliativos, mas ela ainda não havia recebido a notícia. A paciente recebeu alta, mas poucas semanas depois, foi internada novamente, com fortes dores. A doença já estava bastante avançada e Lara já não conseguia comer, caminhar nem ir ao banheiro sozinha. Queixava-se bastante de sua condição. Dizia que, quando estava em casa, acordava chorando no meio da noite, mas não sabia explicar o motivo. Também afirmava que o barulho das crianças em sua casa a incomodava. No último atendimento que fiz a ela, a paciente relatou estar perdendo a visão e mais uma vez se queixou, perguntando-se por que isso estava acontecendo com ela. Pouco tempo depois deste atendimento, Lara veio a falecer.

Discussão

Em *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914/2010) relata que há uma influência da enfermidade orgânica sobre a libido, de modo que o sujeito doente perde o interesse pelo mundo exterior, inclusive retirando o investimento de seus objetos amorosos: “O doente retira seus investimentos libidinais de volta para o Eu, enviando-os para fora depois de curar-se” (p.26). Embora estivesse internada num contexto de pandemia, esta não aparecia em seu discurso, exceto poucas

vezes, em que foi tratada como um mal menor. Lara também fazia queixas quando sua família pedia que resolvesse assuntos externos (*“estou doente e minha família quer que eu resolva tudo”*).

O desinvestimento libidinal relativo aos objetos ao redor foi ocorrendo aos poucos conforme a doença avançava. Essa decaetexia pode ser percebida como uma preparação para a morte, similar ao que ocorre no estágio de aceitação descrito por Kubler-Ross (1969/2008), em que o sujeito precisa se desligar do mundo ao redor, aceitando receber cada vez menos visitas e passando mais tempo em silêncio. Houve, no entanto, um investimento que se manteve durante um longo período de tempo, enquanto outros eram desligados: Lara sempre falava da filha que estava esperando, de como se preocupava com ela, de como ela se mexia na barriga. Há algumas razões para que este investimento tenha se mantido. Em especial, a importância da gestação para um renascimento do narcisismo materno. Como afirma Freud (1914/2010), a atitude terna dos pais com seus filhos é uma maneira de reviver e reproduzir seu próprio narcisismo, de modo que, para a criança, tudo seja melhor que para seus pais, de modo a concretizar seus sonhos não realizados. "No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acossada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança" (p.37). O investimento narcísico de Lara em sua filha foi algo que possibilitou que ela vivesse a gravidez e o puerpério, ainda que sob a ameaça da morte trazida pela realidade do diagnóstico.

Para Lara, a gravidez funcionava como um escudo para que não precisasse pensar em sua doença, o que ficou muito marcado durante os atendimentos, pois Lara preferia não falar do câncer, ou o tratava como algo posterior ao parto. No artigo do recalque, Freud (1915/2010) assinala que uma ideia que gera desprazer é afastada da consciência. O recalque é uma resposta do aparelho psíquico a essa ameaça de desprazer. Sobre o câncer, Lara nada queria saber, menos ainda dizer. Ao tocar neste assunto, as resistências surgiam, mantendo um silêncio.

O seu discurso otimista, de confiança, foco na gravidez e aparente despreocupação são indícios de uma formação reativa, que foi a maneira como Lara pode sustentar sua gestação ao mesmo tempo que descobria e se deparava com a doença. Somente após o nascimento da filha, tomada pelas intensas e imperativas dores do câncer é que foi possível para Lara falar de seu sofrimento.

Quando Lara pôde, enfim, baixar suas defesas e expor seu medo frente ao encontro tão próximo com a morte, precisei sustentar minha posição a seu lado, ciente de que somente eu, enquanto psicóloga orientada pela psicanálise, poderia acolher e escutar seus gritos, queixas e choro. Birman (2010) pontua que: “a figura do analista seria a de alguém capaz de sustentar radicalmente a experiência limite da morte indicada pela dor do desamparo, acreditando que, da fronteira com o horror do impossível, o sujeito vai advir” (p.49).

Considerações finais

O caso de Lara, marcado pela dicotomia vida e morte, é exemplo dos furos que o ideal de maternidade apresenta. Para além disso, a partir da escuta desta paciente é possível reafirmar o papel fundamental que o narcisismo exerce na construção da parentalidade, desde a gestação.

Durante minha experiência como residente de psicologia no Núcleo Perinatal do HUPE, pude me deparar com diversas questões colocadas pelas gestantes. Maldonado (1985) considera a gestação como um dos momentos de crise na vida de uma mulher, frente a todas as mudanças que ocorrem durante a gravidez e que se apresentarão após o nascimento da criança. Desta maneira, as gestantes podem se deparar, desde questões psíquicas, como a ambivalência afetiva, medo, ansiedade, como também com problemas orgânicos, que ameaçam a gestação e a saúde da futura mãe. Sendo assim, faz-se necessária a oferta de uma escuta ao sujeito que pode incluir acompanhar a radicalidade da finitude.

Referências

- Birman, J (2016). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. (11ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Freud, S (2010). Introdução ao narcisismo. In: S, Freud. *Obras Completas*. (Vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (obra original publicada em 1914).
- Freud, S (2010). A repressão. In. S, Freud. *Obras Completas*. (Vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (obra original publicada em 1915).
- Freud, S (2010). O mal-estar na civilização. In: Freud, S. *Obras Completas*. (Vol. 18). São Paulo: Companhia das Letras. (obra original publicada em 1930).
- Kubler-Ross, E (2008). *Sobre a morte e o morrer*. (9ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (obra original publicada em 1969).
- Maldonado, M.T.P (1985). *Psicologia da gravidez*. (12ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Melo, K. M., Carvalho, B. T. C. (2007). Síndrome de DiGeorge: Aspectos clínico-imunológicos e manejo. *Rev. bras. alerg. Imunopatol.*, 30(2),47-50.

Trabalho em equipe multiprofissional: desafios da interlocução em atendimento remoto na pandemia de COVID-19

Ana Carolina da Silva Becker*

Thaís Barroso Duarte**

Renata de Oliveira Fidelis Cavalcante***

Lilia Frediani Moriconi Cota****

Resumo

À equipe de psicologia, orientada pelo referencial psicanalítico, inserida em um serviço multiprofissional, cabe, muitas vezes, interrogar a precipitação em diagnosticar, visando introduzir um tempo para que o sujeito possa se haver com o seu sintoma. A diferença discursiva entre psicanálise e ciência biomédica, que já presencialmente apresenta desafios para a transmissão de algo, evidenciou-se no atendimento remoto. A partir de um recorte clínico, refletimos, neste trabalho, sobre como inserir a pergunta por um tempo para o trabalho de luto diante de uma equipe marcada pelos significantes biomédicos e por procedimentos protocolares. Concluímos que, no caso relatado, a entrada das especialidades em tempos diferentes e sem comunicação prévia foi um entrave para a troca entre profissionais e a introdução de uma pergunta acerca da temporalidade com relação ao diagnóstico de depressão e consequente prescrição medicamentosa.

Palavras-chave: psicanálise; trabalho multiprofissional; pandemia.

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo apresentar a atuação da Psicologia, no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), durante a pandemia de Covid-19 no primeiro semestre do ano de 2020. Propomos, a partir de fragmentos de um caso clínico, reflexões sobre a sustentação de um trabalho em equipe multidisciplinar em uma instituição pública.

O trabalho em equipe multiprofissional demanda da equipe de psicologia, orientada pelo

*Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2020).

**Psicóloga. Residente de primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso/NAI/UnATI/UERJ. (2020).

***Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso /UnATI/UERJ. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

****Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso /UnATI/UERJ. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

referencial psicanalítico, uma sustentação da nossa posição a cada vez, sendo o papel desse profissional uma construção diária. Castilho *et al.* (2019) aponta que o discurso tecnocientífico conforme à lógica capitalista responde ao mal-estar por significantes que dificultam a abertura de espaço para que o sujeito localize algo de singular no seu sintoma. Há, dessa maneira, protocolos médicos correspondentes a diagnósticos específicos de cunho generalizado. Ou seja, uma vez identificados alguns pontos sintomáticos, a intervenção prevê a conduta a ser adotada. Já o tratamento analítico permite “interrogar aquilo que um sujeito (...) - ao tomar a palavra sob transferência - tem a dizer sobre aquilo que não funciona, sobre aquilo que implica em sofrimento e mal estar em sua vida” (Castilho, 2016, p. 328-32). Deste modo, na práxis psicanalítica, considera-se um trabalho a ser realizado pelo sujeito e não há como prever os efeitos de uma intervenção.

Com a pandemia causada pelo COVID-19, as atividades presenciais no NAI foram suspensas. O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) tornou-se, inicialmente, hospital de referência para tratamento da COVID-19, mas a enfermaria de Cirurgia Vascular, onde a equipe NAI atua, permaneceu com atendimento para esse público específico. A recomendação de isolamento físico e social feita pelas autoridades de saúde, no Brasil, se deu no início de março, concomitante ao começo do ano de residência. Assim, as residentes de primeiro ano (R1) não puderam se inserir no serviço de maneira presencial nos cenários de práxis, com exceção dos/as residentes de medicina que foram convocados/as para atuar nas enfermarias COVID.

Vale ressaltar a rapidez com que a equipe se reorganizou e reinventou o modelo de trabalho estabelecendo o monitoramento¹ de pacientes atendidos no/pelo NAI e, posteriormente, implementando teleconsultas. Cabe sublinhar também o compromisso com o cuidado e a atenção aos pacientes, sendo um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual manteve sob observação os usuários, fornecendo assistência em meio a uma dupla fragilidade: do próprio sistema e da situação de pandemia.

Essa mudança, evidentemente, inviabilizou algumas experiências e, em contrapartida, possibilitou novas maneiras de atuação e trabalho, bem como suscitou reflexões diversas. Nota-se que, mesmo na modalidade presencial, nos deparamos com o desafio de lançar alguma pergunta e inserir algo relativo a uma temporalidade que considere a dimensão subjetiva no trabalho junto à equipe. O contexto de pandemia propiciou que tal desafio se evidenciasse através da modalidade remota de serviço.

Serviço remoto, novos cenários e trabalho em equipe multiprofissional

Para a realização do serviço remoto, fomos realocadas em cinco “miniequipes”, cada uma responsável pelos pacientes atendidos em um dia da semana específico. Cada miniequipe era

composta por profissionais de diferentes áreas, não contendo, necessariamente, a mesma quantidade nem diversidade em todas.

As psicólogas deste trabalho estiveram, uma na miniequipe de quinta-feira (ambulatório de pós-alta), formada por ela e uma assistente social e, a outra, na mini equipe de sexta-feira (ambulatório de cognição I e ambulatório de cognição II), formada por ela, uma médica, duas fisioterapeutas e três nutricionistas.

A proposta do monitoramento, inicialmente, era de atendimento das necessidades urgentes dos pacientes e cuidadores. Assim, cada profissional ligava em nome da equipe para acompanhar e encaminhar as solicitações à equipe. Ao longo do tempo, as demandas foram se especificando para cada área². Também algumas especialidades retornaram, em escalas, ao atendimento presencial no mês de agosto.

A parte teórica passou a ser ministrada em formato EAD (Ensino à Distância) com algumas avaliações para serem feitas em conjunto, com, ao menos, um profissional de cada área (medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, enfermagem, serviço social).

A interlocução com a equipe sobre os casos ficou escassa pelo distanciamento físico ocasionado pela quarentena. Os pacientes, em alguns casos, eram atendidos por mais de um profissional para ter sua demanda atendida e sem a possibilidade de acesso ao prontuário (pois estes estavam no NAI) nem de encontros pelo serviço com outros profissionais. As informações eram registradas em uma planilha online compartilhada.

Para a discussão e execução dos trabalhos teóricos, os residentes se encontravam pontualmente de forma virtual. Na miniequipe de quinta, a psicóloga participou de interconsultas por tele chamada junto a profissionais das áreas de serviço social, enfermagem e fisioterapia.

Nos utilizaremos, neste trabalho, de um recorte clínico elucidativo para refletir sobre as diferenças discursivas entre as áreas biomédicas e a psicanálise.

Entraves da comunicação: a diferença discursiva

Ao profissional orientado pela psicanálise, cabe, muitas vezes, interrogar a precipitação em diagnosticar, visando introduzir um tempo para que o sujeito possa se haver com o seu sintoma. Além disso, muitas vezes nos deparamos com falas da equipe em relação ao/a paciente como uma não adesão proposital às orientações dadas ou falta de "força de vontade" frente a uma situação de reabilitação. Mais uma vez, faz-se necessário que se aponte para as questões singulares do/a paciente na sua chegada ao serviço e tratamento, como por exemplo, em situações nas quais o sujeito se vê atravessando um doloroso processo de luto que pode dificultar a mobilização de energia para realizar atividades protocolares vistas como urgentes e necessárias pela equipe de saúde.

A. sofreu duas amputações, do mesmo membro inferior, na enfermaria de cirurgia vascular: a primeira, amputando o pé direito e a segunda, devido ao quadro de infecção no coto da primeira, se deu do joelho para baixo, passando a necessitar do uso de uma cadeira de rodas. A. refere-se a estas duas amputações como “traumatizantes” (sic).

É importante sinalizar também que desde o início do isolamento social ocasionado pela situação pandêmica do COVID-19, A. não sai de casa. Seu apartamento não é adaptado para a locomoção da cadeira de rodas, ficando limitado dentro de casa. Passa a maior parte do dia em seu quarto, deitado na cama cochilando “para não sentir dor” (sic), ocasionando escaras em seu corpo. Durante a noite relata episódios de insônia que começaram durante a internação.

Em consequência de circunstâncias difíceis concomitantes à amputação, A. apresentava desânimo e sentimento de inutilidade, verbalizados para a equipe durante as interconsultas. Após estas, a equipe se reunia para discussão do caso e, mediante as falas de A., observou-se um certo mal-estar da equipe diante do quadro apresentado, visto que o desânimo de A. em não realizar os exercícios propostos pelas fisioterapeutas era tido como “preguiça”.

A psicóloga presente nas interconsultas sustentava, diante da equipe, que o paciente estava em possível luto por perdas significativas. O trabalho de elaboração do luto é executado pouco a pouco, requerendo tempo e esforços, conforme nos indica Freud (1917 /1915), no qual “cada uma das lembranças e expectativas isoladas através das quais a libido está vinculada ao objeto é evocada e hipercatexizada, e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas” (p. 251).

Castilho *et al.* (2019), referindo-se à enfermaria de Cirurgia Vascular do NAI, nos afirma que “a enfermaria de ‘idosos’ [...] suscita inúmeros questionamentos devido à radicalidade de alguns procedimentos utilizados no tratamento, dos quais se destaca a amputação de membros” (p. 56) e que, neste ambiente, o que se depara é com uma perda no real do corpo, que pode atualizar perdas anteriores e trazer maiores dificuldades no trabalho de luto por ser concomitante a outras perdas significativas.

Diante do sofrimento, a ciência responde com procedimentos ou medicação para alívio ou cura. Foi assim que a medicina, ao retornar com as consultas aos pacientes na modalidade virtual, pensou, ao perceber o humor mais entristecido do paciente, em possível diagnóstico de depressão, prescrevendo-lhe algum remédio que pudesse dar conta do mal-estar do paciente e, concomitantemente, do da equipe.

A medicação tem sua importância, mas nos interrogamos se ao ser indicada precipitadamente pode impedir, por promover um silenciamento do sujeito, um trabalho de elaboração necessário. Além disso, a execução das atividades propostas de reabilitação motora mostrava-se ineficiente diante do desânimo do paciente - o que era entendido como falta de “força de vontade” - e, como recurso de motivação e estimulação, a equipe se utilizava de comparações com

quadros considerados piores.

Compreendemos, com Freud (1917/1915), que a elaboração do luto ocorre com dispêndio de energia, que se volta para este trabalho interno havendo uma inibição do eu característica deste processo. Sendo assim, cabe também perguntar se podemos caracterizar A. como alguém sem “força de vontade” ou encará-lo como um sujeito confrontado com sua experiência vivida de forma singular.

Entendendo que se tratava de questões de outra ordem, a psicóloga ofertou a escuta, ao que A. recusou-se, inicialmente. Com o retorno das consultas médicas, A. foi medicado com antidepressivos, pois segundo o médico que o atendeu, o idoso chorava muito. A psicóloga apontou para a equipe médica que seu sofrimento e estado de saúde poderiam estar relacionados ao isolamento social e ao luto pela perda recente não só de uma parte de seu corpo, mas também da atualização de diversas perdas, inerentes ao processo de envelhecimento.

O retorno das consultas ambulatoriais pôs fim ao monitoramento e, quando a psicóloga liga para A. para repassar a informação sobre o fim do monitoramento e retorno das consultas médicas, A. relata que a medicação não estava fazendo efeito e aceita seguir em acompanhamento com a psicologia. Nota-se, portanto, que, em casos de tamanha radicalidade, o saber médico atrelado à tecnociência encontra limites. Atravessadas pelo discurso analítico, consideramos e buscamos sublinhar este limite para a equipe.

Dessa maneira, o movimento que A. faz de solicitar o acompanhamento psicológico após tomar a medicação e não obter os efeitos esperado, nos permite apostar em outra via de tratamento na qual será possível, através da fala sob transferência, que o sujeito seja convocado ao trabalho de luto e, aos poucos, no tempo, possa realizar um desinvestimento libidinal do(s) objeto(s) perdido(s) e reinvestir em outros - guardando a noção de que há algo de insubstituível em cada um deles.

Como transmitir algo disto para a equipe?

Em sua Conferência XVI, Freud (1996) discorre sobre a Psicanálise e a Psiquiatria, enfatizando que não é a segunda que se opõe à primeira, mas sim os psiquiatras. Também elucida que a psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia está para a anatomia, sendo um estudo a continuação do outro. Não se trata, portanto, de eliminar o saber médico em prol do psicanalítico, mas deste poder lançar luz sobre pontos nos quais aquele encontra limites e, por isso, “aponta para a etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas mais especiais e próximas” (p.262) de um sintoma.

Nas atividades teóricas, reorganizadas para a modalidade on-line durante a pandemia da Covid-19, deparamo-nos com o desafio de sustentar algo nesse sentido. Nos casos passados para discussão em grupo, o residente de medicina imediatamente identificava depressão nas narrativas e,

como medida, prescrição medicamentosa. Foi preciso diálogo para que alguma questão se fizesse em torno da rapidez por nomear o sofrimento com algum manual diagnóstico, atrelado a algum protocolo de tratamento, na maioria das vezes, medicamentoso. As outras residentes das demais áreas, no início, estiveram mais alinhadas ao pensamento médico. Após outras atividades, percebemos alguma ressonância com a ideia de temporalidade que as residentes de psicologia sustentaram.

Ainda assim, a postura da medicina manteve certa inflexibilidade e, como evitação de maiores debates, optou por ceder aos argumentos da psicologia consubstanciados com as outras áreas. Contudo, salientamos que a intenção não é fazer prevalecer um saber em detrimento do outro, mas que ambos (e os demais) possam fornecer contribuições para a melhor condução dos casos. Sem a pretensão de converter os colegas de equipe em amantes da psicanálise, ou de fazer predominar este discurso, reforçamos a sustentação do trabalho a cada vez.

Conforme Freud (1996), enquanto a psiquiatria procura caracterizar o sintoma por meio de algum aspecto essencial e contenta-se com um diagnóstico e um prognóstico e sua evolução futura, para psicanálise o sintoma se impõe como questão importante e a cada vez se coloca a questão sobre a possibilidade de transformá-lo em um sintoma analisável. Em “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (2001) considera a falha existente entre o desejo e a demanda do sujeito que se dirige ao médico e sublinha a relação entre o modo de resposta à demanda do doente e a posição médica. Esta encontra-se atrelada a uma dimensão ética, o que o faz interrogar: “O que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado desta empresa universal da produtividade?”, pergunta que ainda se coloca, pois, como à época de Lacan, vivenciamos o imperativo da produtividade.

No caso de A., não houve muita possibilidade de troca entre os profissionais, para que a medicina considerasse uma pergunta acerca do diagnóstico e a introdução de uma temporalidade para que o paciente pudesse se organizar diante das suas novas condições e frente a tantas perdas. Nesse caso, com o atendimento remoto, cada profissional entrou em um tempo e, sem reuniões de equipe, a interlocução ficou ainda mais difícil. No entanto, a sustentação pela psicóloga da oferta de escuta pode propiciar que o paciente formulasse alguma questão sobre o seu sofrimento psíquico.

Conclusão

Com a pandemia, o serviço do NAI se reestruturou para permanecer dando assistência aos pacientes atendidos pela equipe e sustentar as aulas teóricas da formação. Nesse contexto, fomos realocados/as de funções, inicialmente, até que a demanda pela especialidade e o retorno de algumas áreas ao modelo presencial requereu que novas modificações ocorressem.

A diferença discursiva entre psicanálise e ciência biomédica, que já presencialmente apresenta desafios para que possamos transmitir algo, evidenciou-se no atendimento remoto. Como elucidação,

trouxemos o caso de A., no qual a entrada das especialidades em tempos diferentes e sem comunicação prévia foi um entrave para a troca entre profissionais e a introdução de uma pergunta acerca da temporalidade com relação ao diagnóstico de depressão e consequente prescrição medicamentosa. Além disso, os casos clínicos também foram campo de debates, no qual percebemos maior alinhamento das residentes de outras áreas e ainda uma rigidez com relação aos residentes de medicina.

Concordando com Lacan (2001), a posição do médico diz respeito a uma dimensão ética e, diante de uma fala feita por uma médica de que “precisamos nos preparar porque após a pandemia haverá muitos pacientes depressivos”, lançamos uma pergunta última, mas que remete a novas reflexões e aponta o trabalho a ser feito e sustentado: será que, em um contexto pandêmico, de perdas gerais e diversas, após longo período de isolamento, haverá tantos pacientes depressivos como as aferições quantitativas das escalas e testes apontam? Mais uma vez, é preciso considerar o tempo.

Notas

- 1- Serviço remoto através de ligações telefônicas periódicas a pacientes e cuidadores realizado pelas residentes da equipe multiprofissional, com exceção da medicina, que atuava pontualmente, pois estava na linha de frente do combate ao COVID-19.
- 2- Cada conselho profissional produziu regulamentações sobre o atendimento online durante a pandemia do COVID-19. Aos profissionais da psicologia, foi possível realizar o atendimento por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação conforme a Resolução Nº 4, de 26 de março de 2020.

Referências

Castilho, G. M. (2016). Por que psicanálise em um ambulatório de geriatria/gerontologia? In: Bernardo, M. H. J & Motta, L.B. (Orgs.). *Cuidado e interprofissionalidade - uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa*. (Núcleo de Atenção ao Idoso/ UnATI-HUPE-UERJ) (pp. 323 – 348). Curitiba: CRV.

Castilho, G. et al. (2019). A práxis dos residentes no ambulatório NAI: psicanálise e velhice. In: Vorsatz, I & Alberti, S. (Orgs.) *Residência em Psicologia Clínica Institucional: práxis e formação* (pp. 51 – 73). Curitiba: Juruá Editora.

Freud, S. (1996). Conferência XVI. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1916]).

Freud, S. (1996) Luto e Melancolia. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917 [1915]).

Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: revista psicanalítica brasileira internacional*, 32. São Paulo: Eolia. (Trabalho original publicado em 1966).

Cuidadores familiares de pessoas idosas com diagnóstico de demência: considerações a partir do acompanhamento psicológico à distância

Luiza de Sousa Ferreira Brito *

Simone de Abreu Pinheiro **

Renata de Oliveira Fidelis Cavalcante ***

Lilia Frediani Moriconi Cota ****

Resumo

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de atendimento de cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de demência, acompanhados no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, durante os primeiros meses após a deflagração da pandemia de COVID-19. Inicialmente, a população idosa constituiu o principal grupo de risco, sendo necessárias reformulações no modo de assistência. As tecnologias de comunicação se mostraram importantes dispositivos para a continuidade do cuidado. A proposta inicial foi a realização do monitoramento telefônico dos pacientes, visando informá-los sobre os cuidados necessários e reafirmar o funcionamento do serviço. Os atendimentos psicológicos aos cuidadores tiveram início a partir da identificação pela equipe multiprofissional da demanda de uma escuta qualificada, uma vez que o cenário da pandemia contribuiu para a sobrecarga no cuidado.

Palavras-chave:atendimento online; cuidadores familiares; idosos com demência.

Introdução

O presente trabalho visa propor reflexões sobre as possibilidades e os desafios da escuta clínica a partir da experiência de atendimento psicológico à distância aos familiares que são cuidadores de idosos com demência, cujo acompanhamento é feito no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) durante o período inicial da pandemia de COVID-19. Visamos nos deter, a partir da escuta clínica de um caso em particular, sobre a maneira como o ato de cuidar se articula à experiência subjetiva e singular do cuidador familiar.

* Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2020).

** Psicóloga. Residente de primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso/NAI/UnATI/UERJ. (2020).

*** Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso /UnATI/UERJ. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

**** Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso /UnATI/UERJ. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

Dentre as diferentes síndromes demenciais, a Doença de Alzheimer (DA) figura aquela de maior prevalência entre as pessoas idosas. De início lento e insidioso, pode levar anos até que apareçam os primeiros sinais da doença, cuja característica principal é o comprometimento da memória recente e, associado ao declínio cognitivo, é comum emergirem alterações comportamentais. Apesar dos avanços tecnocientíficos no campo da medicina, o diagnóstico da DA continua sendo complexo e, embora a etiologia da doença permaneça desconhecida e a evolução do quadro seja parcialmente indefinida, o prognóstico é comumente negativo (Neto, Tamelini e Forlenza, 2005).

A progressão da DA pode ocasionar limitações importantes à independência e autonomia da pessoa idosa, de modo que esta precise de auxílio para realizar tanto as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) como as atividades básicas de vida diária (ABVDs).

O processo de envelhecimento populacional em escala mundial se configura como uma questão de saúde pública e suscita discussões acerca da complexidade da assistência a essa população. Neste cenário, a função do cuidador assume um lugar de destaque, uma vez que as doenças crônicas tendem a prevalecer entre a população idosa (Santos, Bessa & Xavier, 2020), demandando cuidado contínuo. Nesse sentido, o cuidador pode sofrer impactos não apenas com as responsabilidades assumidas, mas também pelo tempo estendido que o cuidado pode demandar, muitas vezes tratando-se de anos, gerando implicações para a saúde física e psíquica do cuidador (Palma, Magalhães & Monteiro, 2019).

Embora os cuidadores possam ser profissionais da área da saúde contratados para prestar assistência nas atividades da vida diária (AVDs), esta função ainda não dispõe de regulamentação profissional específica. Apesar da importante discussão acerca das questões políticas envolvidas neste tema, o foco deste trabalho está direcionado para os cuidadores familiares, uma vez que a experiência de atendimento psicológico tem sido com estes últimos.

Do monitoramento telefônico ao acompanhamento psicológico à distância

Diante das exigências de distanciamento social impostas pela realidade da pandemia de COVID-19, o funcionamento do ambulatório do NAI precisou ser repensado. De início, todas as atividades presenciais foram suspensas, tendo em vista que a população frequentadora do serviço é de pessoas idosas, para as quais estavam voltados os maiores cuidados de prevenção de contaminação pelo vírus.

Assim, os profissionais do NAI, dentre eles estafes e residentes, dividiram-se em miniequipes multiprofissionais, tendo por proposta inicial a realização de monitoramento telefônico com o objetivo de acompanhar as diversas demandas de saúde que pudessem surgir e fornecer orientações

de prevenção contra o novo coronavírus. Inicialmente, os contatos foram pensados com frequência semanal ou quinzenal, sendo acompanhados de acordo com a especificidade de cada caso. Além disso, todos os contatos foram registrados a fim de acompanhar a evolução dos contatos realizados.

Neste contexto, queixas emocionais foram percebidas pela equipe. Iniciou-se, então, uma reflexão sobre os casos cujo acolhimento e escuta pela equipe multiprofissional aparentava não ser suficiente, abrindo a percepção de que uma escuta mais específica poderia beneficiar tais usuários. Assim, o atendimento psicológico começou a ser demandado pelos demais profissionais de saúde da equipe e, em paralelo, ponderávamos, no espaço da supervisão de psicologia, sobre nossa função e especificidade na realização do monitoramento e o que estava no campo das possibilidades. Como no primeiro momento ainda não era claro os efeitos da oferta de um atendimento que já se iniciava por telefone, à distância, apostamos na oferta de uma escuta e o que recolheríamos disso seria em um momento *a posteriori*.

Uma vez aberta à possibilidade desta escuta, chamou-nos a atenção a demanda de alguns cuidadores familiares. Inicialmente observou-se que um discurso marcado por intensa angústia devido às preocupações com a contaminação pelo vírus e pelo aumento de atividades. Em alguns casos, tarefas externas tais como ir à farmácia, ao banco, entre outras, eram realizadas pelo próprio idoso. Contudo, ao serem considerados “grupo de risco”, estas atividades passaram a ser feitas pelos cuidadores. Observa-se nos relatos que tais atividades tinham uma função importante no que tange a socialização da pessoa idosa. Falas como: “para o meu pai, ir à padaria todos os dias era o que ainda o fazia se sentir capaz de organizar a própria vida”, ou ainda, “para mim, a minha mãe ir ao mercado me aliviava com o cansaço do cuidado com o meu pai”, e, “o medo de que os meus pais se contaminem e possam falecer pela doença me causa muita ansiedade”.

Assim, o que inicialmente se configurou como um monitoramento mais voltado para cuidados com a saúde física abriu vias para que estes sujeitos começassem a levantar questões de ordem subjetiva acerca desta função de cuidadores de seus familiares. Desta forma, traremos abaixo elementos de um caso clínico, para refletir sobre algumas questões subjetivas que parecem atravessar a sustentação do lugar de cuidador principal de um familiar com diagnóstico de Alzheimer.

Fragmentos de um caso clínico

Josefa (nome fictício) quarenta e sete anos, reside com sua mãe desde que esta foi diagnosticada pela equipe médica com a doença de Alzheimer em estágio avançado. Josefa é a única cuidadora familiar, pois embora existam outros parentes, a paciente cita a ausência de participação destes na rotina da idosa, apenas dedicando esporádicas visitas. Durante o horário de expediente de

trabalho e quando precisa se ausentar de casa recorre a cuidadores contratados, custeados unicamente por ela.

Inicialmente, Josefa diz oferecer os cuidados à mãe com amor, entretanto, saber que não pode lhe tirar sofrimento é o que a angústia. Pontuou: “enquanto eu não curar a dor dela, eu não vou poder curar a minha”. Disse que “olhar para si seria deixar de olhar para a mãe”, porém, se recebesse ajuda dos outros familiares, poderia cuidar um pouco de si. Esta ausência de ter com quem dividir as tarefas, segundo ela, lhe causa solidão. Alegou considerar injusto a mãe estar nessa situação, mas não se sentir no direito de reclamar pois existem situações piores no mundo. Josefa expressou sentir impotência e tristeza diante da impossibilidade de curar a mãe, com questionamentos ora sobre se faz tudo o que é melhor para a idosa, ora sobre se toda a dedicação é em vão. Entretanto, reforça que jamais deixaria de oferecer o que é necessário, pois não deseja sentir remorso no futuro. Falou que sente culpa quando algo ruim acontece, pois acha que isto devia-se a ela ter feito algo errado. Por exemplo, se a mãe apresenta sintomas intestinais, pensa que deve ter deixado de ter algum cuidado adequado no preparo da alimentação, ainda que tenha seguido a mesma maneira de cozinhar dos demais dias. Mencionou que há uma comparação entre a lembrança dos bons momentos que viveu com a mãe e as limitações dos dias atuais lhe causa intenso sofrimento. Diante destes e outros fatores, descreveu-se como “sentindo-se no limite” e zelando por uma criança. Além disso, recusava-se pronunciar o nome da doença de Alzheimer, fato que, ao ser pontuado, ela afirmou não compreender o porquê.

No decorrer dos atendimentos, Josefa iniciou ponderações sobre a repetição desta função de cuidado ao longo da sua história. Nas suas palavras, referiu que “sempre se colocou em último lugar”, priorizando o atendimento dos desejos de outras pessoas. Exemplificou que não compra roupas novas para si, mas compraria caso fosse para presentear alguém. A partir deste ponto, começou a retomar algumas atividades de lazer para si, em casa, apesar do pouco tempo disponível. Demonstra ambivalência ao narrar seus pensamentos sobre o futuro, em momento posterior a morte da idosa: por um lado, entende que terá liberdade para escolher os caminhos da sua vida, mas por outro, questiona-se sobre o motivo pelo qual não fez isso antes da idosa apresentar a doença e sobre quais experiências será capaz de se permitir. Interroga-se sobre a possibilidade de sentir mais solidão e tristeza, passando os dias pensando sobre o que estaria fazendo pela mãe naquele momento, caso ela ainda estivesse viva.

Entre tantas indagações, expôs que a terapia estava sendo o momento da semana em que podia olhar para si e que o conteúdo da conversa lhe repercutia ao longo dos dias. Imaginava o que falaria na sessão seguinte, mas no momento permitia-se falar livremente. Afirmou ter voltado a dormir bem, pois no último ano acordava com frequência nas madrugadas com medo de que algo ruim acontecesse à mãe durante o sono. Apontou que “quer um dia fazer valer a sua vontade”.

Discussão

Ao se defrontar com as crescentes limitações das funções executivas em decorrência do caráter progressivo-degenerativo da Doença de Alzheimer e a perda das características pessoais que marcam a singularidade de sua mãe, Josefa relembra os bons momentos vividos quando sua mãe ainda dispunha de maior autonomia e independência, comparando-os, com tristeza, à situação atual. Este movimento de Josefa parece indicar um processo de luto antecipatório, especialmente quando se questiona se todos os seus esforços não seriam “em vão”.

Freud (1917) aponta que o luto é uma reação normal à perda de um objeto de amor, porém é um processo extremamente doloroso, já que não é sem resistências que o sujeito desinveste o objeto amado após dar-se conta de que este já não existe. Assim, o luto antecipatório consiste nesse processo de desinvestimento quando o ente querido ainda está vivo, porém, a perda das suas características singulares suscita um processo de luto que se inicia enquanto o sujeito ainda não morreu de fato (Palma, Magalhães & Monteiro, 2019).

Nota-se, no entanto, que a tristeza relativa ao luto antecipado do objeto, vem acompanhado de intenso sentimento de culpa. Podemos considerar que os sentimentos ambivalentes direcionados ao objeto, tomam uma dimensão particular na relação de Josefa com sua mãe.

Em “Nossa atitude perante a morte”, Freud (1915) nos diz que as relações com aqueles com quem mais amamos são regidas pela lei da ambivalência dos sentimentos, pois ao mesmo tempo em que o ente é querido e amado, há nele algo de estranho que causa um sentimento de hostilidade. Esta hostilidade é capaz de suscitar um desejo inconsciente de morte. Nesse sentido, a culpa adviria justamente do conflito cuja origem está na ambivalência dos sentimentos entre o amor e o desejo de morte do objeto amado.

Esta ambivalência se expressa por meio da culpa. Josefa diz que “sente culpa quando algo ruim acontece”, pois sente que fez algo errado que prejudicou sua mãe. Freud (2015) nos alerta sobre a importância da realidade psíquica, pois ainda que o desejo inconsciente de morte não seja capaz de matar uma pessoa de fato, as fantasias fabricadas pelo sentimento de culpa frente à morte factual, em função dos investimentos contraditórios e concomitantes no objeto, podem ter repercussões importantes na vida do sujeito. Podemos pensar nestas repercussões no caso de Josefa, onde ela se vê como responsável pelo bem-estar da mãe que se torna cada vez mais dependente de seus cuidados. Certamente isto tem repercussões importantes em sua vida psíquica. Contudo, percebemos que nesta situação o medo da morte (expresso pelas preocupações excessivas) não está situado somente na fantasia, mas é algo do real que se presentifica a partir das sucessivas perdas das características de sua mãe; perdas inerentes ao processo de envelhecimento e ainda associadas a uma doença crônico-degenerativa.

Considerações finais

A partir das considerações sobre uma escuta específica demandada pela equipe multiprofissional e a apresentação do caso clínico e seus desdobramentos, consideramos que o atendimento psicológico à distância tem sido uma possibilidade de ofertar uma escuta clínica e propiciar um tempo de trabalho e elaboração por parte do sujeito.

Pouco a pouco a desconfiança acerca dos efeitos de uma prática clínica iniciada e continuada virtualmente foi dando lugar a reflexões acerca das possibilidades e limites desse formato de trabalho. Sendo assim, percebemos que o cuidado com a privacidade e o sigilo precisa ser constantemente retomado; estando o paciente em sua casa, o atendimento está suscetível a diversas interrupções, seja devido aos afazeres domésticos, ou o telefone que toca, seja porque algum familiar o interrompeu ou, até mesmo porque o sujeito sente-se à vontade para transitar pela casa, inclusive em áreas pouco privativas durante o atendimento. Trata-se de um esforço no estabelecimento de um *setting* propício ao trabalho analítico, segundo princípios éticos que norteiam este. É importante lembrar que o trabalho no NAI é realizado por uma equipe multiprofissional, assim, é comum perceber que a equipe tende a dar orientações mais objetivas sobre o cuidar tendo a finalidade de minimizar a sobrecarga do cuidador. No entanto, a partir do caso de Josefa, nota-se que muitos elementos estão envolvidos no cuidado, sendo necessário atentar-se também para os aspectos subjetivos envolvidos no ato de cuidar de um familiar com Alzheimer.

Josefa parece estar diante de um difícil trabalho de luto, atravessada por intensa ambivalência e culpa, mantendo-se sempre próxima, sempre em alerta, impossibilitada de se afastar. Nesse sentido, a oferta da escuta adquire importância na medida em que propicia um espaço para que Josefa possa falar das vivências na relação de cuidado, dizer sobre o que é doloroso nesta relação e, sobretudo, ter a possibilidade de realizar um trabalho de elaboração das perdas em um processo de luto antecipatório. A aposta é que ao final deste possa reinvestir em outros objetos e buscar um lugar para si nesta relação de cuidado, já que este lugar parece sofrer um certo apagamento. A despeito de constituir um trabalho em curso, já é possível recolher alguns efeitos desta escuta, especialmente quando Josefa diz que “a terapia tem sido um tempo de olhar para si”.

Os atendimentos realizados podem ser considerados como entrevistas iniciais. Neste sentido, conforme as pontuações de Freud (1914) no texto “Recordar, repetir e elaborar”, é necessário um trabalho do sujeito com a questão que se apresenta, o que demanda tempo. Não se trata de suggestionar sobre o assunto ou apenas compreender as resistências que estão presentes, mas sim permitir que o sujeito possa elaborar suas questões a partir da sustentação da escuta.

Referências

- Freud, S. (1996). Recordar, repetir e elaborar. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1996). Nossa atitude perante a morte. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1996) Luto e Melancolia. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).
- Gallucci Neto, J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. Psiquiatr.* 32(3), 119-130. Recuperado em 27/11/20 em: <<https://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3.pdf>>.
- Santos, C. S. de, Bessa, T.A. de, & Xavier, A.B (2020). Fatores associados à demência em idosos. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 25(2), 603-611. Recuperado em 27/11/20 em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n2/603-611/pt>>.
- Palma, D. A., Magalhães, A. S., & Monteiro, M. C. (2019). Cuidadoras familiares de idosos dependentes: convivendo com perdas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(4), 395-415. Recuperado em 27 /11/20 em: <[file:///C:/Users/luiza/Downloads/50128-146652-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/luiza/Downloads/50128-146652-1-SM%20(1).pdf)>.

A clínica psicanalítica com idosos ditos demenciados: desafios e possibilidades

Camila Cirino Bruno*

Renata de Oliveira Fidelis Cavalcante**

Lilia Frediani Moriconi Cota***

Resumo

Com o presente trabalho pretende-se apresentar algumas questões que se tornaram objeto de interesse a partir da inserção como residente de psicologia no Núcleo de atenção ao idoso (NAI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e da prática clínica orientada pela psicanálise com idosos ditos demenciados. Partimos de uma breve discussão acerca do diagnóstico de demência, através do viés psicanalítico. Em seguida, a partir do recorte de um caso clínico com a especificidade citada, são propostas algumas articulações entre os conceitos de demência, trauma, luto e repetição.

Palavras-chave: psicanálise; demência; repetição; trauma; luto.

Introdução

A partir da prática clínica orientada pela psicanálise com idosos ditos demenciados, algumas questões surgiram e têm sido importantes norteadoras do trabalho e estudo dos casos. Com este trabalho pretendemos introduzir a discussão acerca de três delas. O que é possível na clínica de orientação psicanalítica com idosos ditos demenciados? De que ordem (estatuto) são as repetições que estes idosos fazem na clínica? Elas dizem respeito ao déficit de memória, como o discurso médico descreve, ou são repetições próprias do movimento de elaboração na análise?

Primeiramente, consideramos importante pensar nas questões em torno do diagnóstico de demência e nos impactos deste para o sujeito. A partir do viés psicanalítico, sabemos que “há algo na memória, na lembrança e no esquecimento que diz respeito ao sujeito” (Castilho *et al*, 2019). Neste sentido, como não considerar algo do sujeito frente a um diagnóstico que traz em seu próprio curso a questão da memória?

Muitas vezes o discurso médico retira qualquer aspecto subjetivo da doença, excluindo completamente a dimensão do sujeito. Jack Messy, um dos autores sob a ótica da psicanálise, faz uma discussão importante acerca da demência. Na visão de Messy (1992) sobre o que ocorre na demência,

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2020).

**Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso /UnATI/UERJ. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

***Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso /UnATI/UERJ. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

o sujeito deixa de possuir a lembrança das palavras, o que não significa necessariamente que não se recorde mais dos fatos, mas sim que faltam as palavras para dizer sobre eles. Nos questionamos se esta falta de palavras poderia referir-se a algo que teve valor de trauma para o sujeito. Podemos também questionar sobre a dimensão inconsciente presente no esquecimento de algumas palavras.

Para a clínica psicanalítica importa o que o paciente tem a dizer sobre ele e/ou sobre seu diagnóstico. Quaderi (2008) salienta que o clínico orientado pela psicanálise não pode deixar de ofertar a escuta, dando lugar às palavras do paciente, independente do diagnóstico. Sobre a chegada de um “idoso” ao tratamento analítico, Castilho (2017) aponta que em alguns casos esta é marcada pelo primeiro tempo de um trabalho de luto e que em determinadas situações, o sujeito pode estar atravessando perdas significativas e concomitantes, podendo mostrar algo ao analista em ato. Aqui também é importante levar em consideração a especificidade da clínica de que estamos tratando, com sujeitos que estão diante da dificuldade, como apontado por Messy (1992), de fazer uso da palavra, onde se oferece um espaço de aposta para alguma enunciação.

A partir destas considerações, pretendemos trazer um recorte de um caso clínico que apresenta aspectos citados até aqui e que foi um dos principais suscitadores das questões norteadoras do trabalho, com o objetivo de iniciar uma articulação entre demência, luto, trauma e repetição.

Caso Clínico

Laura (nome fictício) é uma idosa de setenta e sete anos diagnosticada com demência vascular há aproximadamente sete anos. Foi encaminhada para o Núcleo de Atenção ao Idoso quando a equipe do serviço de saúde mental que a acompanhava anteriormente considerou que ela poderia se beneficiar do atendimento multidisciplinar do NAI. Os diagnósticos que a acompanham desde os quatorze anos são o de Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo Maior, o primeiro sendo descartado em determinado momento de seu acompanhamento. Laura faz uso de medicamentos psicotrópicos desde a adolescência, período em que chega ao primeiro serviço de saúde mental após o falecimento de um familiar próximo.

A idosa chega ao NAI em novembro de 2019 e é encaminhada para a psicologia tendo iniciado o acompanhamento no mesmo período. Os atendimentos permanecem em curso até os dias de hoje, sendo realizados semanalmente. Inicialmente, os atendimentos eram presenciais, precisando ser adaptados para o recurso telefônico a partir do início da pandemia de COVID-19¹ em março deste ano, que impossibilitou a ida dos profissionais e pacientes ao espaço do ambulatório.

As questões trazidas pela paciente durante este tempo de trabalho giram em torno de alguns temas principais, algumas tendo retornado com menos frequência e outras aparecendo em quase todas as sessões. Neste trabalho iremos focar nos processos de luto atravessados pela idosa. Os lutos

trabalhados estão tanto relacionados às perdas anteriores ao início dos atendimentos quanto às perdas atuais vivenciadas pela paciente.

Durante este período de atendimento, Laura apresentou diversas vezes estados depressivos. Relatos de insônia, fraqueza, cansaço, impossibilidade de sair da cama e de realizar tarefas habituais são frequentes e, por vezes, impossibilitaram seu comparecimento aos atendimentos. Em uma das vezes em que falava sobre seu cansaço, disse: “Estou cansada de mim mesma.”.

A primeira situação vivenciada como perda que aparece no relato de Laura no início dos atendimentos foi o falecimento do esposo há quatorze anos. O momento em que seu filho e neto (figura importante, com a qual a paciente possui uma relação intensa), deixam de residir com ela após muitos anos de convivência também ocupou um lugar de perda significativa para ela. Em relação às mortes na família, a idosa pôde falar algumas vezes em atendimento sobre a perda da mãe e do pai. Laura vivenciou ainda, recentemente, duas perdas importantes que estão em processo inicial de elaboração do luto: a morte da irmã e da cunhada por complicações relacionadas ao COVID-19. É importante destacar que a cada vez que a paciente traz o relato de uma perda em atendimento costuma retomar experiências de perdas anteriores.

Demência, trauma, luto e repetição na clínica psicanalítica

Em relação à morte da cunhada, que ocorreu apenas poucos meses após a de sua irmã, a idosa traz a seguinte questão: “Não cheguei a fazer visita a ela, sabe por quê? Nem eu sei.”. Após algum tempo, no mesmo atendimento ela diz: “Não fui, pois quero ficar com a memória dela viva”. Podemos considerar que este caminho percorrido - entre suas questões e alguns sentidos dados a elas - se refere ao trabalho de elaboração que está sendo possível para ela e sendo sustentado pela escuta do analista. Sabemos que alguns contextos são mais favoráveis à elaboração de um luto, porém não se trata aqui de prescrever formas de se vivenciar a perda pra uma melhor elaboração, mas de permitir que ela possa fazer este trabalho.

Ainda sobre a perda da cunhada, Laura faz as seguintes falas: “Com a minha irmã eu não senti metade do que estou sentindo agora porque eu estava tendo mais contato com a minha cunhada do que com ela.” e “Eu não tenho minha cunhada como morta, mas sim como viva. A minha irmã eu tenho certeza que morreu”. A partir destas falas vemos que a perda da cunhada a faz retomar a vivência dolorosa da perda da irmã.

Esta ideia de manter a cunhada viva de alguma forma nos remete aos apontamentos de Freud sobre a complexidade envolvida em abrir mão do objeto amado perdido, trazendo o conceito de luto como um processo lento e gradual. Segundo Freud (1917), a partir do momento em que o objeto amado deixa de existir, a realidade exige que a libido possa ser retirada de tal objeto para ser investida

em outro. Porém, esta não é uma tarefa fácil, mesmo quando há outro que possa substituí-lo em vista. Isto custa ao sujeito tempo e energia de investimento, enquanto este acaba por prolongar psicologicamente a existência do objeto perdido. Trata-se então de uma tarefa bastante dolorosa. Podemos pensar que no caso da clínica com idosos este trabalho pode se tornar ainda mais complexo, tendo em vista alguns limites que a capacidade de substituição do objeto pode encontrar considerando as diversas perdas e processos de luto que podem ser enfrentados na velhice.

Outra experiência significativa que acontece neste contexto de trabalho de luto é uma situação de golpe vivida por Laura. A paciente relata que bandidos ligaram para sua casa fazendo ameaças e pedindo dinheiro. Segundo ela, disseram que haviam sequestrado sua filha e que ela precisaria pagar para que a devolvessem. A idosa refere ter ficado por algumas horas no telefone com os indivíduos e em seguida levou alguns colares e o dinheiro que tinha em casa até eles, que estavam esperando na padaria da esquina de seu condomínio. Perguntada sobre ter cogitado pedir ajuda ou não ir até o encontro deles, Laura responde que não se recorda o motivo de não ter sido possível naquele momento pedir ajuda e que precisou encontrá-los para dar o que tinha. Neste atendimento e nos dois seguintes, ela faz um trabalho de tentativa de elaboração do ocorrido retomando alguns aspectos, como por exemplo, uma tentativa de entender como tinham seu número, como sabiam os nomes dela e da filha e também reproduzindo algumas falas deles, mencionando que “apesar de tudo, não me trataram mal, tiveram respeito.” (sic). Castilho *et al.* (2019) indicam que alguns relatos relacionados a esquecimentos e questões de memória na clínica com “idosos” são acompanhados de angústia e, em alguns episódios, estes se colocam em situações de perigo. Esta cena ocorre em meio aos lutos experienciados pela paciente, inclusive não muito tempo depois da perda de sua irmã, e que demandam um intenso trabalho de elaboração. Nesta situação algo comparece em cena como mais uma perda. Esta poderia estar associada ao temor de perder a filha?

Nos atendimentos em que surgiram ou foram retomadas suas experiências de luto, Laura traz frases como: “A morte da minha irmã foi dez mil vezes pior para mim do que a da minha mãe e do meu pai”, “Não me conformo, pior dor do mundo.” – se referindo à morte da irmã e “Uma tragédia horrível.” – se referindo à situação do golpe. Estas frases ilustram que estas vivências foram experienciadas como traumáticas para ela, ou seja, foram da ordem de um trauma. Sobre o conceito de trauma em psicanálise, de acordo com Laplanche & Pontalis (2001) trata-se de um “acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelos transtornos e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica” (p. 522).

O que nos faz considerar as vivências apresentadas como traumáticas não é o fato da paciente poder enunciar essas frases, mas sim a insistência penosa dessas memórias frente às quais ela não consegue atribuir um sentido. Messy (1992) defende a ideia de que o surgimento ou agravamento do

quadro demencial está associado a vivências traumáticas. Sua hipótese é a de que o indivíduo seria levado à demência ao ser atravessado por uma perda brutal, da ordem do insuportável. Neste sentido, o trabalho do analista diante da compulsão a repetição se dá no sentido de sustentar o trabalho do sujeito em simbolizar o que é da ordem do trauma, do real. Para isto, tanto a lembrança como o esquecimento têm papel importante e necessitam deste trabalho do sujeito, a cada vez, para que possa dar seu significado (Castilho *et al.*, 2019).

Algumas repetições de falas e situações em atendimento suscitaram a questão de saber sobre de que ordem estas seriam, considerando a radicalidade com que as questões relativas à memória se colocam e as repetições características de elaboração na clínica.

A repetição na clínica pode estar ligada à resistência, como aponta Freud (1914) ao afirmar que o esquecimento de ideias e experiências geralmente se trata de um bloqueio a elas. Em alguns casos o analisando não se recorda do que foi anteriormente esquecido e recalado, mas repete como ato sem tomar conhecimento da repetição (Freud, 1914). Ainda na noção de repetição como resistência, Freud (1914) aponta que “quanto maior for a resistência, de forma mais frequente o lembrar será substituído pelo atuar (repetir)” (p. 156). Entretanto, em Freud (1920) a questão da repetição se torna mais complexa com a introdução do conceito de pulsão de morte, que traz outro aspecto da repetição ao sinalizar que na compulsão à repetição relembram-se experiências anteriores que não trazem prazer ou satisfação. Neste texto, a repetição se associa ao trauma e não apenas ao recalque.

Sendo assim, pensando nas considerações sobre a repetição, podemos entender que há um limite da possibilidade de simbolização e da tentativa de dar sentido no trabalho de análise. Dentro deste limite, no entanto, é importante ressaltar que, em análise, aquilo que se repete da experiência traumática, pode assumir novos contornos a cada vez, indicando o trabalho do sujeito de elaboração. A clínica psicanalítica considera que as repetições que aparecem neste trabalho do sujeito não podem ser vistas apenas como obstáculo.

Com o avanço da discussão em supervisão e estudo do caso, foi possível de alguma forma deixar de lado o aspecto orgânico da perda de memória própria de seu diagnóstico, que é indiscutível, mas não é algo a ser tratado de nosso campo. Do lugar da psicanálise importa especialmente, neste caso, a ideia de lembranças que não podem ser esquecidas e que por conta disto são repetidas em análise, como lembranças traumáticas que se impõem ao sujeito e são causa de sofrimento e angústia. Algumas falas de Laura neste sentido chamam a atenção, como: “Se é difícil lembrar? Não, é difícil esquecer!” – se referindo a experiência do golpe sofrido –, e: “Eu não esqueço das coisas, eu me lembro” - se referindo a data de morte do esposo.

Aqui é importante ressaltar as repetições que chegam através da fala e que são de outra ordem, em relação à repetição em ato. Poder falar de uma lembrança marca alguma diferença dos casos em

que só é possível reproduzi-la através do ato, tratando-se assim de um trabalho psíquico de representação das vivências traumáticas. De acordo com Freud (1914), o objetivo do analista é que o paciente possa reproduzir em âmbito psíquico, ou seja, lembrar em tratamento através da fala ao invés de repetir em ato. Para Castilho *et al.* (2019) as questões da memória e do esquecimento não são simples. Quanto à complexidade deste trabalho, Freud (1914) já apontava anteriormente que um tempo é necessário para que o paciente possa elaborar e superar as resistências ao tratamento, sendo um percurso que não pode ser evitado ou acelerado pelo analista.

Por fim, faz-se importante pontuar o papel da transferência neste trabalho. Para Freud (1914) o principal recurso para que o paciente possa trazer as lembranças em âmbito psíquico é o manejo da transferência. Sobre este aspecto, Castilho *et al.* (2019) afirmam que para a psicanálise, qualquer material que aparece no trabalho, sob o campo da transferência, tem sua importância.

Considerações finais

A partir das questões suscitadas e das breves considerações que foram possíveis a partir do enquadre realizado, podemos concluir sobre a importância da escuta do sujeito, dando lugar para que ele mesmo possa dizer sobre suas questões, sintomas e diagnóstico. Ou seja, para a psicanálise o paciente deve ser recebido sem nenhum *a priori* que possa influenciar a escuta do analista, produzindo uma suspensão do saber prévio sobre o caso, atravessado por saberes de outros campos.

Em relação à ordem ou estatuto das repetições que aparecem na clínica dos idosos ditos demenciados, ao adentrar esta questão percebemos quão vasta é esta discussão, que pode levar a caminhos bastante relevantes e formadores para a clínica psicanalítica. A observação de experiências traumáticas nesta clínica nos levou para além da questão da perda de memória, colocando em cena lembranças que não são possíveis de esquecer. Contudo, sobre a importância dos avanços da teoria em psicanálise, desde Freud, a clínica interroga a teoria trazendo reformulações e ampliando o trabalho de articulação entre ambas, bem como aponta o texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” de 1912. Sabemos que na clínica a escuta não deve ser direcionada para a confirmação de alguma hipótese teórica, mas a elaboração teórica nos permite, em um segundo momento, ampliar as dimensões da escuta do sujeito. Sendo assim, é fundamental ouvir tudo que o paciente traz sem a preocupação de distinguir a ordem do que é trazido naquele momento, pois, como vimos, tudo que é dito tem valor para a clínica.

Retomando outra pergunta que direcionou a escrita deste trabalho: qual é a possibilidade de um avanço na clínica com estas especificidades, ou seja, que trabalho é possível com esses pacientes? Podemos pensar que ao constatarmos que este idoso possa fazer algum movimento de elaboração a

partir das repetições realizadas – como temos notícias a partir dos efeitos percebidos *a posteriori* – já estamos apostando que algo possa “avançar” nesta clínica.

Notas

- 1- RESOLUÇÃO DO CFP Nº 4, DE 26 DE MARÇO DE 2020 - Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19.

Referências

Castilho, G. (2017). Luto e acting-out na práxis psicanalítica. In *Identificação*. Revista da Escola Letra Freudiana, 49. Rio de Janeiro: 7 Letras.

Castilho, G. et al. (2019). A práxis dos residentes no ambulatório NAI: psicanálise e velhice. In Vorsatz, I. & Albert, S. (Orgs.) *Residência em Psicologia Clínica Institucional: práxis e formação*. (p. 51-73). Curitiba: Juruá Editora.

Freud, S. (1969). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912).

Freud, S. (2016). Lembrar, repetir e perlaborar. In *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1914).

Freud, S. (2016). Luto e melancolia. In *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1917).

Freud, S. (1969). Além do princípio do prazer. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Messy, J. (1999). *Desmentir a demência*. In Messy, J. (Org.). *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. Editora: Aleph.

Quaderi, A. (2008). A psicanálise sob o risco da demência. *Psicologia Clínica*, 20(2), 185-198.
RESOLUÇÃO Nº 4, DE 26 DE MARÇO DE 2020 (2020). **Conselho Federal de Psicologia**. Recuperado em: <<https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=04/2020>>.

O sujeito diante do esquecimento do Outro

Priscila Mählmann*

Renata Fidelis**

Luciana Marques***

Resumo

O presente trabalho possui como objetivo discutir a respeito de algumas manifestações de inibição de familiares de pacientes atendidos no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) acometidos pelas doenças de Alzheimer e Demência. A discussão toma como base uma queixa, a partir das falas dos médicos, a respeito de uma dificuldade acentuada dos cuidadores dos pacientes em compreender a complexidade do diagnóstico e, conseqüentemente, em seguir as orientações e direcionamentos para os casos. Procura-se refletir sobre a dificuldade observada por parte dos cuidadores – em sua maioria familiares, filhos, esposos e/ou esposas – na compreensão e direção dos cuidados aos referidos pacientes atravessados pelas morbidades citadas.

Palavras-chave: Psicanálise; Olhar; Estádio do Espelho.

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) é composto por equipe multidisciplinar que inclui médicos geriatras, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Faz parte do calendário de atividades da equipe o *Grupo de Estudos Multidisciplinar* (GEM), criado com o intuito de abarcar as questões que atravessam a clínica do idoso. Em um desses encontros, após o estudo sobre a temática da *Demência* e do *Alzheimer*, em que cada área profissional pôde fazer suas considerações, foi trazido em forma de queixa, a partir da fala dos médicos, a acentuada dificuldade dos cuidadores dos pacientes em compreender a complexidade do diagnóstico e, conseqüentemente, em seguir as orientações e direcionamentos para os casos.

Diante desse questionamento em forma de queixa, procura-se refletir sobre a dificuldade observada por parte dos cuidadores – em sua maioria familiares, filhos, esposos e/ou esposas –, na compreensão e direção dos cuidados aos referidos pacientes atravessados pelas morbidades citadas. Para isso, recorreremos brevemente a algumas elaborações de Freud e de Lacan a respeito da

*Especialista em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. Mestranda do Programa de Pesquisa e Clínica em Psicanálise (UERJ).

**Psicóloga. Preceptora da Residência em Psicologia Clínica-Institucional do IP-UERJ no Núcleo de Atenção ao Idoso.

***Psicanalista, Pós-Doutoranda e Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PGPSA-UERJ).

constituição do eu a fim de refletir sobre as consequências do diagnóstico de Alzheimer e de demência para aqueles que cuidam dos pacientes enfermos, tendo em vista a especificidade da doença, sabida progressiva e degenerativa, cujos sintomas mais prevalentes são a perda de memória, esquecimentos, desorientação no tempo e no espaço, e não reconhecimento de pessoas e lugares conhecidos.

Em *Introdução ao narcisismo* (1914[1916]2010), Freud conceitua que a unidade do eu não está dada desde o começo. O eu, enquanto instância que tenta dar consistência à dispersão corporal, tem que se constituir. Em um primeiro momento, temos um corpo fragmentado dependente de uma “assistência alheia” que é mapeado, banhado pela linguagem, contornado pelas projeções e investimentos narcísicos que vem desse outro, adquirindo, portanto, uma imagem de corpo. Isto é, uma *Gestalt* que vela qualquer possibilidade de furos e imperfeições, conceituado por Freud como “eu ideal” respectivo ao narcisismo primário. Um corpo “carne”: ponto de encontro entre a imagem, os significantes que o nomeiam e o real, aquilo escapa a qualquer tentativa de nomeação.

O eu ideal, esse primeiro esboço de eu, provém da fonte das projeções narcísicas dos pais, a partir da qual é ofertada ao bebê uma imagem correspondente a esse narcisismo perdido de outrora, logo, imagem não menor que a própria perfeição. Todavia, justamente por se tratar de uma imagem de perfeição, que podemos comparar à primeira experiência de satisfação na medida em que também se trata de uma experiência mítica a ser perseguida pelo sujeito posteriormente, será inaugurada uma ideia de eu a ser reconquistada, um Ideal de eu:

A constituição do Eu consiste num distanciamento do narcisismo primário e gera um intenso esforço para reconquistá-lo. Tal distanciamento ocorre através do deslocamento da libido para um ideal do Eu imposto de fora, e a satisfação, através do cumprimento desse ideal. (FREUD, 1914[1916]2010, p.48)

Em *O Estádio do espelho como formador da função do eu* (1949|1998), Lacan inicia sua exposição demarcando que a função do eu se opõe ao *Cogito* “penso, logo sou”. De partida é demarcado que a constituição do eu não se trata de uma filosofia, uma vez que o próprio *Cogito* seria uma experiência posterior ao fato de o sujeito ser falado, de ser banhado por significantes advindos do Outro. Sendo assim, é condição indispensável que o bebê, para acessar sua primeira experiência de eu, o eu ideal, esteja, de antemão, sendo sustentado pelo Outro. Lacan nos convoca a pensar o estádio do espelho como uma identificação, traduzida por ele como uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem. Em seguida nos dá pistas sobre a importância do estádio do espelho para a emergência do sujeito:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o

filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1949|1998, p.97)

Portanto, para que o bebê tenha acesso à sua própria imagem ele precisa da mediação e da sustentação do Outro, mediação tanto imaginária quanto simbólica que ratifica a antecipação da Gestalt vislumbrada pelo bebê. Logo, o eu nada mais é do que uma série de identificações, traços, camadas identificatórias sobrepostas advindas do Outro e resultado da alienação do sujeito aos significantes deste. Para viver, a única saída para o bebê é alienar-se ao Outro, porém, como efeito da castração, da constatação do desejo. Logo, da falta neste Outro, o sujeito se separa, repetindo ao longo da vida esse processo de alienação e separação.

Dito isto, não é surpresa que essa primeira relação do sujeito com a imagem tenha efeitos inevitáveis sobre as escolhas objetais posteriores. É a partir dessa imagem idealizada que o sujeito deslizará, neste processo de alienação-separação, para outros objetos, onde buscará resgatar “o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal”⁴, sendo possíveis dois tipos de escolha objetais, como postulou Freud (1914[1916]2010): “(...) a pessoa ama: 1) conforme o tipo narcísico; e 2) conforme o tipo de apoio”.

No que diz respeito à questão que motivou essa reflexão, é importante destacar que, paralelamente às queixas compartilhadas pela equipe quanto a essas “negligências” por parte dos familiares, tive a oportunidade de escutar no *setting* analítico alguns pacientes, ditos cuidadores e, apesar de assegurar e de apostar que o trabalho analítico só pode se dar na singularidade do discurso de cada sujeito sob transferência, fui levada a atentar para um atravessamento que se repetia em diferentes casos e que diz respeito às consequências psíquicas desses sujeitos frente ao adoecimento de seus familiares. O que nos leva à breve exposição de algumas vinhetas de casos clínicos. Os nomes utilizados são fictícios.

Ofélia, uma mulher de 63 anos, chega encaminhada pela equipe multiprofissional para o serviço de psicologia do NAI para “tratar do luto” de sua mãe recém falecida em decorrência da evolução da doença de Alzheimer. Chega angustiada à primeira sessão, queixando-se de um medo de altura que a impedia de atravessar passarelas e lugares altos, e de um temor por enlouquecer. Após algumas perguntas e certo tempo de sessão, relacionou o desencadeamento desses sintomas com o início do adoecimento de sua mãe e, ainda referindo-se a ela, diz que quando soube do diagnóstico “ficou sem chão”.

⁴ FREUD, Sigmund. Introdução ao narcisismo (1914), p.36.

Maurício, 70 anos, chega ao serviço encaminhado por uma médica que especificava que o paciente solicitara atendimento psicológico por estar muito abalado com o recém diagnóstico de Alzheimer conferido à sua esposa. Na primeira sessão, diz ter inúmeras crises de “queda de pressão”, náuseas e tonteira. Maurício já atribuíra tais sintomas a problemas cardíacos e à labirintite, mas, após alguns exames, os médicos descartaram a possibilidade de que a causa de tais sintomas fosse orgânica e o encaminharam para um atendimento psicológico. Não demora para que Maurício desvele em seu discurso, através de um deslizamento de significantes, que, durante as “crises de labirintite”, sente-se desorientado e se perde. Segundo ele, seu maior medo é o de que sua esposa se perca e, conseqüentemente, a perca também. Relata que quando recebeu o laudo médico a respeito do Alzheimer de sua esposa, sentiu-se completamente sem chão: “foi como se um buraco tivesse aberto debaixo de mim” e, em associação livre, conta de suas quedas de pressão.

Marinéia, 73 anos, perdera seu esposo em decorrência da doença de Alzheimer há 2 anos e chega às sessões de análise por reconhecer que ainda não elaborara este luto e porque sofria de insônia. Ao pedir que me conte um pouco mais sobre essa insônia, Marinéia diz que costuma ir para a janela, conserta sua máquina de costura e checa se o gás da cozinha está desligado. Rituais esses executados por seu esposo durante o adoecimento, sem Marinéia ter feito qualquer associação antes de começar a falar sobre eles.

Damião, 68 anos, vem encaminhado pela equipe médica por “estar muito sobrecarregado com os cuidados com a esposa” que recentemente havia tido 4 acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e começou a apresentar uma certa desorientação e esquecimento como seqüela dos ocorridos. Damião queixa-se principalmente de esquecimento. Costumava ter uma boa memória, mas de uns tempos pra cá estava se esquecendo de várias coisas. Quando questionado sobre o início de seus sintomas, ele revela que foi após os episódios de AVC da esposa.

As quatro vinhetas aqui apresentadas buscaram delinear o que foi observado no discurso dos pacientes a respeito do desencadeamento de certas inibições/sintomas que tomaram forma justamente quando eles se defrontam com a doença de seus entes queridos. Isso nos leva a questionar se poderíamos tomar essas inibições/sintomas como conseqüências na estruturação do sujeito quando ele se vê diante deste Outro e, aqui considerando-o enquanto matriz simbólica, que, paulatinamente, falha na função de ratificar os traços identificatórios adotados pelo sujeito em questão. Em outras palavras, o aparecimento desses sintomas poderia ser uma tentativa narcísica de se proteger frente à impossibilidade de se confrontar com os “furos” do Outro.

A queixa da equipe não parece sem fundamento, visto que esses cuidadores parecem estar mais perdidos que os próprios doentes. Perdidos no olhar desse Outro que não mais o reconhece, que não mais o reflete, que não mais o sustenta. Se o Outro é a matriz para a estruturação do sujeito, esse esquecimento poderia ser um precedente para a (des) estruturação? Esta estaria relacionada a uma

desorganização psíquica, gerada pelo investimento do Eu em algo da ordem de um trabalho de luto, mesmo não se tratando de uma perda de objeto propriamente dita? Talvez daí todo o esforço narcísico de tamponar a falta no Outro emprestando-se como sutura para essa falta. Diante da demência do Outro, parece que o que resta é esquecer. A alternativa que ofertamos é lidar com este mal-estar através de um trabalho pela fala.

Referências

Freud, S. (2010) Introdução ao narcisismo. In. *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. (ed e pp.13-49) São Paulo: Companhia das Letras. (Obra publicada originalmente em 1914 [1916]).

Lacan, J. (1998) O estágio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. (pp. 96 -103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra publicada originalmente em 1949).

A presença como palavra através das TICs durante a pandemia de COVID-19 no CAPS UERJ

Ursula Possollo*

Ágata Vieira**

Ademir Pacelli Ferreira***

“Toda criação surge da urgência, toda urgência engendra uma superação pela palavra”

Jacques Lacan

Resumo

Este trabalho visa demonstrar como as tecnologias da informação e comunicação (TICs) foram utilizadas pelo CAPS UERJ como ferramentas para se manter próximo aos usuários do serviço durante a pandemia de COVID-19 utilizando a psicanálise como analisador deste processo. Para isto, apresentamos um caso clínico no qual os usos de tais ferramentas se mostraram cruciais para permitir o acolhimento e a escuta do sujeito, que diante de alguém disposto a ouvi-lo, pode falar e assim abrir espaço para encontrar novos sentidos para sua existência. Desta forma, as TICs, embora não substituam o espaço físico do CAPS, se apresentaram como ferramentas importantes para que os usuários tivessem um espaço de fala e de acolhimento durante um período em que a convivência no CAPS se encontrava restrita. Assim, conseguimos observar que a psicanálise continua se reinventando e permitindo uma escuta qualificada do sujeito através de outros dispositivos, mantendo seu principal meio de trabalho: a palavra.

Palavras-chave: tecnologias da informação e comunicação; CAPS; psicanálise; COVID-19.

Introdução

Com a chegada da pandemia do novo coronavírus no mundo e no Brasil, mudou-se o cotidiano de nosso país em decorrência das restrições impostas pelo vírus, do receio de contaminação pela população, do crescimento alarmante do número de adoecimentos e mortes causadas pelo mesmo.

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

** Psicóloga. Pós-Graduada em Estratégia e Saúde da Família com ênfase em Saúde Coletiva. Residente de segundo ano do Curso de Especialização Integrado em Saúde Mental - Modalidade Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Mental. UERJ (2020)

*** Pós-doutor PUC-SP. Doutor em Psicologia Clínica pela PUC-RJ. Professor Associado do DPC/IP/UERJ. Preceptor do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) UERJ do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ.

Diante deste cenário a área da saúde precisou encontrar novas formas de responder a estas demandas para proteger e cuidar da população. Os hospitais criaram leitos especiais, cancelaram as cirurgias eletivas, ambulatórios fecharam as portas, clínicas da família passaram a atender apenas casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e diversos profissionais da saúde saíram de seus consultórios para atender através da modalidade online. Assim como os demais setores da saúde, os serviços de saúde mental também precisaram rever e remodelar seus atendimentos.

O CAPS UERJ possui algumas particularidades que impactam diretamente no dia a dia de seu trabalho. Além de ser um CAPS universitário com convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e ser referência da área programática AP 2.2, se encontra localizado dentro da Policlínica Piquet Carneiro (PPC), uma policlínica universitária da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que é referência no atendimento à população em suas diversas clínicas. Sendo um local de referência em pesquisas, ensino e extensão, reconhecida por sua grande qualidade de atendimento, a PPC foi eleita como um dos centros de referência para a testagem de profissionais de saúde com suspeita de COVID-19, o que impactou diretamente o trabalho dos ambulatórios ali situados, que precisaram suspender suas atividades. O CAPS UERJ, sendo considerado um serviço de alta complexidade, voltado para uma população vulnerável e que muitas vezes necessita de acompanhamento intensivo para conseguir se sustentar subjetivamente, não suspendeu todas as suas atividades como fizeram a maior parte dos ambulatórios da policlínica.

Assim sendo, diante deste cenário, se fez necessário pensar novas formas de atuação que fossem capazes de proporcionar não apenas condições de biossegurança que protegessem usuários e equipe, mas que também possibilitassem a continuidade do cuidado em saúde mental (Silva e Barbosa, 2020). Uma série de medidas preventivas foi tomada, como a interrupção das oficinas terapêuticas e qualquer tipo de atividade grupal, suspensão do almoço e a redução dos dias previstos na proposta terapêutica de cada usuário, de forma que esses passassem o mínimo de tempo possível no CAPS, ficando assim os serviços oferecidos pelo CAPS restritos às consultas médicas, dispensação de medicação assistida e atenção à crise. Além disso, também houve redução na carga horária de funcionamento do serviço, diminuição no número de profissionais presentes por dia, afastamento físico completo de profissionais inseridos na categoria do grupo de risco para o COVID-19 e transição dos encontros de equipe (reuniões, supervisões e preceptorias) para a modalidade online. Entretanto, diante destas medidas, como sustentar a presença do serviço como um cuidado de qualidade na vida destes usuários a partir do momento que estes são afastados do serviço? Como preservar os laços e assegurar que haja uma continuidade deste trabalho?

Para isso, a equipe do CAPS se reuniu para pensar estratégias e decidiu por fazer uso das ferramentas disponíveis: as tecnologias da informação e comunicação (TICs), para acompanhar de forma intensificada os usuários selecionados previamente pela equipe. Deste modo, de acordo com

Barbosa *et al.* (2020), “setenta pacientes foram elegíveis para um monitoramento contínuo nesse período, objetivando a não agudização e/ou a manutenção do cuidado dentro dos limites que o panorama atual exige, por entendermos serem casos que demandam acompanhamento intensivo” (p. 16).

A responsabilidade pelas ligações e acompanhamento ficou a cargo das residentes de enfermagem, psicologia e serviço social, sendo acompanhadas pelos preceptores e com o espaço online de preceptoria para discussão dos casos. Apesar de estarmos cientes da importância de um contorno físico na atenção à crise e principalmente nos casos mais graves de psicose, neste momento foi necessário apostar na palavra como possibilidade de nos mantermos presentes no cotidiano daqueles sujeitos. Destaca-se que essas intervenções não tiveram a intenção de substituir o espaço físico do CAPS, mas sim demarcar a presença do serviço por instrumentos não usuais no cuidado de saúde mental (Barbosa *et al.*, 2020).

Diante deste desafio que se impôs, torna-se importante ressaltar a particularidade da psicanálise dentro deste contexto, pois apesar de ser um horizonte novo que se abriu com o aumento do uso das TICs durante a pandemia, a linguagem se apresenta como uma das suas principais ferramentas de trabalho. O olhar e a escuta psicanalítica, a tempos já encontra seu espaço dentro das instituições, principalmente no que diz respeito ao campo da saúde mental. Capoulade e Pereira (2020) nos recordam que o *setting* analítico não está restrito a clínica individual em uma sala fechada, havendo exaustivos exemplos clínicos de experiências bem sucedidas fora deste ambiente imaginado como ideal. O que é reafirmado por Dassoler (2012) ao indicar que um dos compromissos éticos da psicanálise dentro das instituições é o de ser colaboradora do projeto psicossocial, por entender que a subjetivação não se faz alheia ao laço social.

Freud (1912), ao falar da regra fundamental da psicanálise afirma que trata-se de o paciente falar livremente, ou seja, falar sem censuras tudo o que lhe vier à mente, o que ficou conhecido como associação livre. Já Lacan (2008), ao falar do lugar do analista, afirma que a única coisa que este pode oferecer ao seu paciente, é seu desejo. Ou seja, se é através da linguagem que o sujeito pode aparecer, também é apenas através de nosso desejo como analista que podemos não apenas ouvir, mas fazer falar o sujeito, pois concebemos que “o sujeito só fala para alguém que escuta” (Moura, 1996, p. 13) e que “a palavra pode ajudar o ser falante a suportar melhor a condição humana” (Moura, 1996, p. 14). Acreditamos que a linguagem não se reduz a fala verbal, há que se lidar com o silêncio e com as várias possibilidades do sujeito se comunicar.

Sendo assim, foi na aposta nestas ferramentas primordiais assinaladas pela psicanálise que foi possível (re)construir a clínica diante das impossibilidades do real, pois “ao falar, o sujeito pode se inserir no tempo da sua história e esperar o tempo do Outro” (Moura, 1996, p. 10). Apresentaremos

em seguida um caso clínico para ilustrar e testemunhar esta prática possível nestes tempos extremos e de muita angústia.

Caso Clínico

Virginia (todos os nomes apresentados neste caso são fictícios), irmã de Isabel, entrou em contato telefônico com o CAPS em julho relatando dificuldade no manejo com a mesma devido a pandemia e a suspensão de atividades coletivas no CAPS. Solicita que o CAPS, através de contato telefônico, converse com Isabel. A partir deste contato de Virgínia, Isabel foi incluída na lista do acompanhamento telefônico. É faz necessário ressaltar que durante todo o tratamento de Isabel no CAPS, Virginia pouquíssimas vezes procurou a equipe, solicitando-a apenas para tirar dúvidas médicas acerca do quadro de sua irmã.

Pouco tempo após o início do acompanhamento, Virginia começa a apresentar queixas pessoais durante as ligações, falando de todas as coisas que deixou para trás para cuidar de Isabel e de seus pais idosos e de como acredita ter perdido sua identidade. Ao final da ligação, a residente sinaliza para a equipe da necessidade de acolhimento das questões de Virgínia e a direciona para o Grupo de Apoio Mútuo de Familiares, que vêm ocorrendo de forma online desde o início da pandemia. Na ligação seguinte, feita por outra residente, o discurso de Virginia evolui e a mesma passa a se dizer sobrecarregada e sem energias para continuar, sente que está sendo castigada e sem possibilidades de sair desta situação, chegando a afirmar já ter uma corda para se enforcar. Fala esta que chama a atenção da residente, que prontamente acionou a equipe do CAPS e a Clínica da Família (CF) de referência para que todos pudessem estar mais próximos do caso, dando suporte a Virgínia. Além disto, foi enfatizada a importância da procura ou contato com o grupo de Apoio Mútuo. Entretanto, nos contatos seguintes, Virgínia torna a apresentar ideação suicida, reafirmando já possuir a corda com a qual pretendia se matar. Esta situação, considerada de urgência, foi levada para discussão em reunião de equipe na qual verificamos que, pela gravidade do caso, o acompanhamento pela clínica da família já não era mais capaz de gerenciar essa demanda. Desta forma, foi entendido que, apesar de o CAPS ser o espaço de tratamento de Isabel, Virginia neste momento estava passando por um momento delicado e que sendo a mesma uma moradora de nossa área programática, deveríamos assumir o caso por entendermos que se tratava de uma atenção a crise. Porém, entendemos que Virginia precisava de um espaço de atenção separado de sua irmã, de forma que foi realizada uma articulação com a Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq/HUPE) para avaliação e atendimento ambulatorial de Virgínia.

Na semana seguinte, profissionais do CAPS acompanharam Virgínia à UDA de Psiquiatria, momento no qual ela pode falar sobre a diferença de cuidar e ser cuidada e a importância que isto

teve para ela. Atualmente Virgínia encontra-se em atendimento psiquiátrico e psicológico pela UDAPq e Isabel segue no acompanhamento telefônico.

Considerações sobre o caso clínico

Para refletirmos sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido neste contexto de pandemia, tendo como uma de nossas principais ferramentas o acompanhamento remoto através das TICs, é necessário pensarmos na atuação do CAPS para além da pandemia. Pois apesar de nossos instrumentos terem se adaptado às exigências da atualidade, os ideais da reforma continuam servindo como guia de nosso trabalho. De acordo com Leal e Delgado (2007), para além de um dispositivo de saúde, o trabalho desenvolvido pelo CAPS deve ser entendido como um modo de operar o cuidado. Estes autores definem a clientela desta instituição como indivíduos que perderam, em parte ou totalmente, a capacidade de intervir no ambiente e modificá-lo, segundo seus desejos e formas de vida. Apesar de entendermos que o caso de Virgínia não se enquadra nos quadros mais usuais de serem acompanhados pelo CAPS, como os transtornos mentais graves e persistentes, concluímos, após diversas discussões em equipe, que neste momento Virgínia estava vivenciando uma sensação de impotência diante de sua realidade, o que abriu para a mesma uma situação de crise.

Apesar de popularmente o termo crise estar associado a algo negativo, Ferigato, Campos e Ballarin (2007), chamam a atenção para a origem desta palavra, que possui múltiplos significados, que incluem não apenas o desequilíbrio transitório, mas também a mudança. Segundo as autoras, o sujeito que entendemos como estando em “crise” é aquele que diante do insuportável perde a capacidade de representação, já não é mais capaz de encontrar significantes que deem sentido a sua experiência. Aqui a psicanálise pode contribuir com sua escuta, pois ao fazer falar o paciente, o psicanalista o auxilia a encontrar novos significantes que possam dar um novo sentido a esta experiência, dando suporte ao que antes era literalmente insuportável. Segundo Ferreira (2005), é apenas aquele que está sustentando escutar o sujeito, que poderá acolhê-lo, tornando-se testemunha de sua história, sendo esta a experiência que poderá possibilitar ao paciente encontrar novos sentidos a sua história.

Conclusão

Diversos foram os casos em que o acompanhamento telefônico se mostrou uma ferramenta importante no manejo com os usuários e seus familiares, entretanto escolhemos este caso por entender que este sofrimento pode aparecer através de uma escuta ativa, que buscou ouvir além das queixas trazidas sobre o quadro de Isabel e que só foi possível devido ao acesso facilitado que as ligações proporcionaram, colocando-nos em contato direto, não apenas com Isabel, mas também com sua rede de apoio, no caso Virgínia, que antes não chegava até o CAPS.

A experiência do acompanhamento remoto vem nos mostrando que é possível sustentar, através da linguagem, um trabalho clínico junto aos nossos usuários e seus familiares. O uso das TICs somado a existência presencial de uma equipe multidisciplinar no CAPS possibilitou a construção de um cuidado integral, não apenas facilitando a preservação dos vínculos já existentes, mas também criando e fortalecendo novos vínculos, como foi o caso de Virginia.

O campo da saúde mental exige que seus trabalhadores estejam em constante atualização para acompanhar o cotidiano de seus usuários, na pandemia não poderia ser diferente. Se fez necessário revermos nossas ferramentas, nos adaptarmos e elaborarmos novas técnicas para que fosse possível acompanhar as exigências da realidade imposta pela pandemia. A psicanálise nos ensina que os resultados sempre aparecem *a posteriori*, de forma que ainda teremos um longo caminho pela frente recolhendo os desfechos desta nova ferramenta e as intervenções geradas através dela. Diante disso, finalizamos este trabalho realizando um convite aos psicólogos e psicanalistas que atuam em CAPS a relatarem suas próprias experiências, visando ampliar o debate sobre os sucessos alcançados, os desafios encontrados e a construção de saberes nas práticas de saúde mental e psicanálise durante a pandemia de COVID-19.

Referências

Barbosa, A. da S.; Nascimento, C. V.; Dias, L. B. S.; Espírito Santo, T. B.; Chaves, R. da C. S.; Fernandes, T. C. (2020). Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences*. 19 (1), 11-19. Recuperado em 10/09/2020 em: <<http://revista.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=711>>

Capoulade, F. & Pereira, M. E. C. (2020). Desafios colocados para a clínica psicanalítica (e seu futuro) no contexto da pandemia de COVID-19. Reflexões a partir de uma experiência clínica. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. 23(3), 534-548. Recuperado em 12/11/2020 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142020000300534&lng=pt&nrm=iso>.

Ferigato, S. H.; Campos, R. T. O.; Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 6 (1), 31-44.

Ferreira, A. P. (2005). A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*. 8(2), 204-220. Recuperado em 16/11/2020 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000200204&lng=en&nrm=iso>.

Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In Freud, S. *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O Caso Schreber")*, artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução de Paulo César de Souza. (Obras completas, Vol. X.). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1912).

Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1959-1960).

Leal, E. M.; Delgado, P. G. G. (2007). Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In Pinheiro, R., Guljor, A. P., Silva Júnior, A. G. S., Mattos, R. A., (Orgs.) *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuição para estudos avaliativos*. (pp. 137-154). Rio de Janeiro: Cepesc-IMS, Lappis-Abrasco.

Moura, M. D. (1996). Psicanálise e urgência subjetiva. In Moura, M. D. (Org.). *Psicanálise e hospital – Novas versões do pai: reprodução assistida e UTIL*. (Vol. 4, pp. 3-20). Rio de Janeiro: Autêntica.

Silva, A. P. P. & Barbosa, A. da S. (2020). O cuidado em saúde mental no cenário de pandemia da COVID-19: a experiência (re)organização do CAPS UERJ. In Lole, A., Stampa, I., Gomes, R. L. R. (Orgs.). *Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia*. (pp. 259-267). Rio de Janeiro: Mórula Editorial. Recuperado em 10/10/2020 em: <<https://morula.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ParaAlemDaQuarentena.pdf>>.

Acompanhamento terapêutico remoto no CAPS UERJ no contexto da pandemia de Covid-19: Possibilidades de limites

Luiza de Sousa Ferreira Brito*

Viviane da Silva Soares**

Ademir Pacelli Ferreira***

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência a partir da práxis realizada no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ (CAPS UERJ) no contexto da pandemia de Covid-19. Os CAPS constituem um dispositivo central na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja existência é fundamental para a efetivação do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). As ações de cuidado desenvolvidas a partir dos pressupostos da RPB são pautadas, sobretudo, na noção de cuidado no território. A necessidade do isolamento físico imposto pela pandemia exigiu que o CAPS reorganizasse os processos de trabalho e, nesse contexto, o acompanhamento telefônico apresentou-se como uma importante estratégia de cuidado no território.

Palavras-chave: psicologia clínica; saúde mental; cuidado territorial.

Introdução

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) orientado pelo regaste da cidadania do dito louco constitui um movimento que rompe com a centralidade do saber médico-psiquiátrico e traz para a cena novos dispositivos de cuidado, nos quais privilegia-se a interdisciplinaridade, a reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização e o cuidado no território. Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem um importante dispositivo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica (Tenório, 2002).

Nossa inserção no CAPS UERJ coincidiu com a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) da pandemia de Covid-19 (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020). Assim, a

*Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

**Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

***Prof. Titular do IP/UERJ, supervisor do *Projeto Criar Laços e Lançar-se no Espaço* no CAPS UERJ, destinado a formação e psicologia clínica institucional em Saúde Mental.

adoção das medidas de distanciamento social implicou a suspensão das atividades coletivas, não sendo possível experienciar o funcionamento de espaços como a área de convivência, as assembleias e oficinas. Destacamos que os espaços coletivos, sejam estes dentro ou fora do espaço físico do CAPS, têm importância fundamental, na medida em que possibilitam que os usuários possam construir algum laço social, cuja fragilidade é percebida sobretudo no que diz respeito aos sujeitos psicóticos.

Tendo em vista que os CAPS configuram um dispositivo estratégico na superação do modelo asilar, resultante da segregação e do isolamento social operados pela ideologia da exclusão, sua missão de cuidado no território foi confrontada com a nova ordem do distanciamento social.

Diante disto, a gestão e os trabalhadores do CAPS iniciaram a reorganização dos processos de trabalho seguindo as deliberações da OMS, do Ministério da Saúde (MS) e da Superintendência de Saúde Mental (SSM). Assim, a gestão criou fluxos de atendimento de modo que a assistência aos usuários e familiares não sofreu paralisação (Barbosa *et al*, 2020).

É nesse contexto que o acompanhamento telefônico passa a ser pensado como uma estratégia de cuidado no território, sendo a principal frente de trabalho das residentes no CAPS UERJ neste período. Sendo assim, pretendemos expor nossas experiências enquanto psicólogas residentes durante o primeiro semestre da residência, cujo atravessamento pelo real da pandemia exigiu abertura e disponibilidade para a implementação de novas tecnologias de cuidado.

Reorganização do processo de trabalho

O CAPS UERJ está localizado dentro do complexo ambulatorial da Policlínica Piquet Carneiro (PPC), Unidade de assistência, ensino e pesquisa da UERJ. As primeiras medidas adotadas pela PPC foram a suspensão das consultas ambulatoriais; a presença de uma equipe de plantão para urgências e a criação de um fluxo de triagem pelo qual devem passar todos os frequentadores da policlínica, inclusive os usuários do CAPS. Além disso, a PPC se tornou um ponto de referência para a testagem de profissionais da saúde que apresentem sintomas sugestivos de Covid-19.

Embora o CAPS UERJ esteja localizado dentro de uma estrutura ambulatorial e, além disso, esteja previsto como um serviço desta natureza na portaria Nº 336/2002, na práxis cotidiana é possível constatar que este dispositivo, cuja população assistida é portadora de grave sofrimento psíquico, não funciona nos moldes típicos de um ambulatório, onde a consulta tem dia e horário marcados. No CAPS, o usuário pode comparecer a qualquer momento do dia para atendimento, podendo ser combinada a frequência diária ou acordado alguns dias da semana. Além de outras diferenças de funcionamento inerentes ao fato do CAPS se constituir como um dispositivo de referência orientado pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Portanto, o CAPS UERJ nunca interrompeu a assistência, mas teve que se adaptar às exigências de distanciamento social. Assim, na direção de reduzir a circulação e evitar a aglomerações de usuários e profissionais, a gestão do CAPS organizou uma escala de trabalho de modo que todos os trabalhadores, incluindo residentes, fossem menos vezes por semana ao serviço. A carga horária também foi reduzida, passando a funcionar das 8h às 15h, evitando que os profissionais e usuários saíssem no horário de maior movimentação nos transportes públicos. Além disso, as quintas-feiras foram destinadas a realização da reunião geral, reunião das miniequipes e preceptoria em ambiente virtual; neste dia o CAPS fica fechado.

Nesse contexto, o acompanhamento telefônico se tornou importante estratégia de cuidado no território, tendo por finalidade principal ofertar acolhimento através da escuta aos usuários e familiares, além de reafirmar a continuidade do funcionamento do serviço durante a pandemia, assegurando de que todos os dias há uma equipe no CAPS para atendimentos de atenção à crise; dispensação de medicações que estejam em falta na rede; realização de consulta psiquiátrica e renovação de receitas médicas. Este trabalho também teve o intuito de observar os casos que necessitassem ser direcionados para o atendimento presencial em virtude da gravidade, ou ainda, avaliar a urgência de uma visita domiciliar (VD); embora estas tenham sido drasticamente reduzidas devido ao aumento do risco de contaminação tanto do usuário quanto dos profissionais.

Inicialmente o acompanhamento foi realizado com 70 usuários; os contatos foram divididos entre as residentes dos programas de Psicologia Clínica Institucional e do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, destinado a enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas. Os telefonemas foram feitos com periodicidade semanal ou quinzenal, a depender de cada caso, e a cada quinze dias foi feito um rodízio entre as residentes com o objetivo de que todas pudessem conhecer todos os usuários e vice-versa. No decorrer dos atendimentos notou-se que alguns usuários se beneficiavam mais em ter uma única residente enquanto referência, e assim foi feito.

Cada contato foi registrado em um documento eletrônico referente ao usuário atendido. Toda a equipe de trabalho do CAPS tem acesso a estes documentos e podem fazer comentários.

A experiência do acompanhamento telefônico mostrou-se significativamente desafiadora. Como seria ligar para usuários que demandam acompanhamento intensivo? Daí já se supõe tratar-se de casos delicados. Além disso, considerando que a voz pode ser algo extremamente invasivo para um sujeito psicótico, surgiu a indagação sobre os efeitos destes contatos telefônicos. Contudo, fomos surpreendidas com a boa receptividade, na maioria dos casos.

Durante as ligações algumas pessoas verbalizavam suas construções delirantes para lidar com o momento da pandemia; outras falavam da falta que estavam sentindo do CAPS; outras ainda diziam de seus sofrimentos, dores físicas, falavam sobre a falta de medicações, necessidade de consulta psiquiátrica, conflitos familiares, dificuldades financeiras, inclusive para custear alimentação, outras

contavam como estava indo a semana e o que havia feito naquele dia. Alguns familiares queixaram-se da sobrecarga com o cuidado, em geral relatando maior agitação por parte do usuário por estar afastado das relações sociais; usuários e familiares perguntavam frequentemente sobre a data de retorno das atividades coletivas. Ao final das ligações, a maioria agradecia o cuidado para com eles.

Sobre o cuidado no território

A noção de território associada a produção de subjetividades e construção de redes é fruto dos avanços do processo da Reforma Psiquiátrica. Assim, o território não corresponde somente à área programática abrangida pelos serviços de saúde, mas o lugar onde a vida acontece (Yasui, Luzio & Amarante, 2018). Nesse sentido, os esforços empreendidos para dar continuidade aos atendimentos aos usuários de serviços de saúde mental na pandemia foi motivada por esta noção de território enquanto lugar a partir do qual as subjetividades são tecidas.

Sendo assim, o acompanhamento telefônico teve o intuito não só de evitar internações psiquiátricas, mas possibilitar que estes sujeitos tenham alternativas para além da internação. A seguir, relataremos dois casos que, após discussões entre a equipe, puderam ser manejados “à distância”, produzindo efeitos significativos.

Fragmentos de Casos Clínicos

José (nome fictício), estava experimentando intensa angústia com o seu afastamento das atividades no CAPS. Dizia que o CAPS havia acabado e se tornado um cemitério e que todos estavam mortos. Foi inútil a tentativa de dizer ao telefone que o serviço continuava a funcionar e que a equipe estava lá para recebê-lo. Diante disto, uma psicóloga, do *staff*, propôs que fosse feita uma videochamada, já que ele dispunha deste recurso. Assim, a psicóloga mostrou todo o ambiente do CAPS, embora esvaziado estava lá de pé, e os profissionais também. Esta intervenção parece ter tido o efeito de barrar aquela angústia que sempre aumentava, de modo que a construção delirante na qual o sujeito se empenhava para dar algum sentido à experiência radical do isolamento imposto pela pandemia, pôde ganhar algum contorno.

Em outra situação, João (nome fictício), dizia sentir-se deprimido e queixava-se de que a família não compreendia sua doença e apenas podia contar com o apoio do CAPS e da Clínica da Família. Fez longas acusações aos familiares e falou da sua vontade de morar sozinho, mas não dispunha de autonomia para tal devido a sua doença, segundo ele. Num segundo contato, atendeu o telefone falando muito baixo, quase sussurrando. Ao ser perguntado por que falava daquela forma, disse que os familiares não podiam ouvi-lo, não podiam saber que ele falava ao telefone. Neste

momento parecia muito mais aflito, narrava a mesma história de diferentes pontos, dizia estar tentando organizar o pensamento, mas não conseguia colocar os acontecimentos numa ordem cronológica e isso aumentava a sua angústia. A psicóloga reiterou que estava sendo possível acompanhar a sua história da forma como podia contá-la. Após um longo tempo testemunhando seu sofrimento, foi proposto uma ida ao CAPS para conversar pessoalmente com algum profissional, de modo que ele tivesse mais privacidade para falar. Foi uma surpresa que João tenha aceitado e tenha ido ao serviço falar com uma profissional com a qual já tinha um vínculo anterior. Em diversas tentativas de convidá-lo anteriormente, João recusava ir ao CAPS dizendo morar distante e de ter medo de se deslocar. Contudo, aquele momento de escuta e acolhimento parece ter propiciado alguma abertura, alguma possibilidade para João, talvez pela pontuação de sua autonomia, de sua fala e privacidade.

Algumas considerações

Inicialmente, o termo utilizado pela equipe para este trabalho inventivo foi “monitoramento”, posteriormente foi modificado para “acompanhamento telefônico” por se entender que o termo monitoramento trazia a ideia de vigiar e controlar, não sendo esta, a proposta. Por nossa vez, adicionamos o termo terapêutico porque entendemos haver um caráter clínico neste acompanhamento.

Portanto, a noção de acompanhamento terapêutico aqui utilizada se apoia nas proposições de Hermann (2008) de que esta posição possui uma função clínica sem abrir mão, no entanto, de sua dimensão política. O termo acompanhamento terapêutico implica a proximidade do mundo original construído pelo sujeito psicótico e a suportabilidade dessa originalidade.

Nesse sentido, entendemos o acompanhamento telefônico remoto como uma espécie de acompanhamento terapêutico por ter sido um instrumento que possibilitou “estar junto” com o sujeito através da oferta uma escuta clínica (Hermann, 2008). Contudo, tendo em vista o formato do trabalho (rodízio entre as residentes) e o caráter de urgência da pandemia, os contatos tiveram a função, ao nosso ver, sobretudo de acolhimento.

No que concerne a dimensão de acolhimento, nos apoiamos na noção formulada por Quadros, Cunha e Uziel (2020) de que sustentar a escuta e propiciar um espaço de acolhimento das angústias e medos, não quer dizer que este seja um espaço apenas de depósito de queixas, mas um ato de cuidado em prol da política de afirmação da vida neste cenário tão funesto. Sobretudo em um contexto no qual testemunhamos o negacionismo propagado de forma irresponsável por autoridades governamentais em relação aos cuidados necessários contra a contaminação pelo vírus, quando deveriam estar comprometidas em garantir assistência à população de modo a prevenir não só as mortes causadas pela Covid-19, mas as mortes indiretas, resultado dos efeitos da pandemia, como o

aumento do risco de doenças infecciosas entre as camadas socioeconomicamente mais vulneráveis por não terem acesso a uma alimentação digna (Gorvett, 2020).

Nessa perspectiva, é válido lembrar que paralelamente ao acompanhamento telefônico, o CAPS seguiu ofertando atendimentos individuais de atenção à crise e, através de parcerias com ONGs, tem distribuído cestas básicas, kits de higiene e, no final do mês de agosto, retomou a oferta do almoço após uma seleção cuidadosa dos usuários que mais necessitavam da alimentação fornecida pelo CAPS.

Considerações finais

Um dos principais limites do acompanhamento à distância foi a impossibilidade de alguns usuários terem acesso aos recursos tecnológicos. Assim, houve casos em que ficamos algum tempo sem notícias até que o usuário comparecesse ao CAPS solicitando uma escuta, alimentação, cesta básica ou um kit de higiene.

Durante o tempo que estivemos no CAPS, tivemos notícias de nove óbitos, entre estes estavam moradores de residências terapêuticas vinculadas ao CAPS UERJ. Surgiu a indagação na equipe sobre as mortes indiretamente relacionadas ao cenário da pandemia, tendo sido todos confrontados com os limites impostos pelas exigências do distanciamento social. Foram momentos de grande mobilização na equipe, de questionamentos acerca do trabalho que estava sendo realizado e, enfim, a elaboração de que há algo que simplesmente escapa às possibilidades de intervenção.

Contudo, o acompanhamento terapêutico remoto tem se mostrado uma importante estratégia de cuidado no território e, para além de uma tecnologia de cuidado, adquire uma função política, na medida em que visa continuar ofertando atendimento público e de qualidade a pessoas em grave sofrimento psíquico.

Referências

Gorvett, Zaria (2020). Efeitos colaterais do coronavírus: as mortes 'ocultas' causadas pela covid-19. Recuperado em 02/11/2020 em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-52909844>>.

Hermann, Maurício Castejón (2008). *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário*. São Paulo, 2008. Tese de Doutorado –Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado em 25/04/21 em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-01122009-105523/publico/MauricioCastejanHermanDOUT.pdf>>.

Lobosque, Ana Marta. (2007). CAPS: laços sociais. *Mental*, 5(8), 53-60. Recuperado em 21/11/2021 em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&tlng=pt>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Brasília (DF); 2020. Recuperado em 14/10/2020 em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812>

Portaria nº 336 (2002, 19 fevereiro). Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em: 08/10/2020 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

Quadros, Laura Cristina de Toledo, Cunha, Claudia Carneiro da, &Uziel, Anna Paula. (2020).

Acolhimento psicológico e afeto em tempos de pandemia: práticas políticas de afirmação da vida. *Psicologia & Sociedade*, 32, e020016. Recuperado em 25/04/21 em:

<<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v32/1807-0310-psoc-32-e020016.pdf>>.

Tenório, Fernando. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais:

história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59. Recuperado em

18/11/2020 em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>.

Yasui, S., Luzio, C., &Amaranete, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8 (1), 173-190. Recuperado em 21/04/21 em:

<<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/47195>>.

O CTI da Cirurgia Cardíaca em tempos de pandemia: o trabalho da Psicologia frente à reorganização de um serviço

Luiza da Cunha Soares^{1*}

Ana Carolina da Silva Becker**

Cristiane Ferreira Esch***

Narcisa de Paula Fonseca****

Resumo

Considerando a radicalidade da experiência da cirurgia cardíaca na vida do sujeito e a importância de acompanhar a trajetória da internação hospitalar do paciente, o Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) dispõe, em sua equipe, de residentes de Psicologia do Programa de Especialização em Psicologia Clínica Institucional do IP/UERJ – modalidade Residência Hospitalar. Contudo, o primeiro semestre de 2020 foi marcado pelo início da política de contenção do vírus da Covid-19, culminando na reorganização e, em alguns casos, no fechamento de alguns setores no qual a residência atuava. Apesar da circulação do vírus, as pessoas continuavam adoecendo e necessitando, muitas vezes com certa urgência, da cirurgia cardíaca. Embora o serviço de cirurgia cardíaca continuasse funcionando, medidas de reorganização foram tomadas, a fim de preservar e proteger profissionais e pacientes com necessidade de circulação por esse ambiente.

Palavras-chave: cirurgia cardíaca; psicologia; Covid-19

Introdução

O Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), composto por profissionais médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, recebe, também, os

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

**Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

***Psicóloga. Preceptora no serviço de Cirurgia Cardíaca do HUPE pelo Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional do IP/UERJ-Modalidade Residência Hospitalar

****Psicóloga contratada pelo Serviço de Cirurgia Cardíaca do HUPE.

psicólogos do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional do IP/UERJ – modalidade Residência Hospitalar. Em virtude da radicalidade da experiência que uma cirurgia cardíaca pode representar para o sujeito, o acompanhamento psicológico desses pacientes se dá nos diferentes cenários que compõem o referido serviço: enfermaria, Centro de Terapia Intensiva (CTI) e Grupos de Reabilitação Cardíaca. Com a eclosão da pandemia causada pelo novo coronavírus, o setor precisou passar, tal como todo o hospital, por uma reorganização de seu funcionamento. É sobre tais mudanças e nosso trabalho nesse novo cenário que pretendemos nos debruçar neste trabalho.

O CTI Cardíaco no cenário da pandemia

O primeiro semestre de dois mil e vinte foi marcado pelo início da política de contenção do vírus da COVID-19, culminando na necessidade do fechamento de alguns setores do hospital, ou, em outros casos, na reorganização de alguns serviços. Este foi o ocorrido no setor da Cirurgia Cardíaca, uma vez que, dado seu caráter essencial, não era possível, a esse, interromper completamente suas atividades.

Inicialmente, no entanto, houve a redução de procedimentos cirúrgicos realizados, em um momento em que o setor já se estruturava para o aumento do número de cirurgias, de duas para três por dia. Nas primeiras semanas de isolamento social, apenas as cirurgias de emergência foram mantidas. Com o retorno das mesmas de forma regular, o setor deparou-se com outra questão: a falta de sangue no Banco de Sangue do hospital, devido à drástica redução de doações, fez com que algumas cirurgias fossem adiadas. Este fato aparecia no discurso de muitos pacientes como mais um motivo de angústia, pois essa situação significava, também, mais tempo de internação em um hospital que estava sendo referência no tratamento da COVID-19.

Em alguns desses casos, a equipe médica assinava a alta hospitalar do paciente, justamente pela falta de previsão de quando o procedimento poderia ser realizado. O paciente Rafael, por exemplo, recebeu a notícia de sua alta, por este motivo, poucos minutos antes de sua entrada no centro cirúrgico, o que lhe gerou angústia.

Com a transformação dos CTIs do hospital em CTIs-COVID, o CTI Cardíaco tornou-se, por algum tempo, uma espécie de CTI da Cirurgia Geral, além de ceder leitos para pacientes de outras clínicas, o que não foi sem questões para uma equipe muito especializada. Dividir o corpo humano em diversas partes, tal como é necessário à medicina, tem por consequência debruçar-se sobre e conhecer a fundo algumas delas, mas não tanto todas as outras.

Outra questão colocada ao serviço foi a criação do fluxo para a paramentação com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Faz-se necessário lembrar que, no início da eclosão da pandemia no Brasil, não havia uma direção única quanto ao uso desses equipamentos - capote, luvas, máscara N95, *faceshield*,

touca e propé. As diretrizes oficiais quanto ao uso da própria máscara, compreendida, após alguns meses de pandemia, como tão necessária, não eram tão veementes quanto atualmente.

Diante desse cenário nunca antes presenciado, da falta de uma direção única vinda de instâncias superiores, e do receio de que esses itens se extinguissem, a equipe de enfermagem solicitou que, naquela primeira semana, não estivéssemos presentes no setor. Como pouco se sabia sobre a nova doença, quando retornamos ao CTI de forma presencial, mas ainda em esquema de escala, foi pedido, a uma psicóloga residente, que retirasse sua máscara, sendo a necessidade do uso delas por nós, inclusive, questionada, uma vez que trabalhávamos “apenas com a fala”.

Visando a redução da circulação de pessoas no hospital e no próprio CTI, as visitas presenciais aos pacientes foram suspensas. Os familiares dos pacientes poderiam realizar ligações telefônicas para o CTI a fim de receber informações médicas sobre seus parentes, em determinado momento do dia. Internados e sem possibilidade de se comunicarem com suas famílias, passamos a realizar as visitas virtuais. Realizamos, todos os dias, ou chamadas telefônicas - com um telefone do serviço separado especialmente para essa tarefa -, ou videochamadas - utilizando nossos telefones pessoais - com os familiares dos pacientes que aguardavam pela cirurgia ou que já estavam em pós-operatório imediato.

O atendimento aos pacientes, familiares e as visitas virtuais

Além dos atendimentos psicológicos, a realização das visitas virtuais mostrou-se sobremaneira importante para os pacientes e seus familiares. O novo cenário imposto pela pandemia pareceu intensificar ainda mais a radicalidade da experiência de isolamento que a internação hospitalar normalmente impõe aos sujeitos. Pacientes e familiares normalmente emocionavam-se muito por poderem estar juntos, de algum modo.

Percebemos, inclusive, que as visitas virtuais que realizávamos com os pacientes também tinham um lugar junto à equipe, que, por vezes, emocionava-se com as videochamadas. Alguns profissionais interessavam-se por participar desse momento, e a importância desse contato com a equipe também apareceu no discurso dos entes no encerramento das chamadas. Nos casos dos pacientes cirúrgicos mais graves, era possível uma articulação com a equipe para que houvesse a visita presencial dos membros da família, sempre acompanhadas pela equipe de psicologia, mesmo quando o setor entrava em isolamento por ter um paciente com “sintomas suspeitos” de COVID19.

Além de expressarem sentir muita falta de seus entes queridos, por se encontrarem em uma unidade fechada, os pacientes achavam-se privados de notícias, e frequentemente perguntavam como estavam as coisas "lá fora". Alguns mostravam-se muito angustiados pela possibilidade de serem contaminados com o vírus, e por escutarem as conversas dos membros da equipe de enfermagem, que não raro expressavam, de algum modo, suas próprias inseguranças.

O acolhimento à equipe

Se, por um lado, a falta de equipamentos para as psicólogas pôde ser lida como reflexo das angústias de uma equipe que, diferentemente de nós, não poderia escolher estar presente ou não na “linha de frente” do enfrentamento da COVID-19; por outro pudemos escutar, de membros da equipe, de forma clara, a necessidade da nossa presença no hospital neste momento.

Conforme ocorreu em vários setores, alguns membros da equipe do CTI Cardíaco foram designados para trabalhar nas enfermarias e CTIs-COVID do HUPE, e vários outros trabalharam nesses locais em outros hospitais. Pudemos escutar e acolher os relatos desses profissionais, que comentavam sobre sua preocupação com seus familiares idosos, sobre as condutas de seus colegas, sobre situações especialmente difíceis, sobre suas angústias frente aos momentos finais de alguns pacientes, e do quanto sentiram falta da Psicologia no cenário COVID nesses locais, sobretudo nas unidades fechadas (CTIs).

Escutar relatos tão difíceis nos fez atentar para a necessidade do acolhimento a alguns profissionais, ainda que de forma pontual, no próprio setor. Ao pararmos para escutar o que, naquela experiência, havia marcado aquele profissional, dávamos lugar para um sofrimento que, muitas vezes, não encontra espaço no ambiente hospitalar - o sofrimento do profissional de saúde.

Certa manhã, ao chegar ao serviço, uma psicóloga residente deparou-se com uma técnica de enfermagem que chorava por ter perdido, no dia anterior, uma colega de profissão, por causa da COVID-19. Ambas haviam trabalhado juntas, por quase trinta anos, em outro hospital. Após parar seus afazeres, falar sobre sua amiga e como costumava ser a rotina de ambas, a técnica pôde, então, acalmar-se. Acolher e dar lugar àquele choro que vinha do lado de dentro do balcão da enfermagem foi todo o trabalho que ali pôde ser realizado.

Considerações finais

A mesma equipe que, em um primeiro momento, nos retirou do setor, mostrou-se interessada pela contribuição do serviço de psicologia no contexto da pandemia. Pudemos auxiliar no novo modelo (remoto) de visitas e acompanhamento às famílias nesse momento difícil, e pudemos, ainda, acolher não apenas as angústias dos pacientes e familiares, mas de muitos membros da equipe.

Tal como elucidada Freud (1915), há uma grande diferença no lidar com a morte de outra pessoa nos âmbitos pessoal e profissional. Durante a pandemia pela COVID-19 pudemos perceber que essa diferença pareceu tornar-se mais tênue, uma vez que médicos, fisioterapeutas e enfermeiros poderiam, justamente pela sua profissão, ser vetores de transmissão do vírus para seus entes queridos, e, portanto, acabarem por contribuir, pelo menos em seu julgamento, para a morte de seus entes queridos.

Certa vez, ao perguntar para um paciente, ao final de uma visita virtual, como tinha sido a experiência do contato com sua família, o paciente disse que “falar salva”. Desse modo, escutar quem desejasse - ou precisasse - dizer algo mostrou-se o trabalho mais importante que o serviço de psicologia do CTI Cardíaco, nesse momento, pôde realizar.

Referências

Freud, S. (2018). *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*. In: Obras Completas (Vol.XII). Rio de Janeiro: Companhia Das Letras. Obra Original publicada em 1915.

A exclusão do sujeito no ambiente hospitalar: O lugar do psicólogo na equipe de saúde

Juliana Melo dos Santos*

Viviane da Silva Soares**

Cristiane Esch***

Resumo

O presente trabalho apresentará o relato de caso clínico de uma paciente acompanhada na unidade Cardiointensiva (UCI) no momento de pandemia da COVID-19, podendo assim expor um pequeno recorte de nossa experiência prática como residente no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional do IP-UERJ – Modalidade Residência. A partir deste relato, objetivamos discutir a especificidade do trabalho do psicólogo na instituição de saúde e as intervenções possíveis frente às dificuldades da equipe de saúde em lidar com o resultado inesperado após uma intervenção cirúrgica e a comunicação de um prognóstico desfavorável.

Palavras-chave: Psicologia, psicologia hospitalar, exclusão do sujeito, equipe multiprofissional.

Introdução

O presente texto tem como objetivo discutir nosso trabalho enquanto residentes de psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), trazendo elementos de nossa prática para que possamos através deles refletir sobre os efeitos da clínica e as especificidades que se colocam na prática hospitalar. Para isso apresentaremos um relato de caso clínico que acompanhamos na Unidade Cardiointensiva (UCI).

Diante do cenário de pandemia da COVID-19, o HUPE vem empreendendo esforços na organização de seus serviços para oferecer atendimento com qualidade ao quantitativo de infectados por esta nova doença. Com a crescente demanda por enfermarias e leitos de tratamento intensivo, foram necessárias diversas mudanças na organização dos setores do hospital, incluindo a UCI. Com isso, o setor deixou de acolher apenas cardiopatas graves, como era rotina, e passou a ficar responsável também por receber pacientes de outras especialidades. E foi a partir deste novo contexto que tivemos a oportunidade de acompanhar a paciente Rosa², cujo caso clínico apresentaremos neste trabalho. Trata-se de uma paciente

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

**Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

***Psicóloga. Preceptora no serviço de Cirurgia Cardíaca do HUPE pelo Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional do IP/UERJ-Modalidade Residência Hospitalar (2020)

² Nome fictício.

transferida para a UCI no momento de pós-operatório imediato, após realizar um procedimento em neurocirurgia, sua clínica de origem.

Caso clínico

Rosa é uma mulher de 65 anos, mãe de três filhos, com diagnóstico de mielopatia espondilótica cervical, que se caracteriza por uma compressão da medula espinal pelo processo degenerativo da coluna, podendo ter consequências irreversíveis. Os principais sintomas que ela sentia eram dores nas costas, formigamentos em algumas partes de seu corpo, fraqueza muscular na região das pernas e dificuldade em andar. Sintomas que traziam um grande impacto em sua autonomia e qualidade de vida.

Após o diagnóstico a paciente foi encaminhada pela equipe de neurocirurgia à internação, para realização do procedimento cirúrgico de artrodese cervical, que tem o objetivo de estabilizar o movimento entre duas ou mais vértebras através da fixação da coluna com placas e parafusos cervicais. No decorrer da cirurgia de Rosa houve uma intercorrência durante a fixação de uma destas placas, que pode ter causado a ausência de movimentos das pernas que ela experienciou no pós-operatório.

Após a cirurgia, Rosa foi encaminhada a UCI, onde a equipe médica solicitou nossa ajuda para acompanhar o caso, apontando para uma dificuldade na comunicação com a paciente, pois existia um impasse, o choro. A equipe percebia a paciente chorosa, entristecida, e é a partir dessa demanda, da dificuldade em lidar com essa paciente que somos convocadas.

O choro foi substituído pela palavra. Durante os atendimentos Rosa pôde falar sobre a falta de conhecimento do seu pós-operatório imediato, de não ter informações sobre o que aconteceu naquela cirurgia de grande importância para a sua vida, e que tinha ausência de sensações no corpo, principalmente em suas pernas. Falou de como era sua vida antes da cirurgia, das dores, da dificuldade de locomoção, e de como as restrições privaram-na de satisfações, como poder ir à rua, ao *shopping*, de ver pessoas, falando com isso da não qualidade de vida e do seu desejo de viver. Contou que os médicos afirmaram que sua única opção seria a cirurgia, visto que a doença faria “seu corpo se atrofiar” (sic), e com a cirurgia ela teria uma melhora e poderia andar. Narrou ainda sua longa espera pela intervenção e sua expectativa pelo procedimento.

No primeiro contato com o cirurgião, o que o indivíduo vê e sente depende das expectativas formadas pelas experiências prévias, das informações que recebeu e das fantasias que criou. Já nos primeiros diálogos de aproximação e reconhecimento, é importante que o cirurgião fique atento para o significado da doença e do tratamento para seu paciente e pessoas que o cercam. (Barroso, 2010). No caso de Rosa, ela criou uma imagem de que o cirurgião daria aquilo que ela mais esperava, a cura.

Durante sua primeira semana de internação na UCI, Rosa teve uma queda no nível de consciência, que resultou na necessidade de intubação e posteriormente uso de traqueostomia. Desse modo, por um certo

período, os atendimentos foram feitos através de leitura labial, única maneira possível para que Rosa pudesse falar, mesmo que não tivesse voz. A princípio ela se mostrou reticente, dizendo de como era difícil se comunicar com ela naquele momento, e de como ouvi-la poderia ser incômodo para as outras pessoas. A partir de nossa conduta de sustentar esse lugar de fala, a paciente pôde, mesmo com todas as dificuldades, falar de sua vida antes da internação, das dificuldades que encontrava naquele espaço e apontar para um desejo de se recuperar e poder retornar para o convívio com sua família.

Reflexões sobre as relações entre a equipe de saúde e os pacientes

Nas reuniões multiprofissionais da UCI, notamos, a partir da fala da equipe, como era presente uma certa angústia, um grande desconforto em lidar com uma paciente que demonstrava não saber muito bem o que havia ocorrido em sua cirurgia. Eles se questionavam se a equipe de origem da paciente estava prestando a ela a devida assistência, e apontavam como era difícil presenciar essa situação, na qual Rosa sequer tinha conhecimento sobre o seu prognóstico, se voltaria ou não a andar, e o quanto era importante para ela e para sua família tomar ciência dessas informações.

Essas falas da equipe da UCI apontavam justamente para a dificuldade que esta equipe que operou Rosa estava tendo em lidar com o resultado inesperado, e a comunicação deste fato a paciente. Após a cirurgia, Rosa apresentava a ausência de movimentos dos membros inferiores (plegia) e a diminuição do movimento dos membros superiores (paresia), e até aquele momento não haviam se endereçado a ela para falar destas sequelas do procedimento.

A atuação do psicólogo no hospital se constitui como um desafio, pois nesse contexto fica evidente a diferença entre a nossa prática e a dos outros profissionais de saúde, principalmente o médico. Essas diversas categorias vão orientar suas práticas pelo discurso médico, e nesse sentido seus esforços estarão centrados em cuidar do corpo, do biológico, enquanto que seus fazeres acabam por excluir a subjetividade (Nascimento & Henriques, 2015).

Nesse contexto hospitalocêntrico tudo vai bem, não há nada que “atrapalhe” o trabalho da equipe médica, até que de alguma maneira o sujeito apareça. Aí onde o sujeito advém, onde o discurso médico falha, é que a equipe de saúde se embarça. É nesse momento que somos convocados a lidar com “isso” que sobra quando todos os olhares estão voltados às questões clínicas, referentes ao corpo, ao biológico.

Em supervisão tivemos a oportunidade de discutir este caso, e pensar sobre essa dificuldade que a equipe da neurocirurgia teve, durante a conduta com Rosa, de estabelecer um diálogo e poder oferecer informações sobre a cirurgia. Fica claro o embaraço do profissional da saúde para lidar com a comunicação de um diagnóstico desfavorável, e a dificuldade de poder, inclusive, dar notícias de que algo fora do esperado ocorreu no procedimento cirúrgico.

No entanto, foi observado que diante da dificuldade em lidar com o caso grave, o sujeito acaba sendo condenado a uma morte social prematura, deixando de receber informações do seu quadro clínico e sem espaço para que seja ouvido, o que cria bloqueios na comunicação. O constrangimento diante do diálogo por parte da equipe pode gerar dificuldades de manejo, que inclusive levam à omissão de informações, falsas promessas, à supervalorização do procedimento ou comunicações abruptas de difícil assimilação. O profissional pode, por exemplo, temer a perda de sua imagem e admiração, recolher-se por receio da raiva que pode aparecer contra ele ou proteger-se do envolvimento diante do caso. (Kleger, Santos & Lima, 2007).

Em reunião, a equipe da UCI solicitou que a Neurocirurgia, junto com a psicologia, pudesse se reunir com Rosa e sua família para informar sobre o que tinha acontecido na cirurgia, e o prognóstico da paciente. E assim ocorreu: a equipe médica comunicou à paciente e aos seus familiares sobre a intercorrência na cirurgia, contando que durante o procedimento houve um problema que causou uma contusão medular, e que não havia chances de uma nova cirurgia e que naquele momento não era possível informar se a paciente voltaria a andar ou quando voltaria. Era preciso tempo para ver o desenvolvimento do corpo e muita ajuda de fisioterapia.

Este foi um momento importante no caso, principalmente por oferecer a oportunidade de inclusão de Rosa no tratamento de sua doença, processo do qual deveria ser protagonista. No hospital, o sujeito acaba sendo excluído do cuidado de sua doença, perde a voz, e torna-se um corpo-objeto (Nascimento & Henriques, 2015). Nosso trabalho pôde apontar justamente para a inclusão de Rosa e sua filha, dando voz as suas preocupações e oferecendo a elas informações do que de fato havia acontecido com seu corpo.

Considerações Finais

Nesse período de atuação profissional no hospital percebemos que o bom paciente para a equipe de saúde, em geral, é aquele que a equipe consegue tratar, manipular, intervir, sem que nada atravessasse esse cuidado orientado pelo discurso médico. A partir do momento que algo de diferente aparece nessa relação, a partir do momento em que é preciso lidar com o sujeito para além do paciente, começam a aparecer os embaraços.

A partir de nosso trabalho, Rosa pôde ser ouvida em suas demandas, em suas angústias e desejos, mesmo diante das dificuldades impostas, principalmente no período que ela fazia uso da traqueostomia. Em alguns momentos faltou voz, porém não faltou palavra.

Em alguns atendimentos com a psicologia, a paciente trouxe o sentimento de insegurança sobre sua saída do ambiente hospitalar para o ambiente doméstico, falou do medo e da incerteza sobre se ela e sua família teriam recursos para dar continuidade aos cuidados médicos e fisioterápicos que vinham sendo prestados no hospital, e que seriam essenciais para uma possível recuperação. Frente a essas demandas,

para além de acolhermos esta angústia, tivemos oportunidade de trabalhar em conjunto com o serviço social, convocando esta nova equipe para que fossem dados alguns encaminhamentos às questões sociais presentes no caso de Rosa. A partir desses direcionamentos foi possível começar uma programação de alta hospitalar.

Embora a alta hospitalar após uma cirurgia complexa seja essencialmente uma decisão médica, neste caso ela pôde ser pensada e conversada com a equipe de psicologia e o serviço social, e em seguida transformada numa decisão compartilhada com a paciente e sua família. Podendo respeitar, inclusive, o tempo que esta família precisava para preparar os recursos necessários para receber Rosa em casa, levando em conta sua nova condição física.

Vale ressaltar que esse espaço de diálogo é fundamental para que o trabalho multiprofissional aconteça, de forma que o paciente e familiares sejam assistidos em sua demanda de cuidado. E, para esse caso em especial, foi essencial podermos estabelecer este espaço de diálogo, que mesmo com seus percalços, pôde garantir algum cuidado a esta paciente e sua família.

Referências

Barroso, F. (2010). O paciente e seu cirurgião. In: Filho, J. & Burd, M. *Psicossomática Hoje*. (2^a. ed. pp 350-355). Porto Alegre: Artmed.

Kleger, P; Santos, M; Lima, L. (2017). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16 (35), 415-425.

Nascimento, G B; Henriques, R. S. P. (2015). A exclusão do sujeito das práticas médicas em contexto hospitalar. *Rev. SPAGESP*, 16(2): 120-135.

Oliveira, E. C. N. (2002). O Psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e profissão*, 22 (2), 30-41.

A inserção da psicologia no setor de reumatologia: perspectivas de atuação

Amanda Francolino Rezende de Sant'Anna*

Juliana Mendes de Lima**

Luiza de Sousa Ferreira Brito***

Vanessa Ferreira Dias****

Alessandro de Magalhães Gemino*****

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência a partir da práxis realizada na Unidade Docente Assistencial de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Tendo em vista a recente inserção da Residência em Psicologia Clínica Institucional neste setor, pretendemos expor nas linhas a seguir a construção do trabalho que tem sido realizado, a despeito dos percalços causados pelo contexto da pandemia de COVID-19. O trabalho tem se mostrado de grande importância, tanto no que tange os atendimentos aos pacientes quanto na interlocução com a equipe multiprofissional, assim como nas tentativas de implementação de modelo de trabalho que ultrapasse os limites da clínica tradicional e abra vias para a efetivação de uma clínica ampliada, sobretudo no que diz respeito às práticas de humanização e a aposta na rede territorial.

Palavras-chave: doenças reumáticas; multiprofissionalidade; psicologia clínica.

Introdução

O setor de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) passou a constituir um dos campos de prática da Residência em Psicologia Clínica Institucional a partir do ano de 2018. Até então, os atendimentos psicológicos aos pacientes eram realizados através da solicitação de pareceres aos psicólogos da Especialização em Psicologia Médica (Guimarães, Gemino & Mariz, 2018). Além disso, havia a realização do Grupo terapêutico para pacientes com Lúpus, realizado através de uma parceria com uma psicóloga pesquisadora e a primeira residente do setor de reumatologia.

* Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

** Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

*** Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

**** Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020).

***** Psicólogo. Prof. Titular do Instituto de Psicologia da UERJ. Supervisor da Unidade Docente Assistencial de Reumatologia.

A reumatologia é um campo da medicina que se ocupa das doenças reumáticas. Existem dezenas de doenças reumáticas, no entanto, o que têm em comum é o acometimento do aparelho locomotor (articulações, ossos, músculos, tendões) (D’Almeida, 2018).

No HUPE, a reumatologia dispõe de dois ambulatórios, uma enfermaria e um centro de infusão; um dos ambulatórios está situado na Policlínica Piquet Carneiro (PPC). Desde 2010 as , a assistência à doenças reumáticas como Artrite Reumatoide e Gota - que têm menor incidência de internação hospitalar - foram realocadas para a Policlínica Piquet Carneiro enquanto outras especialidades como Lúpus e Esclerodermia, permaneceram no ambulatório do HUPE.

Na enfermaria, atua uma equipe multiprofissional composta por médicos, residentes de medicina, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e residentes de psicologia. Antes da deflagração da pandemia de COVID-19, os *rounds* costumavam ocorrer nas segundas-feiras pela manhã na enfermaria. Os residentes médicos passavam pelos leitos e apresentavam os respectivos casos clínicos para a discussão com a equipe. Atualmente, os *rounds* passaram a acontecer de segunda à sexta pela manhã na sala dos médicos, com a presença de pelo menos um membro de cada categoria profissional. No contexto ambulatorial, há o atendimento regular aos pacientes. Este serviço é realizado pelos médicos do *staff* e residentes de medicina através de consultas pré-agendadas, sendo cada dia da semana destinado ao atendimento de uma ou duas especialidades reumáticas. Os encaminhamentos são realizados internamente ou via Sistema Nacional de Regulação de Vagas (SISREG). Diante da pandemia de COVID-19, foram implementados os serviços de teleconsulta e acompanhamento via e-mail. No momento, os atendimentos presenciais estão sendo retomados gradativamente.

No primeiro semestre de 2020, as residentes de psicologia do setor tiveram as suas atividades suspensas devido às restrições impostas pelo cenário da pandemia de COVID-19 e da reestruturação do funcionamento do hospital. No segundo semestre, com a retomada das atividades da residência na reumatologia, o setor passou a contar com uma residente de segundo ano e três residentes de primeiro ano. Diante disso, vimos a possibilidade de ampliar nosso campo de atuação. Anteriormente os atendimentos eram realizados somente aos pacientes internados, a partir da inserção de mais residentes, passamos a atuar também nos ambulatórios.

Desse modo, tendo em vista a recente inserção da psicologia na reumatologia, o presente trabalho tem como objetivo discutir como tem sido as nossas experiências e desafios enquanto residentes neste campo de práticas, vislumbrando, assim, novas perspectivas de atuação.

A inserção da psicologia nos ambulatórios de reumatologia: um novo cenário de atuação

A partir de uma articulação com o setor, que manifestou interesse em incluir a psicologia no contexto ambulatorial, entendemos que esta seria uma possibilidade não só de ampliar o nosso campo de prática na reumatologia enquanto residentes, mas também de construir um trabalho junto à equipe. Nesse

sentido, nossa entrada nos ambulatórios foi bem aceita pela equipe médica desde o início. É interessante notar como este setor valoriza a presença da Psicologia, algo que não é comumente percebido em outras especialidades médicas. Contudo, levando em consideração que a receptividade dos médicos não nos garante um lugar de antemão, entendemos que este precisa ser construído e sustentado a cada vez.

No ambulatório de Reumatologia do HUPE, os encaminhamentos feitos para a Psicologia são realizados pela equipe médica. Observamos que os critérios utilizados pelos profissionais são subjetivos e, em sua maioria, refletem a dificuldade deles diante de alguns casos. Geralmente, recebemos solicitações para atendimento de mulheres jovens, com queixas de sintomas de ansiedade e humor deprimido. Além disso, nos deparamos também com uma demanda de acolhimento a pacientes em situações complexas de vulnerabilidade social ou de má adesão ao tratamento, o que exige uma mediação junto à equipe e à rede de atenção à saúde.

Um dos atendimentos realizados foi um acolhimento à uma paciente que atribui o abandono ao seu tratamento de Esclerodermia às dificuldades financeiras que vem enfrentando, assim como à relação com os quatro filhos. Segundo o seu relato, os dois filhos mais novos a agridem física e verbalmente. Relata renda de um salário-mínimo e a ausência de uma rede de apoio. Ressalta diversas situações de violência que sofreu ao longo da vida, seja pelos pais ou ex-companheiros, e que, agora parecem se repetir na relação com os filhos. A paciente afirma não ter ânimo para realizar as suas atividades e não saber o que fazer. Diante disso, foi necessário oferecer um espaço de escuta, sinalizando a importância de continuar o seu tratamento, assim como orientá-la a buscar o Serviço Social para solicitação de um benefício de transporte público e outras orientações sobre benefícios. A partir disso, a médica responsável pôde fazer um combinado com a paciente, de modo que ela realizasse os exames prescritos dentro de um prazo determinado e retornasse para um novo atendimento.

Em dado momento, nos deparamos com o envio de solicitações de atendimento via *Whatsapp*, como se houvesse algum tipo de “agenda da psicologia”. Diante disso, mesmo considerando a importância de ofertar o nosso trabalho, entendemos que não seria possível dar conta de responder a todas as demandas. Nessa perspectiva, ao receber uma solicitação, temos a discussão com a equipe para uma melhor compreensão sobre os casos. Posteriormente, propomos a realização de entrevistas iniciais com os pacientes, para, então avaliar se há uma demanda por acompanhamento psicológico. Em meio a pandemia, a ferramenta utilizada para os atendimentos individuais têm sido as videochamadas através do celular.

Assim como no ambulatório do HUPE, na PPC/UERJ nosso trabalho também se encontra em um momento de experimentação das possibilidades de atuação. Nossa inserção se deu no ambulatório especializado de Gota, doença inflamatória caracterizada pela elevação do ácido úrico no sangue, causando dor, inchaço nas articulações afetadas, rigidez e limitação dos movimentos (Sociedade Brasileira de Reumatologia [SBR] 2019a).

Logo de início, foi solicitado pela equipe médica a participação da psicologia nas interconsultas, para que, a partir disso fosse traçado um “perfil caracterológico dos pacientes” a serem encaminhados para acompanhamento psicológico. Impôs-se a questão de como nos colocar diante deste tipo de solicitação, já que evidentemente não seria possível responder tão clara e objetivamente, como gostaria o discurso médico. Nesse sentido, foi preciso sinalizar à equipe sobre a impossibilidade de trabalharmos a partir da categorização de um perfil prévio de pacientes, uma vez que apostamos na singularidade de cada um e que a demanda por tratamento deve vir do próprio sujeito.

Nossa presença nas interconsultas, para além do que supõe o saber médico, tem possibilitado uma melhor avaliação das demandas, que têm se desdobrado, em alguns casos, em atendimentos pontuais. Nesses atendimentos, observamos que muitas questões têm a possibilidade de emergirem, na medida em que a palavra é ofertada.

Paralelamente a estes atendimentos pontuais temos experimentado a possibilidade de um trabalho, ainda incipiente, de aproximação das relações do paciente com a equipe e com o serviço ambulatorial. É o que tem sido feito no acompanhamento ao caso de Joana, através de contatos telefônicos nos intervalos entre as consultas médicas, que costumam ocorrer a cada três ou seis meses. A paciente teve diagnóstico recente de artrite crônica. Durante a consulta médica, parecia estar alheia ao que médica dizia, e ao ser perguntada a sua idade, responde que teve um AVC e por isso sua visão ficou bastante prejudicada, não respondendo a sua idade. Ao final da consulta, foi oferecido um espaço de escuta para a paciente, que pareceu ficar angustiada por não ter lembrado a própria idade. Joana pôde dizer que se sentia muito triste por perceber que estava perdendo sua autonomia. Relata que tem sido difícil lidar com tantas questões de saúde, principalmente com as dores em decorrência da artrite e a perda de memória. Ao final do atendimento, combinamos um acompanhamento telefônico até a próxima consulta médica. Após o segundo contato telefônico recebemos a notícia de que Joana havia tido outro AVC e estava internada no CTI. Diante disso, o acompanhamento passou a ser realizado com a filha que ficou responsável pelos cuidados de Joana. Após dois meses Joana veio a falecer. Neste momento, o acolhimento à filha parece ter assumido uma função importante, uma vez que consistiram em dar algum contorno neste momento de intensa ansiedade e sofrimento diante da perda da mãe. O acolhimento foi finalizado cerca de dois meses após o falecimento de Joana, quando sua filha pôde dizer que “foi melhor assim, ela estava sofrendo muito, agora vou retomar minha vida”.

Este trabalho de aproximação do paciente e sua família com a equipe/serviço tem se pautado nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, tendo por finalidade humanizar as práticas de cuidado e gestão na saúde. Entende-se que “Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado” (Ministério da Saúde [MS] 2013, n.p.)

Um dos princípios da PNH é a transversalidade, que visa uma relação dialética entre os diferentes saberes e realidades de profissionais e usuários. Portanto, a transversalidade pressupõe a ampliação das relações entre estes diferentes atores de modo que sejam menos hierarquizadas e mais humanizadas (MS, 2013). A atuação a partir dos princípios e diretrizes da PNH implica um olhar multidimensional, significa estar atento às especificidades históricas, políticas, socioculturais, econômicas, institucionais e subjetivas de todos os envolvidos (Romero & Pereira-Silva, 2011).

Além disso, esta forma de trabalho vai ao encontro das práticas realizadas na Atenção Básica assim como nos serviços de assistência a pessoas em graves sofrimentos psíquicos, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Uma das diretrizes basais que norteiam o trabalho no CAPS é do cuidado no território através da aproximação da realidade dos usuários (Yasui, Luzio & Amarante, 2018). A partir disso, começamos a nos indagar em que medida este modelo também poderia ser implementado no atendimento ambulatorial, cujas consultas médicas são rápidas e espaçadas, o que implica nesta relação pouco dialética entre o profissional e o usuário do serviço. Nessa perspectiva, entendemos que a psicologia pode servir como uma agenciadora de processos de subjetivação e de uma perspectiva ampliada de saúde sem perder de vista a dimensão da escuta clínica.

A atuação da psicologia na enfermaria de reumatologia

No espaço de enfermaria, acompanhamos a internação de pacientes, em sua maioria mulheres, de todas as idades, com o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) ou, somente Lúpus, e outras doenças reumáticas. O Lúpus é uma doença inflamatória crônica e autoimune de causa desconhecida, podendo manifestar-se em diferentes órgãos, o que evidencia a complexidade dos casos (SBR, 2019b).

Nos períodos de remissão da doença as pacientes costumam levar uma vida dita normal. Recolhemos falas de pacientes que dizem “até esquecer que têm lúpus”. No entanto, quando a doença está em atividade pode ser altamente incapacitante em decorrência das fortes dores causadas pelo processo inflamatório. Cabe ressaltar que algumas doenças reumáticas, como o LES, são marcadas pela forte relação que mantêm com as variáveis psicológicas (Neto, Ballone & Ortolani, 2002). Em nossa observação clínica, notamos que os fatores emocionais podem contribuir para o desencadear da doença ou a sua reativação, é comum que as pacientes associem o desencadeamento da doença a algum evento marcante em sua vida. A partir de nosso contato diário com a equipe médica, observamos que os profissionais reconhecem as limitações de suas intervenções clínicas e da importância de outras áreas do saber no cuidado aos pacientes. Diante disso, constatamos uma abertura para o nosso trabalho enquanto residentes, uma vez que somos constantemente convocadas pela equipe multiprofissional.

Por outro lado, percebemos que quando o quadro do paciente não tem uma rápida constatação de ordem fisiológica, logo é sugerido pela equipe como psicológico. Diante disso - longe de oferecer uma

resposta à demanda médica - ao sermos acionadas, nossa posição clínica consiste na escuta do discurso do paciente de modo que as questões ali colocadas possam ser trabalhadas. Nesse sentido, apostamos na sustentação de um lugar para o paciente, fazendo valer a sua voz junto à equipe.

Dito isto, nosso trabalho com as pacientes na enfermaria viabiliza um espaço de escuta e acolhimento neste momento em que a doença se encontra em atividade e no qual elas se deparam com o impacto psicológico da doença no corpo. Minatti (2012) pontua que as diferentes formas de relação com a dor sinalizam as especificidades da relação do paciente com o corpo, o que por sua vez sinaliza o campo de trabalho subjetivo.

Considerações finais

Em nossa inserção no setor, enfrentamos algumas dificuldades no que diz respeito ao manejo de serviços nos quais os pacientes possam ser assistidos para além do âmbito hospitalar. Contudo, entendemos que seja necessária e urgente a construção de um trabalho junto à rede de atenção à saúde visando a ampliação deste cuidado. Além disso, tendo em vista a importância de espaços coletivos, vislumbramos, quando possível, o retorno das atividades em grupo no ambulatório.

Em relação à nossa prática na enfermaria, também observamos que para além da escuta, muitas pacientes demandam algum tipo de atividade que possa ocupar o tempo ocioso durante a internação, o que não foi viável devido ao contexto de pandemia.

A Psicologia, como nossa experiência evidencia, tem, cada vez mais, afirmado seu lugar e sua importância junto aos pacientes com condições reumáticas, seja em momentos mais críticos como em uma internação, seja acompanhando a remissão da doença.

Apesar de todos os impasses e possibilidades (ou justamente por causa deles), verificamos que é possível sustentar nossa permanência neste setor. E não só sustentar, como também acrescentar ao trabalho realizado na enfermaria e nos ambulatórios pela equipe multiprofissional. Com este breve escrito, buscamos transmitir a experiência de atuação da Psicologia junto à Reumatologia e contribuir para propostas futuras.

Referências

Ballone, J. G., Ortolani I. V & Neto, E.P. (2002). Da emoção à lesão: um guia de medicina psicossomática. Barueri: Manole.

D'Almeida, L. O. D. (2018). Saiba mais sobre reumatismo. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Reumatologia do Rio de Janeiro.

Guimarães, G., Gemino A. M. & Mariz, N. N. (2018). A psicologia na reumatologia: O início de uma trajetória. Anais do XXII Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ. 125-131. Recuperado em 21/04/21 em: <<http://www.psicologia.uerj.br/pdf/anaisXXIIforumresidencia.pdf>>.

Minatti, S. P. (2012). O psicanalista no tratamento da dor. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 15(4), 825-837. Recuperado em 22/04/21 em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n4/06.pdf>>.

Ministério da Saúde (2013). Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado em 21/04/21 em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>

Romero, N. S. & Pereira-Silva, N. L. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 332-339. Recuperado em 27/04/21 em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n2/a14v23n2.pdf>>.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2019a). Gota. Recuperado em 25/04/21 em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/gota/>>.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2019b). Lúpus Eritematoso Sistêmico. Recuperado em 25/04/21 em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/lupus-eritematoso-sistemico-les/>>.

Yasui, S., Luzio, C. & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8 (1), 173-190. Recuperado em 21/04/21 em:<<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/80426/47195>>.

Da dor à palavra: Relatos em grupo

Gabriela De Biase³

Nataly Netchaeva Mariz**

Alessandro Gemino Magalhães***

Resumo

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), doença auto-imune, traz um forte impacto para a vida de seus portadores. Estudos destacam que fatores psicológicos e emocionais influenciam para a piora clínica, entretanto a relação entre estes e o Lúpus ainda é pouco esclarecida. A psicoterapia de grupo é um valioso recurso, colaborando para que o paciente tenha melhor compreensão sobre seu quadro. E traz como marca a produção de identificações no discurso entre as participantes, permitindo a elaboração de experiências dolorosas e de privação associadas ao quadro e às intensas exigências impostas pela vida de pessoas em vulnerabilidade social. O exercício de falar sobre si, perante a um outro, cria bases simbólicas para a reconstrução dos significados atribuídos ao adoecimento. Partindo desta premissa, nosso trabalho traz um breve relato sobre como transcorreram os atendimentos realizados no ambulatório de Reumatologia do HUPE/UERJ.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico; grupo terapêutico; doença auto-imune.

Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é ainda pouco conhecido para o grande público, seus efeitos e restrições no cotidiano são constantemente mal compreendidos. Doença polissistêmica, de etiologia multifatorial e não é incomum eclodir por ocasião de um desarranjo do sistema de defesa. Observa-se que fatores emocionais como stress, além dos psicossociais em geral tais como rompimentos amorosos, violência urbana, problemas financeiros e dificuldades de aceitação dos próximos, entre outros aspectos contribuem para o agravamento do caso.

Por se tratar de um quadro com grande variabilidade fenotípica em termos de manifestação e gravidade bem como sua evolução ter períodos de atividade e remissão (Klumb et al, 2015), o

^{3*}Psicóloga, residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar IP/UERJ

^{**}Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Rio), ex- residente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar IP-UERJ. Pesquisadora e colaboradora do setor de Reumatologia do HUPE

^{***} Professor Adjunto IP/UERJ, Preceptor do setor de reumatologia HUPE/UERJ

acompanhamento cuidadoso se faz necessário. A psicoterapia de grupo, no contexto institucional, pode colaborar para que o paciente, a partir da troca com os demais, tenha melhor compreensão sobre seu estado. Partindo desta premissa, nosso trabalho tem por objetivo fazer um breve relato sobre como transcorreram nossos atendimentos realizados no ambulatório de Reumatologia do HUPE/UERJ.

O Grupo Terapêutico foi iniciado em outubro de 2018, coordenado pelas psicólogas Nataly Netchaeva Mariz e Gabriela DeBiase. Aos poucos, ele foi tomando forma, com incentivo da equipe médica do Setor de Reumatologia e dos frequentadores de longa data. Gradativamente a importância deste espaço como possibilidade de fala e elaboração de experiências dolorosas da vida foi sendo reconhecida.

Ainda observamos por parte de alguns pacientes uma desconfiança em relação ao processo psicoterápico. Um convite para participar “sem compromisso”, enquanto aguardam pelo atendimento médico, é um facilitador. Os participantes desse espaço trazem questionamentos em relação ao tratamento por meio do qual são submetidos e que gera transformações físicas importantes, como o vemos em relação ao uso do corticoide, sem necessariamente serem identificados como pacientes que “não aderem ao tratamento” por aqueles que participam do grupo.

Considerando a particular transferência dos pacientes acompanhados no setor com o dispositivo ambulatorial, privilegamos o grupo como modelo de intervenção psicanalítica para esse trabalho no ambulatório, sem desconsiderar a importância do acompanhamento individual dos pacientes que puderam sustentar essa modalidade de trabalho na enfermaria e após a internação. Ao se beneficiar em escutar o que outros têm a dizer, assim como poder ser escutado pelos pares, surge a compreensão do que é um trabalho psicoterápico e quais são os benefícios que este pode trazer. A fala, mas sobretudo a escuta cuidadosa e atenta são o mote desse tipo de intervenção.

Ainda hoje, percebemos o quanto persiste o entendimento de que a psicoterapia individual é um atendimento *standart* e o trabalho de grupo seria um acompanhamento menos aprofundado, uma vez que diferentes são as vozes e os relatos que se fazem presentes. Entretanto, vale ressaltar que o espaço de acolhimento e escuta cria um ambiente de confiança em torno do grupo terapêutico, permitindo que, ao longo do acompanhamento, o sujeito possa ir ressignificando o lugar do LES na sua vida. Vale destacar que este formato de trabalho, por meio da constituição de processo grupal, promove um deslocamento na relação médico-paciente, fazendo o sujeito de sua doença advir na relação com outros. A alternância entre espelhamento e estranhamento, identidade e alteridade, permite a elaboração de experiências dolorosas e de privação associadas tanto ao quadro como às intensas exigências impostas pela vida quando se trata de pessoas em vulnerabilidade social.

Cabe destacar que ainda em Freud podemos encontrar os fundamentos para uma terapia de grupo de base psicanalítica. O autor revela a multiplicidade de elementos presentes na formação do Eu que

validam a hipótese de existência de uma realidade psíquica plural. Não apenas a partir da publicação de seus textos considerados sociais como “Totem e Tabu” (1912) e “Psicologia das massas” (1921) por exemplo, mas também por todo um modo de descrição do aparelho psíquico em pares.

Freud usou a expressão grupo desde quando descreveu o psiquismo pela primeira vez, em 1893, ao dizer que na mente se formam grupos psíquicos: representações que se agrupam de acordo com seus conteúdos. Ao propor a separação dos conteúdos conscientes e inconscientes pela barreira da repressão, Freud salienta que eles não permanecem dispersos, mas aglutinados e relacionados entre si, ou seja, com uma dinâmica de interações.” (ÁVILA, L. 2009, p. 45)

O psicanalista brasileiro Lazslo Ávila (2009), por sua vez, nos chama atenção que, para a teoria dos grupos, o indivíduo é composto por seus relacionamentos, é o que chama de “Eu-plural”. Ele não existe por si mesmo. Sua identidade, suas ações são marcadas pelas “relações que ele tem desde antes de nascer e que se somam a todas as que ele realiza ao longo de sua existência” (p. 41). O autor retoma a afirmação de Bion sobre a importância do grupo para o que chama de “realização da vida mental de um homem” (p. 42). Assim, como podemos perceber, trata-se de um espaço privilegiado de mobilização de afetos conscientes e inconscientes, que permite ao participante entrar em contato com suas fantasias e potencialidades, aos quais não teria acesso de outra maneira.

Desse modo, destacando a riqueza do trabalho em grupo, trazemos brevemente alguns trechos que nos permitem compreender a evolução do grupo terapêutico ofertado por nós no ambulatório da Reumatologia do HUPE. Buscamos mapear as temáticas mais abordadas, os sentidos trazidos pelos participantes e as mudanças que podemos ir percebendo como efeitos deste espaço de atendimento.

Os encontros

Inicialmente o grupo contava com poucos participantes. Precisávamos a cada semana nos reapresentar uma vez que estávamos começando a atuar no setor de Reumatologia. Poucos nos conheciam e o retorno ao grupo na semana seguinte não era frequente. Fomos compreendendo que o horário que oferecíamos, por ser próximo ao almoço e devido a ansiedade das pacientes (que aguardavam para serem chamadas finalmente para sua consulta médica após longa espera) dificultava a adesão. Buscávamos entender melhor qual era o perfil dos usuários do serviço e era comum começarmos perguntando como foi o diagnóstico e qual era a história de vida dos participantes.

Assim, os relatos sobre antes e depois do diagnóstico, as mudanças radicais de rotina e os cuidados impostos pelo adoecimento eram temas comuns. Depressão, notícias que faziam mal, causando tristeza e desânimo, problemas na relação com os filhos também eram recorrentes. Na continuidade dos grupos, pudemos conhecer outros frequentadores e questões como desemprego, dificuldades de se manter no

trabalho, dores incapacitantes, desinformação e incompreensão em relação ao LES e suas restrições puderam ser abordadas.

No início de 2019, pudemos trocar o horário do grupo para mais cedo, o que facilitou a participação de pacientes que estavam aguardando o atendimento no ambulatório e o retorno dos interessados no grupo que poderiam frequentá-lo antes de realizar algum outro procedimento no hospital ou de ir para suas atividades habituais como cursos e serviços.

Vale mencionar que a proposta é ser um grupo aberto. Neste sentido, entendemos que a manutenção do espaço de encontro, no mesmo horário e local, é o enquadre fundamental para um grupo e ele pode ocorrer mesmo que apenas um participante apareça. Em outras palavras, é o *setting* criado que permite que a grupalidade permaneça, de forma que o participante acaba por se referir ao grupo e aos outros membros mesmo na ausência dos demais.

À medida que retornavam, os integrantes podiam falar de sua vida para além do LES: violência cotidiana da cidade, os diferentes sentimentos associados (medo, ansiedade, preocupação), a falta de confiança, a dificuldade na criação dos filhos e na convivência com os vizinhos. Entretanto, a incompreensão e as limitações decorrentes das dores do Lúpus não deixavam de ter seu lugar na fala das participantes, em geral, mulheres (9 em cada 10 casos são do sexo feminino).

Escutamos no grupo como os desentendimentos em família provocam dores no dia seguinte. “O emocional contribui nas dores” diz uma das integrantes do grupo. “Precisei aprender a lidar com os limites” diz outra. Entre internações e períodos de melhora a batalha é para se manter bem. “O médico me disse que o Lúpus é fruto de stress”. “Guardo muito as coisas para mim”. Estas são algumas declarações recorrentes. Para fins de ilustração da dinâmica de trabalho, trazemos um breve relato sobre um grupo que nos pareceu particularmente interessante.

Sessão em grupo: uma ilustração

Selecionamos alguns encontros realizados no segundo semestre de 2019 escolhidos por trazer relatos particularmente significativos. O primeiro tem como tema de início as perdas e as mortes de pessoas conhecidas ao longo do tempo de tratamento do LES. A dor e tristeza perante os desafios físicos impostos por esse quadro, a ameaça de piora e morte, as internações e algumas intervenções invasivas foram debatidos. As dificuldades enfrentadas, os conflitos com a família e a incompreensão que participantes compartilhavam faziam com que estas se sentissem como “palmatória do mundo”, segundo uma das participantes. “Tenho dificuldade de absorver a morte”, diz outra. As coordenadoras devolvem esse sentido

para o grupo: “o que é ser a palmatória do mundo?” As participantes voltam a falar de como sentem-se desrespeitadas em seus espaços, como suas necessidades não são consideradas.

Frisamos a importância da colocação e aceitação de limites. Vale deixar claro até onde os parentes e amigos podem ir em termos de exigências e solicitações, assim como as próprias pacientes, em sua dificuldade de dizer não e reconhecer que algumas restrições se fazem necessárias, se sobrecarregam, levando a novas crises e dores. Ressaltamos que o estabelecimento de um limite pessoal permite que uma barreira de proteção afetiva possa ser constituída. Essa observação é bem acolhida pelas participantes.

Alguns meses depois, escutamos em outro grupo umas das pacientes falar: “Não levo mais para o coração”. Outra aponta que o grupo permite que ela veja que não está sozinha com suas dores. Uma terceira afirma: “Saio melhor daqui”. São falas que nos permitem colher os efeitos do nosso trabalho. Nesse sentido, temos por objetivo construir coletivamente um ambiente de reflexão e enfrentamento do Lúpus, visando rarear os períodos mais agudos, ampliando a possibilidade de remissão da doença.

Buscando usar uma linguagem acessível, que possa fazer com que os participantes se observem e tomem consciência da forma com que se relacionam consigo mesmos, com seu diagnóstico e com seu entorno, é possível perceber o incremento do auto cuidado, da responsabilização pelo próprio bem estar.

Considerações Preliminares sobre o trabalho de grupo

René Kaës, inspirado no modelo proposto por Foulkes (1964), ao teorizar sobre o trabalho psicanalítico de grupo, afirma que um dos fatores terapêuticos existentes na relação grupal é o que chama de “reação do espelho”, definida pelo autor como momento no qual “um certo número de pessoas se encontram e agem umas sobre as outras” (1997, p. 66). O processo terapêutico advém na medida em que o “indivíduo vê-se a si próprio - muitas vezes a parte recalcada dele – refletida nas interações de outros membros do grupo” (op. cit). Esse fator torna-se mais evidente a partir das interações entre as participantes, baseando-se no método da associação livre, em que as mesmas podem compartilhar a experiência da doença e outros elementos relacionados não com a figura do analista, mas com outras participantes que compartilham dessa vivência, diminuindo, com isso a hierarquia da fala.

No interior desse processo os membros do grupo começam a compreender a linguagem do sintoma, dos símbolos e dos sonhos tanto quanto as comunicações verbais. Devem aprendê-lo pela experiência para que isso seja significativo e, conseqüentemente eficaz... esse processo de comunicação tem muito em comum com o processo que vem tornar consciente o inconsciente. (KAËS, 1997, p. 66)

Torna-se importante observar também que o grupo traz como marca a produção de determinadas identificações no discurso entre as participantes que passam a trazer novos sentidos para a doença,

diferentes dos colocados de antemão por elas e, ao mesmo tempo, pondo-se ao exercício de falar sobre como foram as primeiras manifestações, quando descobriram o Lúpus e em que contexto de vida se encontravam à época dessas manifestações, bem como de que maneira era a doença no cenário atual. A partir desse momento destaca-se a importância da alteridade como elemento de constituição do próprio Eu no discurso, visto que é por meio da fala de uma para as outras que as identificações se produzem, como um certo espelhamento, e essas mulheres se voltam para suas próprias histórias e, conseqüentemente, diferentes processos de adoecimento.

Referências Bibliográficas

Ávila, L.A. (2009). O Eu é plural: Grupos: a perspectiva psicanalítica. *Vínculo – Revista do NESME*; v. 1(6), pp. 01-111.

Kaës, R. (1997). *Grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica de Grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Klumb, E. M. et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico, manejo e tratamento da nefrite lúpica. In: *Revista Brasileira De Reumatologia*. 1999; Vol.39(3), pp. 143-150.

Ministério da Saúde. (2018). *O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Lupus Eritromatoso Sistêmico*. CONITEC: Brasília, 2018.

A temporalidade do trabalho na enfermagem COVID

Amanda Francolino Rezende de Sant'Anna*

Marcos Vinicius Brunhari**

Vinicius Anciães Darriba***

Resumo

O presente texto visa articular o conceito de urgências subjetivas com o referencial teórico de Lacan sobre o tempo lógico, levando em conta o contexto de construção do trabalho da Psicologia em enfermarias COVID. A psicologia pode se inserir junto à recuperação dos pacientes contaminados e em isolamento hospitalar ao oferecer a estes a palavra. Utilizando-se do movimento lógico presente nas três instâncias do tempo, como proposto por Lacan, podemos pensar a intervenção do psicólogo por uma via da instauração da pausa lógica. Oferecendo assim que o sujeito não fique refém da urgência.

Palavras-chave: psicanálise; tempo lógico; COVID; urgências subjetivas.

O trabalho a seguir versa sobre minha experiência profissional no setor de Urgências Subjetivas no Hospital Universitário Pedro Ernesto, fazendo parte da Residência em Psicologia Clínico-Institucional da UERJ. O setor de Urgências Subjetivas foi pensado para abarcar as situações mais pontuais de mal-estar que surgem no cotidiano hospitalar, como a comunicação de notícias difíceis, acompanhamento de óbitos, cuidados paliativos, entre outros. Pensado inicialmente para trabalhar com questões singulares que surgem com caráter de urgência, o setor se viu em uma emergência coletiva.

A pandemia do COVID-19 tomou a todos de assalto e socializou angústias. O hospital abriu leitos de enfermagem e de unidade intensiva que recebiam pacientes que precisavam, de acordo com critérios institucionais e de autoridades legais, serem isolados durante seu tratamento. Isso significa que, por semanas, vários pacientes não interagiam presencialmente com aqueles que amam ou, para alguns, nem

*Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2021)

**Professor Adjunto do Departamento de Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ. Membro do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ.

*** Professor Associado do Instituto de Psicologia da UERJ. Coordenador da Residência em Psicologia Clínica Institucional IP-UERJ.

virtualmente. O mal-estar geral causado pelo medo e desconhecimento do novo coronavírus, para essas pessoas, foi multiplicado pela necessidade de isolamento hospitalar. Além da doença presente no corpo orgânico, muitos adoeceram psicologicamente. É possível articular, a partir do ensino de Lacan, alguns pontos que viabilizam uma discussão a respeito do impacto da coletivização dessa urgência e de suas incidências sobre a temporalidade.

A urgência se mostra na “presentificação do tempo de maneira avassaladora” (Azevedo, 2016, p.48), em uma “suspensão do tempo e na dissolução do espaço” (Azevedo, 2016, p.47). A angústia da urgência subjetiva é aquela que advém sem mediação, por conta da ausência do tempo de compreender. O tempo de compreender suscita a elaboração do conflito, mas, quando ele está ausente, essa angústia irrompe sem qualquer oportunidade de ser lapidada (Carvalho, 2008). Ela pode chegar a irromper a cadeia significativa, o que impacta a temporalidade subjetiva, ocasionando uma deslocalização no tempo e causando a destituição do sujeito, colocando-o na posição de objeto (Baroni&Kahhale, 2011). Essa atividade da angústia dificulta o sujeito lançar mão dos recursos simbólicos ou imaginários. Aquilo que inicialmente pode parecer da urgência de um corpo adoecido pelo novo corona vírus, acaba por passar para uma urgência subjetiva, “um sujeito adoecido em sua palavra” (Azevedo, 2016, p.78).

Uma pausa para organização e observação do cenário foi necessária antes que nós entrássemos na enfermaria de COVID, entendendo que ali havia demandas e possibilidades de trabalho para a Psicologia. Mas antes que isso fosse possível, era preciso que estudássemos os protocolos iniciados com a pandemia, o uso de EPIs, a nova dinâmica do hospital, os furos e aberturas dentro da enfermaria com pacientes infectados. Tudo isso em meio às nossas próprias angústias suscitadas pelo contexto. A supervisão teve um papel essencial para que não nos apressássemos em um trabalho ingênuo, correndo contra o tempo para responder a uma demanda. Apenas quando algumas coisas já haviam sido elaboradas, conseguimos nos inserir na dinâmica da enfermaria e, assim, permanecer até então.

Lacan nos auxilia a problematizar a importância e os efeitos da temporalidade e, com ela, analisar a sucessão de eventos aqui relatada. Em seu artigo “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada” (1945), o autor nos apresenta o sofisma dos três prisioneiros e vislumbra nesse processo o movimento lógico presente nas três instâncias do tempo. São elas o instante de olhar, o tempo de compreender e o momento de concluir. Cada instância carrega um valor diferente e de ordem crescente e se relacionam sempre em um segundo momento, ressignificando de forma retroativa o primeiro (Lacan, 1945/1998).

O instante de olhar é o ponto em que o acontecimento se dá; é a constatação de algo que ocorre. O tempo de compreender - de duração incalculável - é o período de formulação de uma hipótese e de meditação sobre o que foi visto no primeiro instante. O momento de concluir é quando se põe um fim ao tempo de compreender (Lacan, 1945/1998). Na urgência, encontramos uma fusão entre o instante de ver e o momento de concluir, sem a instauração do tempo de compreender (Azevedo, 2016). Isso se dá porque nesses momentos há uma pressa que faz o ato se antecipar ao sujeito.

A própria intervenção médica na urgência propicia a angústia advinda da pressa por fazer uso desta dimensão temporal. A medicina se utiliza da pressa para aplacar o mal-estar do corpo anatomofisiológico, enquanto o sujeito não encontra uma saída para se fazer expressar diante da falta de recursos na experiência da angústia. É aí que o trabalho do psicanalista pode se inserir no contexto de uma enfermaria de COVID: ofertando a palavra e restabelecendo o tempo que foi anulado anteriormente pela pressa. Tempo este que agora irá seguir a temporalidade lógica daquele sujeito, permitindo que o sujeito não seja refém da urgência. Em outras palavras: “o psicanalista precisa trabalhar, portanto, para que nesse encontro com a pedra no caminho, com o real, o sujeito possa inventar uma saída singular, que lhe possibilite caminhar” (Azevedo, 2016, pp.78).

Propor-se a escutar o paciente, levando conseqüentemente, então, a que ele fale, possibilita a construção de um contorno para aquilo que foi abrupto. O psicanalista maneja o tempo lógico a fim de abrir o tempo de compreender, propondo ao paciente fazer uso dos recursos simbólicos diante da “falta de palavras” da angústia. Tira o paciente de sua condição de objeto para se dirigir ao sujeito e auxilia esse sujeito a dar “uma resposta singular a partir daquilo que se perdeu diante da urgência no instante de ver” (Azevedo, 2016, pp.65). Para isso, o psicanalista tem que trabalhar em si como abraça a contingência. Nisso retorno à importância da supervisão ter atuado como esse restabelecimento do tempo de compreender para nós, residentes, viabilizando que ofertássemos algo que em certa medida também nos ofereceram. Então, se os médicos trabalham com uma intervenção caracterizada pelo tempo cronológico (a pressa de cessar os sintomas), o psicanalista também atua imediatamente, mas “a partir de uma pausa lógica, para que o sujeito possa se apresentar a partir de sua condição de sujeito, privilegiando a abertura de um tempo para a palavra” (Azevedo, 2016, p.91).

As residentes de psicologia dentro da enfermaria COVID realizam funções diversas: atendem os pacientes, fazem vídeo chamadas entre eles e os familiares (projeto conhecido como PSI COVID - Visita

Virtual), auxiliam na comunicação entre os familiares e a equipe médica, acompanham reuniões e notícias de óbitos, entre outros. Todas essas funções têm como objetivo se constituir como intermediador simbólico, seja para os pacientes, como também para seus familiares. Muitas vezes nos deparamos com situações em que certo parente está mais angustiado que o próprio doente. Nossa função ali é viabilizar a palavra e a escuta para dissipar esse gozo que se apresenta como insuportável (Barreto, 2004). Quanto ao paciente, frequentemente somos solicitadas pela equipe para fazer um atendimento. É importante que, seguindo a ética da psicanálise, haja um movimento de construção dessa demanda por tratamento, mas agora por parte do paciente. É fazer com que aquilo que foi capturado como urgente para o Outro abra caminho para que o sujeito nomeie o que é urgente para ele (Barreto, 2004).

Podemos verificar neste trabalho como a dimensão temporal é imprescindível para refletirmos sobre os eventos e conceitos aqui relatados. Ao operar com o tempo lógico proposto por Lacan, compreendemos como a temporalidade exerce efeitos de sofrimento subjetivo, especialmente no contexto da urgência. Não apenas o sofrimento relatado pelos pacientes e a conjuntura institucional podem ser pensados por essa ótica, mas também a própria experiência das residentes, entendendo que a crise da pandemia está para todos. Certamente, esse texto não marca um fim, mas pontua algo que já foi possível de ser elaborado diante de um cenário que não apresenta sinais de encerramento. Esse texto é a aposta que a escrita e a reflexão também estimulam o aparecimento do tempo de compreender, minimizando angústias e favorecendo um momento de conclusão. Por enquanto.

Referências

- Azevedo, E. C. (2016). *Não há tempo... a perder: questões sobre o tempo lógico na angústia*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São João Del-Rei. São João del-Rei, MG, Brasil.
- Baroni, C. S. F., & Kahhale, E. M. P. (2011). Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 53-74.
- Barreto, F. P. (2004). A Urgência Subjetiva na Saúde mental (Uma introdução). *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 40. São Paulo.
- Carvalho, S. B (2008). *O hospital geral: dos impasses às demandas dirigidas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia do Hospital Mater Dei*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Lacan, J. (1998). *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*. In: _____. Escritos. Rio de Janeiro: J. Zahar. (obra original publicada em 1945).

“Morrer com COVID é morrer como indigente”: reflexões sobre a comunicação de notícias difíceis no contexto da pandemia

Juliana Mendes de Lima*

Caroline Santos de Lima**

Vinicius Darriba***

Mariana Rabello****

Resumo

Este trabalho tem como objetivo compartilhar a nossa experiência enquanto residentes de Psicologia do Curso de Especialização em Psicologia Clínico-Institucional (IP/UERJ/HUPE) no setor de Urgências Subjetivas. A partir de uma ilustração clínica, pretendemos destacar a função do psicólogo orientado pela psicanálise no acompanhamento de notícias difíceis em uma instituição hospitalar no contexto da pandemia por COVID-19.

Palavras-chave: psicanálise; hospital; pandemia; notícias difíceis; urgência subjetiva

Introdução

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta aspecto clínico variante entre infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. Os primeiros casos foram identificados em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Rapidamente a doença se espalhou por diversos continentes sendo caracterizada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2020. No Brasil, o primeiro caso notificado da doença ocorreu em 4 de março de 2020, e o primeiro óbito em 17 de março do mesmo ano. Até o dia 24 de novembro de 2020, o Brasil registrou 170.115 óbitos confirmados por COVID-19, sendo o Rio de Janeiro o município que apresenta a maior taxa de mortalidade no Estado do Rio de Janeiro, contabilizando 22.141 óbitos (Ministério da Saúde).

Um estudo do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) da PUC-Rio, pontua que o percentual de pacientes pretos e pardos que vieram a óbito (54.78%) foi maior do que o de brancos (37.93%), em todos os níveis de escolaridade. Além disso, em um mesmo nível educacional, a proporção de óbitos de pretos e pardos é, em média, 37% maior do que a de brancos. Esses dados evidenciam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde (Nota Técnica 11 – 27/05/2020) e demonstram que algumas

*Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2020)

**Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ.

***Professor Associado do IP-UERJ. Coordenador do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar.

****Psicóloga do IP-UERJ. Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar.

regiões e populações se encontram em maior vulnerabilidade, uma vez que estão expostas a maiores riscos de contaminação e morte (Gondim et al., 2020). O cenário de desigualdade se reflete no dia a dia da prática assistencial das instituições hospitalares e nos leva a questionar sobre as implicações da presença do psicanalista nos momentos de comunicações de óbito. A proposta de tal prática não deve minimizar um cenário político/social em que essas mortes e seus impactos são amplamente depreciados. Entendemos que a psicanálise, ao permitir um lugar para a palavra, oferece espaço singular para esse sofrimento que é negado pelas “formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte (necropolítica)” (Mbembe, 2018, p. 71).

Com a deflagração da pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro, o HUPE se tornou referência no atendimento e tratamento da doença. Para tanto, alguns cenários de práticas da Residência precisaram ser reorganizados em relação às novas demandas e protocolos estabelecidos, tornando imprescindível a criação de novas formas de inserção e atuação das residentes. Diante disso, nos aproximamos do Setor de Internação do HUPE - responsável pelo contato com os familiares dos pacientes internados, para que possam comparecer ao hospital e receber, da equipe médica, a comunicação do óbito dos pacientes. E apostamos que nossa inserção na comunicação de notícias difíceis poderia ampliar possibilidades de escuta e atenção tanto à equipe, que lidava com o grande aumento no número de óbitos, quanto aos familiares, diante da iminência da morte de seus entes queridos e da impossibilidade da despedida colocada pelo cenário da pandemia.

Entende-se que a realização de rituais de despedida é um fator organizador e importante no processo de luto de indivíduos e comunidades. Desse modo, a fim de reduzir os riscos de contaminação, as autoridades sanitárias nacionais estabeleceram recomendações sobre biossegurança para manejo dos corpos nos hospitais e durante os funerais. A redução do número de pessoas presentes e o sepultamento com o caixão lacrado são exemplos de medidas de segurança que atravessam as possibilidades de elaboração do luto de amigos e familiares dos pacientes vítimas do COVID-19 (Fiocruz, 2020).

A partir de um caso no qual acompanhamos a comunicação de uma notícia de óbito, refletiremos sobre o impacto que a “morte por COVID-19” representa, e também como este momento de urgência em um hospital geral demanda um trabalho do analista, pois uma passagem da urgência para a urgência subjetiva não se produz sem a oferta da palavra (Azevedo, 2018). Nesse sentido, frente ao encontro com o real da morte, enquanto aquilo que é impossível de simbolizar, apostamos que a presença e escuta do psicanalista na comunicação de uma notícia difícil pode possibilitar a emergência do sujeito.

Levando isto em consideração, discutiremos a seguir o atendimento à familiar Cláudia, que se desdobrou no acompanhamento à comunicação da notícia de óbito de seu marido Mário, por suspeita de COVID-19.

Cláudia chegou ao hospital pela manhã após um telefonema de alguém que, segundo ela, não se identificou, mas solicitou que ela procurasse o Serviço Social da instituição. As assistentes sociais acionaram o setor de Urgências Subjetivas para um primeiro atendimento à familiar, que estava nervosa. Passamos alguns minutos conversando com ela, que relatou ser esposa do paciente Mário, que até então estava internado após ter sido confirmada uma pneumonia em outro serviço de saúde. Cláudia se mostra indignada pelo fato do marido estar em uma enfermaria COVID, mesmo tendo testado negativo para a doença anteriormente. Conta que o marido começou a apresentar um quadro respiratório/pulmonar no ano passado, devido à inalação de tinta em seu ambiente de trabalho. Cláudia fala que recentemente completou um ano de casada, mas relata a frustração de não poder comemorar porque ela e o marido não se vêem há 20 dias, devido ao isolamento necessário neste tipo de internação.

Em dado momento, mesmo sem saber o que havia acontecido, mas anunciando, de certa forma, algum saber, se revolta ao dizer que aceita o caixão lacrado, mas jamais aceitaria que o marido fosse dado como morto por COVID ou suspeita. Fala também sobre a manipulação do governo e da “politicagem” (sic) em torno da situação que estamos vivendo, dando como exemplos casos de pessoas que faleceram com diagnóstico de COVID sem terem contraído a doença. Teme que ocorra o mesmo com o marido. Cláudia acredita que “morrer com COVID é morrer como indigente”, uma vez que o corpo é colocado “nu em um saco preto”.

Ao retornarem, as assistentes sociais pedem para Cláudia aguardar na recepção. Contam para nós que Mário veio a óbito no dia anterior. Logo após foram acionadas por uma funcionária do hospital que relata que Cláudia estava alterada, pois ainda não tinha nenhuma informação sobre o marido. Diante da dificuldade em se aproximar de Cláudia, que se recusou a fornecer qualquer tipo de informação sobre Mário, o Setor de Internação entrou em contato para solicitar a presença da Psicologia.

Após um tempo de nossa presença junto a Cláudia e seus familiares na recepção do hospital, o médico chega para dar a notícia de que Mário havia falecido devido ao agravamento de seu quadro pulmonar, que seria “sugestivo de COVID”. Neste momento, Cláudia se exalta, demonstrando estar chocada com o fato de o marido ter falecido no dia anterior sem a família ter sido avisada e, principalmente, pela “suspeita de COVID” que ela tanto temia. Em alguns momentos, levanta o tom de voz ao afirmar que não irá aceitar este diagnóstico, deixando a equipe sem reação.

Fomos direcionados a uma sala proposta pela equipe do Setor de Internação para que outro médico conversasse com a família. A disponibilidade do médico em abordar o assunto de maneira clara, em um ambiente mais adequado, possibilitou que Cláudia tirasse as suas dúvidas sobre o motivo da morte do marido. Após esta conversa, ela pareceu mais calma e seus familiares demonstraram compreender a fala do médico sobre o caso. Cláudia questionou a abordagem à família do lado de fora do prédio do hospital e

questiona “por que não nos contaram nesta sala?”, fazendo com que o médico prontamente se desculpasse, trazendo como justificativa a situação atípica que estávamos vivendo no hospital naquele momento.

Retornamos um pouco mais tarde e conseguimos conversar a sós com Cláudia, que estava abatida, porém visivelmente mais tranquila. Neste momento, ela passa a contar sobre as dificuldades que enfrentou e também sobre a sua história com o marido, que sempre esteve ao seu lado apesar dos desencontros que tiveram ao longo da vida. Expressa sua gratidão pelo marido e pelos filhos dele, que a consideram como mãe. Emociona-se ao lembrar que, em breve, completarão três anos que ela perdeu sua mãe, sua irmã e uma tia muito querida. Ao final do atendimento, afirma que tem que ser forte para cuidar de seus filhos e enteados.

A dimensão cronológica do adoecimento por COVID-19 é um aspecto importante, levando em consideração que alguns quadros que, a princípio estejam estáveis, podem evoluir a óbito em poucos dias. Nesse sentido, o distanciamento e a iminência da morte são alguns dos conflitos colocados aos sujeitos frente a esta nova realidade. Além disso, este cenário demarca uma das especificidades do processo de luto àqueles que perderam um ente querido: a imposição de limitações aos rituais de despedida, sendo a mais significativa a obrigatoriedade de caixões lacrados (Dantas et al., 2020). Cláudia afirma, em determinado momento, que até aceita o caixão lacrado, mas, logo depois, ao associar o “morrer com COVID” ao “morrer como indigente”, evidencia não só a sua revolta diante da impossibilidade de um ritual de despedida, mas também o estigma pela morte ocasionada por esse vírus. Conforme pontua Dantas et al. (2020), os rituais funerários, em nossa cultura, estão centrados no simbolismo do corpo; logo, ver o corpo traz concretude à morte. Cláudia questiona a possibilidade de “vestir” o corpo do marido para o velório, vislumbrando, talvez, essa concretude. No entanto, o médico informa que, devido ao risco de contaminação, isto seria inviável. Neste momento, ela respira fundo, como se já esperasse a resposta.

A morte de Mário se apresenta inesperadamente para Cláudia. Sua primeira e mais imediata reação é o “choque”, que presentifica a dimensão incontornável da perda em decorrência de uma doença avassaladora sobre a qual não temos controle algum. Freud (1917/1996) afirma que, diante de uma perda, há a necessidade de um trabalho de luto a ser realizado pelo sujeito, sendo através desse trabalho lento e doloroso que o eu pode renunciar e se desligar do objeto amado para que, assim, fique livre para novos investimentos. Tal trabalho, que se impôs para Cláudia neste momento, consiste na gradual aceitação da prova de realidade, da qual o seu objeto amado não mais existe e, portanto, exige um desligamento de seu investimento nele.

O acompanhamento da comunicação de notícias difíceis nos leva a pensar sobre o lugar do psicólogo diante deste tipo de urgência, lugar este que se potencializou em tempos de pandemia. De acordo com Azevedo (2018), a presença do analista nas urgências pode funcionar como um “facilitador” (p. 209), um destinatário da palavra, no qual o sujeito possa se representar. Nesse sentido, cabe ao analista sustentar sua

presença, de modo a possibilitar não uma fuga do real, mas uma maneira de o sujeito poder suportá-lo (Americano e Alberti, 2010).

No hospital geral o tempo se presentifica por sua dimensão cronológica tendo em vista a especificidade das intervenções médicas, que requerem um tempo contado, muitas vezes marcado pela pressa. Entretanto, o tempo que se faz valer para o sujeito diante de uma urgência não é cronológico (Americano e Alberti, 2010). O termo urgência implica o tempo; sendo assim, uma urgência subjetiva implicará uma outra relação com a temporalidade, a partir do tempo lógico (Azevedo, 2018).

Após o desespero inicial ao se deparar com a notícia, Cláudia pôde falar um pouco sobre o que estava se passando. Em um segundo momento, ela se organiza ao contar a sua história e, aos poucos, novos elementos são colocados, assim como outras perdas que sofreu ao longo dos anos se atualizam diante da perda do marido. Em outro momento, Cláudia pôde falar de sua gratidão pelo marido e que precisava ser forte para cuidar de seus filhos e enteados. Ao propor um tempo para a palavra, Azevedo (2018) ressalta que o analista no hospital conduz o sujeito a acreditar em sua história, permitindo a abertura de um tempo em que ele possa dizer sobre seu mal estar subjetivo e dar um contorno ao real que se apresenta. Nesse sentido, entendemos a importância do analista suportar o tempo necessário para que, nesse contar de sua história, o sujeito se posicione e possa advir.

Considerações finais

A entrada na Residência durante o contexto da pandemia de COVID-19 foi atravessada por uma série de angústias e incertezas. Nesse sentido, o acompanhamento psicológico na comunicação de notícias de óbito se constituiu como um desafio a mais em um cenário em que a morte se apresentou de modo tão radical no cotidiano da instituição. Além de nos depararmos com as angústias dos familiares diante do falecimento de seus entes queridos, também nos víamos às voltas com as nossas próprias angústias, as quais surgiram a partir da sustentação deste trabalho, que não se deu sem dificuldades.

Desde o início, ainda que sustentando o nosso desejo de atuar no hospital, não sabíamos o que esperar de um momento tão adverso. Afinal, como atuar em um cenário com o qual nunca havíamos sido confrontados até então? Frente aos novos protocolos e à reorganização hospitalar, tivemos a possibilidade de construir um trabalho clínico e institucional, apostando na nossa atuação dentro e fora das enfermarias COVID, sem recuar diante do desconhecido.

Referências

Americano, B. & Alberti, S. (2010). *A psicanálise e a clínica nas urgências*. In IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, Curitiba. Mesa - Redonda. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

Azevedo, E. (2018). *Da pressa à urgência do sujeito - Psicanálise e urgência subjetiva*. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), 208-217.

Conselho Nacional de Saúde. RECOMENDAÇÃO Nº 029, DE 27 DE ABRIL DE 2020. Recuperado em 20/11/2020 em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1142-recomendacao-n-029-de-27-de-abril-de-2020>>

Dantas, C., Azevedo, R., Vieira, L., Côrtes, M. T., Federmann, A. L., Cucco, L., Rodrigues, L. R., Domingues, J., Dantas, J., Portella, I., & Cassorla, R. (2020). *O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533.

Fundação Oswaldo Cruz. (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: Autor. Recuperado em 20/11/2020 em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>>

Freud, S. (1996). *Luto e melancolia*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).

Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. São Paulo, SP: n-1 edições.

Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 19 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Recuperado em 20/11/2020 em: <<https://covid.saude.gov.br/>>

Ministério da Saúde. (2020). Sobre a doença. Recuperado em 20/11/2020 em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>

Nota Técnica 11 – 27/05/2020. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Recuperado em 20/11/2020 em: <<https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkklvkydO/view>>.

Oliveira, R. G. D., Cunha, A. P. D., Gadelha, A. G. D. S., Carpio, C. G., Oliveira, R. B. D., & Corrêa, R. M. (2020). *Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural*. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(9). Recuperado em 15/11/2020 em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00150120>>

Considerações sobre o lugar do analista no hospital diante da pandemia da COVID-19

Andressa Diniz*

Vinicius Darriba**

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir a atuação possível dos residentes de Psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) diante de uma pandemia, a qual impôs a transformação do HUPE em um centro de referência no tratamento da COVID-19.

Palavras-chave: Psicanálise; COVID-19.

Introdução

A pandemia da COVID-19¹ é acontecimento de real (Soler, 2018) que rompeu barreiras em uma velocidade exponencial, gerando consequências sociais, políticas e econômicas, o que suscitou formas de resposta dos governos ao redor do mundo. A grande quantidade de óbitos, em um curto período de tempo, é uma das marcas do que a COVID-19 trouxe de mais assustador. Os primeiros casos registrados pela doença, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), ocorreram em dezembro de 2019 na China, na cidade de Wuhan. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) constatou que o surto da doença constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, declarou como uma pandemia (Opas Brasil, 2020).

As reflexões apresentadas nesse trabalho partem da prática clínica enquanto residente de psicologia em um hospital universitário que foi designado para atuar como um centro de referência ao tratamento da COVID-19, possuindo como arcabouço teórico a teoria psicanalítica. O analista que atua no hospital se depara em sua prática cotidiana com uma pluralidade de demandas, situações e embaraços que emergem desse cenário institucional e o levam a se perguntar qual seria o seu lugar dentro da instituição. Levando em consideração que a nossa inscrição institucional é a de residente de psicologia, pode-se considerar que a atuação do psicólogo em meio a laços institucionais pode nos possibilitar aprender um pouco mais sobre

*Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2021).

**Preceptor do Setor de Urgências Subjetivas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

o manejo que lhe é requisitado, bem como vivenciar as situações em que o psicólogo é convocado a responder enquanto membro de uma equipe de saúde.

No contexto hospitalar, ao menos em nossa experiência, consideramos que o lugar institucional do residente de psicologia está dado de antemão, no entanto, o seu lugar na equipe de saúde deverá ser construído. O lugar do analista em uma equipe de saúde, por sua vez, também não é dado *a priori*. O modo como o analista vai construir esse lugar vai estar diretamente relacionado com a sua resposta e posicionamento frente às demandas que lhe serão endereçadas. Qual seria, pois, o lugar do analista diante de uma pandemia? Quais os efeitos que poderemos recolher desse acontecimento em nossa prática cotidiana?

O momento da (re)estruturação

Após o anúncio de que o hospital seria um centro de referência ao combate da COVID-19, muito se especulava, mas ainda não havia uma diretriz clara de como as coisas deveriam operar a partir dali. Frente à imprevisibilidade da situação da pandemia, diariamente a direção do hospital relançava protocolos – documentos elaborados com a finalidade de orientar e ordenar as etapas de algum processo a ser realizado – para auxiliar na reestruturação. Apesar desses protocolos possuírem o objetivo de estabelecer certa isonomia entre os setores neste processo de transição, os documentos tiveram que ser adaptados à especificidade de cada setor, tendo em vista as limitações do espaço físico e, até mesmo, da organização das equipes, que desenvolveram estratégias para assimilar o novo funcionamento. Por exemplo, o Setor do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) contava com uma sala própria para a paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual (EPI), enquanto o setor da enfermaria de Pediatria não contava com essa disponibilidade de espaço físico, tendo que providenciar um espaço para isso.

Além de desvelar uma série de questões estruturais já existentes no hospital, a reestruturação também gerou efeitos para os sujeitos que ali trabalham. As equipes, diante do cancelamento de todas as cirurgias eletivas e do fechamento das enfermarias especializadas para dar lugar às voltadas ao tratamento da COVID-19, tiveram que ser remanejadas e passaram a trabalhar com um tipo de atendimento clínico diferente do de suas áreas de especialização, atrelando sua formação a esse cenário específico. Um residente de cirurgia geral queixou-se que, ao invés de atuar na área que escolheu, foi alocado em uma enfermaria destinada ao tratamento de pacientes com COVID-19, o que representaria uma diminuição de práticas cirúrgicas nesse período. Diante disso, levando em consideração o caráter formador de um hospital universitário, torna-se fundamental nos ocuparmos dos efeitos e dos impactos que essas mudanças provocaram na formação das diversas categorias profissionais que ali exercem a sua prática clínica.

Levando em conta a especificidade de cada serviço, tendo em vista, por exemplo, que a psicologia atua de forma generalista e não segmentada como a área médica.

Outro fato importante foi que, na primeira quinzena de março de 2020, muitos médicos e residentes foram contaminados pela COVID-19 e precisaram se afastar de suas atividades, como na enfermaria de Nefrologia que precisou ser fechada. A gravidade do quadro clínico de um desses profissionais causou grande comoção na comunidade médica do hospital. Se, por um lado, esses profissionais são ovacionados pelos veículos de comunicação como “heróis” por prestarem os cuidados à população; por outro, paradoxalmente, são ameaçados pela doença e hostilizados por parte da população justamente por passarem a integrar o grupo de risco e, conseqüentemente, serem possíveis vetores de contaminação. Em reportagem publicada no site da BBC Brasil, no dia 20 de março de 2020, são relatadas as situações de agressão e hostilidade contra profissionais de saúde dentro do metrô na cidade de São Paulo.

O lugar (não) essencial da psicologia

Diante do alto risco de contágio e da escassez de EPIs, no início da pandemia, foi solicitado que a equipe de psicologia se ausentasse dos setores em que atuava até uma nova posição da direção do hospital quanto ao fornecimento dos equipamentos de proteção. A justificativa utilizada foi a de evitar aglomeração e a de que não haveria quantidade suficiente de EPI para todos os profissionais de todas as categorias dos setores. De igual forma, o Instituto de Psicologia da UERJ proibiu que as residentes atuassem na instituição enquanto não houvesse a garantia do fornecimento dos equipamentos de proteção. Essa suspensão durou algumas semanas.

Neste mesmo período, os funcionários enquadrados no perfil do grupo de risco³ também foram dispensados de suas atividades presenciais. Na Pediatria, setor no qual a psicologia parecia gozar de certo reconhecimento quanto à importância de sua atuação, os psicólogos passaram a ser tratados de forma hostil pelos membros da equipe de enfermagem. Máscaras cirúrgicas foram negadas aos psicólogos, com a justificativa de que não poderia faltar EPI para os demais membros da equipe.

Verifica-se, portanto, que na concepção de algumas categorias profissionais do hospital o psicólogo é considerado como (não) essencial. No entanto, constatamos o contrário com a Lei 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, posteriormente regulamentada pelos decretos 10.282 de 20 de março de 2020 e 10.329 de 28 de abril de 2020 que dispõem sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e sobre os serviços públicos e as atividades essenciais indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade durante a pandemia. Tanto no texto do decreto 10.282, quanto no do decreto 10.329, a

assistência à saúde é considerada atividade essencial, incluídos os serviços médicos e hospitalares, englobando, então, o trabalho das equipes de saúde de hospitais como o Hospital Universitário Pedro Ernesto, nelas inseridos os psicólogos.

Na mesma época, o Ministério da Saúde convocou os profissionais da saúde de todo o Brasil, por meio da Portaria N° 639, de 31 de março de 2020, que dispôs sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área da saúde, para o enfrentamento à pandemia da COVID-19. Esta portaria reforça a importância do psicólogo no tratamento da COVID-19, assim como a importância de outras categorias profissionais de saúde. Diante desse paradoxo, de que forma o analista poderá responder desse lugar (não) essencial que o colocam? Será que a equipe, antes mesmo da pandemia, já colocava o analista nesse lugar do (não) essencial?

Considerações finais

Após quase um mês de ausência da equipe de psicologia no hospital, aos poucos, cada setor da residência foi reorganizando as suas atividades. No momento desse retorno, as residentes foram questionadas pelas equipes médicas quanto à sua ausência no momento inicial da pandemia. Alguns médicos e residentes se mostraram angustiados e temerosos pelas incertezas postas por este cenário adverso. Diante disso, ainda que a nossa intervenção seja muitas vezes considerada como secundária à atuação das demais categorias, entendemos que é a partir do momento em que não estamos ali que é marcada uma falta, uma vez que a nossa ausência e não intervenção foi percebida pela equipe.

Observamos que a psicologia é convocada a intervir quando os profissionais se deparam com a dificuldade em dar conta do mal-estar institucional sem a presença dos psicólogos, ou quando os embaraços emergem, quer seja no manejo de um paciente tido como “poliqueixoso” ou com uma família considerada “difícil”. Isso denota uma “ambivalência”(FREUD, 1915/2013) com que a equipe de saúde lida com a atuação dos psicólogos. Tal como nos adverte Lacan (1958/1998), sabemos que a oferta de um atendimento gera a demanda. Mas será que podemos constatar que a ausência da psicologia gerou mais demanda? De todo modo, verificamos que esse momento de suspensão foi de suma importância para mostrarmos que a atuação da equipe de psicologia é capaz de ocupar outro lugar, apesar – ou justamente pela – ambivalência provocada por sua presença.

Notas

¹ Coronavírus é uma família de vírus que causa infecções respiratórias muito comuns em diferentes espécies de animais, tais como camelos, gado, gatos e morcegos. O novo agente do coronavírus (SARS-CoV-2) provoca a doença chamada de COVID-19 que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves que poderão necessitar de suporte ventilatório (Ministério da Saúde, 2020).

Referências

Brasil. (2020) *Lei nº13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.* Brasília, DF. Recuperado em 21/04/2021 em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm.

Brasil. (2020) *Decreto nº10.329, de 28 de abril de 2020. Altera o Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.* Brasília, DF. Recuperado em 21/04/2021 em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10329.htm.

Brasil. (2020) *Decreto nº10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais.* Brasília, DF. Recuperado em 21/04/2021 em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10282.htm

Brasil. (2020) *Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus.* Brasília, DF. Recuperado em 21/04/2021 em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738> .

Brasil. Ministério da Saúde. (2020) *O que é a COVID-19.* Recuperado em 21/04/2021 em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca> .

Freud, S. (2013) *As pulsões e seus destinos.* In Freud, S. *Obras incompletas.* Belo Horizonte: Autêntica. (Obra originalmente publicada em 1915).

Hospital Universitário Pedro Ernesto. *Institucional.* Recuperado em 21/04/2021 em: http://www.hupe.uerj.br/?page_id=1214 .

Lacan, J. (1998) *A direção do tratamento e os princípios de seu poder.* In: Lacan, J. *Escritos.* (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra originalmente publicada em 1958).

Organização Pan-americana da Saúde. (2020) *Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil.* Recuperado em 21/04/2021 em: <https://www.paho.org/pt/covid19> .

Soler, C. (2018) *Adventos do Real: da angústia ao sintoma.* São Paulo: Aller editora.

O que a incidência da morte res-suscita em tempos de pandemia?

Priscila Mählmann*

Vinícius Darriba**

Marcos Brunhari***

Mariana Rabelo****

Resumo: O objetivo deste trabalho é discutir a respeito da incidência da morte e seus efeitos subjetivos, a partir de dois casos atendidos no Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, no contexto da pandemia da Covid-19

Palavras-chave: Psicanálise; urgências subjetivas; Covid-19.

(...) sem previsão quanto ao futuro que está tomando forma, nós mesmos duvidamos do significado das impressões que nos assolam e do valor dos julgamentos que formamos. Parece-nos que jamais um acontecimento destruiu tanto os bens preciosos comuns à humanidade, confundiu tantas das mais lúcidas inteligências, rebaixou tão radicalmente o que era elevado. (FREUD, 1915/2020, p.99).

Freud, em “Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte”, texto de 1915 que tomamos como referência para a escolha do tema desse fórum, divide sua reflexão em dois grandes eixos: “a desilusão diante da guerra” e “nossa relação com a morte”. Apesar da distância de 105 anos, desde quando Freud se debruçou sobre esse tema e nosso atual contexto pandêmico, suas considerações continuam sendo atuais e as suas reflexões mantêm-se como um norte para nós que persistimos em oferecer palavras para o indizível.

Não é novidade que o cenário instalado pela pandemia tenha sido comparado por muitos a um contexto de guerra e, talvez por isso, ao ler a introdução do texto de Freud tenhamos a impressão de sermos nós o público ao qual ele se dirige. Guardando as devidas proporções, parece mesmo que alguns fatores lembram esse cenário que a maioria de nós só vivenciou através dos livros de história: tendas montadas do lado de fora de hospitais; escassez de recursos; números elevados de óbitos, dentre tantos outros fatores

*Especialista em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. Mestranda do Programa de Pesquisa e Clínica em Psicanálise (UERJ).

**Preceptor do Setor de Urgências Subjetivas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

***Professor Adjunto do Departamento de Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ. Membro do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ.

****Psicóloga do IP-UERJ. Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar.

possíveis de comparação. Nessa guerra, o inimigo não veste fardas e a ameaça não vem através de bombas. E quanto ao campo de guerra, poderíamos compará-lo ao chão dos hospitais? No Hospital Universitário Pedro Ernesto, campo onde atuávamos como residentes do Programa de Psicologia Clínica Institucional, vivenciamos um recorte dos efeitos trazidos pela instalação do cenário da pandemia e, seguindo a analogia traçada aqui com o texto de Freud, nesses momentos nos deparamos com o inevitável da guerra: a morte.

Como integrante do setor de Urgências Subjetivas, serviço recente dentro da Residência, atuei no primeiro semestre desse ano, junto às minhas colegas e supervisores, na implementação desse serviço. O setor de Urgências Subjetivas que já previa começar suas atividades no primeiro semestre de 2020 se instalou junto às urgências trazidas pela pandemia. Já nas primeiras semanas fui chamada por algumas equipes para acompanhar algumas situações de urgências.

O primeiro chamado veio da equipe de hematologia. Uma enfermeira pediu que comparecêssemos na enfermaria, porque um de seus pacientes, pela previsão clínica, viria a óbito naquele dia. A demanda era que conversássemos com a mãe desse paciente que não queria ver o filho naquele estado terminal. Ao chegar na enfermaria, deparei-me com esse paciente com o nível de consciência bastante rebaixado e que já não respondia a nenhum estímulo externo. Na beira do leito, estavam seu pai, sua irmã e seu irmão. Após me apresentar, o pai respondeu: - *“Dra., você precisa conversar com a minha esposa porque ela está lá embaixo e não quer subir”*. Fui estar com a mãe do paciente e disse que retornaria para conversar com eles em seguida. Do lado de fora do hospital ela estava acompanhada de alguns de seus familiares e do líder religioso de sua comunidade. Ao me aproximar, provavelmente porque eu vestia um jaleco, a mãe do paciente ficou apreensiva achando que eu trazia a notícia da morte de seu filho. Após me identificar, mais uma vez, o que escutei, dessa vez do líder religioso, foi a interpelação de que ela deveria subir para ver o filho:

“- A senhora tem que subir. A mãe precisa estar ao lado do filho. Precisamos crer no milagre e a sua presença lá pode ajudar.”

“- Ela tem que subir? Em que a presença dela pode reverter o quadro de seu filho?” Perguntei.

Diante dessa pequena intervenção, a mãe pôde falar de sua angústia ao ver seu filho naquelas circunstâncias. Relatou que nas últimas semanas esteve ao seu lado, mas que não queria vê-lo naquele momento.

“- Ele já não está mais lá. Eu sei que vou perder meu filho, mas não quero guardar a imagem dele sofrendo.”

Quando retornei para a enfermaria encontrei novamente o pai e irmãos do paciente. Todos em volta de seu leito e em silêncio, como se velassem aquele corpo que lutava pra dar seus últimos suspiros. Testemunhei daquele silêncio por alguns instantes até que sua irmã se dirigiu a mim dizendo:

“- É muito triste que a imagem que eu vou guardar dele é desse sofrimento. A última lembrança é sempre a que fica, né?”

“- *Se você está dizendo que essa é uma última lembrança é porque existem muitas outras, né? Me fala um pouco mais do seu irmão.*”

Ela me conta que o paciente era o caçula; que há poucos anos eles haviam perdido um outro irmão para a mesma doença; que naquela semana o paciente comemoraria seu aniversário; que ele acabara de comprar um vídeo game que eles costumavam jogar juntos; e então lamenta não poder viver esses momentos. Diante desse lamento, o outro irmão, que até então se matinha em silêncio, irrompeu dizendo:

“- *Não fala essas coisas. A gente tem que ser forte. Ele não pode escutar isso. Ele pode piorar.*”

“- *Pode piorar o quadro dele?*” Questionei.

“- *Pois é cara. Ele tá indo. A gente tem que aproveitar que ele ainda está aqui.*” Disse a irmã.

“- *Tem alguma coisa que você gostaria de dizer para o seu irmão?*” Perguntei.

O irmão, aproximando-se mais do leito, como quem cochichava, começou a dizer que sentiria muita falta dele, que estava muito difícil de vê-lo naquela situação. A irmã e o pai o acompanharam também dizendo suas últimas palavras para o paciente. Poucos minutos depois o paciente veio a óbito.

Após relatarmos em supervisão algumas dessas situações em que estivemos presentes, começamos a consolidar a oferta de estarmos presentes também nas comunicações de notícias difíceis. No contexto das enfermarias de COVID, as comunicações de óbito são feitas sem que os familiares possam ter acesso ao corpo de seus entes e, em muitos casos, após longo período de internação. Ao acompanhar um médico em uma comunicação de óbito, a caminho de estar com a família, ele me relata que, apesar de terem os protocolos para seguir, é sempre muito angustiante ter que dar essa notícia a algum familiar. O protocolo ao qual ele se referia era o SPIKES. Sigla em inglês que reúne uma série de condutas⁴ orientadas para o médico no momento da notícia.

Em sua fala, o médico parecia denunciar a limitação dos protocolos diante da irrupção da morte. De fato, o que pudemos presenciar nos últimos meses estando presente em tantos momentos de fim de vida é que os protocolos, essa tentativa de garantir alguma previsibilidade, e que tem seu lugar na prática médica, é insuficiente para dar conta da condição mais previsível do homem. O sujeito não se finda em protocolos.

À guisa de conclusão, permito-me aqui retificar o que trouxe na introdução desse texto ao afirmar que o inevitável da guerra é a morte. Talvez seja mais correto dizer que o inevitável da vida é a morte. Diante dessa certeza, retorno a Freud:

“Não seria melhor dar à morte o lugar que lhe é devido na realidade e em nossos pensamentos, e colocar um pouco mais à mostra a nossa posição inconsciente em relação à morte, que até agora reprimimos cuidadosamente? (...) Tolerar a vida continua a ser, afinal, a primeira tarefa de todos os seres vivos. (...) Se quiser suportar a vida, prepare-se para a morte” (FREUD, 1915/2020, p.132).

⁴Planejando a entrevista (S – *setting up the interview*); Avaliando a percepção do paciente (P – *perception*); Obtendo o convite do paciente (I – *invitation*); Dando conhecimento e informação ao paciente (K – *knowledge*); Abordar as emoções dos pacientes com respostas afetivas (E – *emotions*); Estratégia e resumo (S – *strategy and summary*).

Em concordância com Alberti e Americano (2010), verificamos que na urgência da vida do hospital, por vezes, o sujeito se apaga diante do real do Outro absoluto, representado pela morte. Paradoxalmente, diante dessa **certeza** tão **inesperada**, da iminência da morte, o sujeito fica sem palavras, imerso em seu sofrimento. A partir dos fragmentos de casos expostos, podemos pensar que a iminência da morte “resuscita” a aposta de que com a presença do analista e a sustentação de um lugar de fala, o sujeito possa ter condições de não sucumbir à morte que a ele parece querer se impor.

Referências

Americano, B. Alberti, S. (2010). *A psicanálise e a clínica nas urgências*. IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental – O amor e seus transtornos. Curitiba, PR, Brasil.

Freud, S. (1915|2020). Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte. In: M. R. S. Moraes (Trad.), *Obras incompletas de Sigmund Freud* (1a ed., pp.99-136). Belo Horizonte: Autêntica.

Uma escuta que permite a palavra furar o isolamento

Luisa Moraes*

Luiza Soares**

Andrea B. Albuquerque***

Resumo

O presente trabalho visa refletir sobre as transformações ocorridas na enfermaria e UTI pediátricas no contexto da pandemia da COVID-19. As mudanças não foram poucas e puderam ser observadas tanto no que diz respeito ao espaço físico, como no tratamento dos pacientes, e até mesmo em relação à abertura e à demanda ao trabalho da psicologia neste setor. A partir de alguns fragmentos clínicos, tornou-se evidente como no cotidiano institucional é fácil que a prática da psicologia se torne marginal e, por outro lado, como há desafios em se ocupar uma posição extra-territorial no que tange ao saber médico. Ao escutar os pacientes e permitir que a palavra desses pudesse furar o isolamento, e, quando necessário, inclusive fazer chegar à equipe determinadas demandas, vimos muitos efeitos importantes. Se a circulação física estava restrita, nosso lugar era o daquele de fazer com que a circulação da palavra e a associação, essas sim, fossem livres.

Palavras-chave: pandemia; transformações; psicanálise, hospital.

Contextualização da equipe e reestruturação dos espaços no setor de Pediatria

A pandemia da COVID-19 trouxe diversas transformações no cenário hospitalar. No setor pediátrico do Hospital Universitário Pedro Ernesto vimos essas mudanças ocorrerem não apenas nos fluxos de pacientes, mas também nos espaços físicos e nas divisões e presença das equipes multiprofissionais nos novos espaços. Pudemos perceber três tempos. Antes da pandemia o setor contava com o ambulatório, a enfermaria, a UTI Pediátrica (UTIP) e a Cirurgia Pediátrica (CIPE). Logo no início da pandemia houve um momento de reestruturação, em que os pacientes com suspeita de COVID ficavam restritos a uma ala dentro da própria enfermaria. Posteriormente, foi inaugurada uma enfermaria COVID pediátrica, onde antes estava alocada a enfermaria de dermatologia. Paralelo a isso, a UTIP tornou-se uma UTI-COVID, e a CIPE uma UTI não COVID. Os casos de cirurgia passaram, então, a serem recebidos pela enfermaria pediátrica. Essas

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

** Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

*** Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

transformações nos espaços físicos acarretaram e também eram reflexo de outras mudanças que afetavam os profissionais do setor, tais como descreveremos adiante.

A necessidade de adaptação também se fez premente para a equipe de psicologia. Uma vez que a presença dos profissionais estava condicionada ao uso do equipamento de proteção individual (EPI) recebidos pelo setor, diante da escassez desse, a presença da psicologia passou a ser interrogada pelas equipes médica e de enfermagem. O atendimento de pacientes COVID impunha a todos a necessidade de ainda mais EPI's: capote, touca, luvas, pró-pé, *faceshield* e máscara N95. Diante de recursos limitados, a equipe pareceu antecipar-se à finitude desses, de modo que nos tornamos mais prescindíveis do que parecíamos ser.

No contexto da UTIP-COVID não havia consenso entre as chefias da enfermagem e da medicina quanto à abertura para nossa atuação. A ambivalência com relação à atuação da psicologia naquele momento se fazia clara: ora parecia desejável, ora, dispensável. Certa vez, inclusive, uma médica verbalizou que nossa entrada no local não seria proveitosa nem para nós e nem para o paciente. Passados alguns meses depois da UTIP-COVID ter retornado à sua atuação para pacientes não-COVID, essa mesma médica relata ter sentido falta da equipe de psicologia no setor.

A equipe da enfermagem chegou a pedir que apenas uma psicóloga residente estivesse presente por dia e que o atendimento dos pacientes COVID fosse realizado apenas mediante a solicitação da equipe. Atendemos à primeira parte dessa orientação por entendermos que se tratava de um momento delicado também para a equipe. A partir do atendimento realizado aos pacientes COVID, mesmo sem ter sido demandado pela equipe, pudemos perceber que havia grande necessidade de nossa escuta por parte desses pacientes.

Experiências dos pacientes e familiares internados durante a pandemia

Nessa ocasião, quando a psicóloga se aproxima dos três pacientes internados na ala COVID ainda dentro da enfermagem pediátrica no início da pandemia, foi possível recolher pontos de angústia em comum entre eles, sobretudo na relação com a equipe. A residente escutou sobre a dificuldade de estar alocada na ala COVID ainda sem o resultado do teste, o que lhe trazia medo de contaminação como também uma série de restrições e tratamento diferenciado. Quanto a isso, era proibida a circulação das mães na enfermagem, e também a entrada dos profissionais nesse espaço era muito reduzida. Desse modo, havia muitas dúvidas e desinformação quanto ao quadro clínico e tratamento de seus filhos.

Além disso, uma queixa também recorrente foi a de que as mães sentiam que a equipe não queria tocar nelas ou passar objetos em mãos. Isso se deu em um momento em que era predominante a compreensão de que a transmissão do vírus ocorria por contato direto com uma superfície contaminada quase tão frequentemente quanto por via aérea, diferentemente do que se sabe hoje em dia. Uma dessas

mães relata que estariam “cheios de dedos” no trato com ela. Já em outra situação, essa queixa apareceu como se a equipe sentisse “nojo” dela e de seu filho. Essa última refletia se poderia ter pego ou vir a pegar COVID naquelas circunstâncias, já que escutava da própria equipe que eles próprios se contaminavam no hospital mesmo fazendo uso de todos os equipamentos que os pacientes não recebiam. O fato de a troca de acompanhantes ter sido suspensa também gerou angústia em casos em que isso era extremamente necessário.

Duas outras situações nos chamaram a atenção pela revolta causada nos pais de crianças internadas. Por estar com sintomas de resfriado, a mãe de um bebê recebeu a notícia de que não poderia mais acompanhar seu filho durante a internação. Após ter sido comunicada, ela chorava muito e berrava na portaria de internação, dizendo que a equipe a estava “incriminando”, como se estivesse sendo acusada de estar com COVID. Já em outro momento, um pai mostrou-se muito exaltado por ainda não ter o resultado do teste de COVID de seu filho recém-nascido. Gritava no corredor que o exame PCR deveria ter saído em 24h (o que não correspondia à realidade), e que ele tiraria o filho do hospital. Quando chamamos uma médica para esclarecer o quadro clínico da criança, ele recusa-se a ouvir, dizendo que o filho iria morrer sem que a equipe soubesse se tratava de um caso de COVID ou não. Após este ocorrido, a psicóloga veio a saber que esse pai havia sido barrado na portaria de internação por ter tentado entrar no hospital com uma barra de ferro em mãos. Mais tarde, a equipe médica ficou com medo, de modo que sua visita foi liberada apenas se acompanhada de um segurança do HUPE.

O lugar de um trabalho orientado pela Psicanálise

Entre os receios da equipe e as queixas dos pacientes, que lugar possível para o nosso trabalho? Após escutarmos as questões relacionadas ao contexto do novo coronavírus, colocadas pelos familiares, ficou patente que a atuação da psicologia não poderia ficar passivamente submetida ao crivo da equipe, que a princípio não havia reconhecido a necessidade de nossa presença em diversos casos nos quais havíamos constatado que nossa atuação tinha sido importante.

Apenas a partir da especificidade de nossa escuta foi possível indicar se havia demandas para nosso atendimento, pois a escuta enviesada da equipe o solicitava somente para aqueles que estavam visivelmente abalados ou atrapalhando o funcionamento do setor, deixando sem acompanhamento psicológico inúmeros pacientes e familiares extremamente angustiados, tal como relatamos acima. Portanto, para haver qualquer possibilidade de “triagem”, foi preciso que houvesse ao menos uma entrevista, que possibilitasse ao paciente pôr em palavras sua experiência, até mesmo para que pudéssemos constatar quando não havia necessidade de atendimento. Essa escolha não podia ser definida previamente por outros membros da equipe. Havia um trabalho ativo que não podia ser substituído ou condicionado a quaisquer fatores que não a fala do sujeito, enfim em questão.

Por outro lado, como discordar da equipe e sustentar um posicionamento distinto, se, ao mesmo tempo, somos parte integrante dessa e estamos, ao menos em certa medida, submetidos às decisões da medicina e da enfermagem, já que o hospital é considerado “a casa do médico”? Estávamos em uma posição em que, entrar em um embate e forçar nossa presença à revelia da equipe, não nos parecia frutífero; tampouco, concordar com nossa ausência e a falta de condições para o trabalho de escuta dessas famílias era uma saída plausível.

Podemos observar certa hierarquia tradicionalmente presente no hospital, pautada na ideia socialmente aceita de que a vida orgânica e biológica possui um valor supremo, e que pôde ser evidenciada nessa orientação, que excluía em um primeiro momento, o trabalho da psicologia. Se por um lado, podemos compreender que os médicos e enfermeiros estão na lida cotidiana, dão plantões e, neste contexto específico, eram os mais afetados e os mais vulneráveis aos riscos de contaminação, por outro, contudo, já demonstramos os imbróglis de tal submissão, sem alguma construção conjunta. Diante desse impasse, acordamos com a equipe que as residentes de psicologia estariam presentes na enfermaria COVID duas vezes na semana.

É possível também refletirmos acerca desse movimento inicial da equipe de nos afastar do setor no contexto da pandemia. Conforme mencionamos, havia enorme insegurança por parte dessa, uma vez que, além da possibilidade de contaminação deles próprios, havia o risco de que eles fossem vetores na transmissão do vírus a seus familiares e amigos. Diante da possibilidade da própria morte e dos seus próximos, houve uma mudança radical na relação entre as diferentes profissionais da equipe multidisciplinar.

A ameaça do fim dos recursos de proteção, que era uma realidade, também contribuiu para essa atitude um pouco menos inclusiva para com a psicologia. Por não poder haver desperdício de material, foi questionado se o uso de EPI's pela psicologia não seria um desperdício. Quando se está diante da morte, parece haver certa defesa regressiva e a prevalência de uma relação imaginária, na qual se coloca em jogo a necessidade ilusória de uma escolha entre eu ou o Outro. Como Freud (1921/2011) nos apontou em “Psicologia das massas e análise do eu”, o narcisismo das pequenas diferenças opera de modo que a partir das identificações de grupo, a agressividade se volte para fora. A identificação, nesse contexto, se deu pelo traço em comum, a insígnia que nomeava as equipes sob o título de suas especialidades.

Dessa forma, a psicologia, com seu modo diferente de trabalhar no hospital, foi colocada em um lugar à parte, o que se mostra como um contraponto à postura anterior da equipe de propor uma integração por meio de suas reuniões e *rounds* multidisciplinares. Portanto, retomamos a pergunta de qual é o lugar do trabalho orientado pela Psicanálise no contexto das mudanças no hospital ocasionadas pela pandemia da COVID-19. Como sustentar nossa presença sem imposições ou omissões? Quanto ao “Lugar da Psicanálise na Medicina”, citamos Lacan (2001):

Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos distintos assistentes terapêuticos. Ela é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente tem suas razões para querer conservar esta extra-territorialidade (Lacan, 2001, p.8).

Pensamos que o presente trabalho ilustra de forma significativa como no cotidiano institucional é fácil que a prática da psicologia se torne marginal e pudemos apresentar os desafios dessa posição extra-territorial em relação ao território do saber médico. Ao escutar os pacientes e permitir que a palavra desses pudesse furar o isolamento, e quando necessário, inclusive fazer chegar à equipe determinadas demandas, vimos muitos efeitos importantes. Se a circulação física estava restrita, nosso lugar era o daquele de fazer com que a circulação da palavra e a associação, essas sim, fossem livres.

Referências

Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In S. Freud, *Sigmund Freud - Obras completas: psicologia das massas e análise do eu e outros textos*. (Vol. IX). Rio de Janeiro: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1921).

Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista da Escola Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, 8-14. São Paulo: Edições Eólia. (Obra original publicada em 1966).

Impactos da pandemia de COVID-19 no trabalho de residentes de psicologia em uma enfermaria de pediatria

Ana Helena de Uzeda Barreto*

Caroline Santosde Lima**

Luana Camargo Carrilho***

Andrea Albuquerque****

Resumo

Em março de 2020, foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a pandemia de COVID-19. Neste contexto, ocorreram diversas mudanças na sociedade como o fechamento de escolas, comércio e o isolamento social para a contenção do vírus. Na área da saúde, serviços eletivos foram fechados e hospitais foram transformados em referência para o combate do novo corona vírus. O presente trabalho tem o objetivo de relatar e discutir os impactos da pandemia de COVID-19 na nossa atuação enquanto residentes de psicologia na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), um dos cenários de práticas do Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP-UERJ).

Palavras-chave: psicologia; hospital; COVID-19; enfermaria pediátrica.

A pandemia de COVID-19 provocou mudanças significativas na vida coletiva e individual de uma grande parte da sociedade, evidenciando uma série de desafios e incertezas que afetaram expressivamente a nossa experiência enquanto residentes de primeiro ano. Embora estivéssemos com grandes expectativas em relação à prática clínica, nossa atuação precisou ser revista diante de tantas impossibilidades e inseguranças geradas pela presente crise de saúde global.

Em março de 2020, a OMS renomeou o surto da doença causada pela COVID-19 como pandemia. A mudança de classificação se deveu à rápida disseminação geográfica do novo coronavírus. Os casos de infecção se espalharam pelo mundo de forma abrupta, chamando atenção pelo rápido aparecimento de

* Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

** Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

*** Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2020).

**** Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

novos casos e pelo elevado número de mortes. Assim, a palavra pandemia acabou se tornando a mais adequada para definir a crise de saúde que ainda estamos enfrentando (BRASIL, 2020).

Sob essa perspectiva, a OMS se posicionou a favor de políticas públicas que trabalhassem para detectar e rastrear a doença, isolando os casos e mobilizando recursos humanos para combater à COVID-19. Nesse contexto, o Hospital Universitário Pedro Ernesto se tornou referência na internação e tratamento da doença na cidade do Rio de Janeiro, ampliando seus mecanismos de resposta às situações de emergência.

Foi preciso reestruturar o trabalho na instituição hospitalar para atender às novas demandas que surgiam. Houve uma reorganização de setores do hospital e algumas especialidades da clínica médica foram suspensas, atingindo diversas enfermarias e unidades de tratamento intensivo. A partir do aumento expressivo no número de casos suspeitos e confirmados, mostrou-se necessário ampliar o número de enfermarias e UTIs destinadas ao tratamento dessa nova doença. Para isso, tivemos ao todo cinco enfermarias e seis UTIs, sendo uma enfermaria e uma UTI destinadas exclusivamente ao tratamento de crianças e adolescentes acometidas com o novo coronavírus.

É nesse contexto que a Enfermaria Pediátrica precisou se adaptar às novas mudanças, as quais acabaram afetando diretamente a nossa atuação enquanto residentes recém chegadas na instituição. O cenário iminente de risco à integridade física dos profissionais demandou ações imediatas para organizar o serviço. Ainda que médicos e enfermeiros atuassem na linha de frente do cuidado e, por isso, estivessem mais expostos ao risco de contaminação, outras especialidades, como a psicologia, também se viam diante do risco de contágio.

Face ao receio de não haver Equipamento de Proteção Individual (EPI) para todos os profissionais, alguns impasses se apresentaram. A princípio, não nos foram fornecidos os EPIs, o que impossibilitou o nosso trabalho com pacientes que testaram positivo para o novo coronavírus. Além disso, reduzimos nossa escala de trabalho a apenas uma vez por semana, a pedido da chefe de enfermagem, com intuito de não haver aglomeração naquele espaço. Essas dificuldades evidenciam o lugar marginal que o psicólogo ocupa em uma instituição hospitalar, tendo a sua função questionada pelas demais áreas da saúde.

Nessa perspectiva, Lacan (1966/2001), em “O lugar da psicanálise na medicina” destaca a posição do psicanalista diante do saber médico. O autor entende que esse lugar é marginal uma vez que a própria medicina enxerga a psicanálise como uma espécie de ajuda que vem de fora. Com base na nossa experiência na enfermaria, podemos estender essa marginalidade ao lugar atribuído ao psicólogo na instituição hospitalar, sendo a psicologia, muitas vezes, vista como um saber complementar.

É importante destacar, ainda, a mudança do espaço físico que ocorreu na enfermaria pediátrica, anterior a abertura de uma enfermaria específica para o tratamento da COVID-19. Para evitar a

contaminação de pacientes com outras patologias, a enfermaria foi dividida em duas alas, sendo uma delas destinada a crianças contaminadas ou com suspeita do novo coronavírus. Dessa maneira, a enfermaria começou a operar em dois espaços e a equipe precisou, também, ser dividida. Atuamos nesse espaço de “isolamento”, em escalas de uma a duas vezes por semana. Embora, inicialmente, a demanda da psicologia tenha sido direcionada pelos médicos, com o decorrer do tempo e com o entendimento de que os pacientes internados estavam em sofrimento psíquico, passamos a atuar mais vezes e não só quando éramos acionadas pela medicina.

Outra mudança realizada durante este período foram as visitas na enfermaria pediátrica. Para diminuir a contaminação, o hospital suspendeu os horários de visita, sendo permitido somente um acompanhante junto à criança durante o período de internação, com direito a poucas trocas de acompanhante. A interrupção de visitas e diminuição das trocas favoreceram uma certa tensão entre os familiares e a equipe da enfermaria. As mães, sendo, na maioria das vezes, as figuras mais presentes no acompanhamento das crianças, passaram a se queixar do cansaço e da sobrecarga que a internação estava ocasionando. Somava-se a isso o fato de algumas crianças comentarem sobre a falta que estavam sentindo do pai, irmãos, avós e demais familiares, uma vez que não era possível que recebessem visitas.

Com essa mudança de ambiente, as regras na nova enfermaria eram ainda mais rígidas, não permitindo, inclusive, que os acompanhantes circulassem pelos corredores do hospital. Nesse contexto, muitos conflitos ocorreram entre a equipe e os familiares. Frequentemente, ao entrarmos na enfermaria, muitas mães nos direcionaram falas sobre o seu esgotamento: algumas verbalizaram que sentiam como se estivessem em uma prisão, outras perguntavam como estava o tempo lá fora.

Uma vinheta clínica ilustra essa situação. Trata-se de uma criança de aproximadamente sete anos de idade, a qual chamaremos de Fábio. A mãe, de nome fictício Joana, em um dos contatos que tivemos, referiu se sentir exausta: “Aqui ficamos muito sozinhos, é muito ruim não ter ninguém para falar” (sic). Joana estava há quinze dias no hospital e seu filho havia passado uma semana na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP), até ser encaminhado para a enfermaria de COVID-19. Com a melhora de Fábio, Joana, que já havia enfatizado a sua exaustão física e emocional, optou por ir embora com o seu filho, mesmo que ele ainda precisasse ficar mais alguns dias para terminar a medicação. Joana, então, assinou o termo de alta à revelia, o qual responsabiliza o próprio paciente - ou, no caso, o familiar - sobre a sua saída do hospital, antes de terminar seu tratamento. Ao acolhermos a questão da familiar, ela pôde dizer a nós sobre a vontade de ir para casa e sobre a dificuldade de estar acompanhando a internação de Fábio sozinha.

Outras falas também emergiram nos discursos de outras mães. Falas que demonstravam o medo pelo momento da intubação, por exemplo, foram frequentes, assim como o grande sofrimento causado pelo período de permanência na UTIP. O manejo com as famílias das crianças contaminadas pelo COVID-19, portanto, não foi outro senão acolher e, a partir da fala, possibilitar a criação de um lugar em que a angústia diante do real adoecimento pudesse encontrar caminhos de elaboração.

Em nossa experiência como residentes de psicologia, pudemos perceber que nossa prática no contexto da pandemia se deu em três momentos diferentes. O primeiro momento foi muito marcado pelo medo da contaminação e escassez de EPIs, o que acabou limitando a nossa atuação. Após esse período inicial, com a abertura de enfermarias e UTIs exclusivas ao tratamento de crianças diagnosticadas com a doença, foi possível uma reorganização do trabalho e entrada da equipe de psicologia nos espaços de internação, ainda que com carga horária reduzida. Por fim, em um terceiro momento, de maior abertura e possibilidade de diálogo, pudemos sustentar a presença da psicologia nos espaços de atendimento ao COVID-19, o que ofertou uma atenção biopsicossocial, considerando que o adoecimento causado pelo novo corona vírus não elimina as demais questões que se impõem em uma internação pediátrica. Ao contrário, o medo e a angústia que a contaminação dessa doença gera trazem falas que precisam encontrar espaço para escoamento.

Referências

BRASIL (2020). Ministério da Saúde. Sobre a doença. Disponível em:<<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>

LACAN, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 8-14. São Paulo: Eolia. (Obra original publicada em 1966).