Anais do X e XI Fórum da Residência em

Psicologia Clínico-Institucional

2006 / 2007

Práxis e Formação

As várias modalidades de intervenção do Psicólogo

Instituto de Psicologia/HUPE
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Anais do X e XI Fórum em Residência em

Psicologia Clínico-Institucional

2006/2007

Práxis e Formação

As várias modalidades de intervenção do Psicólogo

Instituto de Psicologia / HUPE
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Psicologia
Residência em Psicologia Clínico-Institucional

Reitor
Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-Reitora
Maria Christina Paixão Maioli

Sub-Reitora de Graduação / SR-1
Lená Medeiros de Menezes

Sub-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa / SR-2
Mônica da Costa Pereira Lavalle Heilbron

Sub-Reitoria de Extensão e Cultura/SR-3
Regina Lúcia Monteiro Henriques

Diretor do Centro de Educação e Humanidades
Glauber Almeida de Lemos

Diretor do Instituto de Psicologia
Ademir Pacelli Ferreira

Chefe do Departamento de Psicologia Clínica
Eleonora Torres Prestrêlo

Coordenadora da Residência em Psicologia Clínico-Institucional
Sonia Alberti

Diretor do Hospital Universitário Pedro Ernesto
Rodolfo Acatauassú Nunes

Comissão Técnico-Científica

Ademir Pacelli Ferreira
Espaço de Atividades e Convivência Nise da Silveira

Ester Susan Guggenheim
Núcleo Perinatal

Glória Castilho
Núcleo de Assistência ao Idoso / UnATI

Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado
Psicodiagnóstico Diferencial e Terapia Familiar Psicanalítica

Maria Luiza Bustamante Pereira de Sá
Pediatria e Plantão

Sheila Orgler
Cirurgia Cardíaca

Sonia Alberti
Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente e Plantão

Ademir Pacelli Ferreira
Coordenador de Edição

Lucilia Gonçalves Pires
Secretária

Catalogação na Fonte
UERJ / SISBI / SERPROT

F745 Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional
(4.: 1999: Rio de Janeiro).
Práxis e formação: as várias modalidades de intervenção do psicólogo: anais do X e XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional – Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Psicologia, 2006 / 2007.
215p.
Bibliografia

1. Psicólogos clínicos. 2. Psicologia Clínica.
I. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia
II. Título

CDU 159.9-051

X e XI FÓRUM DE RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICO-INSTITUCIONAL

Sumário:

ARTIGOS
Desconstruindo Estigmas: o espaço da internação na Reforma Psiquiátrica Nataly Netchaeva Mariz
Psicose e Estilhaçamento do Eu: um acompanhamento em crise Bruna Paranhos Americano e Viviane Penna Dias
Urgências e Transferências Bruna Paranhos Americano
A castração e a doença orgânica: um caso de cegueira progressiva Cristiane Bueno Iatauro
As Depressões: Uma questão a partir da clínica com idosos Gisele da Silva Bandeira
A inserção institucional do psicólogo em equipe interdisciplinar: calar ou deixar falar a especificidade? Eduardo Larrat
Reflexões sobre a questão do esquecimento na velhice Clarice Gomes Palmeira
Atendimentos com crianças: reflexões sobre um caso clínico Raquel Moreira Pádova
A riqueza e a magnitude da Pediatria e a participação da Psicologia nessa especialidade Renata Oliveira Magalhães
Quando a Criança Adoece: os Impactos para Família de um Prognóstico Reservado Taís Devens Donati
O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida Elisa Lima Mayerhoffer Peralva
A urgência como questão no setor de Cirurgia Cardíaca Gisele da Silva Bandeira
Trabalhando em Equipe e Trabalhando a Equipe: Limites e Possibilidades da Inserção da Psicologia na Equipe Multidisciplinar Ana Beatriz Raimundo de Castro, Renata de Oliveira Fidelis e Taís Devens Donati
A atuação do Residente de Psicologia nos Grupos de Pré-consulta Raquel Moreira Pádova
Limites e Possibilidades no exercício da Maternidade Renata Oliveira Magalhães
Caso Lara E Seu Bebê: O Impacto De Uma Morte Anunciada Na Equipe Fernanda Quintino Batista
Psicodiagnóstico: Uma Abertura de Espaço à Escuta Fernanda Viana Martins de Azevedo
Cisão e Negação: defesas de um paciente soropositivo Helena Pinheiro Jucá Vasconcelos
Estados de entranhamento e processos de diferenciação em Terapia Familiar Psicanalítica Michele Siviero Martins e Valeria Castro Chagas de Azevedo
A dimensão narcísica na relação entre mãe e filha: quando "viver junto é impossível e separar-se é mortal Elisa Lima Mayerhoffer Peralva e Michele Siviero Martins
A Psicologia no Plantão Geral: uma parceria em prol da integralidadea Clarice Gomes Palmeira e Helena Pinheiro Jucá Vasconcelos

Apresentação

Diz-se freqüentemente que a clínica é soberana, o que implica sempre o desafio frente a cada caso - cada caso é um caso. Na medicina há um certo júbilo quando se encontra o caso de livro, mas se sabe também que este olhar é enganoso, pois pode obliterar justamente a singularidade clínica que faria a diferença. Portanto, a particularidade da clínica, seja no campo físico-orgânico, seja no psíquico, exige do terapeuta uma grande dedicação e aprofundamento, como ensina Freud com a psicanálise, há que se fazer coincidir investigação e tratamento. O caso não deve ser um exemplo da teoria, mas uma convocação para o trabalho teórico. Nossa revista Práxis e Formação, resultante dos Fórum anuais da Especialização em Psicologia Clínico-Institucional - Modalidade Residência Hospitalar, vem seguindo a trilha de uma formação especializada que contempla alguns programas desenvolvidos no Hospital Universitário Pedro Ernesto, englobando as Unidades de Psiquiatria, Adolescência, Pediatria, Pré-natal Maternidade, NAI/UNATI (terceira idade). Neste sentido, os textos que compõem este número como todos os anteriores, seguem a tradição de ter a práxis clínica como sua essência. Não vamos apresentar cada artigo, entendemos que vale mais o leitor segui-los com a disposição de encontrar nas narrativas uma possibilidade de aproximação desta experiência às vezes angustiante, dramática e mesmo trágica, mas também bela e gratificante, dentro de um hospital.

Nestes vários anos, e esta publicação com seus oito números é testemunha, demonstramos o quanto o campo de formação hospitalar é importante para o psicólogo clínico. Pela avaliação do encaminhamento dos especialistas egressos do curso, seja nas seleções para mestrados, seja nos concursos públicos para psicólogos, temos uma resposta positiva de sua relevância para a formação profissional. Os egressos vêm demonstrando excelente desempenho e competência técnica e hoje estão desenvolvendo atividades em várias unidades de saúde no Rio de Janeiro e em outros estados, além da realização de mestrados e doutorados.

Convidamos os leitores para seguir estes singelos escritos da clínica, sabendo que eles trazem a marca de uma experiência em elaboração.

Ademir Pacelli Ferreira
Coordenador da Edição

Desconstruindo Estigmas: o espaço da internação na Reforma Psiquiátrica[*]

Nataly Netchaeva Mariz[**]

Introdução

Esse trabalho busca discorrer sobre a questão do estigma que cerca a doença mental, pensado em articulação com o momento da internação do paciente em crise numa enfermaria psiquiátrica.

Pretende-se, pois, refletir sobre como se dá a internação dos pacientes psiquiátricos em enfermarias voltadas para a assistência à saúde mental no contexto de desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica. Parece que, de alguma forma, nos encontramos numa situação de impasse, visto que se por um lado ainda há a necessidade de internação em alguns casos de crise, por outro, podemos nos perguntar como oferecer algo diferente, além da simples identificação da patologia dentro de uma instituição voltada para a prática médica.

Desse modo, com a finalidade de enriquecer a discussão, serão apresentados fragmentos de casos atendidos por mim no período em que atuei na enfermaria psiquiátrica da Unidade Docente de Assistência (U. D. A) de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

A construção do estigma na prática psiquiátrica

Sabemos que, durante muito tempo, o paciente psiquiátrico foi visto como um indivíduo cuja subjetividade era desconsiderada, tendo sido relegado ao lugar de alienado no decorrer do processo de psiquiatrização da loucura. Como demonstraram os estudos de Foucault, o nascimento da psiquiatria se deu paralelamente ao nascimento dos asilos, considerados então locais de tratamento e cura, para onde a loucura pôde ser banida e, marginalizada, estudada nos mínimos detalhes. Em tais espaços, casos mais graves podiam passar pelo “tratamento moral”, que pretendia retificar os comportamentos inadequados por meio da persuasão, já que a alienação

mental nada mais era do que uma doença de causa física e moral e por isso "potencialmente" curável (Serpa Júnior, 1998:99-100).

A partir de Pinel – que promove algumas modificações nas formas de tratamento da alienação mental – a psiquiatria se organiza no acompanhamento sistemático dos doentes mentais em instituições organizadas e com regras bem definidas e fechadas que possibilitaram o aprofundamento do estudo do transtorno psíquico. Assim é que se cria uma cultura de exclusão segundo a qual o sujeito considerado fora de seu "perfeito juízo" deve ser apartado do convívio social, para que possa ser examinado e curado de seus males.

Ferreira (2005:206) ressalta que o processo de institucionalização da loucura teve como marca a segregação do doente mental, cuja internação prescindia de uma razão determinada: a simples constatação de uma "desrazão" já era motivo suficientemente forte para a hospitalização desse sujeito. Tal fato nos faz questionar quais seriam os critérios utilizados para definir quem estaria fora de seu juízo perfeito e quem não estava.

Cavalcanti (2001:73) vem em nosso auxílio ao apontar para o fato de que, se num primeiro momento nos deparamos com um mundo que parece ter perdido seus valores éticos, na verdade, o que se nota é o fato dessa realidade considerar a Razão como um valor maior e a Ciência como sua "correlata". Nesse sentido, a autora provoca o leitor ao questionar: "por que perder tempo com pessoas que falham exatamente naquilo que os sérios homens modernos mais prezam, a tão perfeita razão? Seria a Razão a chave de todo e qualquer conhecimento?"

Na contra-corrente da ideologia segregacionista, emerge o movimento da anti-psiquiatria e da atual Reforma Psiquiátrica, sustentados numa outra forma de ver e de lidar com a doença mental, procurando levar em conta a subjetividade subjacente nos pacientes antes encarados apenas enquanto patologias e diagnósticos, o que acabava por produzir uma cronicidade e asilamento quase inescapáveis.

O movimento da Reforma Psiquiátrica proveniente da Europa, principalmente da Itália e Inglaterra, chega ao Brasil na virada da década de 1970/80, num contexto de redemocratização do país e de formulação de novas políticas de saúde pública. Esse movimento propõe a desinstitucionalização do doente mental, criando novos dispositivos de atenção. Assim, a partir desse histórico, podemos nos questionar a respeito do lugar que pode ocupar a internação no contexto desse processo ainda inacabado da reforma.

A internação como via de acolhimento

Dell'aqua e Mezzina observam que:

A internação responde à doença, enquanto a tomada de responsabilidade pelo cuidado em saúde mental responde às diferentes formas e momentos da existência do usuário [...] A "tomada de responsabilidade" configura uma nova modalidade de relação institucional, que se baseia propriamente na assunção da responsabilidade (Silva, 2005:311).

É a partir dessa citação, que retrata uma outra maneira de ver a Instituição, que podemos agora pensar a Instituição enquanto espaço que possa oferecer ao paciente em crise algo além da contenção e da segregação que encontrávamos nos primórdios da prática psiquiátrica.

Nesse aspecto, Zanoni (2000) nos aponta para duas funções presentes na Instituição: a função de acolhimento do sujeito psicótico e a função terapêutica, ressaltando que é a partir do primeiro movimento, o da acolhida, que se torna possível a construção de uma demanda de atendimento terapêutico. Esse estudioso procura, assim, desconstruir a polaridade entre práticas distintas: a da instituição e a do analista. A primeira atua com vistas à redução dos sintomas, para pensar a saúde do indivíduo levando em conta uma estrutura coletiva de resposta, enquanto a segunda funcionaria no sentido de oferecer sua "escuta radical" visando a raiz da demanda que comporta a angústia e o mal-estar.

Vale ressaltar que, para o autor citado, a Instituição, antes mesmo de oferecer um tratamento ao sujeito, responde a uma necessidade de assistência. Ele fala de um abrigamento como forma de proteção para certos casos de psicose, ou ainda de passagem ao ato, neuroses graves, entre outros, quando não se trata da procura de um atendimento terapêutico por parte do indivíduo (incluindo aí a psicanálise), mas sim da necessidade que ele sente de ser protegido. A Instituição é um espaço em que se pode oferecer uma clínica coletiva, feita por diferentes técnicos, reunidos através da transferência de trabalho. Neste contexto, destacamos que a clínica em alguns casos pode exigir uma atuação que envolva apenas uma resposta no âmbito institucional, na medida em que há respostas que não podem ser dadas por um só indivíduo, pois se constroem por meio de práticas coletivas. Dessa maneira, "A instituição constitui a resposta praticável em alguns estados da clínica, a única resposta praticável na ausência da qual as pessoas que sofrem, ou as pessoas que lhe são próximas ficam expostas a um insuportável, que pode ter conseqüências dramáticas" (Zanoni, 2000:16).

Caberia, contudo, destacar que não se trata, neste trabalho, de defender a institucionalização dos pacientes, pois entendemos que não é porque a instituição cura, que ela deva ser mantida. Por outro lado, também devemos ter em mente que não é porque ela não cura, que deva ser suprimida. É importante pensar tal espaço tendo em vista sua função social, entendendo-se que há um limite tanto para a função social quanto para a terapêutica, para que não voltemos mais uma vez ao lugar alienante representado pela instituição, vista como detentora de um saber sobre o doente, e proporcionadora de uma terapêutica que visaria um ideal de normalidade.

Nesse sentido, retomamos Cavalcanti (2001:74-75), com sua contribuição acerca da posição ética a ser assumida por profissionais que trabalham com saúde mental, uma posição que implica ir além do campo profissional. Essa visão inclui uma atitude a ser tomada perante a vida e o ser humano. Tal postura supõe um comprometimento com sua prática, devendo levar em conta os pacientes psicóticos não como meros objetos de ciência, mas como sujeitos que merecem ser respeitados tal como são. Zanoni (2000:28), por sua vez, afirma que "é preciso distinguir a dimensão do sujeito e a dimensão do cidadão, do indivíduo, que tem direito a assistência e ajuda."

Com base na reflexão feita até aqui, apresentaremos alguns fragmentos de um caso, a fim de enriquecermos a discussão desta *prática de muitos.*

Caso clínico

Frânio tinha cerca de 30 anos. Acreditava ser capaz de comunicar-se telepaticamente e ter sempre suas idéias roubadas pelos outros. Diagnosticado como esquizofrênico paranóide, era visto no serviço como manipulador e incomodava pela atitude de sedução exagerada em relação às mulheres a sua volta. Com um longo percurso nos serviços de saúde mental, havia anos que não se internava, sendo acompanhado com certa regularidade pelo Hospital-Dia vinculado ao setor de Psiquiatria do HUPE. Num dado momento de desorganização, Frânio solicita internação e, sozinho, procura a emergência. Tal fato causou certo mal-estar, pois sua solicitação foi entendida como uma forma de "fuga" dos problemas que o cercavam no mundo lá fora e havia o receio de manipulação do paciente da situação de crise.

Logo no início, o paciente estabeleceu um bom vínculo com a equipe de referência. Quando seu médico teve que se afastar por questões de saúde, ele sentiu muito, construindo em torno da ausência sua própria versão do que poderia ter ocorrido. Entendi que essa tinha sido sua maneira de lidar com tal perda, e, assim, de alguma forma, poder preservar algo daquele profissional que se ausentava. Algo podia ser simbolizado em seus delírios e, mesmo tendo sido "prevenida" que psicoterapia poderia não ter qualquer serventia para um paciente manipulador como ele, decidi apostar acolhendo o que Frânio tinha a dizer.

Mas o que Frânio teria a nos dizer? O que o teria feito desejar tanto a internação? Frânio havia buscado aquilo que a Instituição podia lhe oferecer: um acolhimento. Em sua fala, dizia sentir-se como um elefante tendo que caber numa caixinha de fósforos. Quando pressionado, demonstrava desejar ser alguém importante e, para isso, relatava histórias sobre seus "feitos". No decorrer do processo terapêutico passa a escrever um "livro" e me trazer fragmentos de sua vida sofrida. O "livro" falava de sua doença, de sua tentativa de cura, do desejo de se relacionar com os outros. Ao final de seu período de internação, manifesta a vontade de voltar a ter uma profissão. Imaginava poder fazer uma pós-graduação[1] em psicologia, sem ao menos ter curso superior, o que, em um dos nossos últimos atendimentos, pôde ser entendido como um reconhecimento da minha presença ao seu lado, já que eu pude me aproximar dele e oferecer uma escuta.

No final de seu "percurso" de quase dois meses de internação, Frânio pôde se vincular e construir um lugar de "liderança" em alguns espaços da enfermaria. Logo que saiu, passou a namorar uma ex-colega de convívio e a vender produtos de beleza para ter seu próprio dinheiro. Retomou as atividades no Hospital-Dia, o que nos possibilitou a manter um contato regular.

O exemplo de Frânio nos leva a compreender como pode funcionar esse lugar de acolhimento encarnado pela Instituição, na medida em que ela oferece um espaço de escuta diferenciado e coletivo ao paciente em crise. Através de uma série de atividades que se dão na rotina institucional é possível promover uma certa reorganização subjetiva que possibilita a reinserção do sujeito no espaço social.

Referências Bibliográficas

CAVALCANTI, M. T. “Ética e assistência à saúde mental”In: FIGUEIREDO, A & SILVA FILHO, J. F. (org) *Ética e Saúde Mental*, Rio de Janeiro: Topbooks, 2001, 2ª ed.

_____; LOVISI, G & PINTO, A. “A psiquiatria e o social: aproximações e especificidades” In: *Saúde Mental: campo, saberes e discursos*, Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

FERREIRA, A. P. “A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico” In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VIII n. 2, junho 2005.

SERPA JR, O. D. “Lacunas e dobras nas relações da psiquiatria com a medicina” In: SILVA, J. F. & RUSSO, J. (org) *Duzentos anos de psiquiatria*, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

SILVA, M. B. B. “Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental” In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,* ano VIII n. 2, junho 2005.

ZANONI, Alfredo. *Psicanálise e Instituição*. Belo Horizonte: Abrecampos, IRS/FHEMIG, 2000.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no setor Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob a supervisão do Prof. Ademir Pacelli Ferreira e apresentado no X Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em maio de 2006.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] Na sua onipotência, ele estava convencido de que era bem graduado em psicologia a partir de sua experiência na psiquiatria.

Psicose e Estilhaçamento do Eu: Um acompanhamento em crise[*]

Americano, Bruna P.[**]***; Dias, Viviane P.***[***]

Introdução

A partir da experiência como residente e estagiária de psicologia na enfermaria psiquiátrica, traçamos um breve percurso do acompanhamento terapêutico de um paciente esquizofrênico. Trata-se de uma reinternação, onde Gabriel(G), sexo masculino, 25 anos, depois de alguns anos freqüentando o Hospital Dia (HD), sofre nova ruptura. Sua história de sofrimento psicótico remonta aos 16 anos, quando vai ao encontro de sua mãe e seu marido, tendo o primeiro surto

A historia de Gabriel é repleta de conflitos familiares, repetições, abandonos e muitas particularidades que não serão especificadas neste trabalho. Faremos um breve resumo dos fatos relevantes para a compreensão deste caso, uma vez que as relações familiares são de fundamental importância para a estruturação psíquica do paciente. Isto aparece em seu discurso fragmentado, como um sujeito deslocado e sem lugar nestas relações de parentesco, não contando com uma referência identificatória.

Paternidade Desconhecida: *Uma Vida Partida*

Gabriel é filho de pai desconhecido e de Cristina, que o teve aos 17 anos. Cristina por sua vez é filha de Luiza, que também a teve aos 17 anos, sendo também filha de pai desconhecido. Por Cristina ser muito nova e irresponsável (sic), quem assumiu os cuidados do menino foi Luiza, sua avó materna, Marcela, sua tia e Augusto companheiro de Luiza (pai de Marcela e padrasto de Cristina).

Quando Gabriel tinha 12 anos, sua mãe se mudou para a Itália, constituindo posteriormente nova família naquele país. Aos 16 anos, talvez por atritos com a avó e o avô adotivo, Gabriel foi morar com a mãe na Itália, onde rompe o surto psicótico frente aos esforços de adaptação e atritos com o padrasto, que exigia que ele trabalhasse. Com a crise, foi mandado de volta ao Brasil. Mas aqui, passa a

apresentar comportamentos estranhos e é mandado de volta à Itália por sua avó, por conta de comportamentos estranhos que Gabriel estaria apresentando. Posteriormente, retorna ao Brasil em condições mais graves, numa aparente disputa de quem deveria ocupar-se dele diante do diagnóstico de Esquizofrenia.

Gabriel ficou internado em instituições tanto no Brasil como na Itália e sua primeira internação no HUPE aconteceu em 2001, tendo dois meses de duração. Após alta passou a ser acompanhado no Hospital-Dia. Em 2004 sua avó faleceu. Gabriel permaneceu sem crise até fevereiro de 2006, ocasião da presente internação.

Desde a morte da avó, Renato morava com o companheiro desta, a quem chama de avô. A partir das reuniões e dos atendimentos pudemos entender um pouco a dinâmica da família, o que também é retratado nas falas do paciente de forma dissociada.

Durante as reuniões, embora solicitássemos a presença daqueles que mais conviviam com Gabriel, que eram seu tio, sua tia e seu avô, quem participava no lugar do tio era sua esposa. Sua outra tia (a irmã de sua mãe) monopolizava os encontros. Era praticamente a única a falar sobre a história e o convívio com Gabriel, não dando oportunidades nem brechas para o avô falar, justificando que este era velho e não poderia contar com ele. Ao mesmo tempo temia sobre o futuro de Gabriel na perda do avô. Desta forma, a equipe teve que intervir diversas vezes e buscar ouvi-lo em particular. Tornou-se evidente o que Gabriel buscava indicar em seu discurso: seu lugar na dinâmica onde predominava a supremacia das mulheres e o forte sentimento de abandono, de rejeição e de falta de suportes.

A Internação*: Compondo Mosaicos*

Neste momento, a oferta da internação e do acolhimento (cf. FERREIRA, 2005) propõe ajudá-lo a reconstituir sua história de divisões nesta família desarticulada e a buscar novas tentativas de se relacionar com os outros, uma vez que as anteriores haviam sido frustradas. Procuramos trabalhar com o que ele mostrava em sua fala fragmentada e em seus delírios.

Segundo Freud (1924), o tipo e o alvo da defesa determinam o destino neurótico ou psicótico do sujeito, e, no caso da psicose, a defesa do sujeito se levanta contra um fragmento da realidade, a serviço do *Isso*. Assim, duas etapas podem ser percebidas: a primeira arrastaria o eu para longe da realidade, enquanto a segunda tentaria reparar o dano, recriando e remodelando uma nova realidade, como uma tentativa de restabelecer as relações do sujeito com esta realidade, mas não sem conseqüências. Desta forma, nos deparamos com o delírio psicótico que, segundo Quinet (1990), seria como uma peça que se cola onde houve uma falha na relação do sujeito com o mundo da realidade.

Ao chegar na enfermaria, Gabriel apresentava comportamentos bizarros, como por exemplo: dava saltos, colocava plantas e terra na boca, cuspia constantemente nos outros, lambia escarro de outro paciente, cheirava a mão após colocá-la nos órgãos sexuais. Tudo isto, provocava o afastamento das pessoas (pacientes e profissionais)

em relação a ele. Chocava a todos com sua fala repugnante e atitude hipersexualizada.

Em seu discurso, emergiam palavras truncadas, descarriladas e também neologismos. Cantava algumas músicas *funk* com letras que falavam sobre armas, bandidos e drogas, onde sua maior intenção era provocar o ouvinte. Devido a esses comportamentos repulsivos e ataques verbais agressivos, via-se que sua relação com o outro estava comprometida.

Souza (1999) nos ensina que devido a um imaginário destroçado, o sujeito psicótico desprotegido se encontra aberto à intrusão do Outro, passivamente à sua mercê. Percebíamos essa intrusão em seu discurso e atos. Em um atendimento ele nos conta sobre uma suposta relação amorosa com uma mulher - *Ana é minha mãe, não, minha vó, vozes, vozes que invadem*. Nesta fala podemos contemplar a invasão, tanto das vozes enquanto alucinação auditiva, quanto a que se refere às mulheres de sua vida, o que se repetia na enfermaria. Tanto a equipe de forma geral quanto sua mini equipe de referência era composta em sua maioria por mulheres, com exceção do médico, em quem Gabriel parecia muitas vezes buscar refúgio, tentando identificar-se com a posição masculina. É interessante notar que essa tentativa de identificação se refletia em seu discurso, pois, quando era tentado um vínculo maior de confiança por parte da equipe de psicologia, este procurava reforçar sua posição masculina, dizendo: *Que história é essa de se abrir? Tu fica me fazendo pergunta. É você que tem que se abrir. Tu é mulher. Eu sou machos*. Na raiva expressada contra as mulheres, tentava se proteger contra a invasão do feminino e da passividade.

Despossuído de uma referência diferenciadora na partilha dos sexos, dizia não saber se era homossexual ou não e repetia, *Os afeminados não herdarão os reinos dos céus; para vocês eu não sou gays, mas para mim, eu sou gays*. Significantes que aparecem no plural, indicando a multiplicidade, o estilhaçamento do eu. Contra isso tenta afirmar sua posição masculina, ativa, buscando de diversas formas uma referência. Chegou a pedir para uma estagiária de psicologia assumir essa posição ativa, traduzida na seguinte fala: À*s vezes quero ser machos que nem vocês. Fala para mim: eu sou machos*. No discurso de Gabriel há um pedido de potência à mulher, potência essa que ele não sente que possui, e que podemos observar na sua estrutura familiar, onde as mulheres exerciam grande poder de decisão sobre os homens.

Como nos diz Souza (1999), o psicótico, desvalido do significante fálico, se aproxima da condição da mulher, pois ambos são carentes do significante suporte de suas identidades. É aí que,

“qualquer coisa da ordem de uma afinidade, de uma atração, empurra o psicótico a fazer dos emblemas e insígnias da mulher pontos de apoio, marcas e margens de referência que, malgrado sua natureza precária, inconsciente, ordenam minimamente o fluxo turbulento do seu existir” (Souza, 1999).

Seus comportamentos repulsivos eram entendidos pela equipe, bastante mobilizada, como uma defesa contra a invasão do Outro. Com isto, procurava testar até onde o suportaríamos, uma vez que sua família não o suportou. Este forte sentimento o angustiava e buscava resolvê-lo afastando os outros de perto dele. Durante uma atividade, onde a sua psicóloga de referência conversava com outro paciente, cuja idade e nome eram iguais ao dele, Gabriel disse a ela: *Pod e acompanhar ele, dá o*

espaço para ele, eu estou sofrendo muito, não precisa me acompanhar mais. Tendo em vista reforçar seu laço terapêutico, foi informado, neste momento, que teria seu "espaço" garantido e que enquanto ele estivesse internado a psicóloga continuaria o seu acompanhamento.

Segundo Souza (1999), o delírio *é via régia* por onde a fala se recupera e retoma a sua função de ordenar o campo da linguagem. Mas, a significação delirante seria ainda um recurso de sentido solitário e não compartilhável, no entanto, capaz de recriar um mundo menos hostil onde o psicótico pode novamente viver. Desta forma, durante o tratamento de Gabriel, buscamos ouvi-lo através de uma escuta diferenciada que lhe permitisse buscar uma reestruturação do eu, onde a construção delirante demonstrasse este esforço.

Após um mês de internação Gabriel pôde falar mais claramente de seu sofrimento e reconstruir sua história que só sabíamos até então por sua família. Nos disse: *Eu fiz uma viagem. Tinha 16 anos. Aí eu viajei mesmo na cabeça, e quando eu quis voltar, já era tarde. Na verdade, continuo viajando até hoje. Não sei o que teria acontecido se eu não tivesse ido pra Itália, acho que foi o macarrão de lá, o macarrão da Cristina é sujo.* Além disso, começou a questionar seu futuro, buscando a assistente social para se informar sobre seus benefícios e questionando como seria sua volta para casa, já que acreditava que o avô não teria condições para recebê-lo. Num grupo de fim de tarde[1] ele afirmou: *Agora estou mais eu, antes eu era mais do mundo", também falou "Eu estou sofrendo, não fico falando isso porque não é coisa de macho".*

Considerações Finais

Durante os três meses de internação, Gabriel teve melhoras e recaídas e, ao final desse período, a partir de uma maior organização psíquica e o cessar dos comportamentos bizarros mais repulsivos, foi possível fazer sua passagem para o Hospital Dia. Foram realizadas reuniões com os familiares que se mostravam mais preparados para recebê-lo novamente. Além de discussões entre os componentes da mini equipe que o atendia, onde se discutiu sua presença diária no Hospital Dia e sobre as atividades que iria participar.

Destacamos sua fala antes da saída: *A gora eu sou mais eu, antes era do mundo.* Entendemos com isso que Gabriel estava num momento de reestruturação do eu, que antes se encontrava dissociado. Podendo reconstruir aos poucos laços com sua história de vida e ter acesso a algo de seu desejo. Está adquirindo alguma proteção contra a invasão e o submetimento ao Outro. Por mais que Gabriel *continue viajando até hoje*, como ele mesmo nos disse, possui agora um espaço para construir laços sociais e ter referências a que recorrer, o Hospital-Dia, onde freqüenta e participa de diversas atividades, em contato com outros pacientes.

Referências Bibliográficas

DÖR, Joel. *Clinica Psicanalítica*. Porto Alegre, Artmed, 1996.

FERREIRA, A. Pacelli. *A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico*. Revista latino-americana de Psicopatologia Fundamental, v. XIII, n. 2, pp 204-257. São Paulo, Escuta, 2005.

FREUD, Sigmund. *Neurose e Psicose*, Volume XIX, 1924. ESB, OC., Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *Perda da Realidade na Neurose e Psicose*, Volume XIX, 1924. ESB, OC. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

QUINET, Antonio. *Clinica da Psicose*. Salvador, Fator, 1990.

SOUZA, Neusa S. *A Psicose: Um Estudo Lacaniano*. Livraria e Editora Revinter, 1999.

Notas

[*] Trabalho elaborado a partir da experiência no Projeto Espaço de Atividade e Convivência Nise da Silveira, junto à Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria - Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, supervisionado pelo Prof. Ademir Pacelli Ferreira e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[***] Estagiária de Psicologia.

[1] Atividade realizada diariamente com os pacientes internados na enfermaria.

Urgências e Transferências[*]

Bruna Paranhos Americano[**]

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a atuação da psicanálise numa enfermaria de clinica médica e cirúrgica e principalmente, se propõe a apresentar a questão da transferência nesse contexto, a partir de um caso clinico.

Figueiredo (2001), em "Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos", define condições mínimas para que a clínica psicanalítica possa ser reconhecida nos diferentes locais onde circule. A primeira condição seria que o campo sobre o qual o psicanalista trabalha é o da realidade psíquica e que esta se manifestará através da transferência, que seria a segunda condição. A transferência funciona ao mesmo tempo como mola propulsora e como resistência, cabendo ao analista manejá-la. A última condição seria o trabalho analítico onde o sujeito é convocado a trabalhar, através da associação livre, numa tentativa de suportar o que lhe é insuportável.

A equipe de Saúde Mental do NESA leva em conta essas três condições e busca a partir delas constituir um trabalho orientado pela psicanálise, que introduza no discurso médico a subjetividade do adolescente hospitalizado.

Como sabemos não há psicanálise sem transferência. A transferência é ponto crucial para que haja análise, ou para que algo do discurso analítico possa se colocar dentro de uma instituição.

Freud (1905) em "Fragmento da análise de um caso de histeria", define as transferências como reimpressões, cópias das moções e das fantasias que devem ser despertadas e tornadas conscientes à medida dos progressos da análise.

No texto "A dinâmica da Transferência", Freud (1912) mostra que a relação do sujeito com as figuras parentais é revivida na transferência, principalmente com a ambivalência pulsional que a caracteriza. O que é essencialmente transferido não é aquilo que efetivamente aconteceu, mas a realidade psíquica, ou seja, desejos inconscientes e fantasias.

Na situação analítica, a transferência se dá no momento em que conteúdos recalcados ameaçam se revelar. Desta forma, ela surge ao mesmo tempo como

poderoso instrumento terapêutico e como resistência, impedindo o sujeito de avançar em seu trabalho.

Teoricamente, trata-se de um deslocamento do afeto de uma representação para outra. Não sendo literalmente uma repetição, mas investimentos em equivalentes simbólicos do que já foi vivido.

Num hospital universitário são muitos os profissionais das mais diversas áreas que atuam junto ao paciente - médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, pedagogos, entre outros. Tendo em vista o que Freud (1912), nos dizia a respeito da transferência - que ela está presente em todas as relações das nossas vidas - esses profissionais estão também sujeitos a ela, porém não possuem conhecimento para manejá-la, tal como a psicanálise se propõe a fazer.

Numa enfermaria, bem diferente de um consultório ou até mesmo de um ambulatório, são muitas as intercorrências durante um atendimento. Procedimentos terapêuticos podem interromper a escuta, outros profissionais podem se colocar na posição de ouvinte, o sofrimento físico pode impedir a fala, a localização do leito pode impedir uma maior privacidade. O ambiente hospitalar apresenta-se com barulhos e estímulos outros, um *setting* completamente diferente do que Freud propunha. Além disso, a equipe de Saúde Mental é convocada a responder também na urgência. Com freqüência um integrante da equipe é chamado a realizar pronto-atendimentos a pacientes que nem sempre estão sendo acompanhados pelo mesmo. O que é pertinente devido às urgências que acontecem numa enfermaria de clínica médica e cirúrgica. Situações nas quais a presença da equipe de Saúde Mental é de grande importância.

Como podemos, então, sustentar uma transferência que - tal como Freud nos ensina - possa funcionar como mola propulsora do tratamento, num local onde tantos profissionais atuam e onde a urgência da vida faz-se presente a todo o momento?

Um caso clínico servirá de exemplo.

Robson, paciente de 17 anos, com Leucemia Linfoblástica Aguda, LLA, foi internado na Enfermaria do NESA após o diagnóstico dado em outro serviço. Ao chegar ao NESA foi prontamente atendido pela equipe de Saúde Mental. Robson mostrava-se sempre muito confiante no tratamento.

O paciente, além da LLA, apresentava um sobrepeso. Era bastante obeso e dizia ter uma alimentação precária. Nas primeiras semanas de internação, descobriu-se que ele tinha também diabete e pressão alta. Apesar da descoberta de mais essas doenças, nada abatia Robson. Ele gostava de ouvir rock e o fazia com um fone de ouvido.

Nos atendimentos psicológicos, ele falava que estava sempre bem. Contava um pouco de sua vida, ele gostava de festas de rock, usava roupas pretas e tinha muitos amigos. Robson referia-se também à sua família e ao fato de que ficava muito tempo sozinho em casa, pois sua mãe, seu pai e irmão trabalhavam muito. Tinha o costume de ouvir música trancada no quarto o dia inteiro e de comer de uma só vez, três a quatro pacotes de biscoitos. Além de beber bastante nas festas em que ia, chegando a passar mal no dia seguinte frequentemente.

Nos primeiros meses de internação, estava sempre sorrindo, era muito comunicativo e adorado por todos na enfermaria. “Um exemplo para os pacientes”, ouvia-se dizer dele.

Devido à participação em um congresso científico, permaneci ausente por uma semana, um mês e meio depois da primeira internação dele. Nessa semana, Robson saiu do Hospital e foi para a Casa Ronald Mc Donald[1]. Lá teve o primeiro episodio da doença que o mobilizou, um desmaio. Foi levado às pressas ao HUPE e foi internado pelo Plantão Geral.

Logo que eu retornei do congresso, Robson disse que na minha ausência tinha passado muito mal e achou que ia morrer. Pôde pela primeira vez expressar seu medo da morte, o que até então não havia feito. Disse que foi um susto muito grande, e que sentiu a minha falta, pois a única pessoa que podia ouvi-lo era sua mãe e ele não queria falar sobre isso com ela, já que sabia que ela havia ficado assustada também. Disse que já tinha passado, que tinha chorado e agora não queria falar mais. Pude então perceber que a transferência havia se estabelecido.

Os meses se seguiram e Robson continuou com freqüentes internações, e em todas elas era acompanhado pela equipe de Saúde Mental. Falava bastante nos atendimento. Dizia que não tinha contado para seus amigos que estava doente, falava sobre seu cabelo que estava caindo, ele tinha um cabelo grande e desde o inicio isso era um problema para ele. Contava das festas em que costumava ir, o que agora não podia mais. No entanto, não chegava a levantar alguma questão nem a respeito de algo de sua vida, nem de sua doença. Tudo estava aparentemente sempre bem para ele, apenas a queda do cabelo o incomodava.

Em janeiro, avisei a Robson de minha ausência em função das férias que se aproximava. Seria minha segunda ausência no atendimento dele. Durante minhas férias, ficou sob a responsabilidade de outra integrante da equipe de Saúde Mental. No mês de janeiro, infelizmente, houve um agravamento da diabete de Robson, o que exigiu aplicações de insulina que ele próprio teve que aprender a fazer. Robson se mostrou resistente a isso, e a equipe solicitou à minha colega que o acompanhasse mais amiúde. Ou seja, foram realizados pronto-atendimentos.

Robson permaneceu internado durante todo o mês de janeiro, o que não era usual, normalmente suas internações eram por períodos menores.

No dia seguinte de meu retorno das férias fui visitar Robson na enfermaria, já tendo sido informada do agravamento de seu estado. Estranhei a dificuldade dele falar comigo, desviava o olhar quando eu passava, e quando ia atendê-lo dava algumas desculpas para não ser atendido. No entanto, perguntava por mim aos outros integrantes da equipe de saúde, queixando-se que eu não estava indo vê-lo. Chegou a falar, no dia seguinte em que voltei, que eu tinha voltado de férias e não tinha ido atendê-lo.

Essa situação se estendeu durante algum tempo. Comecei então a ser questionada na enfermaria a respeito do atendimento a Robson. Era freqüente a pergunta “quem está atendendo Robson?”, por parte de membros da equipe, denunciando algo que eu ainda não conseguia identificar, mas que era paradoxal para mim, pois me considerava a psicóloga dele desde quando ele foi internado pela primeira vez há cinco meses. A receptividade de Robson diminuira e sempre estava ocupado na hora

que eu lhe propunha atendimento. Quando era atendido por mim, falava pouco e não se referia ao tempo que estive fora.

É interessante notar que, por um lado Robson falava pouco comigo mas, por outro, fazia circular na enfermaria uma queixa de que não estava sendo atendido.

Freud (1914) em Recordar, Repetir e Elaborar admite a transferência como uma arena onde se apresenta tudo que diz respeito às dificuldades que o sujeito tem para investir os objetos com libido. A partir da repetição somos levados até o despertar das lembranças, que aparecem após a resistência ter sido superada. Neste mesmo texto, Freud ressalta que a maneira de transformar a repetição do paciente num motivo para recordar o que está sendo repetido, reside no manejo da transferência.

Nesse caso, podemos dizer que havia um endereçamento nessas falas de Robson, como se através dos "ouvidos da instituição", chegaria a mim sua queixa de abandono. Entendi que Robson estava bastante ressentido pela minha ausência em situações de urgência para ele. Ele havia se sentido abandonado, tal como se sentia quando seus pais saiam de casa e o deixavam sozinho. Respondia a eles se trancando em seu quarto e bebendo demais, da mesma forma, respondia a mim com o seu silêncio e se queixando, com outros técnicos, de não estar sendo atendido, por mim.

A partir daí, os atendimentos passaram a acontecer em uma sala de procedimentos, que usamos quando o atendimento no leito por alguma razão é impossibilitado. Nesse caso, era uma aposta que eu fazia de que ele pudesse falar. Uma forma de indicar a ele que havia algo a ser dito. Como efeito dessa intervenção, num segundo momento, Robson começa a falar algo desse tempo em que estive ausente, sem mencionar suas queixas e sem falar que queria ser atendido por outra pessoa, mas dizendo o quanto tinha sido complicado injetar a insulina em si mesmo. Apontei a minha ausência nesse momento tão difícil para ele e que era a segunda vez que ele precisava de mim e eu não estava. Disse-lhe que por conta disso ele não estava mais querendo falar comigo, que se sentira abandonado. No entanto, agora eu estava de volta e poderíamos falar sobre isso. Robson abaixou a cabeça e não falou nada. Nos atendimentos posteriores, as questões começaram a surgir. Robson dizia que acreditava que a sua doença era conseqüência de suas atitudes na vida. Contava que ia para cemitérios, que passava a noite lá, que nunca havia acreditado em nada, que bebia até cair e que magoava as meninas que namorava. Ele começou a falar sobre sua sexualidade, sobre as ex-namoradas e sobre as novas "ficantes".

Ao longo dos atendimentos nessa nova etapa do tratamento, dizia que se sentia culpado por tudo isso, pois não havia acreditado em Deus, então teria sido castigado. Esta fala era de sua tia, que a repetia com freqüência. Após algumas sessões onde pôde falar de sua culpa, Robson foi se dando conta de que haveria maneiras dele lidar com sua doença sem que para isso precisasse se sentir culpado por ter ficado doente. Sem usar a culpa como uma forma de dar algum sentido a tamanha invasão que a doença provocava.

Alguns pacientes com leucemia haviam falecido e ele dizia o quanto havia sentido na época, mas que só era possível falar disso agora.

Falava que apesar da doença, agora ele se sentia melhor, pois tinha visto que não precisava ser tão radical quanto era. Ouvia rock e ouvia funk também. Sentia-se

melhor não estando preso a roupas pretas e um único assunto que os amigos roqueiros falavam. Tinha feito amigos na Enfermaria que eram funkeiros e percebeu que era possível conviver com pessoas diferentes dele.

Ao falar de sua doença, de seu tratamento, começou a elaborar o luto de tantas perdas ocorridas nessa fase de sua vida. Pôde falar mais a respeito do abandono que sentia antes de ter ficado doente. Ficava sozinho em casa sempre e o fato de comer demais, de ir para cemitérios, beber muito, de ser o mais popular nas festas, era usado como forma de se defender de sua tristeza e solidão. Ele dizia que agora queria ser tratado como *O Robson* e não como um paciente de leucemia, nem como um roqueiro popular. "O Robson antes vivia triste, agora não, agora estou feliz".

Podemos dizer que, levá-lo para um outro ambiente onde ele pudesse falar sem interrupções e interpretar sua atitude como resposta a um sentimento de abandono que se repetia em sua vida, colocou um ponto nisso que ele me endereçava e possibilitou a abertura ao trabalho. Num atendimento posterior, Robson se refere a mim como a sua psicóloga, mostrando que de fato não se tratava de ser atendido por outra psicóloga. Tratava-se de um pedido de ajuda em ato, para que ele pudesse falar do que tanto o incomodava.

Este caso retrata como foi possível, para além dos atravessamentos que ocorrem numa enfermaria, sustentar uma escuta que mova um sujeito a trabalhar. O desejo do analista pode opera de um outro lugar, que não o dos outros profissionais que o atendiam. Lugar este onde se fez valer a transferência, de forma a manejá-la e criar condições para que o sujeito pudesse elaborar algo do sofrimento pelo qual estava passando.

Referências Bibliográficas

FREUD, Sigmund, 1905[1901]. Fragmento de análisis de un caso de histeria, *Obras Completas*, Tomo VII, Ed Amorrortu, Buenos Aires.

_____. 1912. La dinámica de la transferencia. *Obras Completas*, Tomo. XII. Ed Amorrortu; Buenos Aires.

_____. 1914. Recordar, repetir y reelaborar. *Obras Completas*, Tomo XII, Ed Amorrortu, Buenos Aires.

FIGUEIREDO, A.C., 1997. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos - A clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA), sob a supervisão da Profª Drª Sonia Alberti e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] Casa de Apoio a Crianças com Câncer. Onde crianças e adolescentes que não moram perto do hospital residem durante o tratamento, para garantir que a qualquer emergência estarão em pouco tempo no hospital.

A castração e a doença orgânica: um caso de cegueira progressiva[*]

Cristiane Bueno Iatauro[**]

A equipe ambulatorial de Psicanálise e Saúde mental do NESA é formada por uma psiquiatra, quatro psicólogas, além de estagiários e residentes, sendo a psicanálise o principal eixo teórico que norteia a prática clínica. Os casos atendidos são muito variados e são encaminhados prioritariamente por profissionais de diferentes especialidades do próprio NESA, tais como nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, ginecologistas, cardiologistas, reumatologistas, entre outros.[1]

Jaqueline, adolescente de 13 anos, chega ao ambulatório do NESA encaminhada pelo serviço de hipertensão de adolescentes do HGB[2] o qual ressalta a importância de um acompanhamento multiprofissional para seu caso. Jaqueline é obesa, hipertensa e vem apresentando desde a sua menarca (que ocorreu aos 11 anos de idade) episódios de hipermenorréia e dismenorréia importantes. Além desses distúrbios que a marcam, possui, desde o seu nascimento, uma "atrofia do nervo óptico" que vem se agravando progressivamente. Atualmente, a adolescente utiliza apenas 20% de sua visão, segundo relato de sua mãe.

Alberti, et al. (1994) ressalta que, à luz da psicanálise, o adolescente é antes de qualquer coisa um sujeito, e que, para além das questões que dizem respeito normalmente ao sujeito (que não são poucas), sofre com questões específicas desta etapa que atravessa, tais como mudanças que estão ocorrendo a nível do seu corpo, de suas relações afetivas e escolares (Alberti, et al., 1994).[3]

A adolescência, destaca a autora, implica um "longo trabalho de elaboração da falta no Outro", trabalho que exige poder lidar com as perdas, encarar o desamparo, as impossibilidades e submeter-se à castração simbólica (Alberti, 2004:16).

Jaqueline, já de saída, traz impressa no real de seu corpo uma perda efetiva que não cessa de se anunciar: a perda da visão.

Sabemos que a psicanálise, se posicionando contrariamente a uma dimensão de déficit, muitas vezes usada por outros discursos para se falar das perdas vividas pelos idosos ou crianças, aponta a perda como estrutural e intrínseca à constituição

subjetiva. Assim, todos os sujeitos, inevitavelmente, terão que se haver com a falta que lhes é inerente. Porém, parece que Jaqueline, dada a cegueira que se anuncia, se depara de forma mais evidente e angustiante com esta verdade da condição humana. Este foi o ponto que motivou a elaboração deste trabalho.

Desta forma, destacaremos algumas reflexões que se impuseram a partir dos atendimentos realizados à adolescente em questão.

O serviço de nutrição do NESA encaminha Jaqueline para a equipe de Saúde mental escrevendo o seguinte pedido de parecer: "adolescente e sua mãe manifestaram o desejo de serem atendidas pelo setor de psicologia". Indagada sobre isto, a adolescente responde que foi uma sugestão da sua mãe e da nutricionista que ela fosse atendida pela psicologia devido ao seu "nervosismo e ao seu medo de bicho" (*sic)*. A mesma relata então que "tem muito medo de bicho", "tem fobia de bicho" (*sic*). Tem medo, principalmente, de baratas e de "bichinhos pretinhos pequenininhos" que não raras vezes vê sobrevoando seu quarto, fato que a faz acordar o irmão de 11 anos que dorme no mesmo cômodo ou chamar sua mãe. Porém, diz ser comum a mãe chegar a seu quarto e os bichinhos já terem se escondido, o que a leva a ter fama de "maluca" (*sic*), como a chama a mãe nessas ocasiões.

Outra questão trazida pela adolescente em suas primeiras entrevistas diz respeito a sua dificuldade de seguir as prescrições da nutricionista. Diz que "acha chato" (*sic*) fazer dieta e acaba perdendo a paciência e comendo o que não deve. Além disso, conta que a mãe está sempre fazendo uma porção de coisas gostosas para comer. Relata ainda que o fato de não conseguir seguir a dieta é algo que a deixa nervosa e a faz roer as unhas. Às vezes, "rói tanto as unhas que chega a sair sangue" (*sic*).

Jaqueline cursa a oitava série em um colégio público onde diz ter umas poucas amigas que vêm puxar assunto com ela, pois fica deveras quieta e não conversa com ninguém na sala de aula. Diz que alguns colegas implicam com ela devido aos óculos especiais que necessita usar para enxergar o quadro negro, óculos que lhe renderam o apelido de "quatro olhos". Tem dificuldade para arranjar parceiros para os trabalhos em grupo ou para os exercícios da aula de educação física. "Acha esta situação chata, mas não pode fazer nada" (*sic*). Revela ainda que tem "medo de falar com as pessoas" (*sic*) e que não consegue apresentar os trabalhos na frente da sala de aula e acaba perdendo pontos por causa disso.

O caso de Jaqueline nos leva a tentar pensar os entrelaçamentos entre a castração e a doença orgânica. Partimos da idéia de que a cegueira da adolescente, mesmo não produzida psiquicamente, se articula - na linguagem - com a castração. Perguntamos-nos o quanto tais "bichinhos pretinhos pequeninos" vistos freqüentemente pela paciente não são ocasionados por efeito da sua perda de visão que vem se agravando a cada dia. Será que ela não está dando uma significação imaginária a algo produzido organicamente?

No artigo intitulado "A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão" (1910), Freud alerta os psicanalistas para o fato de que os fenômenos psíquicos se baseiam nos orgânicos e questiona se a supressão das pulsões sexuais componentes, que é determinada por influências do ambiente, bastaria para provocar perturbações funcionais nos órgãos, ou se deveriam estar presentes condições constitucionais especiais, para que os órgãos fossem levados à exacerbação de seu papel erógeno.

Conclui Freud, "*teríamos de observar estas condições como a parte constitucional da disposição para adoecer de perturbações psicogênicas e neuróticas. Este é o fator ao qual, quando aplicado à histeria, dei o nome provisório de complacência somática*"[4] (Freud, 1910: 227).

Em "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914), ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido, Freud destaca que a mesma é tida como uma ameaça à integridade do ser humano, um ataque narcísico que aponta para a sua fragilidade e a possibilidade de sua destruição. Desta forma, uma pessoa doente "deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento" (Freud, 1914:89) retirando, assim, os investimentos libidinais dos objetos e os colocando de volta para o seu próprio eu; regredindo. Certas atitudes defensivas, sentimentos depressivos ou um verdadeiro estado de luto diante da perda da saúde e da ilusão da onipotência são recursos encontrados pelos sujeitos na tentativa de darem conta da falta que lhes é inerente e estrutural.

Quinet (1999) faz referência ao artigo freudiano escrito em 1926 para falar sobre uma vertente da dor que seria vinculada à castração, a qual o sujeito seria remetido a cada perda ocorrida ao longo de sua existência:

Parece perfeitamente normal que aos quatro anos de idade uma menina chore penosamente se sua boneca se quebrar, ou aos 16 se ela for desprezada pelo namorado, ou aos 25, talvez, se um filho dela morrer. Cada um destes determinantes da dor tem sua própria época e desaparece quando essa época termina. Somente os determinantes finais e definitivos permanecem por toda a vida. Devemos julgar estranho se essa mesma menina, depois de ter crescido, fosse chorar por algum objeto sem valor que tivesse sido danificado. Contudo é exatamente assim que se comporta o neurótico. (Quinet,1999, apud Freud, 1926:171).

Acompanhando Freud, Quinet (1999) conclui que a "perda daquilo que escamoteava a castração" é o que desencadeia no sujeito a dor, o luto, a depressão ou a melancolia. Porém, se o sujeito, no decorrer de sua história, for necessariamente confrontado com inúmeras perdas, qual a arma que tem para lidar com esta falta? A arma é o desejo, que seria a manifestação da falta em outra vertente, nos responde este autor.

A função do analista e seu imperativo ético é fazer um sujeito falar, na medida em que não há significante no campo da linguagem que responda pelo sujeito, sendo este o efeito da fala. Nossa aposta é que Jaqueline, podendo formular uma demanda de tratamento e engajar-se na mesma, possa situar-se frente às questões que lhe acometem. Voltemos ao caso.

Sobre o relacionamento com Maria, sua mãe, a adolescente se queixa dizendo que a última "é muito estressada e vive reclamando" (*sic*). Reclama dos seus próprios males de saúde, de ter que cuidar da casa e dos filhos sozinha e de eles não lhe ajudarem com os serviços domésticos. Às vezes ameaça os filhos de abandoná-los. A adolescente refere-se à mãe como uma "exploradora de menores" (*sic*), pois fica pedindo para que a ajudem a cozinhar e lavar a louça. Além disso, fala que Maria "não a deixa fazer nada sozinha ou ir para a casa das amigas, pois fica com medo de que ela se perca" (*sic*). Conta que as amigas queriam levá-la para uma casa de show, mas sua mãe não deixou.

No seu prontuário é enfatizado que Jaqueline teria relatado à médica que realizou a sua anamnese que sua mãe seria superprotetora e não a deixaria sair de casa nem escolher as próprias roupas.

Jaqueline conta que a escola proporcionou aos alunos de sua classe uma visita a um museu, mas ela não foi porque ficou com medo. Diz que "tem medo de se perder" (*sic*). Lembra que quando sai com a mãe fica segurando a mão desta com medo de se perder.

Maria, mãe de Jaqueline, é "encostada pelo INSS" (sic) por ser diabética e ter tido, recentemente, tuberculose. Relata que a filha não pode andar sozinha, por isso a acompanha nas idas e vindas na escola e nas consultas médicas. Diz que a adolescente não consegue ler o número do ônibus, necessita da ajuda das colegas de escola ou da prima para fazer isso. Conta um episódio em que a filha saiu sozinha para ir a uma pracinha perto de casa e ao atravessar a rua quase foi atropelada.

Segundo a adolescente, seu pai é "calminho" (*sic*), diferente de sua mãe. Diz que, às vezes, ele também briga com ela, mas dá só um "sermãozinho" e logo voltam a se falar. Porém, conta que este, algumas vezes, a trata como criança, como "bebezinha" (*sic*). Cita em tom enfático a boneca que o mesmo lhe deu no último dia das crianças, a qual colocou o nome de Patrícia. Pensa um pouco e diz que ela mesma é que havia pedido ao pai para que lhe desse uma boneca. Jaqueline conclui que, às vezes, gostaria de voltar a ser criança, pois "é mais fácil, tem menos responsabilidade" (*sic*).

Alberti (2004) retoma a indicação freudiana de que o "desligamento da autoridade dos pais é o trabalho mais importante da adolescência" (1905) enfatizando que este é um processo que acontece gradativamente, envolvendo idas e vindas. O fundamental é que os pais suportem as críticas que os adolescentes comumente lhe dirigem e possam sustentar frente aos filhos suas opiniões, diretivas e indicações (Alberti, 2004:22). Desta forma, entrar na adolescência é uma escolha do sujeito que implica em poder pagar o preço do desligamento dos pais (ibid: 46).

Jaqueline já pensou em estudar em uma escola especial para deficientes visuais, mas seus pais não a incentivaram alegando que para isso teria que morar em um alojamento, já que a instituição é distante de sua casa. Seu pai "morreria de saudade" (*sic*) e para ela também seria difícil ficar longe do mesmo, diz Jaqueline. Para o próximo ano, tendo terminado o primeiro grau, a adolescente está pensado em estudar na mesma escola da prima que ela adora, mas seus pais novamente estão contra esta idéia, pois teria que dormir na casa da prima já que as aulas são à noite. A mãe alega que ela deve ir para uma "escola técnica" (*sic*) que fica perto de sua casa.

Jaqueline parece estar disposta a enfrentar o desligamento da autoridade dos pais, mas será que os mesmos se dão conta disto? Será que os pais da paciente conseguem perceber a angústia na qual a adolescente esbarra sendo permanentemente confrontada com esta castração no real que é a perda progressiva de sua visão?

Parece que, ao contrário da filha que, perdendo a visão, quer ver e saber de sua verdade, sua mãe nada quer saber disso. Maria tem se queixado freqüentemente de que a filha tem estado "impossível" (*sic*), que a tem culpado por ter nascido com

deficiência visual e que, às vezes, não quer fazer nada só quer ficar deitada vendo televisão. Jaqueline, após ter ido a sua consulta com o oftalmologista do Instituto Benjamin Constant e ter ficado sabendo que sua vista tinha piorado um pouco mais, passou a "responder" (*sic*) a ela e ao marido quando lhe pediam alguma coisa. Maria diz ter ficado estressada com a filha, perdido a paciência e brigado com ela.

Jaqueline, por outro lado, tem podido falar sobre suas questões. Após consulta com o oftalmologista refere-se ao médico como um "velho chato que fala sempre a mesma coisa e nunca o que ela quer escutar" (*sic*). Ele nunca lhe dá "uma notícia boa, só coisa ruim" (*sic*). A paciente fala com tom irônico, com um certo humor. Toda vez que vai lá, o médico lhe passa novos óculos e, desta última vez, disse que sua visão tinha piorado. Diz que odeia usar óculos, apesar de "até estar na moda hoje em dia" (*sic*). Já o irmão, "queria usar óculos, mas nem precisa" (*sic*). Fala que não há nada a fazer em relação ao seu problema de vista e que o médico lhe disse que a mesma vai "continuar caindo, vai continuar piorando" (*sic*).

No colégio, mudou de turma para ficar na mesma sala que as amigas, as quais guardam seu lugar na frente da sala quando ela se atrasa. Diz que, ao contrário das últimas, que têm facilidade para se enturmar, é mais "quieta" e "concentrada" (*sic*), mas tem perdido um pouco o medo das pessoas e tem conseguido fazer novas amizades. Tem medo "de que não gostem dela, de que a achem chata" (*sic*), mas isso não está acontecendo. Alguns alunos da turma anterior até vieram lhe perguntar o motivo da sua mudança de classe.

Intitula-se como "conselheira sentimental", já que as colegas recorrem a ela para resolver questões afetivas. Com os meninos, quase não fala, pois acha que eles "são mais implicantes" (*sic*). Por ser mais quieta, diferente de sua prima, por exemplo, "que é escandalosa e fica gritando no recreio" (*sic*), acha que os meninos podem não gostar do jeito dela.

Diante da proibição dos pais ao seu pedido para que fosse a uma casa de show com as amigas, diz ter ficado revoltada e ter lhes perguntado: "é assim que vocês querem que eu aprenda a me virar sozinha?" (*sic*).

Castilho (1994) nos aponta que Lacan, em "A ética da psicanálise" lança mão dos descaminhos do personagem de Sófocles, Édipo, nas peças Édipo-Rei e Édipo em Colono, procurando estabelecer elos entre o percurso do herói trágico e o percurso de uma análise. Diferentemente de Freud, que confere ao cegamento que Édipo se impõe o valor de uma auto-punição, Lacan chama a atenção para outro ponto, indicando que, movido pelo desejo de saber "a chave do enigma do desejo", Édipo consegue ultrapassar o campo do desconhecimento e ir em direção à sua própria verdade:

Se ele se arranca do mundo pelo ato que consiste em cegar-se, é que somente aquele que escapa das aparências pode chegar à verdade. Os antigos sabiam disso – o grande Homero é cego, Tirésias também (Castilho, 1994, apud Lacan, Seminário 7:371).

Nossa aposta é a de que Jaqueline possa enfrentar a sua castração e, a partir disso, enxergar mais.

Referências Bibliográficas

Alberti, S. “A demanda do sujeito no hospital” In: *A clínica do sujeito no hospital*, Cadernos de Psicologia, Instituto de Psicologia, UERJ, n. 1, 1994.

_____ . *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Jorge zahar Ed, 2004.

Castilho, G. Dissertação de Mestrado: Impasses *clínicos: um estudo sobre o supereu.* Rio de Janeiro, PUC, 1994.

Freud, S. – 1910. “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão” In: *Edições Estandard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XI, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ 1914. “Sobre o narcisismo: uma introdução” In: *Edições Estandard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ 1926. “Inibição, Sintoma e angústia” In: *Edições Estandard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud.* Vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Quinet, A. “Atualidade da Depressão e a dor de existir” In: *Extravios do desejo: depressão e melancolia.* Editora Rios Sinuosos/Contra capa, 1999.

Notas

[*] Setor: NESA – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Supervisora: Sonia Alberti. Trabalho apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.
[**] Psicóloga, Residente do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.
[1] O ambulatório do NESA conta com uma equipe multiprofissional que inclui 21 especialidades.
[2] Hospital Geral de Bonsucesso.
[3] Texto apresentado na Unidade Clínica de Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UCA/HUPE/UERJ) na disciplina Psicologia Institucional do curso de Especialização em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia – UERJ.
[4] Em “Fragmento da análise de um caso de histeria” (1905) Freud afirma que um sintoma histérico não pode ocorrer sem a presença de uma certa “complacência somática” fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado (pg.47). Em “Contribuições a um debate sobre a masturbação” (1912) o autor volta a fazer referência a este termo.

As Depressões: Uma questão a partir da clínica com idosos[*]

Gisele da Silva Bandeira[**]

Na experiência do trabalho com idosos, quer seja ele desenvolvido no ambulatório ou no âmbito das enfermarias do hospital, somos confrontados com uma constatação que logo se impõe: uma referência recorrente ao termo depressão. No percurso por um serviço de atenção a idosos - o NAI/UNATI[1], revelou-se, desde o contato com as diferentes especialidades e seus discursos, a incidência marcante desse termo aliada a uma forte preocupação da equipe como um todo com a possível ocorrência de um estado depressivo em seus pacientes. Reflexo disso eram os inúmeros encaminhamentos à Psicologia, trazendo como indicação um diagnóstico de depressão ou, antes, uma interrogação sobre o mesmo. No viés da clínica, o que ficava indicado é que a referência à depressão ocorria de forma reiterada na queixa dos idosos: estes procuravam atendimento psicológico muitas vezes nomeando desta maneira o mal-estar que os acometia. Tornava-se evidente então, como algo que "salta aos ouvidos", a pregnância dessa problemática em especial, e tomando em consideração as demais clínicas onde atuamos durante a residência, no que tange o trabalho com idosos. Deste modo, a dita depressão parece encarnar ali um inimigo à espreita, pronto a acometer qualquer um desses sujeitos que não esteja conduzindo lá tão "bem" as questões de sua vida ou as condições que se lhe apresentam com o envelhecimento.

Na trilha dessas indicações recolhidas da experiência surgem questões que nos levam a interrogar então essa constante alusão à depressão (ou o que se designa como tal) na clínica com idosos, ou antes, uma conjunção, por vezes naturalizada, entre velhice e depressão. A que isso viria responder?

A problemática dos fenômenos depressivos em si constitui-se de grande relevância, em especial se a circunscrevemos na conjuntura de uma instituição hospitalar. Para além dos muros do hospital presenciamos hoje uma tendência à banalização do diagnóstico de depressão, forjada na atualidade. Nos limites desta instituição configura-se um campo fértil para que a "depressão" se reduza puramente a uma questão de sintomatologia, avaliação diagnóstica e indicação medicamentosa, em uma certa "produção em série", promovendo uma generalização que deixa de fora o que daí se reporta ao sujeito.

Em sua interface com a experiência do trabalho com idosos, a pertinência da questão se reafirma de modo que, abordando o que se evidencia desde a experiência clínica, da escuta, pode-se deixar incidir o que é da ordem do singular de cada sujeito, interrogando, dialetizando uma idéia que circula e toma espaço no discurso social, qual seja, a da existência de um vazio na velhice. As transformações ocorridas até o momento histórico atual onde o valor social do velho - este que está à margem do modelo que exalta a juventude e a produtividade - passa a ser associado à inutilidade e decrepitude, concorrem para tal concepção. A idéia de um "não resta mais nada" ronda e assombra esta etapa da existência transformando o velho numa espécie de sujeito em "suspensão", sem projetos, e favorecendo um nexo naturalizado entre o idoso e o entristecer, o deprimir; não sem conseqüências. Este é assim muitas vezes lançado a uma vida sem sentido, numa marginalização do circuito do desejo. E por vezes, de fato, deprime, deixando mesmo em suspenso sua condição desejante. Porém, frente ao juízo de que pouco ou nada mais resta ao idoso diante das vicissitudes do envelhecer que não entristecer, o que atesta a clínica?

É na escuta ofertada e sustentada no dispositivo da clínica que poderemos, contudo, indagar sobre esse que nos chega trazendo em sua queixa a marca deste diagnóstico: qual a depressão que lhe concerne?

No discurso atual a magnitude com a qual o termo "estar deprimido" toma lugar, anunciado pela medicina, pelos indivíduos que, servindo-se dos rótulos ratificados pelo discurso científico, assim apresentam - e cada vez mais - seu estado d'alma, dá mostras da emergência de um novo olhar sobre os fenômenos depressivos. A depressão lida como mal do século se difunde e o significante generaliza-se, pretendendo recobrir as várias tonalidades de mal-estar do homem. Vemos então *A* depressão[2] sendo sustentada como uma patologia com entidade própria, ou seja, que se define por si, em sua solidez, sendo-lhe conferida uma consistência tal que desconsidera a variedade de manifestações dos estados depressivos e, em última instância as marcas singulares que aí se imprimem. Algumas falas que circulam no âmbito do hospital ilustram bem o *status* de categoria diagnóstica que faz da depressão algo que explica e subsume uma série de manifestações do sofrimento humano e que sendo propagada como mal a ser erradicado, ou até drama a ser prevenido é algo que se impõe ao sujeito sendo reportável antes à química do cérebro que, descompensada em suas taxas hormonais o faz adoecer, ou talvez a um mundo que o agride com seus "fatores ambientais desfavoráveis". Uma paciente acompanhada em um dos ambulatórios do HUPE diz temerosa: *"Não sinto vontade de fazer nada, disseram que pode ser depressão".* Então a depressão, tal como a gripe, apenas se instala sem guardar relação alguma com as questões de sujeito que acossam cada um?!

Num contraponto a tal perspectiva o discurso analítico sustenta a idéia de estados depressivos. Longe da categorização promovida trata-se antes de estados que ocorrem em algum momento da vida; momento que se inscreve na trama do sujeito, guardando íntima relação com sua história. Se a depressão nada pode dizer *a priori* na clínica, devemos escutar o que uma manifestação depressiva que integra o repertório dos sofrimentos endereçados pelo paciente pode apontar em termos de sua posição subjetiva. Lá onde a depressão tratada como um signo preenche de sentido, a possibilidade é que à medida que vá sendo falada, haja um esvaziamento desses sentidos "prontos" e uma conseqüente singularização pelo discurso de cada um.

A psicanálise faz de sua prática uma experiência do sujeito e, portanto, da diferença, do singular. Trata-se do sujeito do inconsciente. Quando, como psicanalistas, falamos do velho, falamos desse sujeito marcado por uma realidade psíquica. Velho e velhice remontam, antes, a representações sociais enraizadas em nosso tempo histórico. No que diz respeito à clínica, a velhice só pode ser concebida desde a relação de cada sujeito que lá se apresente com esse momento da existência humana. Assim, a variedade de insígnias ligadas à condição de ser velho apenas pode ser tomada na perspectiva de sua incidência enquanto significantes que, como tais, só ganham sentido no particular de cada cadeia. Rugas, cabelos brancos, impotência sexual etc, são significantes que tomam sentido pela maneira como se inscrevem para cada um. O envelhecimento é um processo que impõe uma tomada de posição, e cada sujeito responderá a ele com recursos próprios, no particular dos traços de sua história.

Para além do velho estilizado socialmente, o que a experiência clínica traz à cena é então um sujeito com seus modos de se arranjar e conduzir o que se apresenta em sua existência. Que é atravessado pelo Outro, pelo campo do desejo. Há questões atemporais pertinentes ao sujeito; a temporalidade peculiar ao inconsciente circunscreve um sujeito que não envelhece. No entanto, não se trata de desconhecer a existência de questões e eventos que tomam lugar de modo privilegiado no devir do envelhecimento. As freqüentes queixas de sentimento de solidão e de sentir-se entristecido, um certo esgarçamento das relações, a transformação nos papéis social e familiar, a memória que falha e preocupa; tudo isso é muito familiar àqueles que chegam nos direcionando suas falas nessa clínica em especial. O que disso pode ganhar direção e ser reordenado pela palavra é algo a ser verificado a cada vez.

O processo de envelhecimento é inexorável e vem acenar de algumas formas para indícios do real em jogo – marcas do não-todo, limites impostos pela castração. A velhice atualiza a castração por diferentes vias: o confronto com a questão da finitude; o real de várias perdas que, embora permeiem outras etapas da vida, tornam-se uma questão mais complexa quando se trata do idoso pela sua magnitude, além do fato de que com freqüência são sucessivas e, mais do que isso, concomitantes. As transformações da imagem podem horrorizar o sujeito, bem como o porte das perdas afetivas – o cônjuge de tantos anos que falece, os filhos que saem de casa, parentes, amigos; por vezes todos se vão. Também a perda dos laços de trabalho, ou no nível do corpo que não goza mais do vigor físico são perdas de referências importantes nas quais se apoiava o sujeito; referências simbólicas, ideais que vão desmoronando e requerem novas inscrições, exigindo para tal trabalho de elaboração. É preciso que o idoso se situe a partir de novas insígnias, elaborando o luto do que poderia ter sido e do que foi, o que evidencia a importância de um remanejamento simbólico no campo dos ideais.

De qualquer modo a velhice implica em realizar lutos - o que pode propiciar alguma retomada de laços - em construir novos ideais. A aposta é sempre essa. Quando isso não pode se dar, deprimir é uma direção que evidencia o trabalho inoperante do luto.

Se, de alguma forma podemos pensar que os estados depressivos tendem a surgir de modo mais incisivo na velhice é justamente em função do excesso, da concomitância de perdas significativas, diante do que não é evidente que alguém possa se sustentar frente às questões do desejo; este que nos move. Contudo, nunca podemos perder de vista que os estados depressivos não podem estar atados

à velhice como um destino comum; não lhe são inescapáveis. A experiência clínica dá provas da potência de um trabalho de luto e da importância e possibilidade da abertura ao caminho do desejo – esse que é indestrutível – seja lá em qual idade for.

Para finalizar, gostaria de apresentar aqui algumas reflexões advindas da prática clínica referenciando-me no universo do atendimento a idosos nas enfermarias do HUPE e suas interfaces com a questão das depressões e como ela está circunscrita neste contexto.

A inserção do psicólogo como integrante da equipe do NAI/UNATI nas enfermarias se dá em duas enfermarias – masculina e feminina – de Clínica Médica. Nelas são recebidos pacientes de diferentes idades, em sua maioria para investigação diagnóstica ou por intercorrências (uma descompensação ou alteração no estado geral de uma doença geralmente crônica) e a equipe multidisciplinar do NAI ali responsabiliza-se por fazer o acompanhamento apenas dos pacientes idosos.

Cabe ressaltar, em primeiro lugar, sobre o trabalho realizado no contexto hospitalar, as demandas que os profissionais da psicologia são chamados a responder – peculiaridades do arranjo institucional. As solicitações vindas de todas as partes - equipe, familiares – à psicologia, trazem uma expectativa de que nos cabe confortar, aconselhar, preparar enfim paciente e família para a internação e suas intercorrências. Isso muitas vezes indica um pedido de adaptação do paciente ao que se impõe como regra considerada normal, o que num hospital geralmente tem a ver com uma complacência, de preferência toda, aos cuidados prestados. Assim, nos convocam de modo geral a intervir seja apaziguando, contendo o que escapa ao controle, às orientações, abafando o sofrimento do paciente e como conseqüência o que disso retorna para a equipe (seu próprio mal-estar); seja comparecendo com uma resposta que, fruto de um saber sabido, remova questões que fazem limite ao saber dos outros discursos, esclarecendo então o que falta a algum caso.

Chamados então a lidar com o que ultrapassa a trama do orgânico e perturba, ficamos com o que não é da alçada do médico ou até mesmo o é, mas gera muita angústia; com o que não anda quer seja porque impede que o trabalho da equipe flua adequadamente, ou porque faz limite ao saber com o que os outros profissionais contam.

Nisso, nada de novidade. A questão é do nosso lado. Ora, se nos conferem esse lugar numa instituição, e essa via das demandas é por onde se pode defini-lo, cabe interrogarmo-nos de onde iremos responder (e não quero dizer atender) ao que demandam. E diante do que daí se mostra incompatível com o lugar que visamos sustentar, como fazer valer nosso trabalho, ou antes, como não cair no descrédito. Se num hospital geral não nos alinhamos com a lógica das resoluções imediatas e eficazes, do aplacamento do mal-estar, como afirmar o que é característico de nossa prática clínica?

Certamente a experiência do caso a caso nos dá margem maior para responder isso. Contudo, o que é uma constante na variedade das situações é que a exigência de se tecer um trabalho na tensão do entre-discursos requer manejo. Requer manobrar entre o que é imputado a nós, em termos de saber especializado, em termos de cumplicidade com as respostas padronizadas, e a decisão de não ceder de uma

posição que valoriza a fala do paciente e aponta a emergência da dimensão subjetiva.

Essa expectativa de aplacamento do mal-estar incutida nas demandas toca diretamente a questão da depressão enquanto fortemente presente nas enfermarias nomeando as mais diferentes situações. Em nossa prática, verificamos constantemente a interligação de ambas nos constantes pedidos de parecer e encaminhamentos à Psicologia. A "depressão" como um fantasma, parece estar sempre à espreita na enfermaria; diante do que podemos refletir sobre as nuances desse enquadre quando se trata da internação de um paciente idoso. A lógica acima descrita talvez tenha efeitos ainda mais potentes sobre o idoso se considerarmos que já lhe recai a idéia de um nexo naturalizado com os estados depressivos por circunstâncias que já apontamos outrora. Em uma internação hospitalar, pela evidência da doença escancarando algo do limite, o idoso, nas vicissitudes do envelhecimento que relançam a um embate com algo da finitude, parece ser por vezes envolvido de uma maneira potencializada em uma aura de fragilização e decrepitude - referências que recobrem um certo horror que a velhice causa.

Num atendimento a uma senhora hospitalizada um impasse e muito mal-estar ganham a cena na enfermaria. Aquela mulher de 72 anos, a quem os médicos atribuíam uma depressão, em função de sua postura de recolhimento, teve, após investigação, diagnosticado um câncer gástrico já num estágio avançado. Entretanto, ela nada queria saber sobre seu estado. Chegou a manifestar isso sem rodeios. Desde que chegou, nenhum questionamento sobre exames ou, procedimentos, partiu dela. Nunca cobrou sequer alguma resposta dos médicos para suas dores, seu emagrecimento brusco, seus episódios de vômito com sangue. A que esse desinteresse viria responder?

Nos atendimentos com a psicóloga dizia-se bem, elogiava os cuidados da equipe e, em meio a um discurso sempre religioso, afirmava, numa referência aos acontecimentos: "Deus é quem sabe". Ou, eventualmente, "os médicos é quem sabem". Essa posição onde nada parecia lhe dizer respeito, não demandando saber algum, se repetia, ao longo dos atendimentos. A maioria deles curtos–como num recurso diante do que ela sinalizava de um fechamento ao trabalho.

Mas que demanda da parte dela? O que autorizava um retorno a seu leito para escutá-la? Era preciso algum tempo e nele fazia-se fundamental não perder de vista que ela não tinha que falar, independente de quão grave era sua situação, mas que ela podia falar, e a escuta estava ali para assegurar isso. Mantendo a oferta de escuta, atenta ao que podia advir nas entrelinhas, a psicóloga presenciava seu retraimento – excesso de sono, vazio de demanda de saber. Movimento da libido que se retira do entorno.

Diagnóstico definido, médicos preocupados. Tomavam decisões a respeito de que terapêutica seria viável e expunham seu limite: não sabiam o que fazer com alguém que não quer saber do seu câncer. "E se for indicada uma cirurgia? Como tratá-la nestas condições?", pensavam. Alguns profissionais dirigiam à psicóloga uma demanda onde figurava implícito um pedido de que esta interviesse "ajudando-a" a tomar conhecimento. Julgavam que a paciente só poderia investir em seu tratamento, ajudar a si mesma, estando a par de sua enfermidade. Em última instância, esperava-se que a psicologia ajudasse a paciente a ficar bem. A tentativa nos atendimentos era, numa perspectiva diversa, ir sustentando a pergunta se havia

algo a dizer por parte dela. Pois se a aposta é exatamente essa, como se afinar com a lógica do bem para o outro? Não estar disposta a saber e, por conseqüência, não se cuidar era lido como natural de sua condição de deprimida, concluía-se. Donde a demanda de que era necessário um tratamento psicológico que desse conta da depressão.

Neste contexto delicado, o que cabia era manejar a situação de modo a produzir uma fenda entre o que se fazia questão para equipe – saber ou não saber, cuidar-se ou não - e o que dali podia se abrir como questão para aquela senhora. O manejo era o que permitiria, numa abertura onde se pudesse valorar sua fala, deixar margem para o sujeito se localizar, viabilizando algum trabalho. Apontavam a depressão, mas fazia-se necessário um tempo no qual esse estado depressivo de resposta passasse à pergunta, inserida numa rede que o fizesse significar algo para o sujeito.

Era preciso, dialogando com a equipe, fazer incidir uma dimensão da temporalidade que permitisse "transitar" entre um tempo de espera e pressa: uma espera necessária para ouvir o que ocorre, aguardando os efeitos daquilo para a paciente, apesar da pressa, própria de um hospital, em fechar conclusões e passar aos agenciamentos práticos. Tempo de escuta – escansão necessária -, onde ao contrário de extirpar o mal-estar que se instaura, apostar que algo do que o perpassa pode ser alçado à categoria de enigma, de questão.

Fazer falar essa diferença da subjetividade do paciente é a aposta. Por outro lado, sustentar esse tempo de espera no manejo com a equipe é das tarefas mais difíceis nesse lugar de rápidas providências e de atos que ganham um certo ar de salto no escuro dada a total falta de garantias.

Num momento posterior, recebe alta com indicação de tratamento radioterápico no ambulatório. Nenhuma palavra por parte da equipe mencionando de que doença se tratava. Retorna logo depois à enfermaria por sentir-se mal, é quando retornam os atendimentos. Diz que as coisas vão indo devagar. E complementa: *"As coisas chegam com tanta pressa, mas para ir embora demoram"*. Indicação da velocidade com a qual as coisas a atingiram e da suma importância de um tempo de espera. Diante do convite a falar mais responde que não vai saber dizer, pois *"tem coisas na vida que não se sabe nem explicar".* Parecia testemunhar o encontro com um indizível, que se presentificava a partir da marca em seu corpo. Ela tentava com seus próprios recursos simbólicos bordejar algo que não podia compreender. Passa a queixar-se das inúmeras injeções que invadiam seu corpo, de seu cansaço, do desejo de ir para casa. Parecia começar a posicionar-se frente ao que estava em jogo, nomeando o seu vivido. Tentativa de fazer face ao que se apresentava.

Fala de sua vida, de momentos anteriores à doença. Era muito ativa, cuidava da casa e dos netos. Lembra de quando os filhos eram pequenos e do quanto foi ruim por vezes ter que deixá-los sozinho. *"Mas agora não tenho mais filhos pequenos...",* acentua. Nota-se, desta vez, uma chance de abertura ao trabalho.

O que pode a oferta de uma escuta analítica é, na contramão da generalização que preenche de sentido, viabilizar que haja um esvaziamento em prol das questões singulares que se apresentam por meio do dito de cada sujeito, desmistificando a entidade depressão e convidando o sujeito a contar sua história, a tecer suas articulações, implicar-se em sua fala, formular questões.

Sobre esses, a quem somos chamados a “avaliar”, a despeito de serem tão falados pelo outro, nada sabemos, mas sim são eles que, a certa altura supõem-nos saber.

O manejo é a via por onde podemos nos mover para ir sustentando nosso trabalho. E sabendo que ali, sobretudo na enfermaria, as intervenções visam o mínimo: o mínimo que possa mover o sujeito de uma posição de objeto de intervenção, de alienação aos rótulos, fazendo-o lançar mão de seus próprios recursos para cuidar do que é seu.

Pensamos que se a velhice relança e atualiza um confronto com a finitude, por diferentes vias, a internação hospitalar vem potencializar essa radicalidade da incidência do limite. É nesse contexto que não raras vezes podemos testemunhar, com a escuta, a força com que a presentificação de algo desse limite é propiciador de uma revisão, um balanço da vida, uma precipitação de questões comumente referentes à vida e não à morte. Essa releitura que o idoso faz de sua trajetória, que será um a um, pode abrir o caminho para uma mudança de posição em relação a certos pontos de sofrimento. O resultado é então que, por vezes, sustentar esse trabalho permite uma melhor localização do sujeito frente ao que lhe faz sofrer.

Referência Bibliográfica

MUCIDA, A. “O Sujeito não envelhece”*. Psicanálise e Velhice.* Rio de Janeiro: Autêntica, 2004.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI), supervisionado por Glória Castilho e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] O Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade, NAI/UNATI, é uma área de atuação dentre outras oferecidas pela Residência em Psicologia Clínica Institucional do HUPE/UERJ. A inserção em tal serviço foi o que constituiu as bases para reflexão do tema do presente trabalho.

[2] É Quinet (2002) quem faz esse uso do artigo em letra maiúscula – *A* depressão – para sublinhar o caráter de entidade absoluta a que a leitura atual faz corresponder os estados depressivos. Leitura que deixa fora de consideração as questões subjetivas.

A inserção institucional do psicólogo em equipe interdisciplinar: calar ou deixar falar a especificidade?[*]

Eduardo Larrat[**]

Resumo

Este trabalho pretende abordar a questão da inserção do psicólogo em equipe interdisciplinar de saúde, considerando-a a partir da perspectiva da Análise Institucional. Não se trata de uma especialidade reservada ao psicólogo, mas um campo de saber ao qual este terá acesso pela própria especificidade de sua formação. Calar ou deixar falar o que há de particular em seu conhecimento da dinâmica do grupo interdisciplinar ao qual pertence, em quais momentos optar por cada caminho, as possibilidades, os impasses e as exigências éticas deste ofício serão alguns dos pontos analisados.

Introdução

As dificuldades iniciais da escolha deste tema por ocasião da apresentação do trabalho neste X Fórum da Residência em Psicologia Clínico Institucional nos servirão como a melhor introdução que posso fazer aos problemas que a seguir serão abordados. Por qual dos oito setores que compõem o programa da residência este trabalho poderia ou deveria ser apresentado, a quais motivações pessoais, grupais e institucionais esta escolha atende? Partindo da constatação de que na maior parte dos setores a orientação de nossa prática de trabalho não tem na Psicologia Institucional uma referência central, destacada ou, ao menos, presente como campo de atuação e formação profissional, este trabalho encontra-se igualmente sem lugar à medida que esta área de saber e intervenção não está institucionalizada no programa da residência.

Se este campo não é reconhecido, senão formalmente pelo nome do programa (Especialização em Psicologia Clínico-Institucional Modalidade Residência Hospitalar), se as aulas e grupos de estudo não abordam esta temática, se as supervisões não enfocam nossa atuação a partir deste viés, se nós residentes ou psicólogos que trabalhamos em atendimento clínico-hospitalar não reconhecemos que nossa prática

seja também institucional, mas apenas em instituição, por que razões, fora a excentricidade deste autor, insisto na pertinência deste trabalho?

A primeira delas é que considero que se o psicólogo detém uma formação mínima em dinâmica de grupos, análise institucional, Psicologia social, enfim, se alimenta, ainda que ocasionalmente, algum interesse sobre os fenômenos de grupo, negar a especificidade de sua inserção no interior de uma equipe interdisciplinar parece-me impossível. Obviamente, cada componente de um grupo ao se reconhecer como seu membro está automaticamente fazendo uma representação psíquica do mesmo, no entanto, seu olhar sobre o grupo não estará instrumentado conceitualmente pelos mesmos referenciais teóricos e técnicos do psicólogo. Este trabalho tem, portanto, como pressuposto que há especificidade na inserção do psicólogo dentro dos mais diversos grupos e que aquilo que a caracteriza é seu aparato teórico que tem na dinâmica do funcionamento dos grupos seu objeto de reflexão.

O segundo ponto a ser considerado tem por princípio a exigência ética de que uma maior consciência implica em uma maior responsabilidade. Ao concebermos que os grupos e as instituições não se formam ao acaso, que têm uma dimensão histórica e um objetivo, ainda que este tenha sido há muito perdido de vista, entendemos os desvios e os desvirtuamentos dos grupos e instituições como sinais da estereotipia e burocratização através dos quais o grupo mantém sua existência, mesmo que às custas de seus objetivos iniciais. Este processo de conscientização funda-se nas bases teóricas das diferentes correntes que compõem o Movimento Institucionalista, incluindo a Análise Institucional de Lourau e Lapassade e a Esquizoanálise de Deleuze e Guattari. Como Baremblitt (1998) afirma, estas diferentes escolas têm em comum o fato de se apoiarem em uma proposta de “deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, processos de auto-análise e autogestão”.

Não é a proposta deste trabalho nem destes autores afirmar a especificidade do saber teórico e técnico como uma forma de garantir a exclusividade do mesmo como analisador privilegiado da situação grupal. Em vez disso, queremos ressaltar apenas que a participação do psicólogo em equipe interdisciplinar pode colaborar para a deflagração, muitas vezes necessária, como pretendo demonstrar, de um processo analítico grupal.

Alguns princípios teóricos da proposta

Antes de darmos prosseguimento a este trabalho, será necessária uma rápida revisão teórica de alguns conceitos que consideramos úteis para o entendimento do que proponho como uma possível intervenção do psicólogo nestes grupos. Não será nossa prioridade aprofundar qualquer discussão teórica, mencionaremos portanto o mínimo necessário para que se possa acompanhar o percurso deste trabalho.

Não defenderei aqui a idéia de que o psicólogo inserido em uma equipe interdisciplinar de saúde deva fornecer atendimento clínico (ambulatorial ou de enfermaria) aos seus pacientes, por um lado, enquanto, por outro, faça análise institucional com a equipe a qual pertence. Em vez disso, proponho que sua inserção tome, em algumas ocasiões, um viés institucional que mais adiante justificaremos sua necessidade. Com este propósito em mente, passemos à teoria.

Partiremos de uma definição de instituição que, tal como Bleger (2001) propõe, consiste em um "conjunto de normas e padrões e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais". Baremblitt (1998), apoiando-se na teoria de Lapassade e Loureau, escreve:

"Uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes. Estas lógicas podem estar formalizadas em leis ou em normas escritas ou discursivamente transmitidas, ou podem ainda operar como pautas, quer dizer, como hábitos não-explicitados. As citadas lógicas se concretizam ou se realizam socialmente em formas materiais ou "corporificadas" que, segundo sua amplitude, podem ser: organizações, estabelecimentos, agentes e práticas". (pgs. 87-88)

Entretanto, além deste caráter positivo, através do qual a instituição conhece a si mesma, há em seu seio o aspecto negativo que faz com que desconheça a si própria. O Movimento Institucionalista em suas diferentes correntes, ora fundamentadas no Marxismo, ora na Psicanálise, ora em ambos, de forma mais ou menos ortodoxa, verá neste não-saber o objeto de sua proposta analítica. Lapassade (*apud*, Magalhães,1986) vê que nesses grupos "há uma dimensão oculta, não analisada e, portanto, determinante: a dimensão institucional".

Antes de avançarmos mais nos problemas relacionados às instituições, tal como a cristalização de papéis, a burocracia, a alienação, a arbitrariedade das decisões verticais, etc., consideramos importante que nos detenhamos um pouco sobre a gênese dos grupos e na passagem destes a instituições (ação instituinte).

Sartre (*apud*, Magalhães,1986) propõe uma gênese ideal, ou "mítica" dos grupos que se dará em oposição à serialidade que o precede. Ilustra sua tese a partir de um exemplo onde a série corresponde a uma aglomeração de pessoas que não se vinculam entre si, que não possuem um senso de unidade. Esta só poderá ser dada a partir de uma observação exterior, não fazendo parte da experiência destes componentes. Um exemplo de coletividade em série é o de um grupo de pessoas em uma fila de ônibus. O grupo opõe-se à série na medida em que entre seus componentes a "necessidade individual é sentida como necessidade comum. (...) Cada um não é o único a fazer a operação totalizante que constitui o grupo". Assim, nesta oposição entre a serialidade e o grupo, podemos conceber duas tendências distintas que estarão em tensão permanente na vida de um grupo: coesão e dispersão. Será, então, a partir de uma defesa da coesão contra a dispersão que poderemos pensar o surgimento da instituição. Forma-se de maneira explícita e/ou implícita um pacto entre seus componentes que consiste, grosso modo, no seguinte juramento: "cada um controla a liberdade do outro e faz com que o outro controle a sua. Será traidor aquele que se separar do grupo". Sartre, a respeito deste pacto grupal que fundará a instituição, escreve:

"A partir daí, a organização do grupo é o objetivo imediato. (...) O grupo define, controla, corrige a práxis comum. A organização é definida como a operação do grupo sobre si mesmo: a organização passa a ser sinônimo de distribuição de tarefas e funções. Entretanto, a unidade do grupo é apenas prática. Nunca terá a estabilidade de um organismo. O grupo organizado funda sua estabilidade sobre uma reciprocidade de inércias comprometidas. Essa unidade nunca alcançada revela o

perigo de dissolução do grupo. Contra o terror da dissolução na série, o grupo institui o terror. Assim, o "grupo-terror" se opõe ao "grupo-vivo" do início, provocando a passagem da organização à instituição. A prática do grupo se transforma em instituição no dia em que o grupo é impotente para modificá-la sem subverter-se a si próprio. Na instituição, as tarefas e funções cristalizam-se em obrigações. Surge a figura do poder, a autoridade de comando. O consenso do grupo torna-se desnecessário: tudo já está estabelecido. Instaura-se a burocracia: o grupo perde a vida que o impregnava e volta à seriação, ao prático inerte". (Sartre, apud Magalhães, pg.111)

Entendemos agora que a gênese das instituições se funda em um jogo de oposições entre tendências de coesão e dissipação, estabilidade e renovação. Devemos ressaltar que G. Lapassade critica a idéia corrente que tende a identificar o conceito de instituição ao "instituído" retirando o dinamismo que a instância complementar do "instituinte" lhe confere. Assim, em uma determinada instituição, podemos reconhecer o movimento criativo instituinte que é uma resposta a uma demanda que o grupo reconheceu como sua. Esta própria demanda, por sua vez é historicamente determinada, de modo que não está livre da crítica que expõe seu caráter relativo, ideologicamente determinado. Tal crítica se estende, inclusive, às demandas ditas "naturais". Mas, apesar de também carregar consigo um determinado nível de alienação, de não saber, não podemos negar que este movimento instituinte seja movido por "forças produtivo-desejante-revolucionárias". O instituído, por sua vez, é fruto de um acabamento, uma cristalização deste processo que tem sua realização máxima na organização, com sua "distribuição hierárquica de funções, que se realizam geralmente dentro de um edifício, área ou espaço delimitado" (Bleger, op cit.)

Lembremos que uma vez formada a instituição, o "instituinte" não deixa de existir. Mas tenderá a ser socialmente reprimido. Fadado a existir na clandestinidade, que será tanto maior quanto sua expressão representar uma ameaça ao "instituído" e seu pacto de silêncio. Segundo Magalhães, existirão como "analisadores naturais" no seio da sociedade, das organizações. Podem ser compreendidos "pela própria existência dos grupos desviantes, das redes informais, das crises institucionais, do movimento de massas, ou seja, pela "negatividade" em todas as suas formas de manifestação". Aqui incluiremos também os conflitos, brigas, incomunicabilidade, rebeldias, revoltas estéreis, arbitrariedades, etc. Nestes "analisadores" a Análise Institucional encontrará sua matéria privilegiada.

Baremblitt (1998), ressalta que não deveremos esperar grandes êxitos desta modalidade de intervenção. Contra ela se levantarão as mais fortes oposições (quando não pela força, por tentativas de recuperação e incorporação) das forças instituídas, das ideologias, "do sistema" e, por que não dizer, das pessoas que compõe estes grupos institucionais.

Apesar deste trabalho ter dado maior ênfase à terminologia marxista para expressar as resistências dos grupos à mudança, não devemos nos esquecer que o Movimento Institucionalista, em algumas correntes apóia suas formulações também ou apenas na teoria Psicanalítica. Não devemos estabelecer, por nossa maior afinidade a qualquer destas correntes, um oposicionismo artificial entre indivíduo e grupo. Bleger (*op cit*) afirma que este equívoco parte da suposição artificial de que

"os indivíduos existem isolados e se reúnem para formar os grupos e as organizações (...) O ser humano antes de ser pessoa é sempre um grupo, mas não no sentido de que pertence a um grupo, e sim no de que sua personalidade é o grupo" (pg. 119).

Ilustração

Tendo por base estas orientações teóricas, apresentaremos agora algumas situações a partir das quais proponho que o psicólogo possa realizar algumas intervenções, ainda que de alcance limitado, nestes grupos interdisciplinares do qual faz parte. Denominarei estas intervenções de inserção institucional, de modo a diferenciá-las entre o que seria próprio de uma intervenção formal (institucionalizada) e o que caracterizaria uma intervenção que encontra sua motivação inicial na especificidade de sua formação (das áreas humanas) em relação à equipe interdisciplinar de saúde, mas que não se apóia nesta especificidade para ocupar dentro da equipe o lugar do especialista. Neste sentido, encontramos uma ótima inspiração na Esquizoanálise de Deleuze e Guattari, uma vez que apóiam que esta pode ser realizada por qualquer pessoa (contanto que tenha incorporado os seus princípios) e em qualquer lugar. De um modo amplo concebem a Esquizoanálise como a busca de...

"...uma compreensão de como as determinações alienantes do sistema, responsáveis pela dominação, pela exploração e pela mistificação, estão presentes em cada uma de nossas atividades vitais, as afetivas, as sentimentais, as econômicas, as políticas, as artísticas, as relações com os outros e as relações conosco mesmos." (Baremblitt, 1998)

A Situação

O primeiro exemplo de uma situação grupal onde podemos observar este jogo de forças entre instituído e instituinte será retirado de um grupo de discussão de casos atendidos no ambulatório multiprofissional do NAI (Núcleo de Atendimento ao Idoso). Nestas reuniões, juntam-se profissionais de diferentes áreas da saúde, inclusive da Psicologia, para a partir da leitura de um prontuário, discutir condutas que possam ser aplicadas naquele caso. Em um determinado período deste grupo instituído, observou-se um grande esvaziamento destas reuniões. Aqueles que ficavam não deixavam de expressar suas insatisfações, ora a partir de comentários do tipo: "que saco!", ora pela ausência total de implicação que caracterizava suas participações burocráticas.

Podemos pensar este breve exemplo a partir de diferentes perspectivas. Optei, contudo, por desenvolver aqui uma breve análise considerando os analisadores informais, a burocratização e os meios de defesa ao movimento instituinte que acabam por tomar como sentido principal do grupo a sua própria existência, ainda que se perca de vista seus objetivos fundadores.

O que falam estes analisadores informais (esvaziamento, presença burocrática e reclamações), quando tomam a via da informalidade diante da repressão social à sua

palavra? Entendemos que expressam a falta de sentido que para eles, ou para todo o grupo, se os pensarmos pelo papel de porta vozes, que possa estar representando a existência desta reunião. Contra estas expressões subversivas, reage-se com a exigência burocrática da lista de presença. Cabe-nos perguntar. A presença exigida através de um meio burocrático não será ela também burocrática?

Mas mesmo esta exigência não atingiu o efeito esperado e diante da possibilidade de dissolução, ainda que informal, do instituído, a chefia do serviço teve a sensibilidade de propor uma reunião onde discutiríamos que orientações este grupo de discussão de caso seguiria a partir de então. Nesta reunião pensamos o que não estava dando certo neste grupo e fizemos algumas propostas que poderiam reorientar esta prática de modo que nós participantes não estivéssemos alienados em relação ao que produzíamos. Uma medida neste sentido foi a de que escolheríamos para discussão casos de pacientes que os integrantes (ou, pelo menos, um integrante) da equipe conhecessem ou acompanhassem.

Este momento de repensar a função daquele grupo teve sua importância, embora não tenha resolvido definitivamente os problemas apresentados. Mas não esperávamos que esta solução definitiva ocorresse, o que implicaria em uma nova cristalização de papéis, procedimentos, em alienação e burocratização.

Considerações finais

Retornemos agora à questão inicial que motivou este trabalho. Tendo o psicólogo à sua disposição estas orientações teóricas, seus conhecimentos em Psicologia Social e dinâmica de grupos, não pode em certas ocasiões colaborar como analisador das situações grupais? O exemplo acima ilustra que a inserção institucional – papel de analisador – não está restrita aos especialistas, embora possa se beneficiar muito de sua atuação. No caso apresentado, os não-ditos institucionais, expressados e atuados como sintomas grupais foram compreendidos pela médica que chefia o ambulatório do NAI. O estagiário de Psicologia também participou ativamente desta reformulação, inserindo-se como analista institucional naquela ocasião, sem que a partir daí assumisse que seria esta sua participação nas reuniões de equipe.

Insisto, não é esta a atuação que defendo. Um certo afastamento (ausente neste caso) é necessário para que este trabalho institucional ocorra formalmente. Pensar a atuação do psicólogo institucional dentro da equipe interdisciplinar que ele faz parte é equivalente a conceber que um terapeuta de família conduza o tratamento da sua própria família. Contudo, não devemos negar que a formação do psicólogo tem particularidades que a tornam bastante diferenciada das formações biomédicas das áreas da saúde. Conseqüentemente, sua inserção será diferenciada à medida que está instrumentado teoricamente para observar determinados fenômenos grupais, institucionais. O que proponho é que em determinadas circunstâncias o psicólogo possa deixar falar a especificidade de sua inserção na equipe interdisciplinar da qual faz parte. Atuará, assim, não como especialista, mas como o desencadeador de um processo já iniciado pelos ‘analisadores informais”. Como escreve Lapassade (apud Magalhães):

"Torna-se evidente que a repressão institucional não pode ser suprimida pelo trabalho exclusivo dos especialistas. A análise não pode preparar a crise das instituições; é esta, ao contrário, que provoca a análise, a produz e a socializa... É o analisador que precede, funda e conduz a análise... Os analisadores produzem, ao mesmo tempo, a análise e os analistas". (op cit, pág. 121)

Entendemos que esta inserção de âmbito institucional não é tão simples quanto à impressão que o exemplo escolhido possa ter deixado. Pensamos que seria facilitada se o psicólogo residente em formação, que tem uma estada limitada no trabalho em equipe nos setores do hospital pelos quais passa (muitas vezes, um período de seis meses) apoiasse esta possível modalidade de atuação em um trabalho que já tivesse sido realizado pelos profissionais que o antecederam ou pelo staff que atue no setor. Apesar disso, algumas vezes as crises que envolvem os grupos e instituições tomam certas dimensões que devemos nos perguntar se, ainda que em condições que não são as ideais e com uma atuação limitada, não teríamos por princípio ético que assumir uma intervenção institucional? Penso que sim.

Referências Bibliográficas

BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática*. 4a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

BLEGER, José. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. 2a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MAGALHÃES, Priscila M. de."Síntese crítica da teoria dos grupos em George Lapassade" In: BAREMBLITT, G. *Grupos: Teoria e Técnica.* 2a. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

Notas

[*] Este trabalho filia-se ao NAI/UnATI sob a supervisão de Glória Castilho e apresentado no X Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em maio de 2006.

[**] Psicólogo, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

Reflexões sobre a questão do esquecimento na velhice[*]

Clarice Gomes Palmeira[**]

Antes de mais nada, gostaria de ressaltar que o interesse por este tema surgiu a partir das ricas trocas teórico-clínicas que venho tendo, nos últimos meses, com a psicanalista Glória Castilho, supervisora do NAI (Núcleo de Atenção ao Idoso) e preceptora da Residência. Foram estas trocas que me levaram a apostar em minha inserção no ambulatório de Memória do NAI, no qual são atendidos idosos portadores de transtornos cognitivos leves (TCL), os quais, acredita-se, poderão evoluir para um diagnóstico de demência, como a Doença de Alzheimer (a mais prevalente). De certo modo, só pude investir no trabalho neste ambulatório tão peculiar, uma vez que me apoiei na conhecida contribuição de Lacan, segundo a qual é com a oferta que se cria a demanda (Lacan, 1975).

Minha participação ainda é recente e, nesse sentido, apresentarei aqui alguns resultados iniciais, bem como possíveis desdobramentos para o futuro. O trabalho no NAI tem suscitado inúmeras reflexões, especialmente sobre o meu papel enquanto psicóloga, atuando junto à uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas, dentre outros. É um desafio constante atuar em meio a um discurso tão diferente do discurso da Psicanálise, como é o discurso das Ciências Cognitivas, cuja linguagem tradicionalmente predomina no Ambulatório de Memória.

Nosso trabalho inclui uma interlocução necessária com o saber médico sobre o esquecimento. Neste ponto, compartilhamos da posição de Alberti (1999), que a respeito da relação entre Psicanálise e Medicina, pontua como cada um destes saberes é regido por leis próprias que, em determinadas circunstâncias, efetuam intersecções. A autora dá destaque ao aspecto do respeito mútuo, que deve estar em jogo nessa articulação (p.19-20). Desta maneira, não se trata, para nós, de tentar desconstruir ou propor uma substituição do discurso científico que predomina neste ambulatório mas, ao contrário, oferecer a possibilidade de se pensar a questão do esquecimento sob um outro viés. Isto porque a Psicanálise traz uma contribuição fundamental justamente no que tem de diferente, em relação ao discurso científico.

Pretendo realizar uma reflexão crítica sobre a questão do esquecimento na velhice, a partir de um recorte eminentemente clínico. Trago muitas perguntas e, mais do que encontrar respostas, busquei, neste estudo, traçar alguns questionamentos. Em

primeiro lugar: será que podemos afirmar que existe algo que escapa ao saber médico, a respeito do processo de esquecimento no idoso, ou será que se trata de algo exclusivamente referido a uma dimensão biológica? Existe algum outro lugar, do qual um idoso pode ser ouvido, no que diz respeito, talvez, a uma implicação subjetiva nestas situações em que a memória falha? Nesse sentido, qual poderia ser a contribuição da Psicanálise com relação a estes pacientes "esquecidos", que a Medicina e a Cognição convencionou chamar "demenciados"? Que conseqüências a abertura a um trabalho pela fala, sob transferência, poderia trazer para o sujeito que se queixa de esquecimentos?

O esquecimento é uma das principais questões colocadas na clínica com idosos, sendo que os chamados "problemas de memória" configuram uma queixa muito comum. É difícil encontrar um idoso que não se queixe de esquecimentos, que podem ir desde à clássica situação da "panela esquecida no fogo", até algumas situações mais extremas, como certos "apagamentos" e "lapsos", como uma paciente que relatou ter tido um "branco" quando estava num ônibus, só despertando minutos depois, num outro bairro, distante daquele em que estava. Mesmo quando os esquecimentos ainda não ocorrem muito, ainda assim tornam-se tema de vários atendimentos, em que os idosos colocam o temor de "ficarem esquecidos", ou mesmo "de pegar aquela doença, o Alzheimer".

No entanto, apesar de tão presente no discurso dos idosos, a questão quase não tem sido alvo de estudos da Psicanálise. É verdade que mesmo a velhice ainda dispõe de bibliografia reduzida, ao contrário da infância e da adolescência, que certamente são mais exploradas. No meio psicanalítico, ainda existe alguma reserva quanto ao trabalho com idosos. Persistem certas interpretações dos psicanalistas a respeito da obra freudiana, balizadas por contra-indicações ao trabalho com idosos, feitas por Freud[1]. No entanto, na própria obra podemos encontrar elementos que nos levam a uma relativização destas contra-indicações[2].

Sendo assim, o que um psicanalista poderia dizer a respeito do esquecimento em idosos? Em primeiro lugar, existe uma diferença fundamental entre a concepção de esquecimento para a Psicanálise e para a Cognição. Para a Psicanálise, o esquecimento aponta ao sujeito e não ao déficit, como entende a Cognição. Logo, o esquecimento, ao contrário de indicar patologia ou déficit do aparelho psíquico, só ocorre justamente por eficácia deste aparelho. Vamos ver como isso acontece, a seguir.

Tomaremos como duas referências fundamentais, para este estudo, o volume VI da obra freudiana, intitulado Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana (1901), especialmente o primeiro capítulo, que fala do esquecimento de nomes próprios. Três anos antes, Freud já tinha publicado o artigo O Mecanismo Psíquico do Esquecimento (1898), cujo material é bastante similar ao texto de 1901, porém com algumas formulações um pouco diferentes, que também iremos utilizar aqui. Nos dois textos, Freud deixa claro que o processo de esquecimento não é arbitrário, uma vez que obedece a certas leis. Marca uma posição de diferença em relação às concepções que os psicólogos, em geral, acreditam serem necessárias para haver o esquecimento, como a influência da atenção. Em 1901, no capítulo VI (sobre lapsos da escrita), Freud sublinha que o que está buscando esclarecer é de outra ordem:

Os exemplos que submetemos à análise realmente não nos autorizam a supor que tenha havido uma redução quantitativa da atenção; encontramos algo que talvez não

seja exatamente a mesma coisa: uma perturbação da atenção por um pensamento que se impõe e demanda consideração.
(Freud, 1901, p.139, grifo nosso)

Freud vai buscar no mecanismo do recalque, a explicação para o fenômeno do esquecimento, que para ele nunca é casual, sendo acima de tudo motivado. Esta motivação será buscada, no seu entender, na medida em que pudermos, nas suas palavras, "perscrutar a história de um evento psíquico desse tipo" (Freud, 1898, p.279). Queremos ressaltar este aspecto, sinalizado por Freud, que envolve a história de cada esquecimento, inclusive nos idosos, como temos podido perceber em nossa prática clínica.

Não queremos contudo generalizar, afirmando que todo esquecimento é da mesma ordem. Há esquecimentos, como o que ocorre em demências já avançadas, que nos levam a interrogar em que medida o sujeito poderia estar implicado. Certamente, nestes casos ocorre algo muito distinto e mais radical do que um simples sentimento de irritação por não conseguir lembrar, como Freud aborda em dado momento (1898, p.275). Algumas vezes, inclusive, o sujeito nem mesmo se dá conta desse esquecimento, mas ainda assim persiste um sentimento de angústia e estranheza.

Voltando, porém, à questão da história de cada esquecimento, podemos nos perguntar o quanto estes idosos podem ter algo a ver com aquilo de que se queixam. Parece oportuno, neste momento, trazer o exemplo de uma paciente atendida por mim, que foi submetida, no ambulatório, a um teste de memória. Numa parte do teste, uma história é lida e logo em seguida, é solicitado ao idoso que diga o que consegue se lembrar; após cerca de dez minutos, nos quais outras atividades são feitas, é pedido novamente que ele diga o que guardou da mesma história. Esta, traz uma situação em que um banco é assaltado. Chamou a atenção da profissional que aplicou o teste, uma certa insistência da paciente em lembrar erroneamente o local onde o assalto teria acontecido: nas duas vezes em que foi solicitada, a paciente relatou que havia sido "num trem". É interessante dizer que na sessão seguinte a este teste, a paciente, que já vinha sendo acompanhada há mais de um ano, trouxe aspectos de sua infância no interior do estado, que anteriormente nunca havia contado. Contou-me, justamente, que veio para a cidade grande numa viagem de trem, que para ela tinha sido muito marcante, na medida em que viajou desacompanhada, quando contava apenas nove anos (seus pais já estavam na cidade, internados num hospital e por isso não puderam acompanhá-la). Não nos parece que o esquecimento e o equívoco apresentados tenham sido casuais. O significante "trem", que insiste no teste e posteriormente, na análise, sem dúvida sinalizam para algo do sujeito.

Freud fala, ao longo da Psicopatologia da Vida Cotidiana, de várias situações em que algo parece insistir. Esta insistência se liga exatamente ao aspecto inconsciente envolvido no processo do esquecimento e, neste contexto, ao mecanismo do recalque. Algo do recalque, contudo, tende a escapar, podendo vir à tona não só em situações de análise, mas até mesmo durante um teste cognitivo, como bem ilustra a situação que acabamos de citar.

Desta forma, o esquecimento pode ocorrer quando há um desprazer ligado a determinada representação, que precisa então ser recalcada. Esta representação pode vir à consciência de maneira deslocada, como demonstra (de maneira bastante complexa) o caso Signorelli[3], descrito por Freud. O sujeito, assim, poderia apresentar

uma resistência a lembrar-se de algo (1901, p.21). Sendo assim, algo do sujeito parece insistir, mesmo num esquecimento.

Sobre isso, temos outro exemplo bastante interessante. Uma paciente veio à primeira entrevista queixando-se de esquecimento. Em associação, começou a *lembrar* como foi o seu nascimento; falou da relação difícil com a mãe, desde a infância; trouxe a morte desta, dizendo como foi para ela ter ficado órfã... A partir daí, trouxe uma história de vida muito sofrida; rejeitada pela família, foi até mesmo moradora de rua. Seguiu falando de sua vida até a idade de trinta anos, quando conseguiu se estabelecer na vida, começando a fazer laços importantes como o casamento, um emprego, a maternidade... Após algum tempo falando, subitamente interrompeu seu relato, dizendo: "é só isso queeu tenho para contar". A analista, interessada nos "próximos capítulos" de sua história, interrogou se não haveria algo mais a dizer, inclusive sobre seu presente. Disse então a paciente: "não tem mais nada. Eu só lembro daquilo que eu queria esquecer. Só lembro das coisas ruins que me aconteceram. A parte onde tudo começa a melhorar, eu esqueço tudo. Só esqueço das coisas boas".

Esta fala da paciente parece confirmar o comentário de Freud sobre seu próprio esquecimento, no caso Signorelli: "(...) esqueci uma coisa contra minha vontade, quando queria esquecer intencionalmente a outra" (p.21). Logo em seguida, acrescenta: "(...) minha intenção de esquecer algo não foi nem um êxito completo nem um fracasso total" (p.22), indicando o compromisso que havia entre duas representações distintas, envolvidas no exemplo trazido por Freud.

Poderia haver, então, algo que o eu prefere não conhecer? No caso de nossa paciente, a resistência se apresentou não só em relação à recordação de determinados fatos de sua vida, mas também ao tratamento. Ora, o tratamento psicanalítico implica precisamente numa rememoração, sob transferência. No entanto, uma vez que os fatos trazidos à análise repercutem no presente, este material (relativo a um registro passado) se torna atual. O trabalho analítico irá possibilitar um certo esvaziamento do sofrimento trazido por algumas lembranças. Até para que possa "esquecer", de alguma maneira, o sujeito terá que se lembrar.

Retornando aos primórdios do tratamento psicanalítico, ao período em que Freud pouco a pouco foi construindo seu método, lembramos que: "a histeria das mulheres e a doença senil dos idosos eram as doenças mentais mais diagnosticadas ao final do século XIX. Elas tinham um sintoma em comum: a perda de memória (Guggenheim, 2001, p.9).

As histéricas ensinaram muito à Freud, na medida em que a partir do tratamento de uma série de casos de histeria, Freud pôde enxergar na sexualidade e no inconsciente possíveis explicações para os sintomas neuróticos (como a amnésia histérica). O sintoma histérico desaparecia quando, no decorrer do trabalho de análise, a paciente conseguia relembrar o fator traumático que estava na base de seus sintomas. Freud dá bastante ênfase ao aspecto da rememoração, explicando que seria necessário que o acontecimento traumático fosse relembrado a partir de um trabalho pela fala, com o maior número de detalhes possíveis (Freud, 1893, p.271).

Ao lado das histéricas, entretanto, haviam os idosos senis. O que eles poderiam nos ensinar? Parece útil retomar a Psicopatologia da Vida Cotidiana. Freud esclarece que

os fenômenos que vinha estudando – esquecimentos de nomes, lapsos na escrita, na fala – acometeriam mesmo aqueles que se dizem saudáveis. Porém, para ele suas construções sobre os mecanismos envolvidos nestes fenômenos, poderiam servir também como modelo para os processos patológicos, relativos às psiconeuroses, como a histeria, as obsessões e a paranóia (1898, p.279).

A partir das contribuições freudianas, portanto, poderíamos talvez dizer que, se a memória sempre teve um lugar primordial na história da Psicanálise, da mesma maneira, ela parece ter uma função primordial na velhice. Através de suas reminiscências, existe também para o idoso um caminho aberto à elaboração, a cada vez que uma lembrança ou uma história vivida é repetida e recordada sob diferentes ângulos. Castilho (2007) nos fala de uma paciente, que dizia "... ando muito esquecida", interrogando então o analista: "esquecida por quem?". A autora esclarece como essa intervenção permitiu uma abertura ao sujeito, para que este pudesse formular uma pergunta em torno de sua localização, frente ao desejo do Outro.

Sem pretender solucionar este impasse, apresentaremos agora alguns fragmentos da análise, recentemente iniciada, de um idoso relativamente jovem, de menos de 60 anos, que recebeu o diagnóstico fechado de Alzheimer. Este paciente foi encaminhado para atendimento pela Psicologia, uma vez que se encontrava, segundo a equipe, bastante "deprimido". É relativamente comum que surja um quadro depressivo, na mesma época em que o idoso começa a apresentar a Doença de Alzheimer, o que certamente pode abrir a um questionamento do porquê isso ocorre. Por hora, nos concentraremos em pensar o caso clínico.

O paciente chegou com um ar absolutamente perplexo. Parecia perdido, como alguém que não sabe muito onde está ou o que se passa. Após certa hesitação para começar a falar, se disse "hipnotizado pela doença", acrescentando então: "ela está me dominando". Iniciou a primeira entrevista falando do impacto do adoecimento em seu trabalho. Pedira para ser transferido para um setor onde houvesse "menos pressão". O paciente começou então a repetir a mesma história, várias vezes, de maneira quase mecânica e artificial: "trabalho lá há muitos anos, mas o setor onde eu trabalho estava ficando difícil para mim, era muita pressão. Por isso pedi pra sair. Nesse novo setor, fui recebido por uma senhora que conhece a doença, tem alguém assim na família. Foi bom ser recebido por ela, me senti compreendido". Fazia uso do mecanismo da repetição; contudo, neste caso a repetição ocorria de uma maneira completamente extremada. Ele repetia, repetia, porém sequer minimamente podia recolher essa repetição, repetindo diversas vezes a mesma fala, sem se dar conta, numa mesma sessão.

Quando atendemos idosos, ou mesmo pacientes mais novos, a pergunta "*não lembro se já contei isso aqui*" é realmente muito freqüente. Mas obviamente, algo de outra ordem ocorria com este paciente. A analista, porém, podia recolher a repetição insistente de uma outra maneira, procurando ouvir que aspecto diferencial poderia ser recolhido, a cada vez que o mesmo conteúdo retornava. Assim, atenta à insistência do significante "pressão" em seu discurso, buscou interrogar a mesma: "mas que pressão?". O paciente, ignorando a pergunta, seguiu com a mesma ladainha anterior, sobre o trabalho, os dois setores, a senhora... Mais à frente, já na terceira ou quarta repetição da mesma história, a analista insistiu na pergunta: "pressão? Como assim?". Algo então pareceu ocorrer, na direção de uma possível repetição diferencial: "ah, quando eu digo pressão, acho que é a minha pressão, sou

eu que me pressiono. Eles estavam tentando me boicotar no outro setor, já não me deixavam mais trabalhar, mas a pressão para sair não foi deles. Eu é que pedi pra sair, porque já não estava mais agüentando ficar lá, sem poder digitar no computador, fazer minhas ligações, visitar os clientes". Ao sair, a analista notou que ele havia esquecido o guarda-chuva no sofá; porém, nada disse, aguardando. Já quase fora do consultório, o paciente voltou para apanhar o que havia esquecido. Precisava, enfim, colocar-se a trabalhar, para buscar o que estava esquecido. Cabe a pergunta: o que, neste sujeito já tão marcado pelo esquecimento, pôde se engendrar, já numa primeira consulta?

Na entrevista seguinte, chegou perguntando "como é mesmo o seu nome?". Retornou com a mesma história, porém com outro diferencial: ao falar da senhora no trabalho que "conhecia o que ele tinha", dirigiu-se à analista: "você conhece essa doença que eu tenho?". Devolveu então a analista: "conheço algo sobre o Alzheimer, mas só você pode me dizer como é". O paciente deu então um sorriso, passando em seguida a falar das limitações que vinha enfrentando, por conta do Alzheimer. Dentre estas limitações, o angustiava bastante a dificuldade para ler: "quando pego um livro, empaco na primeira página. E há muitos livros que eu ainda não li...". Ao final, começou a indagar como funcionaria o trabalho de análise e como este poderia ajudá-lo. A analista, diante desta importante pergunta do sujeito, sobre o que seria possível realizar ali, sinalizou a importância do trabalho pela fala, explicitando que "falar sem dúvida poderia ajudá-lo". Como resposta, disse o paciente: "ah, mas eu não sou muito de falar"; no entanto, até o final da sessão falou sem efetuar muitas pausas, exclamando, quando a analista pontuou o término do tempo: "ah, mas já acabou? Agora que eu ia falar da minha filha!". Na saída, repetiu a pergunta da entrada: "qual o seu nome mesmo?".

Já na terceira entrevista, o paciente chegou um tanto diferente, com um ar ainda um tanto perdido, porém sem a mesma perplexidade de antes. Contou que havia se enganado no trajeto para o NAI, apesar de conhecê-lo muito bem; se perdeu, mas logo em seguida pôde corrigir o engano. Trouxe esse fato rindo, aparentemente sem lamentar a falha. Em seguida, relatou um fato vivido naquela semana: tentou telefonar para um amigo, mas subitamente "os números foram fugindo de sua mente". Depois de muitas tentativas, finalmente conseguiu ligar. Nesse ponto, novamente questionou o trabalho de análise, que estava se iniciando: "mas, será que essa coisa de Psicologia vai ajudar, mesmo?". A analista, mais uma vez, pôde indicar-lhe o trabalho pela fala, deixando clara sua potência. Dessa vez, ele pareceu aceitar melhor a proposta: "vamos falar, então!", com um ar animado, sorridente. O que teria se encaminhado, já neste começo?

Este caso passou a ser atendido recentemente e por isto, apresentamos neste momento apenas algumas entrevistas iniciais. Contudo, começamos a perceber que algo de uma movimentação mínima começa a se delinear. O sujeito que chegou quase "apagado", desabitado de seu desejo, começa agora a traçar planos para o futuro, que incluem a retomada de certas atividades de lazer, que abandonou na juventude: "acho que vai ser bom pra mim, nesse momento, voltar a fazer as coisas que me davam tanto prazer". Vem dando ênfase não só ao que não pode mais fazer, devido à doença; tem começado a falar, também, daquilo que é possível ser feito.

Assim, além do atendimento médico, o paciente dispõe agora de um outro espaço. Temos apostado, juntos, naquilo que a Psicanálise, pela via da linguagem, pode

produzir. Mais do que meramente “dar suporte psicológico ao paciente que tem Alzheimer e está deprimido”, nossa contribuição se dá numa outra direção.

A Psicanálise indica a insuficiência do discurso da Cognição, no que tange o fenômeno do esquecimento. Ao contrário de portar um saber previamente construído sobre o esquecimento, o analista aposta numa abertura para que o sujeito fale de sua implicação nesse esquecimento, sobre o que ele próprio tem a dizer sobre o mesmo. Estamos falando, neste estudo, de perda de memória; uma perda que, na velhice, pode vir acompanhada de muitas outras perdas importantes. Castilho (2005) assinala a perda de laços fundamentais na velhice: “a relação com o trabalho, ao aposentar-se; a relação com seus próximos, que morrem ou se afastam; a relação com seus ideais, que requerem algo de um remanejamento” (p.44).

Para a Psicanálise, contudo, o déficit ou a perda não são contingenciais; ao contrário, a perda aponta para algo de estrutura. A perda se coloca para todo ser falante, durante toda a vida, uma vez que estamos todos submetidos à mesma lei da Castração[4]. Desta forma, não é evidente que todo idoso seja esquecido, nem que a perda seja questão intrínseca apenas ao envelhecimento. Não há como ignorar a incidência desta questão, na clínica com idosos, porém há que se ter cuidado com qualquer generalização.

A partir da clínica, identificamos a necessidade de levar em consideração esta questão da perda, em especial a perda de laços, em sua relação com o esquecimento. Uma paciente dizia, com impressionante sensibilidade, num contexto de grupo terapêutico: “eu acho que a gente vai ficando esquecida, porque quando fica velha vai ficando cada vez mais dentro de casa... A gente vai ficando mais isolada, vai deixando de procurar as pessoas... Deve ser por isso que a gente começa a esquecer de tudo”. Para esta paciente, o nexo entre memória e laços subjetivos parecia muito claro.

Acreditamos que há muito ainda a ser avançado, neste campo que buscamos explorar. Sinalizamos que, futuramente, continuaremos a investigar outros aspectos, ligados ao esquecimento no idoso. Um deles se refere aos aspectos da cultura, como por exemplo, a crescente intolerância no que diz respeito a pequenos desvios e dificuldades, que converge numa tendência à patologização e medicalização da velhice (Groissman, 2002). Por ora, no entanto, optamos por nos centrar naquilo que Freud e a clínica psicanalítica nos trazem como inestimável contribuição.

Referências bibliográficas

ALBERTI, Sonia. Uma intersecção entre Psicanálise e Hospital. In: In*: Revista Práxis e Formação – As várias modalidades de intervenção do psicólogo, IV Fórum da Residência em Psicologia Clínico-Institucional. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Psicologia, p. 13, 1999.*

CASTILHO, Glória. Perda de laços, solidão e sentimento de estranheza: questões na clínica com idosos. In: Hanna, Maria Silvia Garcia Fernández & SOUZA, Neuza Santos (orgs.): *O objeto da angústia*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005, p.44-55.

_____. Sobre o trabalho de luto na experiência com idosos. In: *Transfinitos*, nº 5, v.1. Colóquio: A escrita na Psicanálise. Publicação Aleph Escola de Psicanálise, ano 6. Editora Autêntica, 2007.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1893-1895) Estudos sobre a histeria. Vol. II.

_____. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. Vol. III.

_____. (1898) O mecanismo psíquico do esquecimento. Vol. III.

_____. (1901) Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. Vol. VI.

_____. (1904 [1903]) O Método Psicanalítico de Freud. Vol. VII.

_____. (1905 [1904]) Sobre a Psicoterapia. Vol. VII.

_____. (1923) A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade). Vol. XIX.

_____. (1937) Análise Terminável e Interminável. Vol. XXIII.

GROISSMAN. A velhice, entre o normal e o patológico. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos.* Janeiro-abril 2002, vol.9, n.1., p.61-78.

GUGGENHEIM, Ester Susan. *As horas cinzas: memória e reminiscência no tempo da velhice*. Orientador: BIRMAN, Joel. Tese de Doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (UERJ). Rio de Janeiro, 2001, 120p.

LACAN, Jacques. *Conférences et entretiens dans les universités nord-américaines* (1975). 5-61. Scilicet 6/7, Paris, Seuil, 1976.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no setor NAI-UNATI do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob supervisão de Glória Castilho e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] Veja mais sobre estas contra-indicações em A sexualidade na etiologia das neuroses (1898), O Método Psicanalítico de Freud (1904 [1903]) e Sobre a Psicoterapia (1905 [1904]).

[2] O próprio Freud iria relativizar suas concepções anteriores, alguns anos depois, em *Análise Terminável e Interminável* (1937).

[3] Veja mais sobre o famoso caso Signorelli em Freud (1898, 1901).
[4] Ver mais sobre a questão da Castração em *A organização genital infantil – uma interpolação na teoria da sexualidade* (Freud,1923).

Atendimentos com crianças: reflexões sobre um caso clínico[*]

Raquel Moreira Pádova[**]

Introdução

Esse trabalho é o relato de um caso clínico, que tem sua pertinência na medida em que traz à discussão a questão da violência contra criança num sentido mais amplo, donde esta se refere não só a um ato (seja de agressão física ou abuso sexual) mas também a toda uma situação em que não é permitido à criança expressar seus sentimentos, ser reconhecida em seu sofrimento e se defender, gerando efeitos que comprometem sua saúde mental.

Torna-se importante delimitar aqui o que estamos chamando de violência. Seguiremos o estudo realizado por Ana Paula Magalhães no livro "Abuso sexual incestuoso", onde realiza uma pesquisa sobre o conceito de violência.

Segundo a autora, a violência pode ser analisada sob dois processos: o da vitimação e o da vitimização. A primeira diz respeito a uma violência estrutural marcada pela dominação de classes e desigualdade da distribuição de renda, levando à perda de direitos básicos como saúde, alimentação, educação e a vida. Já a vitimização fala de uma violência nas relações interpessoais adulto- criança, baseada numa hierarquia, no abuso do poder do adulto sobre a criança, colocando esta num lugar de objeto.

A autora segue sua pesquisa expondo as concepções do que seriam maus tratos contra a criança, publicadas pela Abrapia num guia de orientação para profissionais de saúde (1997). Os maus tratos podem ser físicos (agressão), psicológicos (exemplo: rejeição, depreciação e utilização da criança como objeto para atender às necessidades psicológicas de adultos), negligência, Síndrome de Maunchausen (onde os pais mediante simulação de uma sintomatologia fazem com que filho tenha que passar por diversas investigações médicas) e o abuso sexual, caracterizado como situação onde criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder. Inclui manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo e o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência.

Relato e reflexões a respeito do caso clínico

Júlio (8 anos) veio ao Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ por encaminhamento do Conselho Tutelar. No primeiro atendimento, compareceu com sua mãe Dilma e seu irmão de 6 anos Marcos. Dilma em entrevista com a psicóloga relatou que procurou o Conselho Tutelar visando o encaminhamento dos filhos Marcos (por queixa de agressividade) e Julio (por queixa de enurese) para acompanhamento psicoterápico. No atendimento com o psicólogo do Conselho Tutelar, Júlio revelou que o pai pegava em seu pênis e no de seu irmão e afirmou nunca ter falado isto para a mãe por medo de que o pai brigasse com ele.

Assim que surgiu a suspeita de que o pai poderia estar molestando as crianças, Dilma saiu do emprego para ficar presente em casa com os filhos, tendo como renda apenas o auxílio desemprego.

Foram realizadas outras entrevistas com a mãe em presença das crianças. Nesta, Dilma trazia muitas queixas em relação ao marido, José, descrevendo-o como uma pessoa irresponsável, agressiva e que levava os filhos para ficarem com ele junto no bar enquanto bebia cerveja, dando mau exemplo. Disse já ter visto o pai em tom de brincadeira de fato pegar no pênis do filho e que sempre repreendeu o marido por tais “brincadeiras”. Dilma também vinha com um discurso de que este marido teria problemas psiquiátricos por ter estes comportamentos inadequados, e repetidamente trazia demanda de assistência para o marido, esperando que a psicologia fosse “curá-lo”.

Nos atendimentos, Dilma se mostrava muito ansiosa, cobrando soluções e respostas. Trazia dúvida se realmente tratava-se de uma situação de abuso sexual apesar de Júlio ter afirmado claramente que o pai pegava em seu pênis e demonstrasse como se sentia constrangido e coagido por isso. É como se ela esperasse de Júlio uma revelação que de fato atestasse a intenção sexual ou não do ato paterno. No entanto o que poderia dizer a este respeito, Júlio já havia dito desde o encontro com o psicólogo do Conselho Tutelar.

Nas sessões foi necessário pontuar que o aquele ato do pai de pegar em seu pênis era vivido por Julio como algo constrangedor, situação em que ele se via sem condições de defesa, já que temia represálias do pai. Nesse sentido tal “brincadeira” (como o pai afirmava ser) tratava-se de ato violento contra a criança. Este pai teria que responder pelo ato, e a proteção às crianças teria que ser assegurada.

Foi recomendado a Dilma que desse queixa na delegacia legal e ressaltada a importância da atenção e cuidados aos filhos visando sua proteção.

Júlio e Marcos escutavam atentamente minhas conversas com Dilma. Quando perguntei a Júlio sobre o motivo dele estar vindo à psicóloga, diz saber o porque e assertivamente responde: “porque meu pai pega no meu piru, e eu não gosto” (sic). Questiono se o pai já havia feito então outras coisas de que ele não gostava. Reponde que não. Questiono sobre o que acha das coisas que eu vinha falando para a mãe dele. Diz que acha bom porque assim o pai sairia de casa.

Após algumas entrevistas, Dilma resolve conversar com o pai sobre as revelações de Júlio. O pai negou e imediatamente Júlio respondu que o pai fazia sim e que ele não gostava disso! De alguma forma, as conversas com a terapeuta permitiram a Júlio dizer o que pensava frente a esse pai, impondo aí seu desejo e também um limite. Isso foi possível porque sua palavra foi reconhecida por um adulto.

Dilma chegou a ir a delegacia legal para fazer a queixa contra o marido, onde segundo seu relato o delegado conversou com Julio e avaliou não haver nada específico que configurasse um abuso sexual, orientando a Dilma que não registrasse queixa alguma.

Realizei também um atendimento com o pai, José, que se mostrou bastante preocupado em esclarecer os fatos. Relata que realmente brincava de pegar no pênis do filho, mas que de forma alguma fazia isso com intenção "sexual", que era brincadeira "de pai com filho". Pontuei que "tal brincadeira", era sentida pelo filho como algo invasivo e constrangedor, por isso não poderia fazer tal ato. José relatou que desde que tomou conhecimento da revelação do filho estivera afastado dele.

Iniciei os atendimentos individuais com Júlio e em paralelo sessões individuais com a mãe que sempre trazia a demanda de que a psicóloga descobrisse de fato o que havia acontecido.

Dilma questionava diversas vezes Júlio, perguntando se realmente aquilo tinha acontecido, se era verdade. Em uma sessão pontuo que para ela estava sendo muito difícil ouvir do filho tais coisas e que de fato ele já tinha expressado o acontecido da forma como lhe era possível. Ela então chora, revelando que Marcos também havia lhe dito que o pai o chamava para deitar na cama junto com ele e que ficava passando a mão em seu pênis. Falo da importância de se levar em conta o que as crianças diziam.

Dilma mostrava-se ambivalente em relação ao marido. Embora se queixasse dele e da falência de seu casamento, não o tirava de casa e trazia incessantemente uma demanda de atendimento a ele como que para reparar aquela relação, a estrutura familiar. Não se separava alegando problemas financeiros, no entanto também dizia que ele não cooperava em nada dentro de casa. Relatou diversas brigas, presenciadas pelos filhos.

Os atendimentos com a criança

Relato agora a evolução dos atendimentos de Júlio. Inicialmente muito reservado, brincava repetidamente de boliche. Passou então a trazer brincadeira onde eu deveria adivinhar qual palavra ele estava pensando, dava algumas dicas, mas eu tinha que tomar cuidado porque eram sílabas que me direcionavam para diversas palavras parecidas no entanto tão diferente. É como se Julio desejasse que eu de fato tivesse acesso aos seus pensamentos e sentimentos, ao mesmo tempo em que havia a questão se eu o compreenderia, empatizaria com aquilo que realmente queria dizer. Isso foi verbalizado para o paciente. Seguiu-se então 2 de sessões muito ricas, donde Júlio expressava fantasias, sentimentos, medos, enfim uma série

de vivências psíquicas que estavam relacionadas com toda situação atual. Relatarei resumidamente as duas sessões.

Na primeira sessão encena a luta de alguns animais. Haverão duelos onde ficarão os mais fortes. Um personagem se destaca: o touro. No duelo esse perde para alguns animais menores, o que indica que na brincadeira seu potencial destrutivo está controlado. Ao narrar para a terapeuta os atributos do touro (animal forte que quando irado briga com toda fúria, ferindo os oponentes), Júlio é tomado de intensa ansiedade, falando aceleradamente que sua mãe tem medo de touro, que quase já foi atacada por um. Em seguida fala que gosta de praia, mas que sua mãe não o deixa ir porque a água é suja. Continua a brincadeira. Os animais (violentos) queriam pegar o filho do rei a mando de um soldado que tinha armado toda essa trama. Dois outro soldados sabiam da história mas não contaram ao rei porque tinha medo de serem punidos por ele. Além disso, levariam a culpa no lugar do outro. Decidem então chamar um mago, que deveria saber enfim quem tinha armado o seqüestro do filho do rei.

Aqui, Júlio parece estar expressando o medo de represálias do pai, que como o touro da brincadeira reagiria violentamente ao seu provocado, contrariado. Traz o questionamento de quem seria o culpado pelas coisas que estavam acontecendo, ele ou o pai, ao mesmo tempo em que fala de um sentimento de impotência, não podendo expressar ou denunciar o que não estava bem, na medida em que não sentia confiança nas outras pessoas ou porque não acreditariam nele, ou porque de fato ele poderia ser o culpado. Essa brincadeira traz o inicio de uma tentativa de elaboração por parte de Júlio de toda situação que vinha vivendo em relação aos atos do pai e dos acontecimentos subseqüentes à sua denuncia no Conselho Tutelar. Há aqui um apelo transferencial, onde a terapeuta, como mago, deveria ajudá-lo a compreender o que estava acontecendo além de descobrir quem de fato era o culpado.

Na sessão seguinte, "os bichos estão soltos". Animais são libertados do zoológico para aterrorizar a cidade. Soldados tentam impedi-los Tais animais foram escravizados pelo Dalmata e seu parceiro Robin. Quando questionado como era isso, afirma que escravizar significava vestir o outro de mulher, fazê-lo dançar e mandar ele pegar coisas longe para ele. Verbalizo então que seria obrigar o outro a fazer coisas de que não gostava, de que tinha vergonha. " é", responde Júlio, " e os bichos estão com muita raiva!" Fala então que o culpado por este ataque à cidade é o Dalmata mas que ele irá fugir e quem levará a culpa é o outro Dalmata, muito parecido com ele! Importante ressaltar que pai e filho possuem o mesmo nome.

Júlio parece expor o sentimento de passividade e conseqüentemente raiva, vividos em relação aos atos abusivos do pai.

Nesta mesma época, Júlio foi encaminhado para ABRAPIA para entrevista de revelação. A ansiedade de sua mãe aumentou consideravelmente. Segundo ela mesma dizia, perguntava diversas vezes a Júlio o que 'realmente' tinha acontecido, questionava se tinha ocorrido mesmo o que ele dizia. Dilma queixava-se constantemente do marido, dizendo que tudo que estava acontecendo (problemas financeiros, tratamento aos filhos, ansiedades dela) era culpa dele.

Após isso, Júlio não trouxe mais esses conteúdos. Notoriamente se fecha. Em suas brincadeiras rivalizava com a terapeuta, comemorando euforicamente vitórias sobre

a mesma. Negava ou desvalorizava qualquer pontuação da terapeuta, como que a imobilizando. Júlio trazia uma resistência que parecia ser proporcional às ansiedades da mãe.

Depois de um bom tempo assim, Júlio começou a trazer brincadeiras onde se sentia perseguido, cercado. Pude então interpretar a sensação de que se sentia mesmo cercado, com várias pessoas perguntado o que havia acontecido, quando na verdade ele já tinha falado o que conseguia dizer. Também pontuei o quanto parecia para ele difícil expressar o que sentia ou pensava em relação a tudo o que tinha ocorrido porque era como se as pessoas não o escutassem. Pontuei a raiva que poderia estar sentindo da terapeuta por eu querer em alguns momentos entrar em contato com seus sentimentos e pensamentos, que para ele eram tão difíceis de serem acessados por causar sofrimento.

Nas sessão seguintes, Júlio pode expressar um pouco a fonte de suas ansiedades:

Iniciou a sessão me contando uma série de situações em que teve que mentir ou omitir a verdade para não se dar mal. Interpreto que é como se ele não pudesse contar o que se passa com ele porque sente que sairia perdendo com isso! As pessoas poderiam não acreditar ou então culpa-lo pelo que estava acontecendo.

Segue me contando de sua escola, do quanto brinca lá. Conta também das brincadeiras de futebol com o pai, e que ele lhe dá dinheiro, brinquedos. Interpreto a dificuldade em expressar ou pensar sobre as coisas que aconteceram, sua raiva porque a pessoa envolvida, de alguma forma também lhe dá coisas boas. Júlio então fala de coisas que a mãe mandou ele fazer (tomar banho, estudar). Interpreto o conflito vivido por Julio, uma vez que algo foi feito que ele não gostou , no entanto, Júlio se mostra confuso se deveria ou não ter se sentido mal ou reclamado do que aconteceu porque o envolvido era seu pai, pessoa que como pai, lhe dava também coisas boas, e de certa forma tem um papel de autoridade frente ao filho. Reforço em seguida que haviam coisas que um pai não tinha o direito de fazer, como por exemplo manipular seu "piru" e fazer coisas que lhe causasse dor ou sofrimento.

Júlio então me pede que eu silencie porque alguém atrás da parede pode estar ouvindo o que falamos naquele momento. Diz que poderia derrubar a parede para saber quem ouvia, mas para fazer isso teria que ter muito dinheiro para reconstruí-la. Esse tema do dinheiro já era presente em diversas outras sessões. Júlio dizia que precisava levar dinheiro para casa. Lembrando que essa era uma das principais queixas atuais da mãe, culpado inclusive o marido pelas dificuldades financeiras. O que Júlio expressava aqui nesta sessão e em outras era que sentia como se ao falar de seus sentimentos causasse grandes estragos. A família não poderia mais se manter nem financeiramente nem unida. Sentia-se o responsável pelas brigas dos pais, ansiedades e desgastes desta família com idas ao Conselho, Delegacias, etc.

Chamo atenção aqui para os conflitos internos vividos por Júlio. Segundo Nogueira e Pereira de Sá (2004), se a criança não tem sua palavra reconhecida por um adulto acaba vivenciando uma confusão entre o que é real / verdadeiro e o que é mentira, fabulação. Ela começa a duvidar de si mesma e o passo seguinte é adaptar-se á violência vivida, deixando de buscar ajuda, silenciando e sustentando a situação às custas de muito sofrimento psíquico.

Vimos que nesse caso relatado o ato realizado pelo pai toma uma forma ambígua: não fica claro se é brincadeira inconveniente ou um ato abusivo com intenção sexual. Júlio sente como um ato violento no entanto os adultos que a cercam não o reconhecem como tal. Isso traz sérias conseqüências para equilíbrio emocional desta criança ainda mais porque em si, a situação de abuso sexual já a confronta com elementos contraditórios que dificultam a elaboração desta vivência e a possibilidade de se defender.

Geralmente a criança tem uma relação prévia de amor e confiança com o abusador mantendo um certo nível de dependência afetiva e psicológica. Por conta disso, sente ambivalência em relação ao abusador. Ao mesmo tempo em que deseja se defender teme as conseqüências de sua revelação, podendo sentir-se culpada pela desestruturação familiar ou punição que o abusador possa sofrer.

Ferenczi no artigo 'Confusão de línguas entre adultos e crianças' (1933), fala do conflito vivido pela criança abusada sexualmente, uma vez que pelas características da própria sexualidade infantil, tem fantasmas lúdicos em relação aos casal parental, que podem até tomar um caráter erótico mas é sempre ao nível da ternura, nunca tomando dimensão dos desejos de uma pessoa que atingiu maturidade sexual. Se no momento dessa fase da ternura impõe-se a criança um amor passional ao qual ela não tem maturidade nem psíquica nem fisiológica para dar conta, isso pode proporcionar as mesma conseqüências patógenas que a privação do amor.

Para Ferenczi a primeira reação da criança ao abuso seria de ódio, recusa, resistência violenta. Mas diante da impossibilidade de se defender (por ameaça do abusador, medo de ser desacreditada) a criança chega a um ponto em que passa a se identificar com o agressor, se submetendo às vontades dele, obedecendo-o e esquecendo inteiramente de si. A mudança significativa provocada pela identificação ansiosa com o parceiro adulto é a introjeção do sentimento de culpa dele: a brincadeira até então anódina aparece como ato que merece punição.

Outro mecanismo de defesa presente para lidar com o abuso sexual é a clivagem - onde o fator traumático e as emoções aflitivas ligados a ele são isolado. Com isso indivíduo é capaz de um funcionamento quase normal sob a condição de que os afetos e emoções sejam pouco relacionadas. Isso em longo prazo compromete a integridade de seu ego e consequentemente influi no modo como o sujeito vivencia suas relações pessoais. Ferenczi afirma que na criança que sofre abuso, a vida sexual ou não se desenvolve ou toma formas perversas.

Júlio pode expressar nos atendimentos um pouco dos conflitos e mecanismos usados no confronto com a situação de violência. Assolado pela sensação de ser incompreendido, e sentimentos de ambivalência e culpa, encontra dificuldades para significar o abuso vivido em relação ao pai. Em alguns momento opta por calar, clivando os sentimentos vividos em relação aos pais e a todo contexto após sua denuncia no Conselho Tutelar.

Diante desse quadro, o trabalho terapêutico visou a constituição de um vínculo de confiança onde a criança tivesse sua palavra reconhecida, viabilizando a expressão de fantasias e sentimentos que com auxílio do terapeuta pudessem ser colocadas em palavras, o que contribui para a elaboração da situação traumática e reestruturação do mundo interno e relações objetais da criança.

Referências Bibliográficas

FERENCZI, S. “Confusão de língua entre os adultos e as crianças, a linguagem da ternura e da paixão” in *Escritos Psicanalíticos* 1909-1933. R.J. Livraria Taurus Editora.

MAGALHÃES, A. P. *Abuso sexual incestuoso: um tema centrado na criança e na família*. Rio de janeiro. Letra Capital. 2005

NOGUEIRA, S. E. & PEREIRA DE SÁ, M. L. B. “Atendimento psicológico a crianças vítimas de abuso sexual: alguns impasses e desafios” in: *O mosaico da violência. A perversão na vida cotidiana*. Almeida Prado, M. C. C. A. (coord.)São Paulo. Vetor.2004

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no setor Pediatria sob supervisão de Maria Luiza B. P. de Sá e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional , em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente no 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

A riqueza e a magnitude da Pediatria e a participação da Psicologia nessa especialidade[*]

Renata Oliveira Magalhães[**]

Esse trabalho foi elaborado a partir da minha inserção no Ambulatório e na Enfermaria Geral de Pediatria que teve a duração de um semestre, sendo supervisionado pela preceptoria da Residência na Pediatria e pela Psicologia Médica no que se refere a minha atuação dentro da Enfermaria.

A retomada da Psicologia nesse setor foi possível somente após a apresentação e diálogo com os respectivos médicos responsáveis, enfermeiras e demais membros da equipe, onde pude verificar quais eram as suas expectativas e necessidades das atividades de um psicólogo.

O Ambulatório de Pediatria encontra-se no andar térreo do Hospital Universitário Pedro Ernesto e atende a bebês a partir de um mês de idade até crianças de 11 anos e 11 meses. As consultas médicas são realizadas por internos e residentes da Faculdade de Medicina com dois médicos responsáveis presentes.

O trabalho no Ambulatório foi iniciado após a compra de materiais didáticos adequados para a faixa etária atendida e arrumação da sala de Psicologia.

Foi acordado que quando o médico percebesse a necessidade de um atendimento psicológico para a criança, ele marcaria o seu retorno na agenda da Psicologia para a data mais próxima, já que havia um crescente aumento do número de crianças para serem atendidas e um limite de até 4 crianças por turno.

Desse modo, quando a criança e a sua família retornavam, era realizada uma consulta conjunta que poderia ser conduzida pelo médico ou pela psicóloga, dependendo de cada caso.

Após o atendimento conjunto, na grande maioria das vezes, era agendado um encontro com a criança e o seu responsável para fazer uma avaliação e poder distinguir a necessidade do início do atendimento psicológico.

Os atendimentos foram realizados na forma de psicoterapia breve, através de aproximadamente oito encontros que se focavam nas principais queixas relatadas na avaliação devido a imensa população que demandava de atendimento.

Sabendo da dificuldade dessas crianças serem realmente atendidas pela Psicologia em outras instituições públicas através de encaminhamentos, preferi atender no formato de psicoterapia breve, encaminhando-as a outros serviços somente no final do semestre, alguns casos que precisavam da continuidade da terapia. Dessa forma, aproximadamente 20 crianças foram atendidas pela Psicologia no Ambulatório nesse período.

Observou-se junto à equipe médica que atualmente as crianças não são tão acometidas pelas patologias conhecidas da infância como sarampo, cachumba e catapora, e sim por doenças culturais que antigamente se desenvolviam apenas em adultos como diabetes melittus, obesidade e hipertensão arterial.

As principais queixas apresentadas pelo médico ou pelo responsável da criança a consulta que justificavam a avaliação psicológica eram: mutismo sem causa biológica na escola, obesidade, dificuldade de aprendizagem, comportamento agressivo, lentidão no desenvolvimento físico ou mental, separação dos pais, enurese, neurose pós-traumática, depressão e etc.

Em grande parte das avaliações, constatou-se a necessidade de acolher a angústia da mãe para poder orientá-la em relação ao comportamento do seu filho(a). Apesar da impossibilidade de efetuar uma terapia familiar pela limitação do espaço físico, percebi a imensa necessidade de tratar a criança dentro da sua dinâmica familiar. Para isso utilizei a técnica do genograma para avaliar o funcionamento da família e identificar os seus componentes de até três gerações passadas, e algumas sessões foram realizadas em conjunto com as pessoas que conviviam com a criança.

Constatou-se que alguns comportamentos distoantes da criança como por exemplo, chorar em excesso ou de agressividade para com os demais, são atitudes que refletem a ausência de um outro canal de expressão da sua raiva, insatisfação, descontentamento ou tristeza.

Foi através da observação e da participação no jogo e na brincadeira da criança que pude ir vivenciando a sua singularidade, o seu modo peculiar de lidar com os materiais presentes na sala, se era tímida ou extrovertida, se falava espontaneamente ou precisava do olhar de aprovação da mãe. A criança, quando atendida sem os pais, às vezes parecia encontrar um novo espaço com brinquedos diferentes dos seus, com limites dialogados, fazendo com que ela buscasse conhecer melhor esse espaço e satisfazer a sua curiosidade com mais liberdade e espontaneidade.

Foi muito gratificante participar brevemente do momento de cada criança, como por exemplo, do atendimento a Vitória, uma menina de 10 anos que durante a consulta conjunta com o médico chorou constantemente. Acompanhada pela mãe Rosa, a queixa envolvia a sensação de formigamento nas pernas, choro excessivo e o temor pela morte dessa mãe.

A mãe diz que Vitória sempre foi muito sentimental e ligada a ela, mas que nos últimos 15 dias chorava o tempo todo porque sentia medo, mas não sabia dizer do

que. Vitória reside com os pais e com a irmã de 20 anos. Relatou um passeio a igreja onde a menina passou mal e ligou para que a mãe fosse buscá-la. Ao ser colocada no carro, Vitória estava dura, babando, tendo vômitos e diarréia. A hipótese médica era de uma convulsão epiléptica ou de uma conversão histérica e preferiu acompanhá-la mais de perto, marcando o seu retorno para daqui a 15 dias, dando início também a psicoterapia.

No próximo encontro, Vitória diz que não gosta de ir à escola porque a professora é chata. Só gosta dos amigos e das brincadeiras. Ela está na 4º série do ensino fundamental, mas não tem ido à escola nem saído de casa porque estar sempre temerosa.

Vitória falta em um dos nossos encontros e a mãe diz que ela não quis sair de casa para vir à sessão porque uma voz masculina lhe dizia que algo de ruim iria lhe acontecer.

Rosa relata que teve depressão durante a gestação de Vitória e que toma medicação até hoje. Diz que ela, a mãe de Vitória, “apanhou desde a barriga”, ou seja, desde quando ainda era um feto na barriga da sua mãe e que isso a faz chorar a toa, só de lembrar chora. Sente que Vitória também é assim, muito sensível, mas não quer que ela passe por isso.

Ultimamente, Rosa estava tendo uma hemorragia constante sem conseguir atendimento médico. Vitória sabia do sangramento da mãe e talvez isso reforçasse o temor da sua morte.

Com o passar do tempo, Vitória foi melhorando e voltando as suas atividades. Após 8 encontros semanais, ela já havia retornado a escola, conseguia brincar com as suas amigas e até conversava com a professora. No fim do ano, conseguiu passar direto para a 5º série e escreveu uma carta para o Papai Noel. Surpresa, ganhou em janeiro uma boneca e uma carta resposta do Papai Noel, ficando muito emocionada ao recebê-la.

Como pode ser observado, ao longo do atendimento psicológico, Vitória pode ir voltando a sorrir, a desenhar, a inventar estórias, a se relacionar na escola e principalmente voltar a ser criança.

Na impossibilidade de alterar a realidade concreta na qual a criança vive que é muitas vezes imprópria, a psicoterapia infantil pode fazer com que a criança encontre outras formas mais saudáveis de lidar com as situações frustrantes. A equipe do Ambulatório de Pediatria é excelente no sentindo de estar sempre recorrendo a Psicologia, entendendo a necessidade dessas famílias, cooperando e sempre estando presente na discussão de cada caso clínico, buscando ampliar o seu olhar para não fragmentar a criança em diversas especialidades e poder assim, olhá-la como um ser inteiro ali presente, necessitando do auxílio de um profissional de saúde.

A Enfermaria de Pediatria caracteriza-se pelo atendimento a crianças graves, muitas vezes portadoras de doenças crônicas ou hematológicas. Por esse motivo, as internações acabam sendo prolongadas e as reinternações são constantes nessa enfermaria.

A partir dos *rounds* com o médico responsável pela criança, a Psicologia informa-se a respeito da situação clínica, do prognóstico, da evolução do quadro, de possíveis restrições, recomendações e dificuldades que a equipe de saúde possa estar enfrentando.

Nessa enfermaria encontramos 18 leitos com os mais variados diagnósticos, sendo 60% voltados para problemas clínicos como celulite, escabiose, diarréia, desnutrição, insuficiência renal crônica, Aids, tuberculose, varicela, etc. e 40% são ocupados com problemas hematológicos como anemia falciforme, leucemia e outras anemias raras.

A atuação da Psicologia na Enfermaria de Pediatria se focalizou no atendimento das crianças internadas e aos seus acompanhantes, realizando um grupo com as mães uma vez na semana, contando com a participação da enfermagem, cujo espaço era destinado para ocorrer trocas entre as mães e os profissionais de saúde, onde eram discutidas as dificuldades da internação, da patologia e da relação estabelecida entre as mães e seus filhos com a equipe de saúde.

As mães ou acompanhantes da criança encontram nesse grupo um espaço para colocarem suas queixas e reclamações sem se sentirem cobradas e exigidas, e sim acolhidas em sua angústia. Segundo Motta (2004, p. 19-28), "[...] as mães, assim como seus filhos, têm a necessidade de serem olhadas e cuidadas, até para que possam cuidar melhor de suas crianças."

A estada da mãe junto ao seu filho durante a internação é um direito assegurado por lei. Todos sabem da importância da presença da mãe para a recuperação da criança.

A provisão ambiental fornecida pela mãe e que permite ao lactente a experiência de confiabilidade, pode ser designada pelo termo holding. Inicialmente, o holding implica o segurar físico do bebê, uma experiência cutânea na qual ele se sente sustentado e amparado fisicamente. Esse significado vai se ampliando à medida que o bebê cresce e que seu mundo vai se tornando mais complexo. Deixa de ser apenas o aspecto físico, passando a ser a forma total do relacionamento mãe-filho, em que este se sente protegido e amparado. (WINNICOTT, 1994, P.91)

Junqueira (2003, p. 45) ressalta que:

A maioria das mães não se ausenta do hospital, pois teme que algo aconteça com seus filhos durante esse período. Nesse sentido, a angústia, o medo da morte, a dor de ver seu filho doente, o afastamento dos seus outros filhos, a ausência do trabalho, entre outras preocupações, tornam-se entraves sempre presentes na internação.

A seguir será citado o relato de um pai de uma criança de 3 anos com o diagnóstico de osteomielite crônica para exemplificar esse medo da separação: "Nós entramos aqui juntos e sairemos daqui juntos. Eu vi o meu filho morrendo e virando os olhos. Ajoelhei e pedi a Deus para não levar o meu filho. Ele foi bom comigo. Quando ele sai do hospital, eu vou procurar uma igreja para agradecer. Agora olhando para o meu filho, eu nem acredito que ele está bem. Fiquei 30 dias no outro hospital em Japeri e agora revezo com a mãe dele porque preciso voltar a trabalhar."

O material utilizado no atendimento psicoterápico era o que estava disponível no próprio quarto da criança como bichos de pelúcia, bonecas, carrinhos, livros, quebra-cabeça, a técnica do desenho e a própria fala da criança.

A leitura de livros de histórias infantis constitui-se em um momento de imaginação oferecido à criança hospitalizada, que permite que elas transcendam do contexto concreto e imediato da hospitalização, da doença e de pensamentos aversivos para um contexto de imaginação com conteúdos prazerosos (VITORINO, 2005, p.63).

Percebeu-se a necessidade da criança poder brincar no período de internação como forma de elaboração da sua própria doença, dos seus limites e possibilidades. Vitor de 9 anos comenta em nosso encontro que a Psicologia deveria se chamar Brinquedologia.

Sobre a hospitalização Ajuriaguerra (1973, p. 91) diz:

[..] que leva a criança a se confrontar com um estado de desamparo, ao perceber sua fragilidade corporal que resultou no adoecimento, originando reações diversas tais como regressões, estados depressivos, fobias e transtornos de comportamento em geral. Dessa forma, o brincar se insere nesse contexto como uma tentativa de transformar o ambiente das enfermarias, proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças internadas.

É importante ressaltar que na Enfermaria contamos com uma sala de recreação para as crianças e com a presença dos Doutores da Alegria duas vezes na semana. O Projeto “Brincar é Viver” também contribui com voluntários que se disponibilizam para ler, brincar e estar com as crianças. O objetivo desse projeto é proporcionar as crianças internadas um espaço lúdico privilegiado, resgatando o valor cultural do brinquedo e do ato de brincar.

Durante o período em que estive atuando na Enfermaria pude observar uma equipe engajada e muito vinculada às crianças internadas, compartilhando com a Psicologia as suas angústias, principalmente quando ocorria a piora da situação clínica ou a fatalidade do óbito de uma criança.

Pela presença de doenças graves e necessidade da realização de procedimentos invasivos, a chefia de Enfermagem tem encontrado dificuldades para manter uma equipe de trabalho regular. Muitos profissionais desenvolvem patologias como a Síndrome do Pânico, Depressão, Burn-out e etc. e entram com o pedido de licença médica. Foi solicitado à Psicologia o início de um Grupo Psicoterapêutico com esses profissionais que lidam diariamente com essas crianças como forma de prevenir novos afastamentos para ser iniciado em um futuro próximo.

Segundo Pires (1996) e Pitta (2003) isso pode ser explicado pelo fato:

[..] de que o cotidiano desses profissionais, que trabalham em hospitais, além de demandar a utilização de componentes cognitivos complexos, é caracterizado pelo contato intenso com doenças e com a morte, o que acarreta uma conseqüente sobrecarga de trabalho mental. Conviver diariamente com a dor, o sofrimento e a possibilidade de morte dos pacientes evoca nesses profissionais sensações e

sentimentos que podem se configurar como dolorosos ou desagradáveis e que, muitas vezes, tendem a ser desconsiderados.

“A hospitalização na infância pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática.” (Santa Roza, 1997). Ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Para dar conta de elaborar essa experiência torna-se necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento.

Quando a criança brinca, ela delimita o espaço e o tempo da brincadeira, num jogo de "faz de conta" ordenado (Huizinga, 1980). Nas palavras de Mitre (2004, p.125), "quando lidamos com uma clientela que tem sua rotina de vida desestruturada pela doença, o brincar aparece como uma possibilidade de organização desse caos".

Nesse sentido, ao invés de se lidar apenas com a incapacidade e com as limitações, podem ter a possibilidade de estabelecer um outro tipo de relação com as crianças, em que por meio do processo lúdico se privilegie o saudável e o prazeroso.

Para concluir pode-se afirmar que a promoção do brincar torna-se uma das estratégias possíveis para elaborar os aspectos da enfermidade e de sua conseqüente internação sendo fundamental para a criança e sua mãe, “[...] facilitando a continuidade da experiência de vida do sujeito” (MITRE&GOMES, 2004).

Referências Bibliográficas

AJURIAGUERRA, J. (1973). Manual de Psiquiatria Infantil. Barcelona: Toray-Masson.

HUIZINGA, J. (1980). Homo ludens. São Paulo: Perspectiva.

JUNQUEIRA, M. F. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência.Estud. psicol. (Natal), ene./abr. 2003, vol.8, no.1, p.193-197.

MITRE, R. M. & GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

MOTTA, A. & ENUMO, S. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalziação infantil.Psicol. estud., Jan./Apr. 2004, vol.9, no.1, p.19-28.

PIRES, D. Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. Hucitec, São Paulo, 2003.

SANTA ROZA, E. Um desafio às regras do jogo, pp. 161-188. In E Santa Roza & ES Reis. Da análise na infância ao infantil na análise.Contracapa, Rio de Janeiro, 1997.

VITORINO, S. C.; LINHARES, M. B. & MINARDI, M. R. Interações entre crianças hospitalizadas e uma psicóloga, durante atendimento psicopedagógico em enfermaria de pediatria. Estud. psicol. (Natal), May/Aug. 2005, vol.10, no.2, p.267-277.

WINNICOTT, D. W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes.Nota A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar, 1994.

Notas

[*] Esse trabalho foi desenvolvido no Ambulatório e na Enfermaria Geral de Pediatria sob a orientação da preceptora Maria Luiza Bustamante e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

Quando a Criança Adoece: os Impactos para Família de um Prognóstico Reservado[*]

Taís Devens Donati[**]

O adoecimento gera crises e desestruturação para o paciente e para sua família que é o primeiro grupo de relações em que o sujeito está inserido. Muitas mudanças ocorrem na vida do doente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Nesse sentido, podemos pensar que quando uma criança adoece a família também adoece. É impossível pensar a criança separada de seus pais.

Esse trabalho tem como objetivo refletir sobre a intensidade com que o adoecimento e a iminência de morte de um filho podem ter para uma família, especialmente a mãe. A partir de uma dada situação clínica e calcada em alguns conceitos freudianos me proponho a discutir o lugar que uma criança pode ocupar no desejo materno e suas repercussões no momento do adoecer.

Freud em "A dissolução do Complexo de Édipo" (1924) aponta que não há entrada no Édipo senão através da percepção das diferenças sexuais, da diferença anatômica. É a percepção da diferença que mobiliza o complexo de castração.

Em "A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)" (1923) Freud coloca a castração como um complexo centrado na fantasia de que o pênis fora castrado nas mulheres e que nos homens é passível de sê-lo. O complexo de castração se estrutura a partir do que Freud nomeou a primazia do falo.

O complexo de castração marcará segundo Freud, o Complexo de Édipo. Porém para as meninas, Freud distingue ainda um momento pré-edípico importante em que ela, mesmo diante da percepção de que não tem, supõe ser a mãe fálica e tem esperança de ser fálica como ela.

Os meninos, a princípio, negam tal falta na menina e acreditam que o órgão é muito pequeno e que crescerá quando a ela for maior. Pouco a pouco chegam à conclusão de que a menina possuía um membro semelhante ao seu, do qual foi despojada. A carência de pênis é interpretada como resultado de uma castração, surgindo então, no menino, o temor da possibilidade de uma mutilação análoga. O menino fica com medo de perder o pênis, altamente valorizado por ele. A ameaça de castração vem

reforçar a interdição do desejo ligado a uma constelação de fantasias girando em torno da mãe, objeto privilegiado do desejo da criança.

Ao se dar conta de que não têm, as meninas responsabilizam sua mãe pela falta de um pênis e não perdoam por terem sido colocadas em desvantagem, assinala Freud (1932). A menina se volta, então, para o pai acreditando que lá encontrará o objeto desejado.

A descoberta de que é castrada representa um marco para a menina. Freud em "A feminilidade" (1932) aponta três saídas possíveis: "uma conduz à inibição sexual ou à neurose, outra, à modificação do caráter no sentido de um complexo de masculinidade, a terceira, finalmente, à feminilidade normal, ou a maternidade."

Para que o curso da 'feminilidade normal' se dê é preciso que o desejo que levou a menina a voltar-se para seu pai seja o desejo de possuir o pênis que a mãe lhe recusou e que agora espera obter de seu pai. Contudo, isso só será possível se o "desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê, isto é, se um bebê assume o lugar de pênis, consoante uma primitiva equivalência simbólica."

Freud (1914) no texto "Sobre o Narcisismo" diz que o bebê vai ocupar o lugar de falo para a mãe, isto é, aquilo que imaginariamente vai preencher uma falta e como tal poderá realizar, em nome dos pais, os sonhos dos quais estes tiveram de renunciar.

"A atitude de pais afetuosos para com seus filhos reconhecemos que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram. Assim se acham sobre a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. A criança terá mais divertimentos que seus pais, ela não ficará sujeita as necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renuncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro do âmago da criação – Sua majestade o bebê, como outrora nos imaginávamos. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior."
(Freud, 1914)

Quando a criança adoece, fica o medo de que ela não possa realizar os ideais parentais, o que pode gerar uma situação de angústia.

A criança no lugar de objeto representa o eu ideal dos pais com todos os sonhos, qualidades e expectativas dignas deste lugar. A doença e a iminência de morte vão desmoronar esta fantasia de completude e de perfeição. Daí, a necessidade de se pensar este processo no intuito de possibilitar para a criança uma saída deste lugar.

De acordo com Mannoni (1987): "... a criança tem por missão reparar o malogro dos pais, realizar-lhes os sonhos perdidos. As queixas dos pais a respeito de sua descendência nos conduzem assim, antes de tudo, à problemática própria do adulto." (p. 9)

Segundo Aulagnier (1994) a história do sujeito tem início antes desse nascimento. Ela começa no “mito familiar” que vem a ser a história prévia que as famílias escrevem para seus filhos, isto é, o lugar e a função que essa criança vai ocupar dentro da família. Nisto incluem-se os desejos e fantasias que a mãe cria para este ser que está sendo gerado, e, no qual ela investirá sua libido.

Nesse sentido, o filho vai ocupar para a mulher um lugar de grande importância ao gerar uma sensação de onipotência que pode funcionar como uma negação da ferida narcísica, da falta.

O momento de adoecimento de uma criança atualiza nos pais, principalmente na mãe, sua castração. Declarando, assim, sua "falha", sua falta. Este aspecto da realidade, que se impõem de forma direta na vida familiar, representado pela doença e principalmente, pela morte, aponta para a impossibilidade da completude, da perfeição.

Ao falarmos da morte, da iminência da nossa própria ou de um ser querido, somos tomados por sentimentos confusos e dolorosos, pois somos então, também, impelidos à constatação da nossa própria mortalidade, nossa própria finitude. A possibilidade da morte nos remete à idéia de perda.

Segundo Mannoni (1995), “a morte, na medida em que se assemenlha com o inominável, deixa o sujeito sem palavras para abordar aquilo que o toca na provação que ele partilha com o enlutado. Tudo ocorre como se não devesse existir”.

Caso Alice

Alice tem sete anos hoje. Quando recebeu o diagnóstico de leucemia tinha apenas seis. Com um ano de tratamento médico, Alice responde bem, mas as internações na enfermaria da pediatria do Hospital Pedro Ernesto ocorrem com certa freqüência. Devido às fortes sessões de quimioterapia, está neutropênica e por isso, qualquer gripe acaba se tornando algo perigoso. Alice é a filha mais velha e tem uma irmã com cinco anos. Mora com a mãe e freqüenta a escola onde cursa a primeira série. É uma menina alegre, esperta e curiosa. Gosta de contar histórias da escola e das férias na casa da avó no interior do estado.

A descoberta do diagnóstico de Alice trouxe mudanças significativas na vida da família.

O tratamento de Alice vem sendo acompanhado desde o início pela avó materna que assumiu os cuidados com a neta. Era ela quem trazia Alice para as sessões de quimioterapia e era ela também que acompanhava a neta nas eventuais internações. A avó se mudou do interior do Rio de Janeiro para a capital para ficar mais perto da menina. Alice continuava morando com a mãe, apesar de passar grande parte do tempo no apartamento alugado pela avó. Em um ano de tratamento médico, Dona Carla, mãe de Alice, veio ao hospital apenas quando foi chamada pelos médicos.

Segundo relato da avó, Alice e a mãe sempre tiveram uma relação muito próxima. Faziam quase tudo juntas. Carla sempre fora muito amorosa com as filhas, mas

depois do diagnóstico se afastara muito. O real da doença da filha foi tão intenso que Carla não conseguiu suportar e num momento de “loucura” comprou para filha, um caixão, relatou a avó de Alice.

A relação de Carla com sua mãe é deveras complicada. Estão sempre brigando e se acusando, principalmente, no que diz respeito ao trato das meninas.

Alice fala pouco sobre a mãe, limitando-se sempre a dizer que ela é linda, o que evidencia, ao longo dos atendimentos, um desejo de proteger a mãe frente, principalmente, as críticas que escutava da equipe que trabalhava na enfermaria.

A atitude de Carla nos coloca a pensar os efeitos que um diagnóstico difícil pode ter sobre o sujeito. Diante do horror da doença da filha e da iminência de morte, ela age. Frente ao indizível, ao impossível de simbolizar, ela revela na realidade o que não consegue traduzir em palavras.

Se pensarmos na equivalência simbólica pênis-bebê que Freud nos aponta percebemos que o adoecimento de um filho pode atualizar nos pais, especialmente na mãe, questões relativas a sua própria finitude e imperfeição. O adoecimento e o horror da possível morte da filha a remetem à sua própria ferida narcísica, a sua castração, da qual ela não quer saber. Assim afasta-se da filha a fim de se afastar também de sua própria verdade subjetiva.

No caso de Alice podemos notar como o confronto com a “provável” morte da filha se coloca de forma aterorrizadora para Carla. Lidar com a morte é algo para o qual não estamos preparados. Freud nos diz que é impossível imaginar nossa própria morte e mesmo quando tentamos fazê-la a partir da morte de outrem, é ainda no lugar de espectadores que nos encontramos. Acreditamos inconscientemente em nossa imortalidade.

A atitude de Carla de comprar um caixão rapidamente se desfez. Podemos pensar que ela apareceu como resposta imediata a todo excesso e intensidade com que Carla foi causada pela notícia do diagnóstico da filha. Confrontada com o temor da morte da mesma e todas as fantasias que decorreram daí, Carla não encontrou outros meios de “fazer falar” seu sofrimento. Posteriormente, ela pôde lançar mão de outros recursos psíquicos para lidar com a situação, tais como afastamento, negação e não querer saber.

Não cabe interpretar o ato da mãe, uma vez que não foi possível colher sua história de vida. As informações recolhidas estavam presentes no discurso da avó. O que se pretendeu com este trabalho foi trazer para reflexão como o encontro com um diagnóstico difícil e um prognóstico reservado pode ser impactante na vida de uma família e principalmente dos pais. E lembrar que cada sujeito responderá de forma singular nesse momento. O que nos põe a pensar na delicadeza do momento de adoecimento e o que isso pode suscitar em cada um, sempre prezando pela singularidade das questões e do nosso olhar sobre elas.

Tendo em vista que quando uma criança adoece, é um momento de desajuste para toda família, vale ressaltar a importância de a equipe de saúde estar atenta para os efeitos que podem recolher. Faz-se, assim, imprescindível um espaço e uma escuta disponíveis para que essa família tenha a oportunidade de falar da doença, de seus

medos, fantasias, sobre a morte do filho, sobre o agravamento da situação, sobre a insegurança e os receios que sentem.

Referências Bibliográficas

AULAGNIER, P. (1994). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. In Luis Hornstein (Org.). *Cuerpo, historia, interpretación* (pp. 117-170). Buenos Aires: Paidós.

FREUD, S. (1914). *Introdução ao Narcisismo*. In Obras Completas. Vol.14. Imago. RJ. 1969.

_____ (1923). *Organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)*. In Obras Completas. Vol 19. Imago. RJ. 1969.

_____ (1924). *A dissolução do Complexo de Édipo.* In Obras Completas. Vol 19. Imago. RJ. 1969.

_____ (1925). *Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos.* In Obras Completas. Vol 19. Imago. RJ. 1969.

_____ (1932). *A Feminilidade*. In Obras Completas. Vol 21. Imago. RJ. 1969.

MANNONI, M. (1987). Da Paixão do Ser à Loucura do Saber. Coleção Transmissão da Psicanálise No 12. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar Editor.

_____ (1995). O nominável e o inominável. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar Editor.

Notas

[*] Trabalho realizado na Enfermaria de Pediatria do HUPE, sob supervisão da Drª Maria Luiza de Sá Bustamante e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

O Confronto Com A Finitude Na Clínica Hospitalar: Da Morte Como Limite À Urgência Da Vida[*]

Elisa Lima Mayerhoffer Peralva[**]

O interesse em estudar este tema surgiu a partir da minha experiência como residente do segundo ano no setor de cirurgia cardíaca do HUPE. No cotidiano deste setor, o psicólogo é constantemente chamado para lidar com o sofrimento que escapa aos recursos médicos, a saber, a angústia proveniente da iminência ou ocorrência da morte. São situações que envolvem, por exemplo, a presença e o suporte do psicólogo diante da notícia de óbito de um paciente junto a seus familiares, o acompanhamento daquele paciente ansioso e angustiado diante da cirurgia ou ainda o atendimento do paciente que apresenta um quadro depressivo durante o pré ou pós do evento cirúrgico.

A prática clínica neste setor permite afirmar que o adoecimento do coração é uma desordem orgânica que traz para o sujeito uma ameaça de morte real e iminente, confrontando-o de forma radical com a questão crucial do ser humano: a finitude. Diversos estudos, já bastante conhecidos por nós, apontam a importância da representação simbólica conferida ao coração, o que dá ao adoecimento deste órgão um sentido especial, de encontro com o limite, com a perda vivenciada no próprio corpo. O paciente acometido por um problema cardíaco muitas vezes nem sabe o que é uma artéria, uma safena ou uma válvula, mas é capaz de sentir o limite entre vida e morte se estreitando. A cirurgia, como o último recurso de tratamento, é algo ainda mais radical, pois implica uma invasão no corpo que deixa marcas físicas e psíquicas. Podemos dizer, assim, que não se trata apenas de um corte no peito, mas de um corte na vida do sujeito.

Nos atendimentos realizados com os pacientes submetidos à cirurgia e internados no CTI, pude perceber que o limite imposto pela possibilidade da própria morte remetia estes sujeitos a uma releitura sobre a vida, fazendo surgir uma outra dimensão da urgência: a urgência subjetiva, aquela que implica, desde Freud, o inconsciente. Neste momento, podemos apontar a pergunta que motiva e embasa este estudo: quais as questões que o confronto com a finitude relança para o ser falante?

A partir da abordagem psicanalítica, procuramos destacar que a morte, enquanto limite, engendra uma dimensão de urgência, impulsiona a vida através das questões que mobiliza em cada sujeito. Neste sentido, cabe ressaltar que a presença e a

escuta do psicanalista permitem que algo deste confronto com a finitude possa ser encaminhado pela fala. O sofrimento e a angústia decorrentes da constatação desse caráter finito da vida humana autorizam a inserção do psicanalista nas diversas unidades de tratamento que integram o hospital e exigem, ao mesmo tempo, a sustentação do seu rigor ético perante os outros discursos, pois não podemos esquecer que o discurso predominante no hospital é o discurso médico. Porém, diferente do médico, que trabalha a partir dos sintomas, daquilo que pode ser observado, que é possível ser tocado e do que se ausculta, o psicanalista aposta na dimensão subjetiva que possa situar-se em referência ao adoecimento. A entrada do psicanalista na instituição hospitalar possibilita, assim, uma abordagem na qual o sujeito não é apenas um corpo doente, cuja saúde perdida deve ser recuperada, mas que há aí um ser falante marcado pelo desejo.

Diversos autores contemporâneos têm procurado investigar com se dá esta inserção do trabalho e da escuta analítica diante das situações emergenciais que o hospital comporta. Moura (2000) denomina de "clínica da urgência" esta prática atípica com a qual o psicanalista irá se confrontar. Ela nos diz que a urgência se caracteriza por uma dificuldade do paciente em sustentar sua dimensão de sujeito, tamanha a perplexidade frente aos distúrbios orgânicos que promovem uma ruptura em sua vida cotidiana. Neste momento, além de estar exposto a procedimentos clínicos e cirúrgicos invasivos, o paciente é deslocado do convívio familiar, de seus hábitos de vida, despojado de suas vestes para ficar acamado num leito. Enfim, ele é destituído das referências que o apóiam enquanto sujeito.

A clínica psicanalítica na urgência é permeada por situações de emergência, acasos de vida, acontecimentos que são imprevisíveis não apenas para o paciente, mas também para o profissional, o que nos remete a uma outra temporalidade do fazer analítico. O tempo da urgência pressupõe um tempo diferente daquele com o qual estamos acostumados a realizar os atendimentos no consultório. Trata-se de um tempo inesperado, uma outra velocidade na qual analista e paciente estão submetidos. Em quantas ocasiões, acontece de atendermos o paciente uma ou duas vezes e depois não mais o encontrarmos. Algumas vezes, retornamos e descobrimos que o paciente morreu, foi transferido de setor ou recebeu alta. De acordo com Oliveira (2003), estas são situações em que o nosso tempo comum "precisa ser trabalhado pelo pincel do ouvido, precisa ser deformado, encolhido, esticado, recortado – quase numa anamorfose temporal – para que o trabalho seja viável" (p.48).

A urgência exige que o psicanalista, de forma contrária, possa instalar a pausa para não correr o risco de atender um pedido a qualquer custo, deixando para trás o tempo que mais lhe interessa: o tempo do sujeito. Falar deste tempo do sujeito significa poder manejar a pressa dos outros discursos, como o médico, para sustentar algo da urgência, no sentido daquilo que urge para o sujeito. Para a psicanálise, aquilo que urge diz respeito à urgência pulsional.

Temos, então, que diante da urgência orgânica surge a urgência psíquica, e é diante desta urgência que a escuta do psicanalista será direcionada, atravessada por uma questão crucial: a morte e as questões que esta relança para o sujeito. Vejamos, agora, de forma mais detalhada as contribuições trazidas por Freud acerca do tema da morte e como elas nos auxiliam a pensar numa dimensão de urgência da vida diante do limite que a morte acarreta.

No ensaio intitulado “Nossa atitude para com a morte” (1915), Freud dedica-se ao estudo sobre o que chama de “atitude cultural e convencional” do homem em relação à morte. Ele observa que existe uma forte tendência do homem de eliminar a morte da vida e afirma que pensar na própria morte é para qualquer sujeito algo impossível, pois “no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (ibid, p. 327). O que podemos destacar deste célebre texto de Freud diz respeito exatamente a esta impossibilidade da representação da própria morte no inconsciente, sendo somente a partir da dimensão da perda que o homem se vê confrontado com a própria finitude. Para Freud, assim como em muitos outros pontos de nossa vida psíquica, o homem primeiro permanece inalterado em nosso inconsciente. Admitimos a morte do outro e podemos, inclusive, desejá-la inconscientemente. Porém, não reconhecemos nossa própria finitude e, quando a morte nos leva alguém que nos pertence, estas duas atitudes para com a morte entram em conflito.

O que gostaríamos de enfatizar neste estudo é que ao tratarmos da morte, estamos nos referindo à noção de perda e esta, para a psicanálise, encontra-se intimamente relacionada ao conceito de castração. Freud, ao conceber que a própria morte não possui representação possível no inconsciente, se vale da noção de castração, uma vez que esta pode ser vivenciada tanto na experiência de separação das fezes como na perda do seio da mãe devido ao desmame, vivências que ganharão uma dimensão de perda a partir da fase fálica. Segundo Freud, a angústia de morte é, na verdade, angústia de castração diante da perda e da separação.

O que é importante ressaltarmos é o fato de que, enquanto representante da perda do objeto e da lei, a castração, colocada desde o campo do Outro, opera a abertura ao desejo. De acordo com Vidal (1984), Freud constrói um mito para explicar a associação entre desejo e lei implicada na castração, e indaga: não seria o parricídio uma maneira de situar a falta do Outro?

Em *Totem e Tabu* (1913), Freud atribui ao mito da horda primitiva a origem da sociedade e da cultura a partir de uma morte. No primeiro tempo do mito, o pai é o possuidor de todas as mulheres e interdita todos os filhos de possuí-las. Os filhos então se reúnem e matam o pai com o intuito de possuir tudo o que este possuía, acreditando na conquista da liberdade e do gozo ilimitado. Este ato parricida dos filhos caracteriza-se como irreversível e pressupõe uma identificação com um traço ao incorporar uma parte do pai na comida totêmica. Ao incorporarem o pai, percebem que na verdade ninguém poderá ser como ele e possuir todas as mulheres, e se comprometem a transmitir a interdição para as próximas gerações.

Segundo Vidal (1984), Freud concebe através deste mito questões fundamentais do inconsciente. O pai do primeiro tempo é o pai cruel, aquele que não está sujeito à lei, sendo que para ele a onipotência e o gozo são ilimitados. O assassinato do pai tem como função introduzir a falta e a castração deste pai. O mito traduz a relação do sujeito com o Outro, permitindo a passagem do Outro não barrado ao Outro Barrado, e instaurando num só tempo o desejo e a lei.

A castração constitui, assim, a metáfora da morte no psiquismo, vinculando-a a lei e ao desejo. Aqui, desejo e morte, morte e vida, encontram-se entrelaçados, uma vez que a morte presentificada pela castração e pela dimensão da perda, é o que permite o acesso à vida e ao desejo. A partir desta abordagem, podemos considerar

a morte como o limite que aponta para a possibilidade da vida, entendendo esta como o deslizamento do desejo.

Diante do sujeito confrontado com a iminência da morte, a psicanálise aposta na fala como aquilo que pode ajudar o ser falante a situar algo da finitude, oferecendo a escuta para aquele que, mesmo tendo a vida perto do fim, precisa ser relançado como sujeito desejante. Nesse sentido, a morte para a psicanálise não remete ao fim, à impossibilidade da escuta, mas sim ao que urge para o sujeito. E a urgência está além do biológico, ela está no desejo e, como Freud nos indica, em seu caráter indestrutível.

Nesta ocasião, podemos questionar: diante da iminência da morte, o que é urgente para o sujeito? É o que nos propomos a pensar, a partir de um breve relato de um caso atendido por mim no CTI da cirurgia cardíaca do HUPE.

O paciente, a quem chamaremos de João, estava com 73 anos quando foi transferido de um hospital da rede municipal para o CTI da cirurgia cardíaca do HUPE. Sua história clínica me parecia bastante comum a de outros pacientes que chegavam ao setor. Após sentir fortes dores no peito, foi internado com o diagnóstico de enfarto agudo do miocárdio. No entanto, um aspecto peculiar havia chamado minha atenção em nosso primeiro encontro. Ao contrário da maioria dos pacientes internados no CTI que costumam não falar muito nesse momento, muitas vezes pela própria debilidade física que se encontram, Sr. João pôde contar fatos marcantes e importantes de sua vida. Falou de sua relação com a esposa, da filha que tinha se divorciado do marido, da neta que morava com ele. Enfim, muitas coisas foram relatadas naquele contato a partir de um convite: “Me fale um pouco sobre como o senhor chegou até aqui?”.

Convite feito, Sr. João teceu, naquele mesmo instante, uma verdadeira narrativa histórica sobre sua vida. Nascido em Portugal, contou-me que havia deixado seu país ainda muito jovem, com 17 anos, para tentar uma vida melhor no Brasil. Mesmo aposentado há alguns anos, Sr. João era um homem ativo, criava galinhas e pássaros em seu quintal e não gostava de ficar parado, sem ter alguma atividade. Gostava de trabalhar, de sustentar a família, de ser o chefe da casa. Considerava-se bem sucedido, pois depois de toda sua luta possuía alguns bens. Além disso, mencionava com orgulho o fato de todos os filhos possuírem curso superior, sendo ele um semi-analfabeto. Sr. João era casado há 50 anos, completos durante a internação, com Maria, uma brasileira “mulata”, como ele a descrevia. Com ela teve quatro filhos (uma mulher e três homens). Dizia ser um marido português machista e mandão, mas que sua esposa também não era fácil, pois ela era tão teimosa e “mandona” quanto ele[1].

Após esses relatos, que aconteceram em dois encontros, Sr. João teve que ser operado de urgência. Sr. João não morreu naquele dia, mas a partir dessa cirurgia passou a travar uma luta diária contra a morte. Foram exatamente 93 dias de internação no CTI até o seu falecimento em meados de maio de 2006. No pós-operatório o estado de saúde Sr. João teve uma evolução difícil, ele tinha dificuldades para respirar sem ajuda de aparelhos e seu coração não respondia as expectativas de melhora intencionadas pela cirurgia. Várias tentativas frustradas de desmame[2] foram feitas, optando-se, assim, por uma traqueostomia[3].

Após este procedimento Sr. João mais do que não poder falar, não queria mais falar. A equipe demandava o atendimento da psicologia e a quase todo momento pediam que eu interviesse: “Sr. João precisa de você, ele está muito deprimido, conversa com ele”. A decisão médica foi prescrever um antidepressivo. O quadro se agravou e o parecer médico foi assertivo: “Agora só um milagre, as chances dele são mínimas”. Membros da equipe tentavam prever o imprevisível, com falas do tipo: “Dessa semana ele não passa” ou “Ele está deprimindo, ele está desistindo de viver”. Mas, Sr. João continuava ali, debilitado, mas lúcido. Ele ainda não havia morrido.

Sr. João estava deslocado da posição de dono de seu destino. Onde estaria o chefe de família, o marido português machista? Suas referências enquanto sujeito despencaram-se, deixando-o exposto a uma destituição selvagem. Sr. João se via, assim, destituído dos significantes que ancoravam sua subjetividade. Intubado, traqueostomisado, vivia o limite, a perda, a castração no próprio corpo. Frente à violência e radicalidade desta destituição, o João que falava deu lugar ao João que não podia falar, talvez por não encontrar palavras que pudessem nomear aquilo que se encontra na ordem do irrepresentável, do inominável: o confronto a própria morte. Imerso no sem-sentido, as palavras de Sr. João caem, revelando o puro sofrimento, a imersão total na angústia.

Ao longo deste período de três meses, me dirigia quase todos os dias ao leito de Sr. João. Perguntava como estava se sentindo, como havia passado a noite anterior. Trazia fatos de sua história que ele mesmo havia me relatado, falava sobre sua coragem, sua luta durante toda a vida, dava notícias da esposa e dos filhos. Explicava o porquê de cada procedimento, dos aparelhos. Numa dessas vezes, quando perguntei como estava, ele balbuciou chorando “Eu vou morrer”. Esta fala o acompanhou durante todo o tempo no CTI.

Porém, numa dessas ocasiões em que fui ao seu encontro, perguntei se ele estava precisando de alguma coisa, se sentia falta de algo naquele momento. Ele respondeu apenas com uma palavra: “conversar”. A partir deste dia, não deixei um só dia de falar-lhe. A vida existe pela palavra e, já que Sr. João não podia falar, emprestei-lhe minhas palavras na tentativa de dar algum sentido para o que estava vivendo. Trazia a vida, a escuta e as palavras interditadas pelo confronto com a própria morte para dentro do CTI. A condução do atendimento procurava instituí-lo, situá-lo diante do seu vivido, buscando em seu próprio relato anterior pontos de ancoramento de seu desejo.

O atendimento de Sr. João nos permite afirmar que a oferta de escuta e o convite à fala possibilitaram uma narrativa, uma construção em palavras, revelando uma dissimetria entre o que se pergunta e o que o paciente diz. Ao receber o convite do analista, Sr. João nos remete a um outro tipo de urgência: a urgência psíquica. Ante a possibilidade de morte, o paciente fala da vida. Fala de Portugal, das suas origens, do seu percurso na vida até a ocasião da internação. O urgente neste momento não era a chegada à enfermaria, mas a chegada ao Brasil. A partir da oferta de escuta, o paciente situa, então, pontos que lhes são urgentes na vida.

A partir do relato deste caso clínico, cabe, portanto, a questão: Como intervir enquanto a morte não vem? Como bem coloca Moura (2000) a presença do psicanalista no hospital acarreta um suposto saber sobre a morte e deste lugar ele é convocado a intervir e atuar.

O que podemos destacar do caso clínico é a possibilidade de sustentar uma escuta, uma função, uma presença, durante todo o tempo de permanência de Sr. João no CTI. Alguns poderiam nos interrogar: o que esta presença difere da presença de outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas? A presença e a escuta do psicanalista estão pautadas num conceito definido por Lacan como desejo do analista. O paciente coloca o analista na posição de alguém que possui um saber sobre ele, porém, o analista não se identificará com esse saber, não respondendo de onde o paciente gostaria e decidindo sobre o sentido das palavras que lhes são direcionadas. Situado no campo do Outro, o desejo do analista implica um desejo dessubjetivado, um apagamento do eu do analista, colocando em evidência o objeto do desejo do paciente.

Localizamos em nosso relato esta escuta diferenciada quando, diferentemente de outros profissionais, o analista acolhe e recolhe a fala do paciente que diz que vai morrer. Pude observar que tanto a equipe como os familiares tentavam aplacar a angústia que sentiam diante deste "dito", dizendo constantemente para o paciente que ele não falasse mais isso. O psicanalista é aquele que, a partir do acolhimento e da escuta das questões que a iminência de morte lança para o paciente, permite que este situe pontos de urgência na vida.

O atendimento de Sr. João nos remete a esta sustentação da escuta não apenas num primeiro momento, onde no confronto com a finitude, a oferta de escuta lança um convite de releitura sobre sua vida, mas também quando suas "chances eram mínimas". Neste momento, a presença e a escuta do psicanalista possibilitaram sustentar, até a sua morte, de que ali existia um ser falante, um sujeito, para quem conversar fazia falta, indicando, assim, o lugar e a função do analista.

Diante do confronto com a finitude, a aposta da psicanálise é possibilitar, a partir da escuta, a abertura ao sujeito do desejo, relançando questões sobre a vida. Vimos que a própria morte, irrepresentável no inconsciente, pode ser experimentada pela dimensão da perda, da morte simbólica conferida na castração. Neste sentido, a morte e o limite são abordados pela psicanálise como via de acesso à vida e ao desejo.

"Enquanto a morte não vem" é algo que está colocado para qualquer sujeito, não apenas para o paciente internado. No entanto, no hospital ela se presentifica de forma avassaladora, deixando o sujeito frente a frente com a sua própria finitude. "Enquanto a morte não vem" é a questão da vida: vamos todos vivendo enquanto ela não chega, já que existe aí um ponto de indeterminação. Portanto, quando falamos da morte é da vida que estamos tratando. Lembremos novamente a frase que finaliza o texto de Freud em "Nossa atitude para com a morte" (1915): "Se queres suportar a vida prepara-te para a morte". A finitude, colocada para todos os sujeitos, engendra uma urgência: a urgência da vida, a urgência do desejo.

Referências Bibliográficas

FREUD, S. (1915) "Reflexões para os tempos de guerra e morte". In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

_____(1913) “Totem e Tabu”. Op. Cit., v. XIII.

_____(1916) “Sobre a transitoriedade”. Op. Cit., v. XIV

_____(1917) “Luto e Melancolia”. Op. Cit., v. XIV.

LABAKI, M. E. P. *Morte*. (Coleção clínica psicanalítica).São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOURA, M. D. (org) *Psicanálise e Hospital*. 2ª ed. Rio de janeiro: Editora Revinter, 2000.

_____ “Psicanálise e urgência subjetiva” In: MOURA, M. D. (org) *Psicanálise e Hospital*. 2. edição. Rio de janeiro: Editora Revinter, 2000.

_____*Psicanálise e Hospital –3: Tempo e morte – da urgência ao ato analítico.* Rido de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

OLIVEIRA, W. “Um tempo inesperado” In: MOURA. M. D. (org) *Psicanálise e Hospital –3 : Tempo e morte – da urgência ao ato analítico.* Rido de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

RINALDI, D. “Morte e subjetividade” In: *Anuário Brasileiro de Psicanálise*. Relume Dummará, n° 3, p. 79, 1995.

VIDAL, E. A. “A questão do objeto no campo freudiano” In: BIRMAN, J. e NICÉAS, C. A. (org) *O objeto na teoria e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Ed. Campos, p.128-141, 1984.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no setor de Cirurgia Cardíaca do HUPE/UERJ, sob a orientação das preceptoras Sheila Orgler e Glória Castilho e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] A família do paciente foi acompanhada por mim durante o período de internação, porém, não entraremos em mais detalhes sobre tal acompanhamento nesse estudo, uma vez que nosso objetivo é enfocar o atendimento realizado com o paciente. No momento, podemos ressaltar o quão fundamental é a oferta de atendimento aos familiares, possibilitando o acolhimento da angústia que vivenciam em decorrência da internação de um ente querido.

[2] Processo que consiste em separar o paciente da dependência do ventilador mecânico, aparelho que auxilia na respiração.

[3] A traqueostomia consiste num procedimento que transfere o tubo de oxigênio proveniente da ventilação mecânica direto para a traquéia através de uma pequena cirurgia, que pode ser realizada no próprio CTI.

A urgência como questão no setor de Cirurgia Cardíaca[*]

Gisele da Silva Bandeira[**]

"Toda urgência engendra uma superação pela palavra". Essa afirmação de Lacan nos lança à questão imprescindível do possível da prática "psi" no enquadre de uma instituição hospitalar cuja rotina são as situações emergenciais e as urgências que a atravessam todo o tempo e que requerem pronto socorro. Num hospital, diante da diversidade de discursos e saberes, o psicólogo é mais um chamado a responder ao sofrimento humano e o faz com uma ação que necessariamente se difere daquelas agenciadas pelo discurso médico ou outros. Nem medidores de pressão, respiradores ou dobutamina, seu instrumental de trabalho é a palavra; a presença que situa um lugar para a fala do sujeito através da oferta da escuta de sua singularidade, o que leva o profissional "psi" ao desafio de sustentar a especificidade de seu trabalho num espaço onde se busca a cura e as situações exigem pressa. Mas como o psicólogo pode atuar frente a esse chamado na urgência? E a qual urgência se trata de responder?

Nas enfermarias e centros de terapia intensiva de um hospital vive-se a radicalidade que uma internação pode representar para uma pessoa. A internação hospitalar e as circunstâncias que a envolvem conjugam de modo peculiar condições de desestabilizar trajetórias de vida. O que se dá é que quando alguém é atingido no corpo por uma emergência, algo inesperado como um acidente, a falência súbita de algum órgão, ou quando a partir do corpo debilitado fica-se perdido questionando o que foi e o que é sua própria vida, isso provoca um verdadeiro "abalo sísmico" no "equilíbrio" psíquico, impactado que está pela emergência das fantasias mais temíveis, de questões subjetivas cruciais e, inicialmente, da impossibilidade de significar tais acontecimentos, marcando algo sem-sentido, indizível. Essas circunstâncias que impõem uma confrontação do indivíduo com o limite, as quais *a priori* não se está preparado para enfrentar – a doença, a morte, o inesperado afinal -, diante do que fica-se preso em uma perplexidade que cala, deixa atônito como num tropeço, marcam para o psicólogo inserido no hospital um encontro com a clínica da urgência. Porque ali não é só de urgência física que se trata no sentido de emergencialmente ter que socorrer um corpo que padece, mas há também, e com uma radicalidade ímpar, a urgência psíquica. Urgência de um sujeito que, a partir de uma internação, vê vacilarem, ruírem as construções de sentido que faz para si (quem sou) e para sua história pessoal.

O setor de cirurgia cardíaca é campo privilegiado para levantar estas reflexões, já que é atravessado o tempo todo e de maneira incisiva pela urgência. Nesta unidade, onde o protagonista é o C.T.I, os pacientes encontram-se em estado grave, sedados, ligados a aparelhos, alimentados passivamente por sonda, dependentes. Ali a incidência da urgência é escancarada. Seja a urgência do pronto-atendimento a um coração que ameaça parar ou a uma família que vê um dos seus partir e precisa de uma "presença-testemunha"[1] que sirva de continente para sua dor; seja de alguém que precisa de respostas urgentes: "vai dar tudo certo não vai?", muitos nos perguntam. Enfim, a urgência da luta pela vida, das ações e decisões rápidas por parte da equipe médica, da necessidade de ressituar-se e como que ser "resgatado" diante do sem-sentido, do inaceitável que, exemplo, a indicação de uma cirurgia no coração pode situar. Quando é o coração que adoece – este órgão que carrega o peso de simbolizar a própria força da vida - e sobretudo quando se precisa tratá-lo cirurgicamente, pode-se imaginar com que força advém o confronto com a possível finitude mobilizando angústia, dor de medo desse coração doente parar de bater. Nas palavras de um paciente, o coração é o "relógio da vida, e se ele pára...". E quantas vezes estes pacientes não se vêem ameaçados, com suas vidas na dependência de que os ponteiros deste relógio continuem a correr .

Eis o cti de portas abertas. É esse o contexto onde realizamos um trabalho com sujeitos enfermos que se vêem confrontados com situações-limite que aí se mostram em diferentes roupagens: limite de alguém que está restrito ao leito, que não pode falar ao ser entubado, que vê perdida sua autonomia; enfim, limites impostos pelo adoecer que, de modo mais ameaçador, presentificam um legítimo drama onde a vida flerta com a morte a todo tempo. Lá, onde a química dos medicamentos vem sanar as dores do corpo, persiste um sofrimento não passível de ser reduzido aos cuidados da medicina. Qualquer coisa da ordem do inapreensível, irremediável, do que no entanto é preciso cuidar. Há nesta unidade de cirurgia cardíaca uma atmosfera sempre permeada por algo que escapa à possibilidade de compreensão. "Por que comigo?", perguntam muitos no cti – esta sendo apenas uma das perguntas para as quais não se tem resposta. E é exatamente isso que lança o indivíduo numa urgência subjetiva.

As situações vivenciadas ali potencialmente trazem uma urgência visto que engrendam uma pressa. Há pressa no sentido do tempo, de ter que prontamente acolher com um lugar de escuta a queixa de alguém que sofre mas, para além disso – e é o ponto que queremos discutir neste trabalho – o paciente vive uma urgência psíquica porque quando seu coração se faz ouvir frente a um infarto, um diagnóstico que acene a iminência de sua própria morte, algo inesperado, ele se depara com uma destituição muitas vezes selvagem. Acha-se destituído subjetivamente na medida em que há neste momento crítico uma ruptura na qual suas referências simbólicas não o sustentam mais e ele se vê então mergulhado na angústia. "As situações de perda, seja de pessoas queridas (morte), da condição de "sadio" (doença), da condição de "inteiro"(cirurgia) se caracterizam na urgência por rupturas e descontinuidades"(Moura, 2000, p.8) Quebra na cadeia das referências significantes onde o sujeito se ancora para se identificar e referenciar-se. Descontinuidade lá onde o sujeito, como efeito singular de significante pode dizer "Eu sou...". O paciente no cti fica desnudo: de suas roupas, seus objetos pessoais, de sua imagem corporal habitual, de sua rotina, pontos de construção desta imagem-de-si que até então o recobria.

É aí onde se instaura a crise, o traumático, onde vacila o lugar simbólico que referencia o sujeito. Neste momento as ilusões, garantias e verdades do sujeito são postas à prova por força de uma circunstância em sua vida que, vinda de fora, atinge e abala a sustentação de onde o sujeito se reconhece e se define. Vacilante, ele se interroga ao invés de poder afirmar "Quem sou eu agora?". É daí que vai poder fazer um chamado ao psicólogo. Mas, no aqui e agora da clínica da urgência, o que podemos do lugar que ocupamos?

Uma paciente de 56 anos internou-se, com um quadro de angina instável, após ter ouvido do médico sobre a gravidade de seu caso e a conseqüente indicação de uma cirurgia de revascularização. Nos atendimentos relata estar neste momento "apavorada", porque embora tenha sofrido um princípio de infarto há seis anos atrás, disse ter podido continuar com sua vida normalmente. A necessidade do tratamento cirúrgico lhe colocava agora uma série de questões cruciais; ela sentia-se confrontada com o risco iminente que a cirurgia vinha com toda força representar para ela. Pensou em vários momentos desistir de operar-se. A realização do procedimento cirúrgico parecia-lhe incompatível com a possibilidade de levar sua vida da mesma maneira. Dizia que desde muito cedo assumiu todas as responsabilidades de casa. "Eu sempre resolvi tudo", afirmava inúmeras vezes. Isto a fazia questionar-se, perplexa: "Como vão ser as coisas com esta cirurgia? O que poderei fazer depois de operada se sou eu que cuido de tudo na minha casa pro meu marido e filhos? Vou ter que ficar quieta de repouso e quem vai fazer as coisas?". O que essa paciente fazia era indagar-se todo o tempo procurando respostas lá onde as referências onde se alicerçam a construção de sentido que faz para si pareciam claudicar: ela era até então uma mulher "forte", que tudo decidia e providenciava e, diante da condição de mulher doente, parecia-lhe inevitável formular a pergunta sobre o que seria ela agora.

Contudo, a possibilidade de falar e a partir desta situação-limite perguntar sobre si e sobre sua história, questionamento que muitas vezes traz como pano de fundo a pergunta por que comigo?, é o que pode favorecer a alguma mudança, alguma elaboração desta dor e sofrimento. E o sujeito só vai poder se perguntar a partir da oferta de um lugar, oferta feita pelo psicólogo e criada na própria relação com o paciente.

Lacan nos diz que com a oferta se cria a demanda. Deste lugar demarcado por uma escuta diferenciada que recolha os pontos de urgência visando dar-lhes uma direção, o sujeito vai poder endereçar sua interrogativa. Esse é o nosso desafio: criar este endereçamento, viabilizar que o paciente nos coloque no lugar do Outro que sabe sobre ele e que pode responder às interrogações acerca de seu sofrimento, mas, é claro, não sem o aval da transferência. Porque, quando isso acontece, podemos, ao invés de nos obstinarmos a responder às indagações, sustentá-las instigando o sujeito a um trabalho, a um querer saber das questões que o interpelam e que emergem diante do inexplicável.

Ou seja, diante da urgência o que podemos é acolher e fazer trabalhar esta urgência manejando a pressa exigida pela situação com o tempo necessário para que surja uma demanda a ser formulada em palavras. Se o paciente encaminha uma pergunta a seu próprio respeito esta é a via possível de uma retificação que o permita reposicionar-se diante de si e sua doença.

O que urge é que o indivíduo se restitua desta destituição (restituir-se na posição de sujeito), que possa ser ajudado a falar lá onde ficou sem palavras. E falando, possa, para além de esvaziar algo de sua dor, produzir uma construção significante que possa novamente conferir sentido à sua existência; uma construção que o determine enquanto sujeito. A escuta viabiliza que o sofrimento seja simbolizado pela via da palavra, o que pode levar o indivíduo a se localizar frente a seu mal-estar, podendo tomar partido de seu próprio tratamento. Há então um tempo necessário para que a urgência se extinga; um tempo onde o sujeito vai podendo retomar a cadeia significante, tempo durante o qual vai sendo permitido a ele reconstruir as verdades e significações que o momento de crise veio abalar.

Na unidade de cirurgia cardíaca, num clima sempre permeado por algo que escapa à possibilidade de compreensão, lá onde a rotina traz situações que demarcam para o sujeito algo da ordem do indizível diante de um acidente que atravessa sua trajetória desestruturando-a, pode-se dar voz à angústia que emerge. Com isso, pode-se permitir fazer passar pelo discurso porque "enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que a vida persiste, pois ao falar, a história do sujeito se desenvolve para além do corpo biológico"(Valentim, p. 10).

Nosso trabalho é sustentar uma clínica que tenta ouvir o sujeito para além daquela cena ensurdecedora dos aparelhos que monitoram seus batimentos cardíacos. Ali onde se está assujeitado às situações inesperadas, aos tropeços da vida, permitir que o limite imposto por estas gere uma urgência de falar e uma emergência do desejo por que é lá onde se depara com o limite que se pode afirmar o desejo de viver. É nisso que apostamos.

Referências Bibliográficas

MOURA, M. Decat de. Psicanálise e Urgência Subjetiva In: Moura, M. D. (org) *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VALENTIM, J. O trabalho psicológico no hospital. Extraído da tese de doutorado *Espaço Cirúrgico: Um lugar mal-as*sombrado. São Paulo, Puc-SP, 2002

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no setor de Cirurgia Cardíaca, supervisionado pela preceptora Sheila Orgler e

[**] Psicóloga, Residente do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] Em seu texto "Psicanálise e urgência subjetiva" Moura (2000) refere-se à inserção do psicólogo no contexto hospitalar nos termos de uma "presença-testemunha", onde a própria presença do terapeuta com sua oferta singular de escuta e sua disponibilidade pode testemunhar a dor e o sofrimento do paciente.

Trabalhando em Equipe e Trabalhando a Equipe: Limites e Possibilidades da Inserção da Psicologia na Equipe Multidisciplinar[*]

Ana Beatriz R.de Castro; Renata O. Fidelis; Taís D. Donati[**]

O cotidiano do serviço de cirurgia cardíaca está repleto de situações que mobilizam a equipe, que trabalha com uma rotina de atendimento mais intensiva em um clima de tensão e apreensão diante da morte iminente. Além da tensão da equipe, convivemos também com a aflição dos pacientes e seus familiares.

Diante de um protocolo de procedimentos definidos, qual o espaço para se pensar no impacto da morte ou nos efeitos da cronificação dos pacientes sobre a equipe? Parece que tudo ocorre quase que no automático, em um espaço amplamente biotecnológico, e, essas questões ficam quase que sufocadas, mas provocando efeitos sobre todos. A partir disto, nos propomos a pensar qual a importância da reunião de equipe (coordenada pela psicologia) realizada no setor e como esta pode funcionar construindo um espaço, onde aquilo que provoca angústia possa ser apalavrado.

Tendo como ferramenta o referencial teórico da Análise Institucional, entendemos que instituição não se confunde com estabelecimentos que são conjuntos prático-concretos organizados para determinados fins. Diferente destes, a instituição é um conceito que explica o modo pelo qual se reproduzem nas organizações às formas das relações sociais dominantes na sociedade. Ela está presente ou atravessa todos os níveis de uma dada formação social. Coimbra (1995) citando Lourau afirma que este conceito designa a produção e reprodução das relações sociais dominantes tanto nos pequenos grupos como na estrutura das organizações.

Sendo assim, instituição é um conceito que implica na análise das formas instituídas (naturalizadas e fixadas como: lei, regulamento, hora...), das forças instituintes (linhas flexíveis, desejos e necessidades da criação de novas normas e formas...) e dos processos de institucionalização (reconhecimento de uma nova norma). Ao se esquecer as origens do instituído, este é tomado como natural, quando na verdade é produto de uma história, que fica oculta. Explicitar isto que está oculto, produzir um estranhamento sobre aquilo que está naturalizado é um trabalho difícil, mas que deve ser realizado constantemente.

Mas, como viabilizar que a reunião de equipe possa funcionar como um espaço de análise do funcionamento institucional diante das dificuldades de se reunir as pessoas que fazem parte do processo: “hoje o CTI está muito agitado, não vai dar para ir à reunião.”, se justificava uma enfermeira. Entretanto, algumas situações provocam uma necessidade de reflexão. Situações estas que se tornam analisadores dos movimentos institucionais. Os analisadores são elementos introduzidos por diferentes tipos de contradições na lógica habitual da organização que enuncia as suas determinações, explicitando as operações que revelam a estrutura institucional. Para Lapassade (1977) *é o analisador que realiza análise.* Coimbra (1995) afirma que:“as situações falam por si, analiticamente, mais que qualquer analista, posto que também está atravessado por ela”.

A partir da “revelação” feita pelo analisador podemos pensar num outro dispositivo/conceito da Análise Institucional que é fundamental neste trabalho, a análise de implicações. Diferente da metafísica cartesiana que assume uma relação de objetividade e observação entre sujeito e objeto, a análise institucional desnaturaliza o lugar de observador e inclui na análise o lugar que este ocupa nas relações institucionais. “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise das minhas próprias implicações) é ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc.” (COIMBRA, 1995).

Uma enfermeira dizia em uma reunião: “o médico prescreveu e a enfermagem não pode questionar.” “O cirurgião só opera, a gente é que agüenta as complicações do pós (-operatório)”, comentário da equipe de enfermagem, que se contrapõe a um relato do cirurgião em outra reunião, falando o quanto ele ficava mobilizado quando o paciente que ele operou progredia mal. Podemos perceber que há uma hierarquia cristalizada e um questionamento a respeito, mas essencialmente em forma de queixa, que não coloca em análise as implicações de cada membro da equipe referente à (re)produção destes fatos.

Existem discursos circulando que precisam de um espaço onde haja troca, um espaço onde cada profissional possa se colocar e propiciar a comunicação e a mudança de padrões e discursos cristalizados. É preciso que se saia de uma posição de queixa para se analisar a implicação de cada um dentro da equipe. Diante desta tarefa árdua será que há uma abertura possível para se pensar a importância da dita “reunião da psicologia”?

Reunião da psicologia ou reunião de equipe? Reflexões sobre a configuração deste espaço.

O espaço da reunião de equipe foi construído através da demanda de alguns membros da equipe de enfermagem dirigida à psicóloga do setor. Este espaço foi pensado como um lugar de troca entre os membros da equipe multidisciplinar: médico, cirurgião, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, etc. Desde que começou a funcionar percebe-se um movimento de esvaziamento e presença da equipe que varia de acordo com a urgência das situações vivenciadas e as necessidades de dividi-las e com a implicação de cada um dos membros. Mesmo nos períodos de esvaziamento, a posição da equipe de psicologia é manter o espaço, buscando atrair os profissionais com definição de temas, atividades de dinâmica de grupo, entre outras atividades.

Diante do esforço da equipe de psicologia em manter o espaço é comum vê-lo definido como “reunião da psicologia”. Entretanto, o esforço é de justamente fazer com que a equipe se aproprie deste espaço, mas entendemos as dificuldades que perpassam este movimento da equipe. Freqüentar um espaço onde se questionam as condutas, onde possam colocar suas dificuldades e ouvir as dificuldades do outro, sem pessoalizar o que é processo, tem se mostrado muito difícil. Além disso, a urgência orgânica e as dificuldades institucionais (equipe reduzida, esquema de plantões) também colaboram para a ausência da equipe neste espaço.

“Por outro lado, não há como mudar as formas de relacionamento nas práticas de saúde sem que aumentemos os graus de comunicação, de conectividade e de intercessão (Deleuze, 1992) intra e intergrupos nos Serviços e nas outras esferas do sistema. Chamamos de transversalidade (Guattari, 1981) o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores, sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal”.
(BARROS, R. B.; PASSOS, E, 2005)

Assim, para que a reunião possa funcionar como um espaço potente de trocas tem que haver um aumento do grau de transversalidade da equipe, um aumento do produto da elucidação das relações entre a horizontalidade e a verticalidade. Havendo uma clareza dos diversos tipos de entrecruzamentos (políticos, sociais, libidinais, ideológicos...) que atravessam nossas vidas. Apenas assim podemos entender melhor a dimensão coletiva das produções institucionais.

Trabalhar a equipe: função do psicólogo?

Algumas vezes, o psicólogo é visto e se vê como um corpo estranho à equipe, alguém que observa, analisa, avalia e propõe mudanças à equipe, sem se questionar sobre sua implicação. Será que não somos atravessados também pelas dificuldades de se trabalhar em equipe? Será que também não ficamos mobilizados com a morte de um paciente?

Entendemos que todos os profissionais que trabalham em uma instituição são atravessados por dificuldades semelhantes e lidam, cada saber com sua especificidade, com uma pessoa que não pode ser vista compartimentalizada.

A formação do psicólogo o capacita a ouvir e trabalhar as angústias do paciente e, por que não, da equipe. Só devemos nos lembrar que também fazemos parte desta equipe. Garantir que a palavra circule e que os diferentes discursos possam dialogar é uma posição ética que deve ser defendida pelo psicólogo. Só assim podemos falar de um trabalho de e com a equipe.

Passaremos agora ao relato de duas situações vivenciadas no serviço de Cirurgia Cardíaca que funcionaram como analisadores dos processos institucionais:

Primeira situação:

Um paciente estava internado no CTI cardíaco há meses, apresentando problemas nas articulações e com complicações decorrentes da própria internação. Sem melhora considerável do quadro, já havia sido entubado sucessivas vezes, e naquele momento recebia apenas cuidados paliativos. Como já havia chegado muito debilitado, o paciente nem chegou a passar por uma conduta cirúrgica. A equipe apresentava dificuldade em lidar com o caso, mas ia repetindo os procedimentos quase que automaticamente.

Em uma reunião de equipe, uma residente de enfermagem trouxe o tema para a discussão: a dificuldade de investir em um paciente cronificado e o quanto isto mobilizava a equipe. Com o assunto em pauta, todos puderam falar de suas angústias frente a esta situação. A psicóloga pode falar de sua dificuldade em atender o paciente, uma vez que este não conseguia falar. Uma enfermeira chegou a dizer que quando ocorre de um paciente ficar muito tempo internado ele acaba se tornando uma "mobília do CTI". Esta declaração parece fazer referência à dificuldade da equipe em lidar com a situação, uma forma de não entrar em contato com o sentimento de impotência que o paciente despertava na equipe. Há um limite do que pode ser feito. Caso não se considerem os limites inerentes a todo profissional cai-se na idéia de um fracasso, quando na verdade está se fazendo o que é possível.

Um espaço onde aquilo que angustiava a equipe pudesse ser apalavrado foi essencial para propiciar a discussão multidisciplinar. Pôde-se perceber que todos estavam passando por dificuldades semelhantes que interferiam no tratamento do paciente. Possibilitar que isto fosse compartilhado em um espaço coletivo favoreceu a compreensão de que os problemas vivenciados em uma instituição não podem ser pessoalizados, pois atingem a todos. Por outro lado, ao se trazer isto à tona, permitiu-se que cada um pudesse se questionar sobre sua própria implicação naquela situação.

Segunda situação:

Paciente idosa, com um quadro de emagrecimento importante nos últimos meses, foi internada no serviço e aguardava a cirurgia cardíaca. O quadro da paciente chamava muita atenção da equipe, que colocava em questão se esta suportaria uma operação de tal porte, ou seja, indagavam sobre a viabilidade da cirurgia no estado nutricional e fragilizado em que a paciente se encontrava. Estas falas e questionamentos ocorriam nos corredores, mas não eram levadas à reunião de equipe. Os cirurgiões decidem pela cirurgia. No pós-operatório, a paciente tem uma complicação em seu quadro clínico e em poucos dias vem a óbito.

Após a morte da paciente o caso funcionou como um analisador e foi levado à reunião de equipe. A nutricionista afirma que com o quadro nutricional em que a paciente se encontrava ela não resistiria a um pós-operatório, e que se chateava por não ter sido consultada para a decisão da cirurgia. Diz ainda que gostaria de ter tido mais tempo para preparar nutricionalmente melhor a paciente, visto que não se

apresentava urgência para cirurgia. Algumas enfermeiras falaram sobre a dificuldade de também não ser discutido com elas os casos que iriam para cirurgia, sendo que elas é que cuidariam dos pacientes no pós-operatório. Estas mencionaram que havia casos na fila de espera da cirurgia que teriam melhores chances de se recuperar e que estes às vezes acabavam morrendo pela demora.

Quando questionadas sobre o porquê não haviam discutido com os cirurgiões o caso antes da cirurgia, estas trouxeram que o poder de decisão é do médico cirurgião e que não adiantava discutir os casos.

Para ajudar a pensar esta questão é importante trazermos um dos modos de funcionamento da reunião, pois esta ficava mais cheia nos dias em que os cirurgiões estavam presentes. Os profissionais vinham e se posicionavam em um lugar de escuta frente à fala dos cirurgiões. Com este caso foi evidenciado um funcionamento desta instituição em um movimento verticalizado, assim como manutenção destas hierarquias por parte da equipe.

Durante as discussões várias falas ecoaram sobre a falta, neste espaço, de uma reunião clínica multidisciplinar que pudesse discutir tanto os casos que iriam para a cirurgia, como o plano terapêutico dos pacientes que já estavam internados, assim como o desejo de que estas reuniões acontecessem. Havia uma demanda da equipe de participar da definição das condutas, afinal foi o cirurgião quem decidiu pela cirurgia. Não se trata de questionar o papel específico do médico que é o profissional que está habilitado para avaliar o quadro cardíaco do paciente e a necessidade/urgência de uma cirurgia. No entanto, podemos perceber um pedido nestas discussões de se participar deste processo, afinal a equipe toda participa dos cuidados no pré e pós-operatório.

Porém num outro momento as falas iam na direção contrária, afirmando as impossibilidades de se construir este espaço de discussão. “É importante a atuação multidisciplinar, mas o médico é o maestro, é ele quem rege a orquestra”, argumentava uma residente de medicina em uma reunião de equipe. Notamos que ao mesmo tempo em que há um movimento instituinte perante certas cristalizações institucionais, que problematiza e propõe mudança, há uma dificuldade de se movimentar, se modificar e de analisar o modo como cada um se implica neste processo e o que estão (re) produzindo. O lugar de cada membro da equipe multidisciplinar deve ser repensado e discutido. Assim faz-se necessário durante a reunião de equipe estar atento a estes movimentos e indagá-los para não cair no engodo da pura reprodução sem análise destas hierarquias e cristalizações.

Considerações finais

Através do que foi exposto podemos pensar como a reunião de equipe pode funcionar como um espaço potencializador para a realização de um trabalho transdisciplinar, um espaço de reflexão e análise das naturalizações do instituído, mas também como em alguns momentos ela acaba apenas por reproduzir comportamentos, atitudes e discursos já enrijecidos.

Favorecer que o espaço seja provocador de analisadores não é tarefa fácil, principalmente quando o discurso dominante tende a diminuir a importância da subjetividade e das especificidades de cada caso, bem como a singularidade de cada profissional. O analisador é aquele que introduz equívoco na lógica da organização explicitando sua estrutura institucional.

E como a psicologia, que também é parte da equipe pode atuar neste contexto? Não devemos esquecer que fazendo parte da equipe também somos perpassados por todos os atravessamentos institucionais e que assim como o restante da equipe estamos de alguma forma implicados com aquilo que acontece na rotina do serviço. Nosso olhar jamais poderá ser de "mero observador".

Permitir e sustentar o espaço e o lugar da reunião junto à equipe de saúde do serviço é tarefa da equipe de Psicologia, trabalho este em constante construção, que possibilita uma contínua invenção dos modos de se trabalhar em equipe, criando e reinventando o cotidiano do serviço.

Referências Bibliográficas

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n. n.17, p. 389-394, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN: 14143283.

BLEGER, J. Psicohigiene e Psicologia Institucional. P.A., Artes Médicas, 1984.

COIMBRA, C. M. B. (1995) Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível? Em *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, V.7-Nº1/ P.52-80.

GUATARRI, F. Introdução a Psicoterapia Institucional: in Tempo Brasileiro, 35, 1973, 72-86.

LAPASSADE, G. As instituições e a prática institucional *in Grupos, Organizações e instituições*. R.J. Francisco Alves, 1977.

LOURAU, R. (1993). Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ.

RODRGUES, H. de B. Conde; SOUZA, V.L.B. (1991). A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. Em Kamkhagi, V.R. & Saidon, O. *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.

Notas

[*] Trabalho realizado no serviço de Cirurgia Cardíaca, sob a supervisão da psicóloga Sheila Orgler e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicólogas, Residentes do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ

A atuação do Residente de Psicologia nos Grupos de Pré-consulta[*]

Raquel Moreira Pádova[**]

Introdução

A questão que analiso neste trabalho, se refere à atuação do psicólogo nos grupos de pré-consulta do pré-natal.

O fato de ser convocada a coordenar uma atividade educativa junto com enfermeiros e assistentes sociais fez com que eu me perguntasse o que era esperado do psicólogo e quais seriam sua função e importância nesses grupos, dado que, seguindo o referencial psicanalítico, o objetivo da atuação do psicólogo não é pedagógico.

Então, para pensar uma função possível do psicólogo nessa atividade, foi necessário conhecer as bases teóricas e metodológicas concernentes a ela para enfim propor linhas de atuação do psicólogo na coordenação dos grupos de pré-consulta.

A pré-consulta

A pré-consulta é uma atividade de "Educação em Saúde", coordenada por uma equipe multidisciplinar composta de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (em sua maioria residentes). A cada dia, é formado um grupo aberto com as gestantes que aguardam a consulta médica de pré-natal. No grupo, a equipe propõe trabalhar junto às gestantes um tema específico referente à saúde da mulher, gestação e puerpério. Contamos atualmente com oito temas chaves: "aleitamento materno", "aparelho reprodutor e sexualidade", "mudanças na gestação", "desenvolvimento fetal", "direitos da mulher e da criança", "violência doméstica", "planejamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis" e "parto".

A escolha desses oito temas específicos partiu do recolhimento das dúvidas e assuntos mais comuns trazidos pelas gestantes, e também de uma preocupação com os principais problemas de saúde da mulher apontados por dados epidemiológicos.

Dentre eles podemos citar a violência doméstica, as doenças sexualmente transmissíveis e as desigualdades nas relações de trabalho, principalmente em se tratando de gestantes.

Em períodos anteriores, os coordenadores não trabalhavam com temas fixos na pré-consulta. Era proposto nos grupos que as gestantes falassem quais assuntos gostariam de abordar. No entanto, esse método trazia alguns inconvenientes porque surgiam várias dúvidas e assuntos diferentes, que acabavam sendo abordados rapidamente, pois os coordenadores não davam conta da demanda de informação e necessidade de expressão das usuárias. Por esta razão, optou-se em trabalhar com temas, mas de um modo em que os coordenadores ainda estivessem abertos às demandas específicas de cada grupo, dando escuta a outros assuntos que pudessem surgir.

A forma como estes temas são trabalhados nos grupos é norteada por alguns princípios básicos estabelecidos pelas políticas de saúde atuais[1] e por um modelo específico de atuação em educação em saúde.

No que diz respeito aos princípios estabelecidos pelas políticas de saúde, destaco dois: o oferecimento de uma atenção integral ao indivíduo, realçando os aspectos psicológicos, biológicos e sociais envolvidos no processo da gestação ou em qualquer processo de adoecimento; e em que as ações de saúde contribuam para que os indivíduos possam identificar suas principais necessidades de saúde e participar de maneira efetiva na formulação e controle da execução das políticas de saúde, a partir de informações a respeito do próprio corpo e do sistema de saúde como um todo.

Já o modelo de educação em saúde que a equipe da pré-consulta vem apostando é aquele cuja autora Mônica de Assis (1998) no artigo "Educação em Saúde e Qualidade de Vida: Para Além dos Modelos, a Busca da Comunicação" caracteriza como um modelo que preza os indivíduos como sujeitos nas ações de saúde, ou seja, que considera que suas escolhas e comportamentos inseridos numa dimensão existencial e cultural também são responsáveis pelas trajetórias sociais e pessoais. Seguindo essa linha, a prática da educação em saúde se baseia em atividades que priorizam o diálogo entre os profissionais de saúde e a clientela, transitando de um discurso normativo para um discurso comunicativo sobre a qualidade de vida. Isso não impede que aspectos técnicos e científicos também sejam abordados.

Assim, o objetivo da educação em saúde, é propiciar aos sujeitos conhecimentos sobre o funcionamento das instituições, sobre o discurso médico e sobre o próprio corpo, para que estes possam, a partir daí, enfrentar os problemas de saúde tendo maior consciência, autonomia e possibilidade de escolha. Portanto, visa propiciar aos sujeitos instrumentos que lhes permitam perceber suas 'necessidades de saúde' e saná-las a partir de embates nos planos coletivo e individual.

Essa proposta de atuação que transcende em objetivos a mera transmissão de informações permite a entrada do psicólogo com referencial psicanalítico, que acrescenta algo novo por entender que a possibilidade de escolha, autonomia e saúde passa também pela consideração daquilo que justamente foge à racionalidade, a saber, a verdade do sujeito. Para isso o psicólogo parte de uma referência específica, que é a escuta do sujeito.

Uma escuta do sujeito, direciona o psicólogo a explorar a dimensão subjetiva presente no evento de estar grávida e tornar-se mãe. Ao escutar as gestantes fica evidente o quanto a gestação mobiliza psíquica e afetivamente a mulher, confrontando-a com experiências e fenômenos muitas vezes estranhos a ela, onde a posse de informações objetivas (como é o processo de parto, como amamentar e o que ocorre com o corpo na gestação) não é suficiente para assegurar o enfrentamento de tais experiências e transformações sem problemas ou sofrimento.

Autores como Houzel, D (2004) e Bydlowiski, M (2000) falam das conseqüências da maternidade no psiquismo da mulher. A maternidade se constituiria como mais uma fase no desenvolvimento psicoafetivo, trazendo modificações em sua vida psíquica, com processos que implicariam níveis consciente e inconsciente do funcionamento mental. Houzel afirma que esse processo confronta o sujeito com transformações identificatórias profundas ditadas pela revivência de antigos conflitos. Bydlowiski fala do momento da gestação como um período de crise maturativa, ou seja, esse fenômeno implicando numa reorganização psíquica da mulher para dar conta dessa nova função que terá que exercer. Uma das conseqüências disso é a ocorrência nas grávidas, de um estado de "transparência psíquica" aonde os fragmentos do pré-consciente e do inconsciente chegam mais facilmente à consciência. Reminiscências antigas e "fantasmas" habitualmente esquecidos afluem com força à memória sem serem barrados pela censura, além disso, angústias primitivas podem ser despertadas por um início de gestação.

Segundo Solis-Ponton, L. (2004) o estado de "transparência psíquica" descrito por Bydlowiski, teria relação com o fato de que durante a gestação e nos primeiros anos do bebê, a mulher vive a evocação de sua infância e das relações que ela teve com a própria mãe. Isto provoca uma regressão psíquica que a conduz a uma identificação com o bebê e também a uma corrente de identificação com sua mãe para assim poder assumir a função materna, se adaptando ativamente às necessidades do bebê.

Portanto, a gestação é algo que mobiliza significativamente a mulher. Ela remete à relação original mãe-bebê e a aspectos concernentes à sexualidade infantil. Diante disto, cada mulher vive esse momento de forma particular dependendo de sua história psicossexual.

Ao escutarmos a mulher nesse período em que está envolvida com a maternidade, percebemos ser comum em seu discurso, fantasias, representações e demais elementos que remetem a processos psíquicos presentes também em fases primitivas do desenvolvimento psicossexual, demarcadas por Freud (1905) em seu artigo "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade" como fase oral, anal e fálica. Em cada uma destas, a atividade de uma zona erógena se sobressai, tendo influência sobre os processos mentais do sujeito.

Marie Langer (1981), em seu livro "Maternidade e Sexo", afirma que a mulher, ao amamentar, revive sua própria lactância. Por traz do ato de amamentar podem estar uma série de fantasias da mãe que remontam a afetos e representações de seu período enquanto bebê. Isto pode favorecê-la, identificando-se com uma mãe ideal que alimenta bem; ou pode provocar entraves pela emergência de fantasias ameaçadoras.

A revivência na mulher de tendências orais-sádicas pode levá-la à percepção inconsciente da própria agressividade que outrora foi resposta a frustrações orais,

experimentadas por ela enquanto bebê, como agressões por parte da mãe. A mulher, agora adulta, pode projetar essa tendência sádica no seu leite, considerando-o então como algo perigoso, ou pode temer pela integridade de seu bebê, devido à existência desses impulsos em seu mundo interno. Ela também pode projetá-los sobre o próprio bebê, assim este poderia devorá-la, machucá-la.

Marie Langer (op cit) fala também da angustia do parto como uma reedição de uma angustia primitiva, a da separação da mãe e defende que é importante que nesse momento a mulher seja compreendida e acolhida pelo médico, além de ser orientada e esclarecida sobre o processo fisiológico do parto de forma que ela possa colaborar ativamente.

Essas descrições a respeito das manifestações da sexualidade infantil na gestação nos permitem perceber como durante a gravidez e puerpério, a mulher pode conviver com dois registros diferentes desses eventos. Um racional e consciente, adequado a concepções compartilhadas pelo seu entorno social e pelas ciências médicas e outro inconsciente, com afetos, representações e fantasias, que em certos momentos podem chegar à consciência.

Assim, a gestação convoca a mulher a um trabalho de elaborações psíquicas, a fim de dar conta de elementos de sua verdade subjetiva mobilizadas pela experiência de tornar-se mãe.

Na maternidade, a história desejante da mulher é revisitada, podendo levar à atualização de conflitos psíquicos. Assim, destacamos também a importância do lugar simbólico ocupado pela criança na história de cada mulher, pois isto irá marcar o modo como ela viverá a chegada do bebê real.

Trago o caso de S. para ilustrar isso. Ela estava em sua sétima gestação e no puerpério apresentava-se muito calada, às vezes chorosa, sem deixar de manter um vínculo afetivo com sua filha. Tinha aparência descuidada, envelhecida e situação financeira difícil. Chamava-me a atenção o modo carinhoso como maternava. Ao atendê-la foi possível compreender seu sofrimento. Vivia um drama pessoal que existia mais psiquicamente do que na realidade externa. S tinha sido a sétima filha de uma família bastante numerosa. À época de seu nascimento, sua mãe que criava os filhos praticamente sozinha, passava por sérias dificuldades financeiras, o que a levou a dar S para uma outra mulher.

S. contou que várias vezes, na gestação atual, tivera o pensamento de dar sua filha para adoção em vista de suas dificuldades financeiras. Mas ao mesmo tempo S. afirmava que seus filhos mais velhos apoiavam essa gestação e prometiam assegurar-lhe toda assistência necessária para ajudá-la a criar a filha. O fato é que esse pensamento de dar a filha, causador de muita culpa e sofrimento, apontava um destino que estranhamente S. sentia como inevitável para a sétima filha. Nos atendimentos, S encontrou lugar para falar do seu destino e do sofrimento envolvido nele.

Para o sujeito, verbalizar tramas psíquicas e fantasias, buscar colocar em palavras o que muitas vezes se apresentam apenas como traços de memórias ou afetos, são tarefas que fazem parte do processo de elaboração de conflitos e elementos psíquicos que não conseguem ser pensados e resolvidos. A pré-consulta é um espaço que algo dessa tarefa pode ser suscitada.

Assim, o psicólogo pode exercer nos grupos de pré-consulta a função de provocar a circulação da fala, dar voz às gestantes, se eximindo nesses momentos de oferecer um saber pronto, para favorecer que essas mulheres possam construir um saber próprio sobre sua gestação. O psicólogo pode realizar intervenções que vão no sentido de provocar a discussão e o questionamentos de comportamentos ou concepções cristalizadas que interferem de maneira problemática na vivência da maternidade. Outro viés de atuação é favorecer a troca de experiências e saberes entre as próprias gestantes.

É importante ressaltar que essa construção de um saber próprio sobre a gestação passa também pela aquisição de informações técnicas e científicas que dizem respeito a processos fisiológicos ou a questões dos direitos da mulher e criança. Em muitos momentos, a pré-consulta ganha uma tônica mais técnica e informativa na abordagem da maternidade, por conta da demanda das próprias usuárias que fazem muitas perguntas sobre processos fisiológicos envolvidos no parto e gestação.

Para a maioria das gestantes, esse espaço de compartilhar informações, experiências, medos, fantasias, tristezas e alegrias funciona como um ponto de suporte que as auxilia a lidar com mudanças e reestruturações provocadas pela gestação. Dentre elas, podemos citar as transformações no corpo e nas relações com familiares (pais, esposo, outros filhos), a assunção de um novo papel social e a convocação a assumir a função materna.

No entanto, há gestantes para as quais somente o dispositivo grupal nos moldes da atividade de pré-consulta, não possibilita conter angustias e pensamentos causadores de um intenso mal-estar, às vezes reforçado por sintomas neuróticos ou psicóticos. A partir daí cabe ao psicólogo encaminha-la para acompanhamento individual.

Conclusão

Partindo de um modelo específico de atuação em “Educação em Saúde” e pela consideração da complexidade envolvida no processo de tornar-se mãe, proponho que uma das funções possíveis a ser exercida pelo psicólogo nos grupos de pré-consulta, é permitir às mulheres expressarem suas vivências subjetivas relacionadas à maternidade, sendo esta, uma ação que pode favorecer a elaboração de conflitos e mudanças que ocorrem na gestação, assim como o aprendizado e a formulação de novos modos de lidar com os fenômenos da maternidade.

Desta forma, a presença e atuação do psicólogo na pré-consulta tem sua importante porque visa dar voz e escuta às gestantes e também porque pelo maior contato com estas, favorece a construção de um vínculo inicial. Pela proximidade, a figura do psicólogo se torna menos enigmática e ameaçadora. O psicólogo deixa de ser “coisa para maluco”, como tantas dizem, e se torna mais um ponto de apoio que essas mulheres podem encontrar durante a gestação e puerpério.

Referências Bibliográficas

ASSIS, M. Educação em Saúde e Qualidade de Vida: Para Além dos Modelos, a Busca da Comunicação in Estudos em Saúde Coletiva, no.169, nov. 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

BYDLOWISKI, M. & GOLSE, B. O Olhar Interior da Mulher Grávida. Transparência Psíquica e Representação do Objeto Interno. in Correa Filho L. et al (org). Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. LGE Editora: Brasília, 2000.

FREUD, S. (1905) Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. vol, VII, ed Imago: Rio de Janeiro, 1980.

LANGER, M. Maternidade e Sexo: Estudo Psicanalítico e Psicossomático. Porto Alegre: Artes médicas, 1981.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade in Pereira da Silva, M. C. & Solis Ponton, L (org). Ser Pai, Ser Mãe: Parentalidade: Um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no Núcleo Perinatal do HUPE, sob a supervisão da Drª Susan Guggenheim e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] Cf: BRASIL (2004)

Limites e Possibilidades no exercício da Maternidade[*]

Renata Oliveira Magalhães[**]

A gestação é um momento importante e singular na vida da mulher por ser um período de reatualização de intensas ansiedades, angústias e conflitos conscientes e inconscientes. A história pessoal de cada gestante, o relacionamento familiar e a história do casal são relevantes para o modo como cada mulher lidará com a sua gravidez.

A Psicologia percebe que além da orientação médica, muitas dúvidas, temores e fantasias perpassam pelo período da gestação sendo importante oferecer um espaço privilegiado de escuta para que a gestante possa trabalhar suas questões relacionadas à gravidez.

O ambulatório Pré-Natal do HUPE atende as gestantes de alto risco por serem portadoras de patologias que, associadas à gestação, oferecem algum risco de morte à mãe ou ao bebê, como por exemplo, diabetes mellitus, história anterior de pré-eclampse, hipertensão, anemia falciforme, cardiopatias, hiperemenese gravídica ou abortos anteriores.

O acompanhamento psicológico individual é oferecido a todas as gestantes que realizam o Pré-Natal no hospital e caso algum profissional de saúde acredite ser necessário o atendimento a determinada gestante, ela é contactada e convidada para uma primeira entrevista. Esses atendimentos individuais são realizados durante a gestação, no período de internação devido a intercorrências clínicas ou por ocasião do parto, e no pós-natal.

Na experiência com essas futuras mães, constatou-se que havia gestações há muito tempo desejadas e planejadas, porém para a maior parte da população atendida, o estar grávida foi uma grande surpresa.

É curioso notar o fato de que em uma grande quantidade de casos, a gravidez ocorreu em um período de grande turbulência e intensos conflitos no relacionamento com o parceiro ou após a separação do casal. Qual seria o sentido da gravidez nesses casos? É como se a mulher desejasse manter algum tipo de vínculo dessa relação ou quisesse guardar para si um pedaço desse amor que se foi.

Embora a gravidez nem sempre seja planejada, pode-se dizer que, em algum momento do relacionamento, ter um bebê foi desejado pelos pais ou pela mãe para que pudesse se concretizar.

Maldonado (1976, p.78) ressalta que a gravidez é:

[...] uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, verificando-se mudança na identidade e uma nova definição de papéis, cuja mulher deixa de ser filha para tornar-se mãe.

A partir do acompanhamento psicológico às gestantes, observou-se que após a confirmação da gestação, a primeira reação mais comumente apresentada pela mulher é o sentimento de ter dúvidas no sentido de não saber se quer estar grávida e se deseja levar adiante a gestação. Então ela começa a pensar sobre as suas condições psicológicas e financeiras de ser mãe ponderando sobre a sua relação com o companheiro e com a sua família, refletindo sobre os prós e os contras de ter um bebê em casa e mudar completamente a sua rotina e a sua vida.

As mudanças do seu corpo e do seu papel social no primeiro trimestre da gestação mobilizam aspectos psíquicos que podem gerar ansiedade, constipação, hipersonia, uma maior sensibilidade e/ou irritabilidade, desejos, crises de choro e uma maior fragilidade.

Isso ocorre porque a gestante revive inconscientemente o seu próprio nascimento e a sua infância, identificando-se com o bebê que está gerando. A criança que fomos permanece viva e retorna a nossa consciência de forma enriquecedora.

Segundo Solis-Ponton (2004, p.70) a mulher durante a gestação:

[...] passa por um jogo de identificações, identificando-se de maneira especial com sua própria mãe. Deste modo, o modelo de relação vivido com sua própria mãe irá marcar a sua relação atual com o bebê. Numa corrente regressiva, a mãe se identifica com seu próprio bebê e são essas identificações que possibilitam à mãe cuidar e se adaptar a necessidade de seu bebê.

No segundo trimestre da gestação acontece algo muito esperado que é poder sentir o bebê. Nesse momento, é possível identificar através do exame de ultra-som o sexo do bebê e a mãe começa a sentir os primeiros movimentos e chutes do bebê. A barriga começa a crescer e na maior parte dos relatos, as gestantes diziam sentir uma alteração na sua sexualidade, refletindo em uma diminuição no desejo e no seu desempenho sexual com os respectivos parceiros.

Do sétimo ao nono mês de gestação há um temor que predomina nas gestantes que é o medo do parto e o de não conseguir reconhecer os seus sinais. O HUPE é um hospital reconhecido como “Amigo da Criança” e por esse motivo, além do programa de aleitamento materno, dá preferência aos partos normais, só realizando partos cesários em casos específicos e de necessidade, dependendo da patologia ou das condições clínicas da mãe e do bebê no momento do nascimento. Por esse motivo, a gestante não sabia com antecedência qual seria o seu tipo de parto, normal ou

cesáreo, e isso gerava uma grande ansiedade nas futuras mamães porque cada qual tinha uma preferência.

O medo do parto, além de envolver o maior medo do ser humano que é o temor de se confrontar com a própria morte, incluía fantasias de má-formação fetal, medo de perder o bebê, medo de sentir uma dor intensa e insuportável durante o parto, medo do bebê nascer prematuro e um sentimento de insegurança quanto à sua capacidade de tornar-se mãe.

O parto é um momento único da gestação, muito esperado pela gestante para poder ver e conhecer o seu bebê, temido pelo medo da dor e da morte, e que finaliza o período da gestação e inicia o puerpério.

Sobre o parto Maldonado (1976, p. 110) diz:

[...] o parto se constitui como momento crítico porque sua principal característica é dele ser irreversível, imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle. Com o parto, dá-se o primeiro passo decisivo dentro do contínuo simbiose-separação: dois seres, anteriormente unidos, se separam e uma das tarefas psicológicas mais importantes da gestante é sentir, desde a gravidez, o filho como um indivíduo singular e diferenciado dela.

A pedido de uma gestante com diabete melittus, assisti o seu parto cesáreo. O bebê nasceu com quatro quilos e oitocentos gramas e a fantasia da mãe era de que se esse bebê não nascesse logo, ele iria aumentar o seu peso até uns seis quilos. A espera pelo nascimento do bebê é cercado de muito cuidado e expectativa. A comunicação entre a equipe cirúrgica é feita apenas pelo olhar. O momento do nascimento é de muita comoção para toda a equipe.

Embora possamos nos questionar sobre a função do psicólogo dentro do centro cirúrgico, acredito que para muitas mães cujo parto é assustador e temeroso, a presença de alguém da equipe de saúde a qual a mãe confie e possa eventualmente, dialogar no Centro Cirúrgico, seja de fundamental importância nessa circunstância tão especial.

Apesar de nós, psicólogos, não termos nenhum conhecimento técnico e científico para intervir dentro de uma emergência de cunho clínico, o estar ali presente, dizendo a mãe o que está sendo feito, o que ela poderá vir a sentir, o que é normal, o que ela deve comunicar a equipe cirúrgica se preciso e durante o procedimento do nascimento, se já nasceu, se vai demorar, como o bebê está e etc. são informações que geralmente não são ditas, mas são muito importantes.

Com ou sem psicólogo presente, a cirurgia vai ocorrer, porém esse momento pode ser mais agradável e a mãe se sentir mais segura com alguém que ela já conhecia e tinha um vínculo anterior bem estabelecido. A partir desta constatação, criou-se uma lei dando à mãe o direito de ter um acompanhamento no momento do parto. Na antiga maternidade, os partos cesarianos aconteciam no Centro Cirúrgico Geral e por isso, a entrada do acompanhante não era possível devido à ausência de uma infra-estrutura física adequada. Esse acompanhamento só era permitido para o parto normal.

Após o nascimento e durante a internação, o foco é alternado para os cuidados com o bebê e afloram na mãe diversos questionamentos sobre o aleitamento, o cuidado, a higiene, a respiração, a temperatura, o peso, o tamanho e o fato do bebê se encontrar na Unidade de Tratamento Intensiva ou no Berçário Intermediário, contribui para que a mãe sinta-se impotente para cuidar do seu bebê.

Klaus e Kennell (1993, p.89) salientam que:

[...] a situação de risco do bebê prematuro ou a termo que necessita de cuidado intensivo neonatal pode despertar na mãe sentimentos de intensa culpa e profunda tristeza, prejudicando o surgimento do sentimento de competência materna e, conseqüentemente, de sensibilidade materna.

Há também casos de adolescentes que se tornam mães prematuramente e durante a gestação, não conseguem vivenciar o tornar-se mãe. Não conseguem desocupar o papel de filha para tornar-se mãe, de modo que os primeiros cuidados de higiene com o bebê, como por exemplo, dar o banho, precisa ser feito pela avó. Ocorre um estranhamento quando esse bebê nasce e de repente ela se dá conta de que, aquele pequeno ser, só depende dela.

O hospital pode servir como um grande aparato de ajuda às dificuldades emocionais, pois nele há profissionais que estão aptos a cuidar do seu bebê. O temor de assumir sozinha a responsabilidade de cuidar do seu filho intensifica a insegurança materna. O medo de não corresponder à figura da mãe ideal se junta ao medo real de não saber cuidar do bebê, não saber o que fazer com aquele bebê tão pequeno e indefeso, imaginando a possibilidade de que ele adoeça e morra.

A seguir, exemplificarei essas temáticas da gestação e do tornar-se mãe através de um caso clínico. Vera foi encaminhada pela enfermagem para ser atendida pela Psicologia após ela ter realizado o exame de ultra-som e de ter sido constatado alterações nas imagens do feto.

Vera é uma mulher de 40 anos com seis meses de gestação e estava gerando um bebê com múltiplas más-formações. Segundo a obstetra que acompanhava a gestante, não havia chances de sobrevida para o bebê após o seu nascimento, “mas naquele momento tão doloroso, não era o meu objetivo tirar as esperanças dessa mãe”(sic).

Sua família reside em Minas Gerais e ela veio para o Rio de Janeiro para ser empregada doméstica. A seguir relatarei falas da Vera colhidas em diversos momentos durante os atendimentos que acontecem há um ano e meio e que foram devidamente autorizadas por ela. Ela diz “estou ansiosa e tranqüila ao mesmo tempo. Tenho medo que não me deixem ver o meu bebê. Algumas amigas dizem que eu posso ficar traumatizada, mas eu quero vê-lo porque fui eu quem o gerei.”

“Agora eu não me culpo mais, achei que o problema poderia ter sido causado por algo que eu tivesse comido. Por medicação não foi porque eu só tomava o que o médico prescrevia. O neurologista disse que era má-formação congênita e eu fui procurar no dicionário o que era congênito. Dizia ser inato, que nasce com ele. Sei que o meu bebê vai ser diferente, pode ficar numa cadeira de rodas ou andar de modo estranho.”

“O obstetra disse que vai combinar com o neurologista para marcar o parto cesáreo. Em seguida, eles farão uma cirurgia no bebê para drenar o líquido do cisto. Dizem que o cisto é grande e pesado e que por isso sua cabeça pode ser maior. Quero pensar que esse cisto não vai gerar seqüelas muito graves. Eu estou mais forte do que antes e não choro mais. Antes eu desabava e não parava de chorar só de pensar. Eu não parei de trabalhar e quero muito esse filho.”

“Não procurei o pai porque sei que ele é fraco, não consegue se organizar. Ele mesmo diz que não consegue ser responsável nem por si mesmo e que não poderia me ajudar a enfrentar esse problema. Dei o telefone dele para minha irmã porque se eu morrer durante o parto, eu quero que ele seja avisado. Para morrer basta estar vivo.”

“Peço a Deus porque quero muito esse bebê, seja do jeito que for. Olho para as crianças na praça e choro imaginando que eu queria ter um bebê assim. Vejo crianças em cadeira de rodas e penso que talvez eu tenha um filho assim. Vai ser a minha missão, eu quero muito ter esse filho. Se ele não sobreviver, espero que eu vá junto dele porque ele é o meu projeto de vida mais importante.”

“Às vezes eu prefiro não falar para não lembrar porque eu começo a chorar, mas também penso que é melhor eu falar agora porque se eu morrer, não dará mais para eu falar nada. Chamo o meu bebê de meu campeãozinho Lucas, digo para ele esperar para nascer para dar tempo de eu me mudar e lavar as suas roupinhas, digo que eu o amo, que o papai o ama, será que eu estou fazendo certo?”

O bebê nasceu a termo com 38 semanas de parto cesáreo e chama-se Lucas. Ele pesa aproximadamente quatro quilos, não tem o palato, seu crânio é um pouco maior do que o normal, mas o seu corpo é perfeito. Com dez dias de vida, Lucas começou a usar uma prótese palatina para ajudá-lo em seu aleitamento. Ele sugava, mas não o suficiente para a sua sobrevivência e com setenta dias de nascido foi realizada uma gastrostomia para poder se alimentar através de uma sonda.

Vera estava preocupada, não queria fazer a gastrostomia porque sabia que aquela cirurgia era o início de várias cirurgias subseqüentes. Nesse momento sua preocupação gira em torno de saber se ele é capaz de ver, ouvir e quais serão os seus limites neurológicos.

Queixa-se de sentir-se muito só. Começa a ficar inquieta com a internação e quer ir embora, mas tem que esperar pelo Lucas. Diz que a sua sobrinha, ex-patroa e amigas que lhe deram tanto apoio durante a gestação ainda não vieram conhecer o Lucas. Teme que quando sair do hospital, ele já seja um rapaz.

Seu diagnóstico era de más-formações do sistema nervoso central associado a cisto aracnóide (holoprosencefalia), que impediu que o seu cérebro se desenvolvesse normalmente. O resultado do seu exame auditivo foi que sua escuta era insuficiente, mas esse diagnóstico não era definitivo. Além do cisto aracnóide, ele é um bebê com hidrocefalia, fenda labial, gastrostomia e macrocéfalo.

Após quatro meses de internação no Núcleo Perinatal, eles foram transferidos para a emergência da Pediatria. Vera mostra-se receosa com a mudança por não conhecer a equipe de saúde da Pediatria. Ela havia se vinculado muito bem com a equipe da

UTI neonatal que já conhecia a história de Lucas desde o nascimento. Ela sente medo de sair e deixar o seu bebê sozinho com a enfermagem.

Com oito meses Lucas fez uma cirurgia reparadora do palato e alguns médicos dizem que é possível que com a cirurgia ele pare de ter esses episódios de apnéia. Seu desenvolvimento é uma incógnita, não se sabe até onde Lucas será capaz de chegar, mas ele já superou muitas as expectativas e me parece que ele vai muito, mas muito longe de qualquer estimativa.

A equipe médica deu a Vera a possibilidade de ela escolher pela alta, informando os riscos que o seu bebê correria se parasse de respirar e sem os aparelhos, ele não conseguisse voltar. Ela optou por ficar internada no hospital com o seu filho até conseguir os aparelhos necessários, solicitando-os na Defensoria Pública.

Hoje ele está com onze meses, ficou sete meses internado na Enfermaria Geral da Pediatria e procura o som, presta atenção quando falamos com ele, apesar de apresentar surdez central. Possui comprometimento visual de 80%, não fixa os olhos no objeto, mas sabe quando algo está se movimentando.

Ele pesa 14 quilos, é um lindo bebê, de olhos claros, coxas gordas e muitas dobrinhas que vem superando os seus próprios limites. Vera diz que ele sabe que eu sou a psicóloga dele porque quando ele ouve a minha voz ele começa a conversar emitindo alguns sons.

Vera residiu 11 meses no hospital desde o nascimento do seu bebê com uma grande dedicação, transpondo barreiras e limites. Com um mês antes do Lucas completar um ano de idade, suas apnéias foram ficando menos freqüentes e lê recebeu alta. O Serviço Social conseguiu que a mãe recebesse fraldas, medicamentos e leite.

No nosso último encontro ela disse que embora eu não fosse cardiologista, eu cuidei muito do seu coração. Pensando nesse caso clinico observo que o atendimento psicológico é de fundamental importância no sentido de poder simplesmente estar ali ao lado dessa mãe, ouvindo os seus temores, as suas queixas, as suas dúvidas e acompanhando também as suas conquistas, promovendo um apoio e um suporte emocional para essa mãe que vivencia tantos entraves no exercício da sua maternidade.

Segundo Penna (1998, p.85):

[...] a maternidade pode oferecer a mulher oportunidades de crescimento e de integração da personalidade, mas pode também desencadear uma crise existencial. Há sempre possibilidades de reestruturação da personalidade, que, modificando-se dinamicamente, reintegra-se diante de situações novas, conduzindo a novas formas de ajustamento.

Conclusão

Percebeu-se que o atendimento psicológico a gestante e a puérpera é muito relevante para melhor elaboração da gestação, nem sempre desejada, para dar um

suporte no caso de abortos anteriores ou fetos com má-formação, para elaboração do luto de um bebê neomorto ou natimorto muito desejado, para possibilitar a construção de um vínculo mãe-bebê saudável, e principalmente de modo que essas mulheres pudessem, durante a gestação e no momento da internação, se sentirem acolhidas, ouvidas e compreendidas dentro do seu próprio saber de ser mulher e de ser mãe[1].

O tornar-se mãe não é algo "natural", como uma conseqüência direta do parto. É um processo em construção na vida da mulher, que tem seu germe na infância, quando surge pela primeira vez a fantasia de ter um filho que se prolongará ao longo de sua vida.

Desse modo, levando em consideração a diversidade e a complexidade da história de cada mulher, bem como o modo particular como cada uma vive a maternidade, é importante a oferta do acompanhamento psicológico às gestantes e às puérperas. Tal acompanhamento diferenciado realizado pela Psicologia proporciona a gestante um espaço de reflexão, reorganização e elaboração da sua vida, favorecendo a criação de recursos psíquicos para lidar melhor com as mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez, permitindo uma elaboração do vir a ser mãe.

Referências Bibliográficas

KLAUS, M. H., & KENNELL, J. H. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MALDONADO, M. T. Psicologia da Gravidez. São Paulo: Saraiva, 1976.

PENNA, M. Cartas a uma jovem mãe. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

SOLIS-PONTON, L. (org.) - Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. Silva, M.C.P. (revisão técnica da tradução). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KOVÁCS, M. J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

Notas

[*] Esse trabalho foi desenvolvido no Núcleo Perinatal do HUPE sob a orientação da Drª Susan Guggenheim e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

[1] Essa conclusão foi apresentada no 44º Congresso Científico do HUPE em 2006 em um trabalho realizado pela autora e pelas residentes Clarice Palmeira e Raquel Pádova.

Caso Lara e seu bebê: o impacto de uma morte anunciada na equipe[*]

Fernanda Quintino Batista[**]

Um pedido de acompanhamento no ambulatório do pré-natal chega ao serviço de psicologia com a seguinte questão: Lara, jovem, 27 anos, hiv positivo, mora em um abrigo, com a descoberta, na 28ª semana de gestação de que seu bebê tem anencefalia. Não consegui atendê-la no ambulatório do Pré-natal, seu acompanhamento pela Psicologia ocorreu a partir da internação.

A anencefalia consiste em "malformação caracterizada pela ausência total ou parcial do encéfalo e da calota craniana". O encefálo é constituído por orgãos do sistema nervoso central contidos na caixa caraniana. Um bebê com anencefalia nasce sem o couro cabeludo, calota craniana e meninges. Entretanto, seu corpo não é afetado. O tronco cerebral funciona, sendo responsável pela respiração, ritmo dos batimentos cardíacos e certos atos reflexos (deglutição, vômito, tosse, etc). Bebês com anencefalia possuem expectativa de vida muito curta.

Em meados de novembro do ano passado, conheci Lara. Ofertei uma escuta com uma certa regularidade, de modo a conhecer sua experiência nessa hospitalização.

Inicialmente um tanto silenciosa, porém receptiva, assim aconteceu o primeiro contato com a paciente. Referindo que tudo corria bem, que estava se alimentando melhor no hospital. Às vezes, dizia estar envergonhada por não saber o que falar a mim, "mais uma tia como as assistentes sociais"(sic)

Quando lhe indaguei sobre como era no abrigo onde morava, ela fixou os olhos no chão, e lágrimas surgiram. Após um certo silêncio, me falou de uma filha de 3 anos e do companheiro que ficaram lá. Referia saudades deles e das suas amigas do abrigo. Sobre sua gestação, algo ainda não podia ser falado.

A partir daí, nos atendimentos que se seguiam referia-se ao seu bebê chamado de Junior Inácio como um anjo no céu, pois nasceria sem nada dentro da cabeça. Fazia alguns desenhos para ele e escrevia que muito o amava e como nunca esqueceria disso.

No horário de visitas, Lara me chamou para que eu conhecesse seu companheiro. A fim de manter um mínimo de privacidade, convidei-os para uma possível conversa na sala do Serviço Social e da Psicologia.

Seu companheiro que chamarei de Paulo, me perguntou sobre quando seria o parto, e que essa situação estava lhe preocupando. Nem imaginava que isso existisse. “Como é isso, vai nascer e já vai morrer, é muito doido mesmo” . Um silêncio surgiu, mas de repente Lara e Paulo se abraçaram e começaram a chorar. Reconhecia naquele atendimento que este era um momento muito delicado em suas vidas.

Em seguida, eles falaram como suas vidas estavam sofridas, com a falta de trabalho e de moradia, porque o abrigo era provisório. Diziam ainda que era só Lara sair do hospital que eles buscariam algo, porque já haviam trabalhado como vendedores ambulantes. Saudades da filha de 3 anos expressadas através de desenhos que Lara fazia, tornava a expressão de Paulo mais leve, de modo que ele também começou a falar dessa criança como uma alegria em suas vidas, apesar de ser muito danada. Mostrou-se disponível em ver sua companheira na medida do possível, pois só poderia visitá-la quando conseguisse o dinheiro do transporte.

Encontrei Paulo novamente e esse me pediu para que desse apoio à sua companheira. Em seguida, agradeceu a acolhida, dizendo ter saido do hospital no dia anterior, um pouco aliviado. Coloquei-me à disposição para escutá-lo quando viesse ao hospital. Naquela tarde, tinha surgido “uns bicos” para ele fazer, portanto estava apressado, mas se referia a mim como “a tia que ajuda, que entende, que tem paciência” (sic).

A equipe de enfermagem apontou que Lara parecia uma deficiente mental, que não tinha noção da gestação com “problemas”, da gravidade do seu caso. Essa gestante tinha em alguns momentos, atitudes um pouco pueris, o que podia reforçar mais ainda o fato da sua incapacidade de perceber a gravidade da situação. A equipe apontava isso. Afirmei-lhe que seguiria acompanhando Lara, sempre apontando para um certo tempo possivel para que esse bebê que, na verdade, era um feto anencéfalo pudesse ser falado, bem como o fato de que certas notícias impactantes podiam nos deixar sem palavras num primeiro momento.

Apesar de registrado no prontuário do acompanhamento, a equipe continuava demandando atendimento psicológico à Lara. Algumas enfermeiras se questionavam como Lara nao tinha noção do que lhe ocorria. Ela estava tranquila, cooperativa, parecia não entender o que aconteceria. Apontei como era difícil pensar na possibilidade de um nascimento dentro de uma enorme ambivalência que esse bebê carregava, o paradoxo vida-morte. Um feto anencéfalo podia sobreviver por horas, até dias, mas já nascia com a confirmação do fato da morte em breve.

Um certo manejo se fazia necessário com essa equipe, no sentido de também acolher sua angústia diante de algo tão fora de suas rotinas de trabalho. O familiar era o parto ou a compensação de um quadro clínico das gestantes, visto que todas têm sua gravidez com alto risco. Uma enfermeira, num certo dia me falou que não queria estar no dia em que ele nascesse, porque sentia compaixão e pena pela situação de Lara.

Parto significando dar à luz reforçava mais ainda o avesso da situação. Uma jovem que dará à luz e um apagamento em breve acontecerá!

Numa certa tarde, encontrei Lara chorando, referindo diversas contrações, e muito sangramento, gritando de dor, mas sozinha na última enfermaria com dois leitos desocupados ao seu lado. Segurava com força minha mão e pedia para eu não deixá-la sozinha. Nesse momento, começava a questionar por que ela não tinha passado para a sala de pré-parto que tem como um dos objetivos minimizar a inevitável dor de um parto normal. Seria nessa situação de Lara apenas a expulsão de um feto enlaçado com a morte próxima, e não um nascimento com um mínimo de dignidade para a mãe e seu bebê?

As contrações cessaram, mas Lara dizia querer descansar, que tudo terminasse. Uma enfermeira que acompanhava a paciente trouxe o quanto ainda haveria muita dor a partir das contrações. E que havia comunicado aos médicos a necessidade de Lara ir à sala de pré-parto.

Retornei à enfermaria e a encontrei com mais dores devido às contrações. Um pedido foi feito, que eu estivesse com ela no momento do parto. Parecia muito assustada, apesar de já ter sido mãe e realizado anteriormente, um parto normal.

Correria nos corredores, o feto querendo nascer, aos gritos Lara chegou no centro cirúrgico e com certa dificuldade em colaborar para o trabalho de parto. Duas psicológas sustentando a presença acolhedora e lhe assegurando que esse não era um momento qualquer em sua vida e que seguindo as orientações o parto se daria.

Enfim, Junior Inácio veio ao mundo. Ao ser apresentado para Lara pelo pediatra, ela arregalou os olhos, com uma certa surpresa com o seu bebê. Após um certo silêncio, olhamos ao redor do centro cirúrgico e apenas nós duas ali estávamos. Lara pediu para descansar e disse querer conversar depois.

No atendimento seguinte, falou da experiência do parto, das visitas que fazia ao seu bebê na UTI e que ele era “bem feitinho, gordinho, apesar de não ter cérebro” (sic).

Referiu também a vontade de retornar ao abrigo e encontrar sua filha e seu companheiro. Por volta de 7 dias, Junior Inácio viveu.

No retorno ao ambulatório pós-alta, Lara me contou como foi o enterro de seu bebê, como estava cansada de hospital e do seu desejo de voltar a trabalhar, retomar o tratamento com AZT e cuidar de sua filha em breve. Apresentou sua filha a toda equipe do ambulatório do Pré-Natal no momento de despedida.

O Núcleo Perinatal adere à politica de humanização no pré-parto e nascimento que visa assegurar o acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério. Essa humanização tem como príncipios:

“Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

“Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

“Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada, de acordo com os príncipios gerais e condições estabelecidas pela prática médica;

“Todo recém-nascido tem direito à assistência neo-natal de forma humanizada e segura.”

A política de humanização do SUS que também engloba tais princípios é norteada pela “valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção no SUS (....), destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual.”

Venho apontar com esse caso, como certas atitudes da equipe de saúde operaram contra o que falha, o que não é comum, o que nos mostra a miséria que uma dada condição humana pode apresentar. Lara era desprovida de recursos sociais e materiais, mas jamais de ser um sujeito para além de todas as categorias em que ela poderia ser colocada soro positiva, negra e gestante de um feto anencéfalo.

A partir da exclusão da sala de pré-parto e isoloda na última enfermaria, podemos pensar se essas não seriam também atitudes defensivas da equipe contra todo mal-estar provocado por uma gestação com falhas e um feto mal desenvolvido em contraposição a todos os bebês que nascem vivos, belos e saudáveis? Um feto anencéfalo seria um testemunho do fracasso do saber científico, visto que não são bem conhecidas as causas que colaboram para a anencefalia? Quantas dificuldades atravessaram as pessoas dessa equipe e que as impediram de oferecer uma assistência mais humanizada?

É difícil colocar em palavras a morte e/ou sua possibilidade. Ela assusta e incomoda a todos os profissionais de saúde. Mannoni traz a seguinte contribuição: “A morte, na medida em que se assemelha ao inominável, deixa o sujeito sem palavras para abordar aquilo que o toca na provação que ele partilha com o enlutado.Tudo ocorre como se não devesse existir” No entanto Lara com sua gestação representava a possibilidade da morte para um bebê.

A doutrina que circula no meio hospitalar frente ao binômio vida-morte é resistir à morte proporcionalmente à impotência dos profissionais. Ou seja, a morte quando se presentifica incomoda e as reações dos profissionais de saúde podem ser ressentir-se ou fugir, por exemplo.

“Nossas sociedades, hoje, defendem-se da doença e da morte pela segregação. Existe aí algo de importante: a segregação dos mortos e dos moribundos caminha junto com a dos velhos, das crianças indóceis (ou outras), dos desviantes, dos imigrantes, dos delinquentes, etc.”

Conclusão

A acolhida e abertura para um espaço de escuta fez-se importante nessa experência, na medida em que não partia de ser impregnada por julgamentos a priori sobre a condição de Lara, mas sustentada por um lugar em torno não do que ela sabia da realidade factual, mas a partir do que operava em sua realidade psíquica. E por fim,

abrindo a possibilidade de que algo frente ao que se passava pudesse ser falado e elaborado.

Referências Bibliográficas

M, Mannoni. *O nomeável e o inominável.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1995.

Szejer, Myriam. *Nove meses na vida da mulher.* São Paulo: Casa do Psicólogo,1997.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no Núcleo Perinatal sob a supervisão da Drª Susan Guggenheim e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

Psicodiagnóstico: Uma Abertura de Espaço à Escuta[*]

Fernanda Viana Martins de Azevedo[**]

Introdução

Neste trabalho espero discutir fragmentos do caso clínico de Alice, de 48 anos, encaminhada para o Setor de Psicodiagnóstico da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O pedido de avaliação se deu por um Juiz de Direito de Vara de Família, a partir de uma solicitação de interdição feita pelo companheiro de Alice, que alegava ser a mulher incapaz de gerir sua vida e de manter-se em atividade empregatícia, haja vista suas limitações psíquicas.

Entendo que se faz importante esclarecer que aqui privilegiaremos os aspectos clínicos do processo psicodiagnóstico, bem como o aproveitamento que Alice pôde fazer de seus atendimentos, que viabilizaram um espaço de escuta como resultado da formação de vínculo entre examinadora e paciente.

Desenvolvimento

Alice chegou ao Ambulatório de Psiquiatria para uma primeira entrevista acompanhada de seu cônjuge. Em nosso primeiro contato, mostrou-se desconfiada e permaneceu, ao longo do atendimento, de braços dados com o companheiro, dizendo que não via necessidade do atendimento psicológico e que nem mesmo entendia porque o juiz solicitara que fosse atendida por uma psicóloga. Foi-lhe explicado então o porquê da necessidade de vir às sessões.

Alice afirmou não saber se poderia estar presente nas outras marcações. Ao ser questionada do porquê disto, ela afirmou que seu pai e sua mãe, ali presentes, talvez não a autorizassem a voltar à unidade. Ao final da primeira sessão, comentou que os espíritos de seus pais, mortos há já alguns anos, costumam acompanhá-la quando sai de casa e que nem sempre aceitam que ela vá a certos lugares. Foi-lhe dito que se compreendiam suas razões, mas que seria muito importante ela poder vir às sessões marcadas, pois assim poderia ser mais bem conhecida e ela teria um espaço no qual poderia falar de si, de como se sentia e sobre as coisas que pensava.

Foi-lhe proposto então que tentasse explicar isso aos pais e que talvez, desse modo, eles poderiam vir a compreender a necessidade de sua participação no processo psicodiagnóstico. Com olhar de desconfiança, disse que tentaria vir outra vez.

Na semana seguinte, retornou e aceitou que o companheiro a aguardasse na sala de espera. Contou-me que sua mãe concordara com sua vinda ao hospital, mas com a condição de que sempre deveria vir vestida de azul. Assim, aos poucos, Alice começou a trazer para as sessões um pouco de sua história, o que nos permitiu observar que o pedido de avaliação psicodignóstica requisitado pelo juiz poderia atender a algo além de sua demanda inicial.

Em cerca de dez encontros, tornou-se possível o desenvolvimento de um espaço de escuta para aquele sujeito, submetido a intenso sofrimento psíquico ao longo de seus 48 anos de vida, e que até então nunca contara com qualquer tipo de apoio psicológico, mas apenas com consultas psiquiátricas que as vezes duravam cerca de 10 - 15 minutos. Dizia que precisava falar, mas que sentia as pessoas distantes e impossibilitadas de compreendê-la (sic).

Contou que ainda criança, ouvia vozes e via coisas que outras pessoas não ouviam nem viam. Seus pais diziam que ela, aos 2 anos, teria visto uma carruagem com pessoas de cristal em seu interior. Posteriormente viu, pela primeira vez, uma serpente que estava sempre pelos cantos ameaçando atacá-la. Contou, com muito pesar, que até aquela data a mesma serpente ainda a assustava e que, apesar de não lhe causar o mesmo espanto de antes, estava ainda a observá-la. Dizia que quando criança a serpente aparecia para ela mesmo quando estava na escola. Sentia-se assustada com o que ouvia e via, tinha dificuldade em prestar atenção às aulas e por isso se admira por ter conseguido completar o primeiro grau (sic).

No início do processo psicodiagnóstico, Alice dizia que ouvir e sentir a presença dos pais, bem como de mais dois espíritos, com os quais conversava durante os atendimentos, não a incomodavam, e que gostava da presença deles. No entanto, ao longo dos encontros um outro discurso foi ganhando espaço em sua fala, pois na maior parte das vezes, em prantos, dizia que não suportava mais as cobranças da mãe, que interferia em tudo, mesmo na cor da roupa que deveria usar para vir ao hospital. Dizia sentir-se vigiada pelos pais em tudo que fazia e perguntava à examinadora o que deveria fazer para que eles a deixassem em paz. Certa vez relatou que, no enterro do pai, época em que a mãe já era falecida, viu os dois, em espírito, ao lado da cova. Seu pai pedia à mulher perdão por tudo de errado que já havia feito.

Dizia que sua mãe sempre se mostrava zelosa com ela e com os irmãos, quanto a questões de alimentação e higiene, mas que não tinha uma relação de carinho com nenhum dos filhos e que falava muito pouco. Muito emocionada, dizia que a mãe batia nela e nos irmãos até tirar-lhes sangue e que, em muitos momentos, se viu fazendo o mesmo com os próprios filhos. Não podia entender porque fazia isso, sentia-se muito perturbada nessas ocasiões, mas parecia ter necessidade de fazê-lo (sic). Bastante angustiada, mencionava que nunca quis machucá-los e que sentia muito pelo mal que lhes provocara. Lamentava-se por constatar que não havia conseguido ser uma boa mãe e que entendia o porquê de seus filhos estarem cada vez mais distantes dela.

Contou que o pai optou por chamá-la Alice porque, anos antes de seu nascimento, ele e sua mulher perderam uma filha ainda muito nova com o mesmo nome. Segundo ela, freqüentemente o espírito da irmã vinha visitá-la no jardim de infância, comentando que costumavam brincar juntas.

Sempre que mencionava o pai, dizia que ele a condenara a ser feia, gorda e peituda, quando contava ainda 19 anos e tinha acabado de ter o primeiro filho. Ele afirmava ainda que ela nunca seria bonita como suas primas (sic). Alice parecia entender a afirmação paterna como um grande castigo, do qual jamais poderia se livrar. Sempre que se dirigia à examinadora pedindo ajuda para que se livrasse das vozes e visões que tinha, bem como dos comandos para que se atirasse debaixo dos carros em movimento, terminava por citar esta fala do pai, a respeito da qual não adiantava se esforçar ou buscar ajuda, pois estaria sempre condenada, que não havia solução para sua vida (sic).

Desejava arrumar um emprego e perguntava à examinadora se conhecia alguém que estivesse precisando de empregada doméstica. Dizia que entendia naquele momento o motivo pelo qual o juiz havia pedido a avaliação psicodiagnóstica, mas que ainda assim achava que podia trabalhar. Quando se separou do primeiro marido, com quem teve seus 5 filhos, esperava poder sustentá-los e, por isso, várias vezes tentou manter-se empregada. Chorando, dizia que seu pai, durante um longo tempo, interferiu junto a quem a empregasse dizendo que ela não tinha condições de saúde para manter-se em um emprego. Se isso não acontecia, da mesma forma não conseguia permanecer trabalhando em um mesmo lugar por muito tempo, pois nas casas de família em que conseguia se estabelecer, os patrões logo se assustavam ao surpreendê-la falando sozinha ou ainda com as ameaças de agressão física que ela fazia, ao sentir-se vigiada ou ameaçada.

Alice dizia que, naquele momento de sua vida, era a presença do novo companheiro que a fazia ter vontade de viver. Não o via como marido, mas como amante e namorado. Assinalou que em seu primeiro casamento somente havia experimentado sofrimento e não queria que essa história se repetisse com “Nego”, como o chamava. Dizia que era ele quem a arrumava para vir aos atendimentos, lavava suas roupas, penteava seu cabelo, preparava seu café da manhã, e que estava sempre ao seu lado.

Suas aflições pareciam se abrandar, enquanto contava sua história ao lado do companheiro, dos momentos que passavam juntos, das tardes em que comiam pipoca e das noites em que conversavam no quintal de casa. O romance com “Nego” apontava para uma calmaria e paz face à loucura e a todo seu sofrimento.

Diante da história de vida que Alice nos apresentava, bem como do material obtido através dos testes aplicados, entendemos em equipe que se tratava de um quadro de psicose desde a infância, não reconhecido e não tratado, que no presente se apresentava como esquizofrenia com características hebefrênicas.

Neste momento, achamos relevante destacar algumas partes das conclusões às quais chegamos acerca do quadro psíquico de Alice.

Observamos que, nas circunstâncias em que a paciente se encontrava, ela apresentava um rebaixamento no nível intelectual, o que parecia ser intensificado

pela fragmentação psicótica e pelas constantes perturbações no contato com a realidade.

Alice se encontrava bastante vulnerável em seu contato com a realidade, o que proporcionava sentimento de colapso iminente e um deficiente controle do ego sobre suas barreiras defensivas, o que justificava um forte desejo em afastar-se ao máximo possível do convívio em sociedade, apesar do ressentimento da falta de contato e do isolamento. Além disso, constatou-se uma perda de sentido de realidade, com produção delirante e alucinatória de forma bastante constante em seu dia a dia. Ao longo dos atendimentos, contou-me que no ambulatório de psiquiatria existiam alguns espíritos de médicos já mortos, que teriam trabalhado na unidade, tentando fazer contato com ela para avisar-lhe sobre pessoas más que poderiam machucá-la. Alice também dialogava com espíritos, que estavam sempre junto dela, enquanto contava-me sobre sua vida ou realizava uma atividade proposta.

Entendemos que Alice se via às voltas com tendências psíquicas opostas que geravam intensos conflitos e sentimentos de confusão e insatisfação. Por este motivo, eram possíveis reações imprevisíveis, hostis e anti-sociais. Apesar disso, observava-se um grande esforço para a manutenção de uma pseudonormalidade e de um equilíbrio emocional, o que de fato parecia não poder ser alcançado.

Alice demonstrava ter sentimentos ambivalentes relativos à força e fraqueza, e à autonomia e dependência, sendo que se observava predominar a necessidade de proteção e a superdependência com relação ao outro. A isso somava-se a presença de sentimentos de isolamento e desamparo relativos à figura materna.

Mesmo que apresentasse uma acessibilidade diminuída e houvesse sinais de sentimentos de hostilidade e tendências oposicionistas, Alice buscava por satisfação e mostrava necessidade de aceitação por parte de parentes, especialmente dos filhos, o que em seu caso se transformava em um grande foco de ansiedade.

Finalmente, concluímos que, circunstancialmente, a paciente não apresentava recursos para manutenção de um controle das situações que vivenciava. Mostrava-se como pessoa dependente, sem condições para uma vida autônoma.

Já ao final do processo psicodiagnóstico, Alice expressou o quanto eram especiais aqueles momentos em que podia falar e sentir-se ouvida e acolhida, dizendo mesmo que gostaria de dar continuidade ao atendimento. Foi-lhe explicada tal impossibilidade, junto ao Setor de Psicodiagnóstico, mas que ela poderia iniciar uma psicoterapia em outro espaço, com outro terapeuta. Perguntou então se haveria algum problema em pedir dinheiro às pessoas que conhecia para que assim pudesse pagar um espaço onde continuaria a ser ouvida pela examinadora.

A demanda de psicodiagnóstico constituiu-se para aquele sujeito, ao que tudo indica, como um dispositivo deflagrador da fala, que permitia a Alice, de alguma forma, ultrapassar as limitações impostas, ao longo de toda sua existência, pela fragmentação psicótica. Em meio a todo sofrimento psíquico havia um sujeito desejante.

Referências Bibliográficas:

BOHM, Edwald. Manual Del Psicodiagnóstico de Rorschach: para psicólogos, médicos y pedagogos. Madrid: Ediciones Morata, S.A., 1979.

_____. Vademecum Del test de Rorschach (Tablas auxiliares para su aplicacion). Madrid: Ediciones Morata, S.A., 1978.

CLAWSON, Aileen. Bender infantil, Manual de diagnóstico clínico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa de. As pirâmides coloridas de Pfister. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 2005.

Notas

[*] Setor de Psicodiagnóstico Diferencial da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria/HUPE/UERJ – Supervisora: Dra. Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado. Trabalho apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicóloga, Residente do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

Cisão e Negação: defesas de um paciente soropositivo[*]

Helena Pinheiro Jucá-Vasconcelos[**]

Venho por meio deste trabalho discutir dois mecanismos de defesa encontrados em um caso atendido no Setor de Psicodiagnóstico Diferencial da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto: cisão (também chamada de divisão ou *splitting*) e negação.

1. Desenvolvimento teórico

Anna Freud (1978) define *defesa* como "a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis" (p. 36). O mecanismo de defesa "na qual se baseia a fantasia de inversão dos fatos reais nos seus opostos" (p. 80) é a negação. Propõe que com o desenvolvimento da criança, ela deva ser capaz de se utilizar de outros mecanismos menos complexos, como a evitação.

O ego utiliza mecanismos de defesa na tentativa de se proteger da ansiedade excessiva causada pela experimentação de uma circunstância sem possibilidade de elaboração. Entretanto, ao serem retirados os conteúdos mentais, há como conseqüência a alteração da realidade (Barros, 2004).

Barros (*op.cit*) expõe que os motivos que levam ao afastamento da realidade, por parte do indivíduo, sempre foram enigmáticos. A princípio, a explicação se baseava no excesso de tensão, por conta da ansiedade, produzindo repressões. Portanto, acreditava-se que o que desequilibrava a pulsão era retirado da consciência e tornado inconsciente. O autor cita a proposta dada por Melaine Klein que descreve a possibilidade do *self* de se dividir e projetar nos objetos internos e externos partes de si para preservar a integridade do ego. Produzindo, então, uma identidade do objeto a partir desta projeção, modificando a percepção da realidade.

Segal (1975) comenta que para uma personalidade estar bem integrada é preciso que passe por todas as fases do desenvolvimento, sendo também importante a realização de certas ações na posição esquizo-paranóide. Cita a cisão que ajuda o ego a "emergir do caos e organizar suas experiências" (p. 47). A princípio o ego

divide a experiência, que pode ser excessiva e extrema, em objeto bom e objeto mau, ordenando o "universo das impressões emocionais e sensoriais da criança" (p. 47). A realização deste caminho é fundamental para a integração posterior. Ela é a base para a capacidade de discriminar, de "prestar atenção e de suspender a própria emoção a fim de formar um juízo intelectual" (p. 47) e também para a formação da repressão.

A maneira que se apresentará a repressão posteriormente dependerá como ela se estabeleceu na fase primitiva do desenvolvimento. Se tiver sido excessiva e rígida se apresentará através de uma rigidez neurótica demasiada; caso tenha sido menos avassaladora, será proporcionalmente menos mutiladora e proporcionará uma melhor comunicação entre o inconsciente e o consciente (Segal, *op.cit*).

Assim sendo, a autora aponta que a cisão é um mecanismo de defesa importante, desde que não seja excessivo. Enfatiza também que estará por toda a vida do sujeito de forma alterada e que através dela mecanismos menos primitivos, como a repressão, podem ser estabelecidos. Destaca que há conecção entre a divisão, a ansiedade persecutória e a idealização. Caso estas últimas estejam armazenadas em sua configuração original na vida adulta, há alteração do pensamento. Entretanto, elementos de ansiedade persecutória e de idealização são necessários nas emoções adultas.

Com isso, Segal (*ibidem*) esclarece que os mecanismos de defesa utilizados na posição esquizo-paranóide não somente protegem o ego de ansiedades imediatas e esmagadoras, como também são graduais no desenvolvimento. Para que o sujeito ultrapasse esta posição satisfatoriamente, é necessário que se tenha predominantemente, interna ou externamente, experiências boas sobre as más. Assim, "o ego adquire crença na prevalência do objeto ideal sobre os objetos persecutórios, bem como na predominância de seu próprio instinto de vida sobre seu instinto de morte" (p. 48).

Entretanto, quando há predominância de experiências más, a identificação projetiva é utilizada de forma alterada, já que "a parte projetada é estilhaçada e desintegrada em fragmentos diminutos, e esses fragmentos diminutos são projetados no objeto, desintegrando-o, por sua vez, em partes diminutas" (Segal, *ibidem*: 67). Isto ocorre já que a realidade é sentida como persecutória e há um ódio violento a toda experiência de realidade – interna ou externa. Com isso o aparelho perceptual é atacado, assim como também os vínculos, entre o eu e os objetos ou entre vários fragmentos do eu, como as funções de sentir e pensar (Bion, 1967). Para sobreviver a tal situação e resguardar seu ego, o bebê expulsa e mantém "um objeto ideal protegido dos efeitos devastadores de sua identificação projetiva" (Segal, *ibidem*: 70).

Por outro lado, Barros (2004) aponta que o indivíduo sofre também de carência de experiências emocionais para seu desenvolvimento. Expõe a necessidade de não apenas levantar as repressões ou propiciar um ambiente facilitador, mas também restaurar as funções mentais perdidas para que seja possível pensar sobre experiências antes impossíveis de serem pensadas ou sentidas. Isto porque, com a mente cindida, o sujeito torna-se incapaz de simbolizar, uma vez que não há comunicação entre as diversas instâncias psíquicas, não conseguindo, assim, pensar os sentimentos. Com isso, a vida perde o sentido e a capacidade de pensar torna-se bloqueada, não sendo imaginável nem a concepção de certos pensamentos.

2. Caso clínico

Dionísio[1] chega com um pedido de psicodiagnóstico e buscando respostas quanto a sua vida. O paciente foi encaminhado pelo Serviço de Psicologia Médica do hospital com a solicitação de avaliação psicológica para esclarecimento diagnóstico. O paciente, soropositivo, se queixava de esquecimentos, insônia e desmotivação para tarefas do cotidiano (sic).

Sua infância se passara em uma pequena cidade fluminense, sem amigos, pois não lhe era permitido pelos pais o contato com os vizinhos e a saída de casa. Segundo ele, havia, também, pouco contato com os pais, que não dialogavam com os filhos. O pai era militar, autoritário, rígido e intolerante para com os filhos. Aos sete anos de idade, fugiu de casa. Sua mãe, ao perceber, foi atrás da criança e a trouxe de volta. Lembra-se com desgosto de atitudes autoritárias do pai e relata não ter sentido a morte dele.

Nas sessões pôde-se perceber que Dionísio estabelecera uma configuração onde a mãe representava o objeto ideal, bom, e o pai, o objeto mau. Negava toda e qualquer configuração negativa da mãe. Não parecia conseguir ver na passividade da mãe a negligência e a violência. Por exemplo, comentou que quando a família visitava os avós maternos, ele e seus irmãos não podiam entrar na casa e eram obrigados a ficar do lado de fora. Seu avô era esclerosado e também ficava do lado de fora da residência. A avó alegava, segundo Dionísio, não querer desordem em seu lar. Somente seu irmão mais velho era autorizado a entrar e lanchar com a avó e a mãe. Ainda sobre essa situação, o examinado informou que sua avó perdera seu primogênito, tendo receptividade para seu neto mais velho, visto como substituto do filho que perdera. O propósito relacionou esta situação a vivências de baixa auto-estima.

Entretanto, lembra-se de situações onde seu pai o agredia fisicamente através de castigos desmedidos e injustos. Conta que por ter desobedecido ao pai, foi obrigado a permanecer na garagem de sua casa ajoelhado no milho. Lá o pai fazia trabalhos de marcenaria e, mesmo doente, com febre e quase sem conseguir respirar por conta do pó do ambiente, o pai não o deixou sair de lá até que anoitecesse.

No fim da infância, passou a sentir-se mais livre ao mudar-se para um sítio com a família. Diz ter boas lembranças desse lugar, já que ele podia passear e andar sem estar na vista dos pais. Neste local teve seu primeiro relacionamento amoroso com uma vizinha, contudo, diz que sempre se percebeu com interesse por outros homens. Fez menção que, ao pegar uma carona com um homem quando adolescente, foi “abusado”. Ao se procurar entender melhor o que possa ter se passado, mostrou-se evasivo dizendo apenas que o sujeito pôs a mão em sua perna.

Cursou e concluiu curso técnico e superior. Pelo seu desejo de sair de casa, conseguiu meios para morar no campus da universidade. Ao se formar, passou a trabalhar em uma empresa estatal, ficando embarcado por longos períodos, o que o levou a solicitar à mãe que gerenciasse sua conta bancária. Em um dado momento, porém, para sua surpresa, descobriu que ela havia dado todo seu investimento aos outros filhos, zerando sua conta. Desentendeu-se com ela, solicitando que nunca

mais repetisse tal ato, porém ainda assim delegou-lhe o gerenciamento de suas contas. Deste modo, o paciente utiliza-se da negação, alterando a realidade e idealizando a mãe para suportar a realidade do fato, interna e externamente. Negando, não se mostrava capaz de evitar a situação de risco, permitindo que a mãe continuasse a cargo de sua conta bancária. Percebe-se também a não diferenciação da família, como se o que fosse da mãe ou dos filhos pertencesse a um só.

Contou que não tinha certeza sobre quando fora infectado pelo vírus HIV, entretanto, expôs que teve relações sexuais sem preservativos. Soube do diagnóstico com o início dos sintomas há mais de 10 anos, com o desenvolvimento de um câncer típico de pacientes com HIV, ficando internado em estado grave. Comentou que haja vista a gravidade de seu estado, seus irmãos, com a possibilidade de sua morte iminente, quiseram organizar a partilha dos seus bens, deixando-o desapontado com eles. Desde então, informa haver um expressivo distanciamento entre eles. Negou que os familiares soubessem de seu diagnóstico.

Pouco antes de tomar conhecimento sobre sua doença, Dionísio pediu demissão da estatal em que trabalhava, já que acalentava o projeto de ter uma empresa própria. Investiu em um estabelecimento comercial, cujas obras foram interrompidas no momento em que surgiu seu problema de saúde, não vindo a recuperar o investimento feito. Nesta mesma ocasião, vendeu um apartamento, mas não chegou a receber o dinheiro, o que complicou ainda mais sua situação financeira. Após esse período, conseguiu abrir o estabelecimento, contudo, o primeiro negócio não foi bem sucedido, tentando outro projeto no ramo da hotelaria. Este também não obteve os resultados esperados. Procurando novas alternativas, dividiu o primeiro estabelecimento com um outro empreendimento, exclusivo para homossexuais.

Nas entrevistas com a examinadora, Dionísio se queixava principalmente quanto a sua vida profissional, com relação ao seu trabalho como autônomo. Queixava-se também de sua vida sexual, pois se via às voltas com disfunção erétil desde que soube do diagnóstico de HIV positivo. Assinalou também vir a sua mente o posicionamento materno que condena às práticas homossexuais, considerando que ela desconhecia sua opção sexual.

Naquela ocasião, tinha investido no novo estabelecimento que, segundo ele, vinha dando bons resultados, contudo as questões profissionais continuavam sendo um fator de grande preocupação. Assinalou ser muito cauteloso quanto à higiene e à freqüência do local, com preocupação de não parecer lugar sujo. Diz se preocupar para que o local não seja freqüentado por homossexuais “afetados”, que são de “má classe”.

3. Considerações finais

Faz-se uso de mecanismos de defesa para que se possa lidar da melhor forma possível com as situações que se vive. A princípio, é uma forma criativa que o sujeito encontrou para se a ver livre das emoções ou pensamentos insuportáveis para ele. Para que o mesmo possa lidar com as inúmeras situações da vida, terá que utilizar vários mecanismos. Para o objetivo deste trabalho, enfatizei apenas dois: cisão e negação.

O paciente teve uma vida repleta de violência e vivências de desamor por parte da família. Demonstra ter dificuldades para enfrentar estímulos emocionais, que por sua vez podem estar relacionados a problema de controle da afetividade e dos impulsos. Dá sinais de não amadurecimento no relacionamento com as emoções, utilizando processos defensivos, como os já citados.

Percebe-se que Dionísio se expôs a situações de risco ao longo de sua vida, quando tentou fugir de casa, ao pegar caronas e mesmo ao ser infectado pelo vírus HIV. Assim, parece que ele possui dificuldades de se proteger de situações que possam ser perigosas para si mesmo, negando a periculosidade da situação. Estudos apontam que crianças abusadas tendem a repetir situações com risco de abuso e que é possível relacionar "violências sofridas na infância e suas ressonâncias na organização da identidade de gênero" (Leite-Ferreira e Almeida-Prado, 2004: 242).

O paciente divide seus objetos internos e externos em bons e maus. Por exemplo, coloca os homossexuais em duas categorias: os "afetados" e os "não-afetados". Os primeiros são aqueles que têm expressões e gestos afeminados. Os outros são os bons, os educados, os limpos e os inteligentes. Em um dado momento fala, que seus clientes são doutores, advogados e engenheiros; são pessoas "dignas". Parece querer acreditar que, assim como aqueles, ele também é digno e honrado. Diferencia seu estabelecimento de lugares onde os "afeminados" freqüentam.

Idealiza a si mesmo como aquele que faz coisas, tem grandes projetos e faz reformas infinitas; porém nega sua parte que se sente "suja", mal acabada e que precisa sempre de reformas, já que não conseguiu o amor e a aprovação de sua mãe. "Não foi um bom menino". Com esta cisão, Dionísio se encontra sozinho em um mundo sem sentido; sua angústia o leva a pensar em "fugir para outra dimensão" tentando assim lidar com seu vazio.

Como vimos, a fala de Dionísio é marcada sempre por seus afazeres, projetos e reformas de vida. Entretanto, suas questões afetivas e íntimas são abordadas rápida e superficialmente, sem contato emocional aparente. Minha percepção é que ele conta uma história como se ele fosse um mero espectador. Mas será que ele pode fazer algo a mais que isso? Diz ter a sensação de que, se não tiver planos para a vida, esta não terá mais sentido: - "Para que mais serve a vida além de concluir planos?". De tantas reformas no exterior, Dionísio parece ter medo do que pode encontrar no seu mundo interno, que sugere estar pleno de sentimentos devastadores e vivências impossíveis de serem vistas. Ele me indaga se seu problema de disfunção erétil teria solução ou se era algo físico, como se sua impotência estivesse relacionada a um algo a mais, impossível de ser visto por ele, mas que de alguma forma parecia estar rondando como um fantasma.

Referências bibliográficas

BARROS, Elias Mallet da Rocha. Método psicanalítico. *Cienc. Cult.*, out./dez. 2004, vol.56, no.4, p.22-25. ISSN 0009-6725.

BION, Wilfred Ruprecht. Estudos psicanalíticos revisados. 3ª ed. revisada - Rio de Janeiro: Imago, 1994.

LEITE-FERREIRA, Maria de Fátima e ALMEIDA-PRADO, Maria do Carmo Cintra. Violência familiar e homossexualidade: as vítimas do silêncio. In: ALMEIDA-PRADO, Maria do Carmo Cintra (coordenadora). O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana. São Paulo, Vetor, 2004.

FREUD, Anna. O ego e os mecanismos de defesa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

SEGAL, Hanna. Introdução à obra de Melaine Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no Setor de Psicodiagnóstico Diferencial – da Unidade Docente Assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob supervisão da Dra. Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.
[**] Psicóloga, Residente do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.
[1] O nome é fictício para preservar o anonimato.

Estados de entranhamento e processos de diferenciação em Terapia Familiar Psicanalítica[*]

Michele Siviero Martins; Valeria Castro Chagas de Azevedo[**]

1-Apresentação

O Setor de Terapia Familiar Psicanalítica, localizado na Unidade Docente Assistencial (U.D.A.) de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), recebe uma demanda predominante de famílias com uma dinâmica de funcionamento psicótico. O tema de nosso trabalho é, por este motivo, recorrentemente discutido em aulas e supervisões.

Adriana (20 anos) começou a ser acompanhada no Ambulatório da U.D.A. de Psiquiatria do HUPE após ter apresentado seu primeiro episódio psicótico agudo em abril de 2004. No decorrer deste acompanhamento, apresentou nova agudização, sendo encaminhada por seus pais ao Centro Psiquiátrico Nise da Silveira, onde foi internada, sendo depois transferida para o HUPE. Durante a Semana Santa, abrira quadro delirante, acreditando que seu pai estaria pensando em matar sua mãe com a faca que estava amolando na cozinha. De acordo com seu relato, ele olhava fixamente para sua mãe que estava de costas, com um "olhar assassino" (sic).

Após a internação de curta duração, surgiu a demanda para o acompanhamento no Setor de Terapia Familiar.

Cláudia (27 anos), juntamente com sua irmã Samantha (23 anos) e sua mãe Ana (58 anos), foi encaminhada à terapia familiar psicanalítica após ter saído de longo período de internação na Enfermaria de Psiquiatria. Tratava-se desde os 14 anos em outra instituição. Ao serem chamadas para a entrevista inicial, recusaram o atendimento. Porém, meses depois, entraram em contato com o Serviço solicitando psicoterapia, pois "tinham dificuldades relacionadas à auto-estima e procrastinação" (sic).

Esses dois acompanhamentos aqui introduzidos servirão como substrato para discussão acerca dos estados de entranhamento, conceito desenvolvido por M. P. de Almeida Prado (1988), e por ele definido como:

"(...) o quadro psicodinâmico resultante da manutenção total ou parcial da indiferenciação primária com os objetos, por predominar dentro do Self um alto teor de angústia que torna necessário o uso massivo da identificação projetiva, bem como o predomínio de uma larga ou extensa área mental onde o pensamento não pôde ser desenvolvido em sua forma mais evoluída de pensamento simbólico" (p.88).

Recordemos que o bebê, ao nascer, embora muito competente, é imaturo e dependente particularmente do peito e da mãe, de quem necessita para ter acesso aos seus pensamentos pensados (Bion, 1967).

É preciso que, nesta relação, o bebê possa vivenciar experiências gratificadoras, pois são elas que irão propiciar a existência tolerável de um objeto bom, capaz de satisfazer e diminuir a angústia. Na ausência ou precariedade deste tipo de experiência, a angústia se exacerba obstruindo a capacidade de um desenvolvimento do pensamento em direção à simbolização. Para lidar com o excesso de angústia, há uma tentativa de evacuar esse objeto mau, aumentando o uso da identificação projetiva que deixa de ser então um elemento agregativo, perceptivo e comunicativo, para ser um elemento desagregativo, obstrusivo e isolante.

Para M. P. de Almeida Prado (1988), a identificação projetiva é fundamental no processo perceptivo, onde há sempre uma distorção da realidade externa. Acrescenta que:

"(...) cada um tem para si mesmo uma verdade perceptiva pessoal e intransferível, que dificulta as comunicações humanas e torna a linguagem um fenômeno sempre precário do ponto de vista comunicativo, em termos absolutos" (p. 89).

O autor acredita que as maiores e mais nocivas distorções provenham da ação de impulsos destrutivos de morte: a inveja, o ciúme e a voracidade. Fazendo uso da identificação projetiva de forma massiva, partes do Self são evacuadas nos objetos e no exterior, e na impossibilidade de reconhecê-las como suas, o sujeito é atravessado pela angústia.

O analista se faz continente dessas partes do *Self* expelidas pelo sujeito e as integra para o paciente, através de interpretações da transferência. Assim, é possível "converter a experiência do encontro analítico num encontro de integração desses fragmentos da personalidade que nunca puderam se integrar, mas apenas formar um conglomerado pouco coerente" (op. cit. p. 109).

Em consonância às idéias de M. P. de Almeida Prado (1983, 1988), Racamier (1988) apresenta o conceito de "perversão narcísica". Nas palavras de M. C. C. de Almeida Prado (1999a) trata-se de:

"(...) uma evitação do impacto pessoal dos sentimentos de luto, angústia, desilusão e separação, tratando de reportar ativamente sobre outro as dores, as dificuldades e os conflitos que neles se prendem" (p. 151).

Essa evitação se daria porque o ego do sujeito não estaria em condições de assumir a angústia, a desilusão e separação, projetando-as no próprio círculo familiar.

A autora cita ainda Eiguer (1988), que nos recorda o quanto o funcionamento perverso-narcísico pode estar atravessado pela pulsão de morte:

"(...) a pulsão de morte agiria dissociando o perverso narcísico de seus investimentos objetais e desqualificando seu cúmplice de seu próprio funcionamento mental, o que significa a nosso ver desqualificá-lo da possibilidade de pensar, ao que ele responde com complementariedade e reciprocidade" (op.cit., p.153).

Racamier (1988) considera que o perverso narcísico se valeria do meio para se proteger dos conflitos internos. Sendo assim, ficaria impossibilitado de realizar as duas tarefas essenciais ao ser humano ao longo de sua existência: fazer face à angústia consciente e, sobretudo, inconsciente que, própria à natureza humana, sobrevém desde os primórdios da vida; e ao luto fundamental, não só ao que se refere aos lutos propriamente ditos, mas igualmente a esse trabalho de desilusão, de separação e de individualização que cabe ao ser humano, à criança desde o início, e que não cessa jamais.

Seria o luto fundamental que possibilitaria uma abertura para o outro enquanto tal.

De acordo com Eiguer (1988), Racamier pensa que o perverso narcísico é no fundo um psicótico sem sintomas e que é para se desembaraçar de sua psicose latente que se vale do outro para manter-se equilibrado.

Nas histórias aqui citadas, esse parece ser o funcionamento em atividade. Própria à relação dos estados de entranhamento, as identificações projetivas ocorrem de forma massiva, impedindo a diferenciação e a possibilidade de fazer face às tarefas citadas anteriormente.

Assim como o bebê precisa da mãe para por em forma de pensamento pensado as suas experiências, os pacientes que aqui citamos também se valeriam do que Bion (1967) chamou de "aparelho de pensar pensamentos" de seu terapeuta. Nas palavras de M. C. C. de Almeida Prado (1999a):

"(...) dentro do enquadre de terapia familiar psicanalítica, o terapeuta coloca o seu aparelho de pensar pensamentos à disposição do aparelho psíquico familiar, de forma que, ao receber seus elementos psíquicos através de comunicações verbais, possa devolvê-los em forma de pensamentos pensados, permitindo assim que a família além de ter acesso às suas experiências vividas como pensamentos pensados com significação afetiva, possa desenvolver o seu aparelho de pensar pensamentos" (p. 218).

2. Casos Clínicos:

2.1. Adriana

A terapia familiar iniciou-se com a presença da mãe Sônia e filha, pela impossibilidade de se conseguir um horário que viabilizasse a vinda de José Roberto, o pai, que dormia durante o dia pelo fato de trabalhar à noite como motorista de ônibus.

Adriana é filha única de José Roberto, tendo uma irmã por parte de mãe já casada e com uma filha. Tinha terminado o ensino médio e estava estagiando em uma estatal, estágio sobre o qual falava com orgulho. Tinha um namorado que não era do agrado dos pais, por não trabalhar e nem estudar.

Adriana foi descrita como uma jovem caseira, muito apegada à mãe, com a qual dormia desde criança, a princípio por causa da preocupação dos pais em relação a um grave problema respiratório de fundo alérgico, e depois por conta do trabalho do pai que é noturno. Segundo Sônia, Adriana não dormia sozinha fora de casa, nem mesmo em casa de parentes, não tendo o hábito de viajar ou pernoitar em casa de amigas.

Ao longo dos atendimentos Adriana usava o espaço para "atacar" José Roberto, descrito como omisso, egoísta e sovina. Nessas ocasiões, Sônia permanecia calada sem contestar a filha.

Adriana gostaria que os pais se separassem e lamentava ter perdido seu estágio após sua internação que, segundo ela, poderia "garantir uma vida melhor para a mãe, que não merecia ter que passar pelo que passava por não ter como se sustentar" (sic). Afirmava que desde o início do casamento, Sônia se decepcionara, mas que permanecera casada por causa das filhas.

Adriana se separou de seu namorado, pois não via nele empenho em "crescer na vida". Segundo ela, a relação entre eles ficara impossível complementando: "se minha mãe fosse meu namorado seria perfeito".

Após um tempo, começou a questionar a necessidade de permanecer na terapia de família, já que continuava com sua terapia individual. Por outro lado, Sônia passou a defender o espaço por fazer maior uso dele. Passou a vir só, disposta a investir na terapia. Por um tempo alternavam faltas com a vinda de Sônia e eventualmente de Adriana.

Sônia começou a acreditar que José Roberto possuía uma outra família, tendo um filho com o conhecimento dos irmãos dele que o acobertavam e com os quais não mantinha um bom relacionamento.

Segundo ela, José Roberto sempre fora muito ligado a sua família, não deixando de freqüentá-la quando Sônia se recusava a fazê-lo por causa de Adriana. As duas se ressentiam da ajuda que ele dava a seus familiares em detrimento do atendimento a suas necessidades.

A situação entre o casal deteriorou e terminou com a separação, vivida pelas duas como uma grande vitória. José Roberto permanece na antiga casa e as duas foram para um novo apartamento "para começar vida nova" (sic).

Adriana voltou a estudar e começou a distribuir currículos. Sua presença nos atendimentos e em casa junto à mãe foi diminuindo. Após o término das férias da psicóloga, não retornaram, sem restabelecer contato.

Passado um período, Adriana a localizou em outro setor do HUPE, deixando um novo número de telefone e pedindo que fosse feito contato. No dia marcado, vieram para

o atendimento Adriana, Sônia e uma irmã na casa da qual estavam morando porque Sônia se recusava a ficar na nova casa.

Sônia passara a ser perseguida por “pressentimentos” de grandes perigos envolvendo as duas, sentindo-se observada por transeuntes e vizinhos. Culpava José Roberto de entrar na casa escondido e substituir suas coisas por outras “parecidas, mas estragadas” (sic).

Conseguimos agendar uma consulta com uma psiquiatra da unidade e na sessão seguinte compareceram, pela primeira vez pai, mãe e filha que passaram a vir à terapia.

Logo depois Adriana foi chamada para um novo emprego e retomou o namoro com Luciano depois que ele começou a trabalhar. Seu médico diminuiu a medicação e voltaram os planos para o vestibular.

Só o casal passou a comparecer à terapia. Logo começaram a tratar das questões que os levaram à separação. Ao longo dos atendimentos o casal passou a tratar de dificuldades antigas. A relação familiar começou a melhorar quando houve possibilidade de falarem sobre suas dores e dificuldades, as diferenças se tornando menos ameaçadoras.

Um dia chegaram com certo brilho nos olhos: Adriana passou para uma faculdade, iria pagar parte da mensalidade com seu trabalho e José Roberto, emocionado, chorando muito pela primeira vez, falou do orgulho que sentia da filha, que depois de tudo o que acontecera estava apostando na sua vida sem medo.

As férias de José Roberto estavam chegando e ele, por anos, viajava para o nordeste para ficar com o restante da família que permanecera lá. Sônia e Adriana nunca o acompanharam, por ser durante o período letivo e porque a filha não ficava sozinha.

Sônia estava com medo de voltar a ficar só e “perder o equilíbrio que havia recuperado”. José Roberto a convidara para ir com ele e ela respondeu que Adriana não poderia ficar só. Foi mostrado à Sônia que esta respondia pela filha, não permitindo que ela decidisse, como se fosse insuportável admitir que ela estava separada dela, podendo viver independentemente. Sônia chorou muito e disse que sentia que perdera tudo: “não tinha mais marido nem filha” e que havia adoecido quando se dera conta disso.

Quando conversaram com a filha, Adriana disse que não se importaria que eles fossem e que ela poderia ficar na casa do namorado. José Roberto não concordou querendo que ela ficasse com algum parente. Sônia apoiou a filha e por fim chegaram a um acordo.

Durante as sessões que se seguiram, Sônia esteve totalmente envolvida com os preparativos para a viagem, se dando conta que nunca mais haviam viajado juntos após o nascimento de Adriana. Acordamos uma licença de um mês.

Quando retornaram, estavam investidos um no outro. Pensavam em voltar a viver juntos, na mesma casa, e José Roberto já passava a maior parte do tempo com elas.

Tinham planos de vender a antiga casa e comprar uma nova para onde se mudariam. Estavam escolhendo juntos, com calma, o local para onde iriam.

Quando a psicóloga terminou o período da Residência, a família optou por não continuar com a terapia familiar.

2.2. A história de Ana e suas filhas:

O tratamento se iniciou com a presença de Samantha e Ana. Já haviam se passado alguns meses desde a internação de Cláudia na Enfermaria de Psiquiatria do HUPE, a oportunidade de vaga para acompanhamento pelo nosso Setor e a demanda das mesmas pelo atendimento, o que só ocorreu algum tempo após nosso contato.

Neste período, Cláudia vivia com o companheiro e sua filha recém-nascida na casa de Ana. Samantha estava grávida e vivia com o companheiro em casa própria. Ana justificava a necessidade da terapia à crença de que elas não sabiam lidar com os homens; se submetiam aos desejos deles e não possuíam auto-estima suficiente para desvencilharem-se deles.

Ana havia vivido uma relação conjugal de idas e vindas com o companheiro, pais de suas filhas. Ao final, acabou por separar-se, após muitas cenas de violência verbal e física. Neste mesmo período, sua mãe e Carla, sua filha recém-nascida, falecem.

Ana sucumbiu diante de tantas perdas. Deprimida, suas filhas, na época com dois e seis anos, se ocuparam das responsabilidades da casa. Durante as sessões, rememoraram episódios daquela época, como os dias em que Cláudia, a filha mais velha, sentava-se ao lado da mãe e a instigava com perguntas e conversas por horas a fio, evitando assim que a mãe passasse os dias a dormir, apenas. Ao fazer compras no mercado, era Cláudia quem puxava a mão da mãe e a guiava pelos corredores, escolhendo o que levariam para casa. Mantinham a crença de que só sobreviveram porque se mantiveram unidas. Naquele momento, Ana via nesses homens, companheiros das filhas, uma possibilidade de rompimento com um esquema de funcionamento que as mantivera vivas. Desfazer-se dessa crença era impensável.

As filhas viviam uma enorme ambigüidade: tentavam diferenciar-se, no entanto esse movimento era permeado de culpa e angústia. A relação entre elas era marcada pela complementariedade e reciprocidade.

Ao longo do processo psicoterápico, as filhas começaram a revezar-se no atendimento. Ana raramente faltava. Samantha solicitou atendimento para si e o marido. Posteriormente, veio a separar-se, mas não retornou ao atendimento familiar, mantendo seu próprio espaço. Cláudia retornou ao acompanhamento de muitos anos mantido em outra instituição. Ana passou a freqüentar a terapia sozinha. Permitia-se a possibilidade de trazer a sua própria história de vida ao atendimento, descolando-se aos poucos das histórias das filhas. Porém, o contato com a realidade fazia com que Ana sofresse, se angustiasse. Questionava-se sobre o que havia construído ao longo da vida. Sentindo-se esvaziada, retornava à história das filhas, e as relações afetivas delas voltavam a ocupar o lugar central em nossas sessões. Como o perverso narcísico, valia-se do meio para se proteger dos conflitos internos.

Ainda assim, Ana dava sinais do despontar de um processo de diferenciação. Recorrentemente, citava o planejamento da construção de uma casa mais ampla. O desejo que as filhas morassem com ela permanecia, mas acreditava que podiam construir uma casa em **L** onde só precisassem dividir a cozinha. Podemos pensar que o espaço mental de Ana começava a se ampliar, havia nela um desejo de reconstrução, mas o que permanecia presente era a fantasia de uma fonte nutridora inseparável.

A finalização do atendimento pela terapeuta inicial, que encerrou o período de residência, foi sentida por Ana como um abandono. Apesar de todo um trabalho cuidadoso de passagem para outra psicóloga da equipe, Ana acabou por romper o processo psicoterápico. Em sua última sessão, trouxe a boneca de um livro, meticulosamente organizado durante o período da terapia. No prefácio, fala sobre os movimentos da vida, sobre o árduo trabalho de reconstruir-se, e da certeza de que novos tempos viriam.

3- Concluindo...

Os conceitos aqui trazidos são recorrentes na prática cotidiana como terapeuta de família do referido Setor. Sendo assim, o estudo dessas dinâmicas de funcionamento psíquico favorecem a instrumentalização do terapeuta, que por vezes se vê sem recursos diante de tal enredamento familiar.

Como nos relembra M.C.C.de Almeida Prado (1999b), se o terapeuta consegue:

"(...) manter-se enquanto continente para os conteúdos implicados no trabalho psíquico ao qual não foi possível fazer face pela família e/ou pelo casal, facilitando assim suportarem a dor psíquica e o contato com a realidade, lentamente podem vir a ser mudadas estratégias defensivas rígidas e impermeáveis, por outras mais plásticas, mais realísticas (...)" (p.162).

Parece que foi esta a tarefa executada pelas terapeutas nos casos citados, possibilitando assim que a demanda inicial – de manutenção da indiferenciação – se transformasse em desejo de individuação, por mais difícil que isto fosse.

Referências bibliográficas

ALMEIDA PRADO, M. P. (1983) *Psicanálise de Psicóticos*. Rio de Janeiro: Plurarte.

_____. (1988) *Narcisimo e estados de entranhamento*. Rio de Janeiro: Imago, 2ª edição rev. e ampliada.

ALMEIDA PRADO, M. C. C. (1999a) *Destino e Mito Familiar: uma questão na família psicótica.* São Paulo: Vetor.

_____ (1999b) Narcisimo, conjugalidade e estados de entranhamento. In: Feres-Carneiro, T. (org.) *Casal e Família. Entre a tradição e a transformação.* Rio de Janeiro: NAU.

MARTINS, M. S. & PERALVA, E. L. M. (2006) *A dimensão narcísica na relação entre mãe e filha: quando "viver junto é impossível e separar-se é mortal".* Trabalho apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia do HUPE/UERJ.

RACAMIER, P.C.(1988). Perversão narcísica na família do psicótico. In: VILHENA, J. (org). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no Setor de Terapia Familiar Psicanalítica/Ambulatório da U.D.A. de Psiquiatria do HUPE/UERJ, com supervisão da Dra. Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

[**] Psicólogas, Residentes do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ, no período de 2004 a 2006.

A dimensão narcísica na relação entre mãe e filha: quando "viver junto é impossível e separar-nos é mortal"[*]

Elisa Lima Mayerhoffer Peralva; Michele Siviero Martins;[**]

O presente trabalho é resultado de nossa prática enquanto residentes de Psicologia no Setor de Terapia Familiar Psicanalítica. Nosso objetivo é apresentar um panorama acerca dos estudos e do atendimento terapêutico realizados neste Setor, articulando o referencial teórico estudado com o trabalho clínico, ressaltando esta articulação bem sucedida como responsável tanto pelos avanços terapêuticos do tratamento quanto pelo nosso enriquecimento e crescimento profissionais. Iniciamos o trabalho trazendo um pequeno relato de dois casos clínicos atendidos por nós para, em seguida, dissertar sobre alguns pontos teóricos fundamentais para se pensar o funcionamento psíquico, um tanto peculiar, das famílias que atendemos no Setor.

Baseadas nos conceitos de Haydée Faimberg (2001), pretendemos trazer à cena a discussão sobre a dimensão narcísica nas relações familiares, mais especificamente, na relação mãe-filha, considerando o narcisismo como um conflito intrapsíquico, ou seja, um modo de funcionamento do sujeito que remete ao amor do ego por si mesmo, mas que precisa ser confirmado por um investimento do outro. Em algumas dinâmicas transgeracionais, essa relação pode cristalizar os membros da família, tornando-os reféns de uma situação da qual não se vê possibilidades de saída. É isso que vemos nas relações estabelecidas entre Maria e Ana com suas filhas.

I- Maria e Joana: uma perpetuação do "compromisso" entre mãe-filha.

Maria, 59 anos, vem sendo atendida há cerca de seis meses no Setor de Terapia Familiar Psicanalítica. Trouxe como queixa principal a dificuldade de relacionamento com a filha Joana, de 22 anos, que segundo ela é uma "louca". Relata que a filha não tem responsabilidade, que vive para gastar dinheiro compulsivamente com os namorados e comprar coisas desnecessárias. Pedia ajuda para lidar com Joana, pois não sabia mais o que fazer diante de tantas discussões violentas que, por vezes,

acabavam com a filha lhe agredindo fisicamente ou ameaçando matá-la com facas e outros objetos.

Quando tem essas “crises”, Joana quebra tudo em casa e agride todos a sua volta, principalmente a mãe. Às vezes, só é contida pelos bombeiros. Atualmente, Joana faz tratamento psiquiátrico e tem uma vida que podemos chamar de “normal” para uma jovem de sua idade, não fosse o relacionamento conturbado que mantém com a mãe Maria.

Durante os seis meses de atendimento Joana nunca quis comparecer à terapia, apesar das inúmeras tentativas da mãe de levá-la, o que não impediu Maria de continuar vindo sozinha aos encontros semanais. Mesmo não participando do atendimento, Joana se fazia presente de forma quase exclusiva no discurso, nos pensamentos e nos desejos da mãe. O relacionamento com Joana é um ponto privilegiado das sessões, assim como de sua própria vida e de seu psiquismo, voltados especialmente para a filha. Dormem juntas na mesma cama e Maria cuida pessoalmente da roupa e da comida da filha, ficando muito magoada quando esta rejeita sua comida ou quando prefere comer fora com as amigas ou o namorado.

Maria queixa-se constantemente das escolhas amorosas da filha, diz que Joana só arruma namorados que “não prestam” e que os homens só ficam com ela porque assume todos os gastos financeiros por eles. Sente-se extremamente incomodada quando a filha sai com o namorado e passa toda a noite fora. Sua maior preocupação é que lhe aconteça alguma coisa; teme morrer e deixar Joana desamparada, “sem responsabilidade, sem nada”. Nas sessões, descreve com detalhes seu cotidiano com a filha, mas traz principalmente suas inquietações e sua intensa angústia por não poder controlar todos os passos e desejos dela. Fala sem parar sobre a rotina da filha, sua relação no trabalho, com as colegas e com a faculdade. Sofre porque queria que a filha fosse como ela. É como se a vida de Joana fosse sua própria vida. *É como se desejasse viver a vida por (de) Joana.*

Joana, por sua vez, também solicita a mãe: exige que durmam juntas, por sentir um medo terrível de dormir sozinha, não admite fazer seu próprio prato nem lavar suas roupas íntimas, delegando estas tarefas como obrigações da mãe. À noite, não vai ao banheiro sem Maria, da mesma forma que exige sua companhia todos os dias no caminho para o trabalho. Não suporta não ter os seus desejos atendidos por Maria e mostra-se muito ressentida com a relação da mãe com uma sobrinha muito próxima. Participa à mãe tudo o que faz e também os detalhes de seu relacionamento com o namorado. Por outro lado, repele com agressividade qualquer esboço de interferência da mãe em sua vida, afastando-a como se temesse ser “engolida” por ela.

Percebemos que a relação compartilhada por Maria e Joana pode ser caracterizada como supostamente completa, indissociável e definitiva. Exatamente quando este conluio é ameaçado, Maria se desorganiza, pois sua vida tem como eixo central e único a filha Joana. A intensidade de amor e ódio vividos na relação entre mãe e filha é algo que chama particular atenção. Trata-se de uma situação paradoxal, pois estar junto à mãe é vivido por Joana como uma intrusão, ao mesmo tempo em que se separar dela remete ao vazio, à não existência psíquica.

Joana é filha única de Maria com o único homem com quem se relacionou durante sua vida e com o qual foi casada por muitos anos, até separar-se dele há alguns

anos. Casou-se aos 35 anos, após um período bem curto de namoro e logo depois engravidou. Relata que a vida conjugal nunca foi boa, sendo o marido uma pessoa extremamente violenta que a ameaçava de morte e também a seus familiares. Após o casamento, parou de trabalhar fora e passou a viver exclusivamente para cuidar de sua filha e de sua mãe, que já era idosa e morava em sua casa.

Maria conta que sempre viveu junto a seus pais, achava que sua vida seria cuidar deles e, por isso, nunca havia pensado em namorados. Veio a se casar quando seu pai já era falecido e sem o apoio da mãe, que sentia ciúmes de seu relacionamento com o então futuro marido. Apesar de ter-se casado, Maria não abriu mão de continuar morando e cuidando de sua mãe. Porém, devido aos problemas com a filha e à péssima relação com o marido, teve que colocar a mãe em um asilo onde veio a falecer. Sente-se muito culpada por ter se separado dela, pois segundo suas próprias palavras: "*a obrigação dos filhos é estar junto aos pais até a morte".*

Ao falar de sua relação com os pais e, principalmente, de sua relação com a mãe, observamos que na família de Maria parece existir uma espécie de compromisso em que as mães devem ficar com as filhas e estas, por sua vez, nunca deixarem suas mães. Maria deseja que a filha seja para ela o que ela mesma foi para sua mãe; é como se este modo de relacionamento, em que mãe e filha formam um uníssono, não pudesse ser desfeito e tivesse que ser perpetuado. Aqui, a separação é sinônimo de intenso sofrimento e só pode ser vivenciada através da morte, seja ela física ou psíquica. Desta forma, Maria e Joana vão mantendo este doloroso pacto: indiferenciadas, entranhadas uma na outra. Assim se faz o grande drama de mãe e filha: não sabem como viverem juntas e nem como ficarem separadas.

II- Ana, Samantha e Cláudia: a sobrevivência (psíquica) depende da união.

Ana, 58 anos, é mãe de Samantha, de 23, e Cláudia, de 27. O encaminhamento se deu após internação de Cláudia no Serviço. Ao ser contatada, a família recusou num primeiro momento o atendimento. Porém, passados alguns meses, entraram em contato com o Serviço, solicitando terapia, pois tinham problemas quanto à "auto-estima, procrastinação, dentre outros". Nesta época, Samantha estava grávida de quatro meses de Leo, com quem vivia em casa própria. Cláudia também tinha um companheiro, Ricardo, e uma filha de poucos meses, porém moravam todos com Ana. Para esta, a terapia se fazia necessária porque ela e suas filhas eram sempre subjugadas aos homens, não possuíam auto-estima o suficiente para se desvencilharem deles, e sempre procrastinavam quanto a mudanças importantes que deveriam realizar em suas vidas.

A relação de Ana com o pai de suas filhas foi conturbada. Conheceu-o e um ano depois, foi morar com ele. Após problemas no casamento por conta de sua sociedade com um agrônomo numa fazenda que pretendia arrendar, Ana acabou por separar-se, indo viver com sua mãe e a filha Cláudia, com dois anos na ocasião. Após um período, seu ex-marido tornou a procurá-la e ela o aceitou de volta. Engravidou de Samantha, e posteriormente, de Carla, que morreu poucos dias após o parto. A mãe de Ana, com quem mantinha forte relação, faleceu pouco tempo depois. Cansada das agressões verbais e físicas do marido, se separou. Diante de tantas perdas, Ana não

conseguiu elaborar os lutos e deprimiu ficando suas filhas, de dois e seis anos, "responsáveis" pela casa e por ela própria. Relatam que Cláudia ficava ao lado da cama da mãe, conversando com ela por horas, fazendo perguntas para que não dormisse. No supermercado, costumava puxar a mãe pela mão, enquanto determinava o que seria comprado. Em uníssono, concordam que este foi um período muito difícil, e que só sobreviveram porque estavam "unidas", união então ameaçada pelos homens que se interpunham entre ela e suas filhas.

Estas, por sua vez, se referem à mãe com um enorme respeito e admiração, e se mobilizam com sua fala destrutiva direcionada aos genros. A tentativa de diferenciar-se é fonte de angústia e culpa. O relacionamento das filhas com seus companheiros é tema central no início do processo psicoterápico. Ana não aceita a presença dos genros e que Samantha tenha saído de casa para viver com o companheiro. Dizia fazer tudo para agradá-los, relatando que chegou a levar café-na-cama para o marido de Cláudia, contando com surpresa que ele ficou muito incomodado com a situação. Parecia não haver nenhuma diferenciação quanto ao que era das filhas e o que era seu.

Ao longo da terapia, Ana falava mais de si. Em um dado momento, relatou muito emocionada que sua vida foi marcada pelo sofrimento. Disse: "por esses dias me vi no reflexo do vidro da janela do ônibus. Não me reconheci – vi uma mulher de cabelos brancos, envelhecida, largada" (sic). Em contato com sua história, Ana sofre, se angustia. Questiona-se sobre o que construiu ao longo dos anos. E nesse momento, remete-se às filhas.

Ao longo do processo psicoterápico, Ana começou a ir só à terapia. Samantha solicitara um atendimento para ela e o marido, e mesmo tendo se separado, não retornou à terapia de família, mantendo seu espaço individual. Cláudia já estava em tratamento em outra instituição e se manteve nesse espaço. Pudemos perceber que a demanda inicial, que parecia ser de manutenção da relação de indiferenciação, tornou-se solicitação para um processo de individuação, por mais doloroso que seja, ainda.

III- A dificuldade da separação e a recusa da alteridade

Para pensar os casos descritos acima propomos, primeiramente, um conceito que foi amplamente desenvolvido por Haydée Faimberg (2001): *a regulação narcísica do objeto.* Em alguns de seus artigos, a autora se dedica a descrever o conceito juntamente com duas características ligadas a ele: *a função de apropriação e a função de intrusão.*

Faimberg aborda o narcisismo como uma forma particular de investimento que se refere a "um modo de funcionamento do sujeito em suas relações com o mundo e não a um conteúdo psíquico" (2001:144). De seu ponto de vista, o narcisismo deve ser estudado como um conflito intrapsíquico, uma vez que apresenta um caráter contraditório. Isto quer dizer que, apesar de ser definido como "o amor que o ego dedica a si mesmo", o narcisismo remete sempre ao investimento do outro. A auto-suficiência que o termo expressa precisa de um outro para confirmá-la. Baseando-se na afirmação de Freud de que o amor dos pais pelos filhos reaviva seu próprio

narcisismo infantil, estuda o conceito a partir da perspectiva da intersubjetividade, da relação do sujeito com o outro.

Entretanto, na *relação de objeto narcisista* o sujeito tende a anular esse outro do qual, paradoxalmente, necessita, não reconhecendo seu status de ser separado e único. A autora define a *relação narcisista* como "uma negativa do sujeito a admitir a alteridade, a intersubjetividade" (ibidem:145). Nesta relação, o sujeito não considera o outro a partir do que ele é e daquilo que deseja, mas sim em função do prazer ou desprazer que lhe proporciona. Diferentemente deste funcionamento narcísico, o nível edípico supõe a diferença entre os seres, sexos e gerações, ou seja, o reconhecimento da alteridade. Destes dois níveis, surge o que a autora coloca como um conflito intrapsíquico potencial, resultado da luta travada entre os conflitos narcísico e edípico.

Ao dissertar sobre o funcionamento narcisista dos pacientes na transferência, Faimberg (2001) aponta que ele está relacionado à história re(construída) dos pais, ou seja, os pais transmitem aos filhos um modo de funcionamento narcisista aos quais eles lançaram mão para resolver seus próprios conflitos intrapsíquicos, inclusive o edípico. Refere-se aos *pais internos*, àqueles que estão inscritos no psiquismo do paciente e que ganham forma no seu dizer. Sendo assim, a *relação de objeto narcisista* caracteriza-se pelas funções de *apropriação e de intrusão.* O amor pelo objeto é um amor narcísico, faz com que o sujeito se aproprie das qualidades do outro como se fossem dele, tudo aquilo que é digno de amor faz parte do sujeito. Logo: "amo, sou". Há uma apropriação da identidade positiva do filho. Porém, tudo aquilo que diz respeito à criança, aos seus desejos singulares e à diferença, o sujeito tende a odiar, além de atribuir a ela tudo o que não aceita em si mesmo, tudo o que lhe provoca desprazer. O filho passa a ser então uma espécie de identidade negativa dos pais. Logo: "odeio, você é". É apenas o ódio que define a alteridade.

A regulação narcisista dos pais internos não permite a criação de um espaço psíquico para que a criança desenvolva sua identidade, livre da submissão e do poder alienante do narcisismo dos pais. O que se estabelece é um *"dilema narcisista"* baseado na lógica do *"ou/ou"*; o sujeito se sente possuidor do objeto de forma totalitária, absoluta, ou, por outro lado, vive totalmente excluído por ele. Não há aquilo que podemos chamar de diferenciação ou limites, mas sim uma dinâmica do "engatado", um psiquismo vazio e, ao mesmo tempo, cheio demais.

Nos casos apresentados anteriormente, pudemos observar este modo de relação narcisista de forma bem clara. Tanto Maria quanto Ana colocam as filhas como eixo central de suas vidas e afastar-se delas significa perder o eixo da própria vida. Quando as filhas as solicitam, sentem-se como parte delas e as filhas, como partes de si mesmas. Esperam que nada quebre isso, que nada se interponha entre elas, sendo uma tudo para outra. O grande drama é perceber que as filhas não são iguais a elas, que não fazem parte delas.

Joana, Samantha e Cláudia, por sua vez, em plena juventude, anseiam por se separar da mãe, investir em outras relações, mas não conseguem. Vivem presas na lógica narcísica que parece ter sido transmitida já de outras gerações de suas famílias. Quando tentam se diferenciar o fazem com muito ódio e culpa, algo que percebemos através de suas "crises" ou surtos de agressividade voltados para a mãe. Mas, existiria vida sem a mãe? Para as filhas, ver-se como alguém diferenciado da mãe parece ser algo bastante difícil, que remete a um registro paradoxal, no

qual: “para eu ser valorizada eu tenho que ser você, mas ser você é não ser eu”. Sendo elas mesmas é como se não fossem nada. O que é valorizado é ser como a mãe.

Mães e filhas parecem não saber o limite que separam uma da outra. As mães se apropriam de tudo aquilo de bom que vem das filhas, passam a viver a vida delas, sua rotina no trabalho, nos estudos, nos planejamentos futuros e até mesmo nos relacionamentos com os companheiros delas. As tentativas das filhas de trilhar um caminho próprio são fortemente reprimidas pelas mães.

Em consonância com as idéias de Faimberg (2001), Racamier (1988) nos apresenta o conceito de “perversão narcísica”. Relembra as duas tarefas essenciais que cabem ao ser humano realizar, ao longo de toda a sua existência:

- uma, seria “fazer face à *angústia* consciente e, sobretudo, inconsciente que, própria à natureza humana, sobrevém desde os primórdios da vida [...]”(p. 59);

- a outra seria constituída pelo “luto fundamental, não só ao que se refere aos lutos propriamente ditos, [...], mas igualmente a esse trabalho de desilusão, de separação e de individualização que cabe ao ser humano, à criança desde o início, e que não cessa jamais [...]” (p. 60). Afirma que o luto fundamental possibilita ao sujeito a “abertura para o outro enquanto tal, assim como para sua própria realidade interna” (p. 60).

Assim, o perverso narcísico teria uma espécie de “perversão moral operando nas relações do sujeito com o seu meio: *um modo particular de se proteger dos conflitos internos, à custa do meio*” (Racamier, 1988:63).

Na definição de Racamier, este estaria envolvido no trabalho de:

“... evitar o impacto dos sentimentos de luto, angústia, desilusão e separação, tratando de colocar ativamente sobre alguém as dores, as dificuldades e os conflitos vinculados a eles. Trata-se de evitar, de se desembaraçar dessas tarefas de elaboração da angústia e do luto, próprios a todo ser humano. Proponho que as tarefas psíquicas que um sujeito repele, e que seu ego não está em condições de assumir, vão cair, inevitavelmente, sobre outros ombros. E, muitas vezes, no círculo fechado da família” (p. 63).

Afirma então que este tipo de perversão pode se manifestar em casais narcísicos, e que estes tendem a funcionar de maneira autárcica, ou seja, tendem “a formar uma unidade que se pretende completa, definitiva, indissociável, eterna e todo-poderosa. Nessa unidade, não haveria lugar para tensões, desejos (fontes de tensão) ou conflitos” (p. 64). Como seria impossível viver de forma autárcica todo o tempo, a ameaça do conflito se faz sempre presente, e sendo a “*diferença um perigo, em vez de admiti-la, experimenta-se que é o exterior que se constitui como sua encarnação e como representante de sua ameaça*” (p. 65). O esforço é para que conflitos não emerjam, todos pensem de igual maneira.

Em família, entendemos que aquilo que não se resolve se repete. Nestas famílias parece ser isto que acontece. A relação dessas mães com os próprios pais segue a mesma lógica narcísica que estabelecem com as filhas, o que podemos chamar de

uma *relação narcísica entre gerações*. Este laço entre as gerações supõe que a separação e a diferenciação constituem um risco de morte. Para Faimberg (2001):

"(...) o reconhecimento da diferença de gerações e de sexos, assim como o reconhecimento do "outro" como alguém diferente de si mesmo, são aquisições psíquicas fundamentais para a criança. Entretanto, em seu desamparo, necessita que seus pais a reconheçam primeiro como diferenciada da própria história edípica deles. É óbvio que tal diferenciação nunca é total, já que os pais têm sempre desejos inconscientes" (p. 139).

Tais aquisições parecem não ter sido feitas por estas mães, e por isso não foram transmitidas para as filhas. Frente à ferida que o conflito edípico impõe, isto é, frente à separação e à diferenciação, encontraram uma solução narcisista. Diante da possibilidade de separação, emerge uma angústia muito forte de desintegração e fragmentação.

Para melhor compreender essa relação entre as gerações, Faimberg (op. cit.) criou o conceito de *configuração edípica*, no qual inclui tanto as relações dos filhos com seus pais como também a dos pais com seus filhos. Relações recíprocas, apesar de dissimétricas. A configuração edípica pressupõe dois aspectos: os desejos inconscientes do sujeito (desejos incestuosos e de morte em relação aos progenitores) e a visão de como os pais reconheceram sua alteridade. Se o que se percebe destes pais é um modo narcisista de relação, o que se dá é essa dinâmica do não reconhecimento do outro, de sua anulação como ser desejante.

Nos casos aqui descritos, Maria e Ana identificam-se com a regulação narcísica de seus pais internos, organizadores de seu psiquismo, e transmitem às filhas este modo de relação. Uma história que, em parte, não pertence a sua geração.

Considerações finais

Acreditamos ser de grande validade pensar o manejo clínico desta dimensão narcísica no processo terapêutico. Tomamos como ponto de partida a idéia de uma re(construção) na transferência da relação dos pais internos narcísicos com o sujeito. Tendo como mola propulsora do atendimento o manejo da transferência, o que se procura é não somente uma repetição, mas sim uma transformação, como bem coloca Faimberg (2001). O trabalho clínico, então, visa uma construção interpretativa que permita a passagem desta identificação alienante à representação e ao reconhecimento da perda do objeto.

Diferentemente de Maria, que inicia o processo psicoterápico, notamos que Ana tem podido vivenciar, através da transferência, um encontro com seus próprios objetos, que aos poucos a confrontam com a diferenciação e o reconhecimento da alteridade.

Referências Bibliográficas

FAIMBERG, H. “A dimensão narcisista da configuração edípica” In: *Gerações, Mal-Entendido e Verdades Históricas.* Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação Humana, 2001.

_____. “A dimensão narcisista da configuração edípica e fim de análise” In: *Gerações, Mal-Entendido e Verdades Históricas.* Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação Humana, 2001.

RACAMIER, P.C.(1988). Perversão narcísica na família do psicótico. In: VILHENA, J. (org). *Escutando a família: uma abordagem psicanalítica.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido na UDA de Psiquiatria do HUPE/UERJ, sob supervisão da Dra. Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado e apresentado no X Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em maio de 2006.

[**] Psicólogas, Residentes do 2o ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

Psicologia no Plantão Geral: uma parceria em prol da integralidade[*]

Clarice Gomes Palmeira[**]***; Helena Pinheiro Jucá-Vasconcelos***[***]

Os atendimentos no Plantão Geral giram em torno da urgência, que aqui tomamos como significante do que sai do controle, o inesperado. O inesperado se refere não somente às queixas clínicas com as quais o Plantão é confrontado, como também ao que muitas vezes escapa ao saber médico, no cotidiano de sua prática. Com efeito, apesar da existência de protocolos para os procedimentos médicos, que em tese deveriam dar maior segurança para os profissionais em formação, há sempre algo que escapa ao seu saber, especialmente em momentos críticos, como os que podem ser vivenciados neste setor.

No HUPE (Hospital Universitário Pedro Ernesto), o atendimento é prestado quase que exclusivamente por estudantes e recém formados em Medicina, sempre supervisionados pelo chefe do setor. Estes, em sua maioria, contam com uma formação predominantemente biológica, que em vários momentos se evidencia insuficiente no que diz respeito à complexidade do processo saúde-doença.

Esses recém-formados se vêem numa atuação que exige, quase sempre, uma maior rapidez, sendo que as demandas podem surgir de um momento para o outro. Observamos que a equipe médica do Plantão Geral, diferente das outras equipes do hospital, parece trabalhar num outro "tempo", sem dúvida mais veloz. Isto exige também maior agilidade de resposta das residentes de Psicologia, o que sem dúvida coloca algumas dificuldades.

Martins (1998) aponta que o ensino de Medicina fragmenta o ser humano em áreas de estudo, tanto ao se estudar conhecimentos básicos, quanto nos conhecimentos clínicos e terapêuticos. O autor ressalta a importância da superação dessa fragmentação inerente à formação médica, para que haja uma maior integração.

Nesse contexto, há a entrada da Psicologia no Plantão Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto, propiciando aos graduandos e especializandos de Medicina uma visão mais ampliada do sujeito que adoece.

1. Um breve histórico da residência de Psicologia no Plantão Geral do HUPE

A residência de Psicologia está inserida no Plantão Geral do HUPE desde a sua criação, em 1994. Os plantões da Psicologia funcionavam aos sábados, contando com uma dupla de residentes que se colocava disponível aos chamados da equipe. A dinâmica do trabalho não envolvia a permanência na sala de Plantão, sendo que costumávamos atender nas enfermarias onde estávamos inseridos, conforme os setores em que atuávamos. Assim, de maneira paradoxal, fazíamos parte da equipe do Plantão, porém nos mantínhamos fora desta equipe, que nem sempre tomava conhecimento de nossa existência. Os chamados eram muito raros e quando aconteciam, via contato telefônico da equipe médica conosco, não havia uma reflexão conjunta sobre os casos. Medicina e Psicologia realizavam seus atendimentos de maneira desintegrada, cada um isolado na sua especialidade, com pouca ou nenhuma interlocução.

Em 2006, a equipe de residentes verificou a necessidade de propor uma revisão do trabalho que vinha desempenhando. Foram realizadas, então, inúmeras reuniões entre os residentes, a Coordenação da Residência e a Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico (CDA) do HUPE, buscando uma reorganização do trabalho neste setor, a fim de realizar um trabalho mais integrado com os outros membros da equipe de Plantão. Além disso, estas reuniões tiveram como objetivo um maior aproveitamento, em termos acadêmicos, do curso de Residência, uma vez que este consiste num treinamento em serviço. Sendo o Plantão Geral um setor da Residência de Psicologia, era urgente uma revisão no sentido de garantir o aprendizado durante a residência.

A seguir, pretendemos tematizar o conceito de integralidade, pensando como a nossa prática no Plantão pode se constituir como um exemplo de sua aplicação.

2. O conceito de integralidade e sua relação com a atuação da Psicologia no Plantão Geral

Com o avanço das ciências da saúde, foram criadas novas especialidades e sub-especialidades, o que acabou induzindo a uma compreensão fragmentada do corpo humano, reduzindo-o a um conjunto de órgãos e sistemas. Esta concepção trouxe uma visão dicotomizada da pessoa enferma, que passou a ser vista pelo nome de sua doença ou problema de saúde. Pensando em atenuar tal problema, alguns estudiosos começaram a propor as atuações interdisciplinares, na expectativa de que, somando os saberes de diferentes especialidades, seria possível compreender o enfermo integralmente (Santos e Sebastiani, 2003).

A integralidade é um dos conceitos-chave em saúde, na atualidade. Poderíamos pensar que todo o trabalho de reflexão sobre nossa atuação no plantão que realizamos no decorrer de 2006 foi desenvolvido visando, justamente, a aplicação efetiva deste conceito. O mesmo ainda se encontra muito distante de ser aplicado em todo o Sistema de Saúde, apesar de estar presente em nossa legislação desde a Constituição de 1988, conforme dispõe o artigo 198, inciso II:

"Art.198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, p.20).

Com a Lei 8080 (LOS – Lei Orgânica do SUS), de 1990, a integralidade se consolida como princípio e diretriz do SUS (Sistema Único de Saúde). É na LOS (Art.7º, inciso II) que encontramos uma definição um pouco mais precisa do conceito de integralidade:

"integralidade da assistência, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, p.25).

No entanto, no entender de Moraes (2006), ainda não existe consenso quanto a esta conceituação. A autora, apoiada nas contribuições de Mattos (2001) apresenta diferentes eixos da questão. Ela esclarece que a concepção de integralidade pode estar ligada tanto à organização dos serviços, como ao atendimento integral às necessidades do sujeito, no que diz respeito não apenas à assistência imediata, mas também preventiva.

Acreditamos que nossa atuação no Plantão Geral pode ser situada nesta perspectiva, uma vez que se trata de uma experiência que visa a parceria entre profissionais que atuam segundo posicionamentos diferentes.

O HUPE não possui serviço de emergência; no entanto, urgências dentro do hospital relativas aos pacientes, familiares e funcionários podem acontecer. Quando isto ocorre, os mesmos são encaminhados ao Plantão Geral. O plantonista médico é quem recebe primeiramente esta pessoa, que após uma avaliação médica (de ordem eminentemente física), propõe uma intervenção. Contudo, existem situações em que os plantonistas percebem uma influência mais destacada de aspectos psicológicos. Nessas situações, efetuam-se trocas entre a Medicina e a Psicologia, que avaliam juntas o caso. A partir desta avaliação, define-se a necessidade ou não de um atendimento pela Psicologia.

Em outros momentos, através dos relato dos plantonistas médicos ou a partir de sua própria observação, a equipe de Psicologia também pode avaliar uma possível demanda de atendimento.

A fim de demonstrar com exemplos práticos, como se dá a contribuição da Psicologia no Plantão Geral, iremos apresentar a seguir algumas situações vivenciadas nos últimos meses. As três situações põem em relevo as parcerias importantes que temos efetuado, em três níveis: entre Medicina e Psicologia, entre Psicologia e Psiquiatria e entre as residentes de Psicologia.

3. Exemplos de situações práticas vivenciadas no Plantão Geral

3.1 – A parceria entre a Medicina e a Psicologia

O chefe de plantão nos solicitou (no horário noturno) o atendimento do paciente Cláudio[1], 56 anos, internado com o diagnóstico de câncer, em estágio terminal, sob a sigla médica FPT – Fora de Possibilidades Terapêuticas. A demanda surgiu pois a equipe estava na expectativa de que o paciente viesse a falecer, naquela mesma noite. Cláudio estava sendo acompanhado na enfermaria por sua esposa, que segundo a equipe encontrava-se muito abalada, necessitando de suporte emocional.

Encontramos o paciente em estado de emagrecimento profundo; de olhos abertos, arregalados, porém sem interação com o meio. Não respondia às solicitações verbais; no entanto, sua esposa Maria falava com ele, buscando confortá-lo.

Maria mostrou-se muito aberta à abordagem da Psicologia, parecendo muito triste, diante daquela situação tão crítica, porém aparentando alguma tranqüilidade. Parecia, apesar de toda sua dor, poder lidar com o que se passava, referindo encontrar muito apoio na religião.

Aparentava estar ali na posição de expectadora da "passagem" para outra dimensão, de alguém muito especial para ela. Nosso papel foi o de auxiliá-la, no sentido de proporcionar-lhe espaço para que pudesse historicizar algo de sua trajetória ao lado daquele que era seu marido nos últimos 18 anos.

Maria pôde então contar como tiveram um casamento feliz, começando seu relato pelo dia em que se conheceram. Desde este dia, segundo ela, ambos tiveram certeza de que ficariam juntos "*até a morte*". Falou sobre a filha que tiveram, atualmente com 12 anos. Esta, com o adoecimento do pai começou a ter problemas no colégio, solicitando uma maior atenção de Maria. Dizia sentir-se sobrecarregada, tendo que dar conta de tudo – da casa, das contas, da filha, do próprio trabalho – desde que o marido adoeceu. Contou como ele era: um homem calmo, tranqüilo, bom marido e bom pai. Assinalava claramente o quanto se tratava de uma perda extremamente dolorosa, na medida em que era alguém muito amado.

Naquela mesma noite, Cláudio veio a falecer. Foi indicada a possibilidade de encaminhamento de seus familiares, para acompanhamento psicológico, caso viessem a desejar.

Notamos a dificuldade da equipe do Plantão para lidar com esse tipo de situação, uma vez que seu treinamento se encontra muito voltado para os procedimentos técnicos a serem realizados. Especialmente nos casos dos chamados pacientes "FPT", os médicos relatam, muitas vezes, que "não têm o que fazer". Talvez devido à sua própria angústia, diante destas situações, ignoram a dimensão subjetiva envolvida no trabalho de luto, que os familiares deverão realizar.

Para a Psicologia, há muito a ser feito, uma vez que não se trata apenas de uma situação de emergência médica, mas também de emergência subjetiva. Como exemplo, neste caso Maria necessitava rever sua história, para se preparar diante da emergência que teria que elaborar: o luto pelo seu marido. A intervenção da Psicologia, portanto, poderia ser pensada não só no sentido da assistência prestada

num momento pontual (de dor e algumas vezes, de muito desespero), mas também num sentido preventivo. Algo do aspecto traumático, envolvido na perda de um familiar muito querido, pode ser trabalhado assim que esta ocorre – o que pode ter efeitos importantes no futuro, na maneira como aquele familiar irá realizar o trabalho de luto. Desta maneira, parece-nos fundamental que a Psicologia esteja presente e disponível nestas situações de urgência subjetiva[2].

3.2 – A parceria entre a Psicologia e a Psiquiatria.

Também fazem parte da equipe do Plantão Geral os chamados residentes "setorizados". Estes residentes não permanecem na sala de Plantão, mas em suas clínicas, como é o caso da Nefrologia, Radiologia e Psiquiatria, dentre outras especialidades médicas. Tais residentes colocam-se à disposição, para eventuais chamados da equipe do Plantão Geral.

Numa das idas do residente de Psiquiatria à sala de Plantão, a residente de Psicologia se apresentou e ali começou a se esboçar uma possível parceria entre eles. No entender do residente de Psiquiatria, muitos chamados não necessariamente deveriam ser atendidos pela Psiquiatria, como alguns casos que ao contrário de uma medicação, demandam uma escuta do sujeito.

Após alguns dias, o residente de Psiquiatria retornou à sala, encontrando a residente de Psicologia, com quem já tinha feito algumas trocas interdisciplinares. Trouxe então o caso da paciente Mônica, de 31 anos, internada por conta de desnutrição grave, num quadro de anorexia, associado a uma depressão profunda. Relatou que ela seria avaliada pela Psiquiatria, no dia seguinte. O residente solicitou o atendimento da Psicologia, buscando assim uma compreensão ampliada do caso. O pedido do residente envolvia, ainda, a necessidade da oferecer suporte psicológico à mãe da paciente, que a estava acompanhando durante a internação.

A paciente estava catatônica, completamente imóvel, com olhar fixo num ponto, sem qualquer interação com o meio externo. Respeitamos seu silêncio, não insistindo de maneira nenhuma para que falasse (ao contrário da mãe que a todo momento pedia, extremamente aflita: "*fala alguma coisa, minha filha"*). No atendimento com a mãe, esta trouxe aspectos da história de vida da filha, que há cerca de um ano havia parado de se alimentar. Mônica passou a recusar a alimentação justamente quando a mãe teve que se ausentar de casa, no momento em que sua avó adoeceu e a mãe teve que ir morar com esta. Apesar de ela mesma já ser mãe (tendo um filho de 12 anos), Mônica ainda morava com a mãe, mantendo com esta uma relação de extrema interdependência, que pôde ser bem observada durante a internação. Este fato despertou reações negativas na equipe da enfermaria, que se via impedida de realizar seus procedimentos, já que a paciente só permitia que a mãe se ocupasse dos mesmos.

O acompanhamento já dura cerca de 2 meses, e desde então a paciente vem obtendo progressos significativos. Voltou a se alimentar, a falar e vem construindo um vínculo transferencial bastante sólido tanto com o residente de Psiquiatria, como com a residente de Psicologia, com a qual vem trabalhando ativamente algumas questões. A parceria entre estes dois profissionais tem possibilitado que a paciente seja vista enquanto um sujeito, marcado por uma história singular. A atuação da Psicologia faz incidir, no trabalho em equipe, a dimensão subjetiva envolvida em

cada caso, apontando para *"(...) o lugar do sujeito frente às ameaças, ao sofrimento e à dor do adoecimento*" (Ferreira,1998, p.11).

3.3 – A parceria entre as residentes de Psicologia.

Uma mudança fundamental, ocorrida este ano, é que agora também os residentes de Psicologia podem firmar efetivamente uma parceria, entre eles. Se, antes, uma dupla de residentes fazia o seu plantão no mesmo dia, porém atuando em enfermarias diferentes, hoje esta dupla permanece junta na sala de Plantão. Isso possibilita que efetuem trocas, entre si, sobre os atendimentos realizados, colocando suas dúvidas, apoiando-se nos momentos mais críticos e decidindo de maneira conjunta algumas intervenções. Cada dupla de residentes é constituída por um R1 (residente do primeiro ano) e um R2 (residente do segundo ano).

Uma residente médica nos solicitou atendimento para o paciente Roberto, de 35 anos, internado na Enfermaria de DIP (Doenças Infecto-Parasitárias). Segundo o relato da residente médica, o paciente estava internado no setor de "Isolamento" da DIP, devido ao fato de estar imunodeprimido. No Isolamento, de acordo com as regras institucionais, não é permitido que o paciente tenha acompanhante. Profissionais e visitantes só podem entrar neste recinto portando uma máscara especial, conhecida no hospital como "bico de pato". Todas estas medidas são adotadas visando à proteção da saúde do paciente, dos funcionários e dos familiares, para evitar contaminação.

Roberto estaria muito "nervoso", dizendo que não suportaria passar a noite sem acompanhante. Ele veio ao hospital em companhia da irmã, que estava preparada para passar a noite cuidando dele. A equipe dizia que o paciente e sua irmã estavam muito "ansiosos", o que justificava o atendimento psicológico para ambos.

Em conjunto, as residentes decidiram que uma delas iria atender o paciente, enquanto a outra atenderia sua irmã.

Roberto era portador de HIV e havia sido transferido do CTI de outro hospital, cujos recursos, no seu entender, seriam melhores do que aqueles disponíveis no HUPE. Dizia que lá se sentia mais seguro, porque apesar de não ter acompanhante, estava sendo monitorado por aparelhos durante todo o tempo, podendo ser socorrido prontamente pela Enfermagem, caso "*acontecesse alguma coisa*". Falava: "*estou usando sonda, não posso fazer xixi; como vou poder avisar, se o saquinho vazar? E se eu vomitar de madrugada? Ou se eu sentir alguma dor?*", expressando todos os seus medos, sendo que muitos deles eram medos reais, frente a emergências que poderiam efetivamente acontecer, conforme seu estado de saúde. No Isolamento, Roberto estava geograficamente bastante longe do posto de Enfermagem (conforme pudemos verificar), sendo que não havia sequer uma campainha disponível, caso precisasse chamar alguém.

O paciente pôde falar um pouco sobre como lidava com sua doença, afirmando que desde que recebeu o diagnóstico, não ficou deprimido nenhuma vez. Sentiu-se triste algumas vezes, mas nunca chegou a procurar ajuda psicológica, pois "*não via necessidade*". Contou ainda sobre sua relação com a irmã, que só recentemente ficara sabendo de sua doença, uma vez que Roberto escondera de sua família, por um bom tempo, que havia adquirido o vírus da AIDS. Os dois tinham uma relação muito boa, de muita amizade e proteção mútua: por isto, segundo ele, ambos não

podiam imaginar a hipótese de passar a noite longe um do outro. Roberto contou, ainda, da relação difícil que estava tendo com a equipe de Enfermagem. No seu entender, ninguém ali compreendia sua situação. Esta lhe trazia intenso sofrimento; já que segundo ele, a falta de compreensão era muito pior do que os sintomas que estava apresentando naquele momento.

No atendimento com a irmã de Roberto, ela nos disse que só aos poucos o irmão permitiu que ela o ajudasse, conquistando assim sua confiança. Emocionou-se ao contar que ele teria dito a ela que chegou a pensar em se matar, em desistir de tudo. Dizia estar muito preocupada com ele e tudo o que queria, naquele momento, era poder cuidar dele.

As residentes de Psicologia conversaram com a equipe de Enfermagem sobre o que poderia estar acontecendo, buscando pensar o caso numa perspectiva mais ampla, para além das regras da instituição. No entanto, a equipe foi pouco receptiva à nossa abordagem, afirmando que “nada poderia acontecer ao paciente, de madrugada, pois de hora em hora eles passavam a visita em todos os quartos, inclusive o do Isolamento”.

No retorno à sala do Plantão, expomos a situação para a equipe médica, fazendo-a perceber que havia certos limites da instituição como uma precariedade de recursos, o que exigiria talvez a flexibilização de algumas normas. O chefe de Plantão decidiu, então, permitir que a irmã de Roberto permanecesse na Enfermaria, do lado de fora, numa cadeira em frente ao quarto do irmão. Poderia, então, vê-lo através dos vidros do Isolamento.

Esta medida, além de tranqüilizar o paciente e seu familiar, mais tarde mostrou-se fundamental e indispensável. O paciente passou mal de madrugada, apresentando hipotensão e dispnéia, necessitando de socorro imediato. Foi justamente sua irmã que presenciou esta intercorrência, pedindo o socorro da Enfermagem.

Como vimos, também a Psicologia muitas vezes encontra-se confrontada com os limites de alcance de sua própria atuação. O trabalho que desenvolvemos, algumas vezes, vai só até onde é possível, uma vez que são vários os limites. Há limites para todos os saberes envolvidos na assistência e, como este caso demonstra, os limites institucionais também são inúmeros.

4. Considerações finais

No decorrer das trocas com a equipe, pudemos ouvir de alguns plantonistas como, a partir da parceria com a Psicologia, perceberam minimamente seus próprios limites, enquanto profissionais.

A atuação da equipe de Psicologia no Plantão Geral auxilia os seguintes três principais personagens: o médico, o paciente e os familiares, segundo nos apontou um residente de Medicina de Família[3]. Para ele, o psicólogo tem a facilidade de transitar em situações nas quais há maior dificuldade de contato, propiciando aos médicos relações mais próximas com os pacientes.

Outra residente de Medicina de Família[4] assinalou a importância do psicólogo, quando alguma situação foge ao controle dos médicos. Como exemplo, citou certos momentos em que não sabem o que falar aos familiares, como na comunicação de um óbito. Mesmo percebendo que é de responsabilidade do médico estabelecer o diagnóstico médico e comunicar a morte de um paciente, a residente informa que muitas vezes há dificuldade em sustentar tais ações, já que a formação do médico é predominantemente biológica.

Gostaríamos de ressaltar que ainda que a escuta, voltada para os aspectos da subjetividade, seja o principal instrumento de trabalho do psicólogo, não se trata de uma atribuição exclusiva deste. A escuta deveria ser, também, um dos principais instrumentos do médico, tanto quanto o estetoscópio ou o termômetro, por exemplo. Sendo assim, há sem dúvida a necessidade de uma formação médica mais voltada para questões ligadas a uma dimensão humana, que não sejam apenas da ordem da racionalidade ou do conhecimento teórico. Afinal, a Medicina é uma disciplina cujos pressupostos são biológicos; porém, acima de tudo, sua aplicação é humana.

Como pudemos perceber, com o auxílio dos três exemplos apresentados, é primordial que cada sujeito seja atendido de maneira mais integrada, no que diz respeito às suas particularidades e idiossincrasias. Os aspectos de sua subjetividade não podem ser desconsiderados, conforme podemos confirmar a partir da bibliografia consultada e também com base em nossa experiência prática.

Finalizando, talvez possamos afirmar que nossa inserção no Plantão Geral é possível, justamente, a partir não apenas dos "furos" evidentes da formação médica, como também dos limites que se colocam não só para a Medicina, mas para todos os outros profissionais de saúde – inclusive para nós, psicólogos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília : CONASS, 2003, 604 p.

FERREIRA, Ademir Pacelli. A residência hospitalar: uma modalidade de especialização em psicologia clínico-institucional. In*: Revista Práxis e Formação – As várias modalidades de intervenção do psicólogo, III Fórum da Residência em Psicologia Clínico-Institucional. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Psicologia, p. 9, 1998.*

MARTINS, Milton de Arruda. Reflexões sobre a formação do médico. In: VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvalho & ARANTES, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha (orgs): *Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MATTOS, Rubem Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p.39-66.

MAYERHOFFER, Elisa Lima. *O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida*. Monografia apresentada ao curso de Especialização

em Psicologia Clínico-Institucional, Modalidade Residência Hospitalar (Instituto de Psicologia – UERJ). Rio de Janeiro, 2007, 50p.

MORAES, Danielle Ribeiro. Revisitando as concepções de integralidade. In: *Revista de Atenção Primária à Saúde – APS.* Minas Gerais, 2006; vol.9, nº 1, p.1-16.

SANTOS, Cláudia Tavares dos Santos & SEBASTIANI, Ricardo Werner. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.): *E a Psicologia entrou no Hospital*. Pioneira Thomson Learning: São Paulo, 2003.

Notas

[*] Trabalho desenvolvido no setor Plantão Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto sob supervisão de Sonia Alberti e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.
[**] Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.
[***] Psicóloga, Residente do 1º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.
[1] Os nomes citados no trabalho foram alterados para preservar o anonimato.
[2] Veja mais sobre a questão da urgência subjetiva em MAYERHOFFER, Elisa Lima. O confronto com a finitude na clínica hospitalar: da morte como limite à urgência da vida. Monografia apresentada ao curso de Especialização em Psicologia Clínico-Institucional, Modalidade Residência Hospitalar (Instituto de Psicologia – UERJ). Rio de Janeiro, 2007, 50p.
[3] Comunicação pessoal.
[4] Comunicação pessoal.