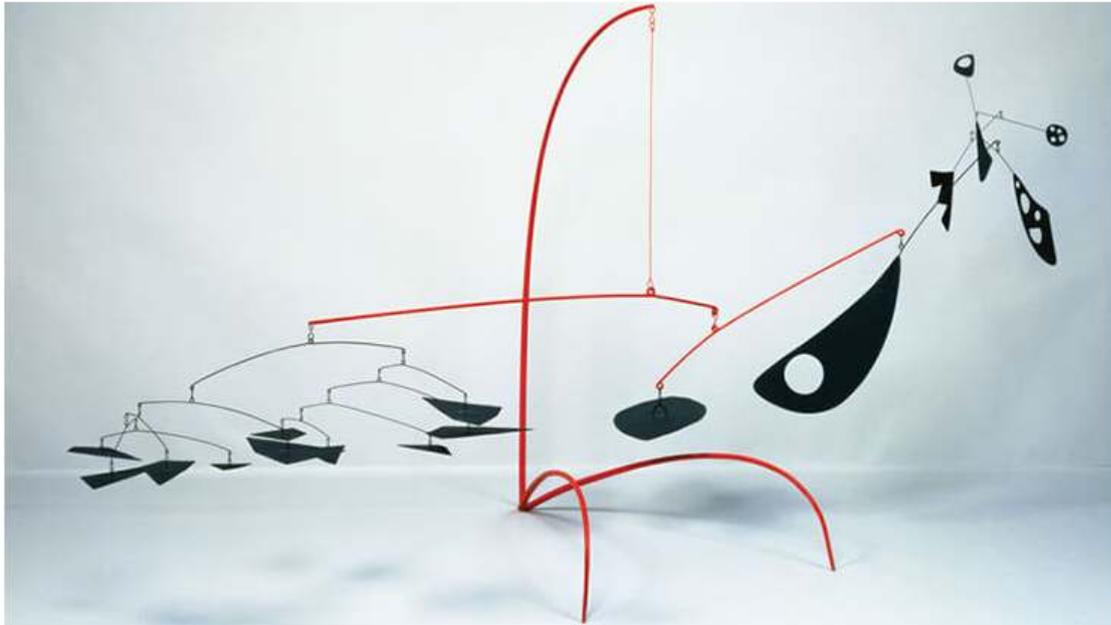


ANAIS DO XXIII FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA INSTITUCIONAL

A formação na universidade pública: instituições de saúde e urgências subjetivas



Wendling, M. (Org.)

2019

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor

Ruy Garcia Marques

Vice-Reitora

Maria Georgina Muniz Washington

Sub-reitora de Graduação

Tania Maria de Castro Carvalho Netto

Sub-reitor de Pós-graduação e Pesquisa

Egberto Gaspar de Moura

Sub-reitora de Extensão e Cultura

Elaine Ferreira Torres

Centro de Educação e Humanidades

Lincoln Tavares Silva

Instituto de Psicologia

Márcia Maria Peruzzi Elia da Mota

Hospital Universitário Pedro Ernesto

Edmar José Alves dos Santos

Coordenadoria de Desenvolvimento Acadêmico do HUPE

João José Caraméz

Coordenação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde/COREMUERJ

Alessandra da Rocha Pinheiro Mulder

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

Michelle Menezes Wendling

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

F745 Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional (23. : 30 set.-01 out. 2019 : Rio de Janeiro, RJ).

Anais do XIII Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ : A formação na universidade pública: instituições de saúde e urgências subjetivas / Organização: Profa. Dra. Michelle Menezes Wendling. – Rio de Janeiro, 2019.

220 p. ; E-book

ISBN: 978-65-00-01667-3

Formato: PDF

1. Psicologia Clínica – Congressos – Brasil. 2. Assistência hospitalar – Congressos – Brasil. I. A formação na universidade pública: instituições de saúde e urgências subjetivas. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Wendling, Michelle Menezes.

CDU 159.954

Bibliotecária: Emilia Sandrinelli – CRB7/6288

XXIII FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA INSTITUCIONAL
A formação na universidade pública: instituições de saúde e urgências subjetivas

PROMOÇÃO E ORGANIZAÇÃO

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

COORDENAÇÃO GERAL

Prof.^a Dr.^a Michelle Menezes Wendling

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

Prof.^a Dr.^a Michelle Menezes Wendling (coordenação)

Ms. Cristiane Esch

Ms. Renata Fidelis

Camila Cirino Bruno (R1)

Déborah Monteiro (R2)

Gabriela Marques da Silva de Biase Guimarães (R2)

Heloísa Leão dos Santos (R1)

Quézia da Silva Oliveira (R2)

Priscila Mählmann Muniz Dantas (R1)

Renata Dahwache Martins (R1)

Roberta Balthazar

**COMISSÃO EDITORIAL E CIENTÍFICA DOS ANAIS DO XXIII FÓRUM DA
RESIDÊNCIA**

Michelle Menezes Wendling (organizadora)

Quézia da Silva Oliveira

Renata Dahwache Martins

Christiane Esch

Monitoria

Alice Vargas

Apoio administrativo e editoração:

Roberta Balthazar

Imagem: escultura de Alexander Calder

SUMÁRIO

<i>O desafio de suportar o silêncio: uma adolescente com HIV e a equipe</i> Vivian Nigri e Sonia Alberti	7
<i>Escuta analítica no hospital: desdobramentos de um caso clínico</i> Andressa Pinto Diniz e Sonia Alberti	13
<i>O caso de uma adolescente com epilepsia refratária: há algo de refratário em todo sintoma?</i> Luisa Freire de Moraes e Sonia Alberti	19
<i>A descoberta da psicose em um atendimento ambulatorial do NESA</i> Débora Monteiro e Sonia Alberti	26
<i>Adolescência e Psicose: uma questão para o ambulatório público?</i> Juliana Baghdadi e Sonia Alberti	32
<i>Reflexões sobre o terminal e o interminável</i> Leiliane S de Almeida Ribeiro Cardeal e Sonia Alberti	36
<i>A decisão pela cirurgia cardíaca: caminhando entre o medo da morte e a possibilidade de vida</i> Izadora Silva de Araújo e Cristiane Esch	42
<i>Psicologia e cardiologia: o lugar dos afetos na experiência de pacientes cardíacos</i> Juliana Melo dos Santos e Cristiane Esch	48
<i>Da ética médica à ética do desejo: quando não se pode ouvir o sujeito</i> Leiliane Ribeiro, Priscila Mahlmann Muniz Dantas e Cristiane Esch	54
<i>O lugar da psicanálise em uma enfermaria Perinatal: a temporalidade da clínica de urgências subjetivas</i> Camila Cirino Bruno, Luisa Freire de Moraes e Susan Guggenheim	60
<i>A maternidade e instituição hospitalar: a vivência de mulheres em uma gestação de alto risco</i> Isabella Cristina B. da Silva e Susan Guggenheim	67
<i>Possíveis considerações da morte e do luto na clínica da maternidade</i> Adriana Gonçalves da Costa, Ursula P. Possollo Goulart e Susan Guggenheim	73
<i>A função do residente de Psicologia na enfermaria de Psiquiatria</i> Quézia da Silva Oliveira e Ingrid Vorsatz	83
<i>Entre a infantilização e a invisibilidade – considerações sobre os efeitos de uma internação prolongada</i> Camila Cirino Bruno e Ingrid Vorsatz	89
<i>A Sala de Acolhida multiprofissional em um dispositivo da atenção secundária</i>	96

Vanessa Ferreira Dias e Ingrid Vorsatz

Consequências clínicas da restrição espacial na enfermaria de Psiquiatria sobre pacientes de longa permanência 102

Aline dos Santos Lopes, Izadora Silva de Araújo e Ingrid Vorsatz

O residente de psicologia no NAI: transmissão e sustentação de um trabalho orientado pela psicanálise 108

Luiza da Cunha Soares, Renata Dahwache Martins e Renata Fidelis

A práxis do psicólogo no NAI: considerações sobre o luto e velhice 115

Breno Dourado Homsí, Heloísa Leão dos Santos e Renata Fidelis

Psicanálise e hospital: entre as urgências da medicina e o tempo do sujeito 120

Leiliane Silva de Almeida Ribeiro Cardeal e Renata Fidelis

Clínica e ensino: o lugar do residente no CAPS universitário 127

Juliana Melo dos Santos e Ademir Pacelli

"Espectro de mim mesmo...": possibilidades e impossibilidades da clínica da psicose 133

Renata Dahwache Martins, Keene Vasconcelos Pedreti e Ademir Pacelli

Reflexões acerca do desafio da clínica no CAPS: sobre o trabalho interdisciplinar 140

Aline Cristine Baptista Costa e Ademir Pacelli

A residência hospitalar como um dispositivo na formação do psicólogo para a saúde pública 147

Juliane Almeida Chaves

Entre a urgência e o diagnóstico: a prática da psicologia em um ambulatório de pediatria 159

Isabella Cristina B. da Silva, Michelle Wendling e Andrea Albuquerque

Considerações sobre a inserção da psicologia no ambulatório de Síndrome de Down 166

Andressa Pinto Diniz e Michelle Wendling

Impasses na clínica: a menina que não come 172

Quézia da Silva Oliveira, Michelle Wendling e Andréa Albuquerque

O discurso do bem dentro de uma enfermaria pediátrica 177

Ursula P. Possollo Goulart e Vinícius Anciães Darriba

O lugar da agressividade da criança na enfermaria: quando o herói não pode salvar 184

Luiza Soares, Vinícius Anciães Darriba e Andrea Albuquerque

Impasses da clínica em UTI 190

Gabriela Marques da Silva de Biase Guimarães, Vinícius Anciães Darriba e Andrea Albuquerque

Entre o dito e o não dito: a comunicação do diagnóstico com as crianças na enfermaria 196

Vivian Nigri, Vinícius Anciães Darriba e Andrea Albuquerque

Pôsteres:

Atenção e escuta psicológicas no ambiente hospitalar: experiências com pacientes cardiopatas 202

Carolina dos Santos de Oliveira, Kelly Camargo Jesus de Souza, Lucas de Souza Amorim, Marília Albuquerque Nunes de Souza, Thays dos Santos Guaraciaba, Victória Gomes de Menezes e Cristiane Esch

A transferência como norteadora dos atendimentos aos “Idosos” no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA)/UERJ 204

Tamiris Freitas, Thais Duarte e Renata Fidelis

A transmissão pela palavra – o estágio na enfermaria de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto 206

Rodrigo Antas e Ingrid Vorsatz

O real do corpo e os limites do sujeito do inconsciente e Psicanálise e saúde mental: A construção de uma oficina de poesia 208

Fernanda Barbosa dos Santos, Marina Leorne Cruz Mesquita e Vinícius Anciães Darriba

Psicanálise e saúde mental: A construção de uma oficina de poesia 214

Fernanda Klumb, Fernanda Barbosa dos Santos e Ademir Pacelli

Relato da Experiência de Estágio Externo no Instituto Hospitalar de Psicanálise de Sainte-Anne 220

Juliana Baghdadi e Fernanda Klumb

O desafio de suportar o silêncio: uma adolescente com HIV e a equipe

Vivian Jerusalmi Nigri*

Sonia Alberti**

Resumo

Este trabalho tem por objetivo discutir um caso clínico de uma adolescente de treze anos, portadora de HIV, que internou na enfermaria do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e segue em acompanhamento no ambulatório de Saúde Mental. Uma paciente que mobilizou a equipe médica de vários setores pelas dificuldades encontradas nos atendimentos. Diante desse caso podemos observar a inserção da psicanálise em um Hospital Geral e o manejo necessário com a equipe médica.

Palavras chaves: Adolescente; HIV; Psicanálise

Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da experiência como residente de psicologia, orientada pela psicanálise, na clínica com pacientes adolescentes. O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) é composto por uma enfermaria de clínica médica ou cirúrgica e um ambulatório, com membros de várias categorias profissionais, como medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social, dentre outros.

Os pacientes acompanhados neste Serviço são, em sua grande maioria, portadores de doenças orgânicas crônicas. Isto significa que a porta de entrada para o serviço é exclusivamente, através da clínica médica, tanto para o ambulatório como para a enfermaria.

A instituição hospitalar é conhecida por ser o território dos médicos, ou seja, o que prevalece é o discurso da medicina. Dessa forma, pensamos a inserção da psicanálise em um hospital geral como um grande desafio e questionamos o seu papel nesse espaço. A maioria das vezes em que a equipe médica solicita a presença do psicólogo é justamente

* Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

quando se debruça sobre uma situação na qual não consegue lidar. Portanto, chama a psicologia como forma de solucionar “o problema” e aplacar a angústia da equipe.

Diante disso, pretende-se discutir um caso clínico de uma adolescente de treze anos que internou na enfermaria do NESAs em dezembro de 2018. Um caso que mobiliza toda equipe de saúde não só desse Serviço como de outros espaços pelo qual a paciente passou.

Caso Clínico

Sophia é acompanhada de forma regular no ambulatório de Doenças Infecto Parasitárias (DIP), na pediatria, desde os sete anos de idade, quando descobriu que é portadora de HIV por transmissão vertical. Ela internou por conta de uma hipótese de pneumonia e que ao longo do período na enfermaria, foi fechado o diagnóstico de insuficiência cardíaca grave.

Desde o início, a equipe demonstrava dificuldades em atender e examinar a paciente. Muitos destacavam que havia algo “estranho” com aquela jovem. Os profissionais relataram que não conseguiam estabelecer uma comunicação com a paciente, pois esta permanecia calada todo instante. Nas principais queixas diziam que ela praticamente não olhava para eles e nem respondia as suas perguntas ou solicitações.

Na enfermaria do NESAs, todos os pacientes internados recebem acompanhamento do Setor de Psicanálise e Saúde Mental. Sophia estava sempre acompanhada por suas tias maternas e sua prima, que revezavam entre si os cuidados durante a hospitalização. Os atendimentos também foram realizados a essas familiares.

Pelo relato da família, não sabiam que a mãe de Sophia tinha HIV, descobrindo apenas quando internou repentinamente no hospital por estar mais debilitada, falecendo uma semana depois. Após esse momento, a família ficou preocupada com a saúde da criança e resolveu buscar um acompanhamento. Ao fechar o mesmo diagnóstico, Sophia foi encaminhada para o ambulatório da DIP inserido na pediatria do HUPE.

A partir do falecimento da mãe, Sophia passou a morar na casa de sua madrinha e prima. Morou lá por cerca de três anos, precisando sair após o falecimento da madrinha por câncer. Desde então mora com a tia materna e esta desempenha os cuidados da adolescente com outra tia que mora próximo. Sophia também tem um irmão por parte de mãe, de 26 anos de idade, que é casado e tem um filho pequeno. De acordo com as tias, o pai sempre foi ausente e não sabem onde ele mora atualmente.

Nos atendimentos iniciais pela saúde mental, a paciente também não olhava para mim e não demonstrava interesse em falar. Segundo Alberti e Silva (1994): “Para se ter

acesso a esse sujeito é preciso que ele fale, única maneira de conhecê-lo, única maneira dele mesmo se conhecer, a ponto de definir o sujeito enquanto aquele que fala”(p.24).

Permanecia um tempo com ela e tentava fazer perguntas a respeito da sua internação. Primeiramente ela não respondia, em outro momento usava apenas a palavra “chato” e, ao ser transferida para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), após uma piora clínica com quadro de descompensação cardíaca, disse que se sentia triste.

No ambiente da UTIP, a paciente ficava cada vez mais enclausurada no seu leito, sem querer falar com ninguém. Na minha presença, Sophia mesmo sem dizer nada, começava a chorar demasiadamente. Atender no hospital significa estar diante do sofrimento e da angústia do paciente e, conseqüentemente poder escutar e dar lugar a isso que emerge nesse contexto, algo que, normalmente, a medicina por muitas vezes, visa excluir, por não saber como agir diante do paciente choroso.

Depois de uma semana, Sophia retornou para a enfermaria do NESA. Nesse ambiente, era nítido que sua expressão estava diferente. Já estava mais sorridente e na expectativa pela alta. Verbalizou que o ambiente da enfermaria era melhor do que o da UTIP. Após três semanas de internação, Sophia recebeu alta bem na véspera de seu aniversário de treze anos. Os retornos foram agendados para o ambulatório de clínica médica do NESA, da DIP da pediatria e agora seria acompanhada por mais uma especialidade: a cardiologia. Combinei com a paciente e família que daria continuidade aos atendimentos no ambulatório do NESA.

Nos atendimentos iniciais no ambulatório, Sophia usou a palavra “chato” para descrever esse retorno para o hospital, para falar sobre sua casa e escola. Sophia vinha sempre falando que tudo era chato e pediu para jogarmos cartas. Durante o jogo, perguntei se alguma vez algo já foi legal. Respondeu que quando morava com sua mãe e o seu irmão.

Durante os jogos, Sophia criava suas próprias regras, visando sempre competir e ganhar. Quando pontuei que para ela ganhar era fundamental, Sophia respondeu que pelo menos no jogo ela pode ganhar. Sophia é um sujeito que, ao longo da vida, se deparou com muitas perdas, como a morte da mãe e da madrinha, perdas de casas, pois precisou se mudar diversas vezes. Além disso, teve a perda da própria saúde por dois momentos, ao descobrir o HIV e a insuficiência cardíaca.

Tanto na internação como no ambulatório, Sophia não falava sobre a sua doença e seu tratamento. Quando questionava alguma coisa a respeito desse assunto, dizia que “não sabia nada”.

Em uma das consultas médicas da DIP, perceberam que Sophia estava novamente com suspeita de pneumonia, precisando realizar alguns exames para confirmar. A equipe cogitou a possibilidade de uma nova internação. Sophia estava toda encolhida na sala de espera aguardando os resultados dos exames. Ao me aproximar dela, perguntei como ela estava e gesticulou um não com a cabeça. As médicas decidiram que tinha possibilidade de fazer o tratamento ambulatorial, prescrevendo antibiótico para uso domiciliar.

No retorno dela, a equipe solicitou minha presença na consulta médica. Sophia olhou para baixo durante todo tempo e não respondeu a nenhuma das perguntas endereçadas a seu respeito. Sophia parecia estar isolada no seu próprio mundo, alheia ao que se passava naquele espaço. Sua tia respondeu a maioria das perguntas médicas. Ela relatava que não gostava de responder pela sobrinha e que Sophia só ficava retraída no hospital e que em casa era uma menina “normal”. Com o tempo, a tia foi relatando de que em casa e na escola, Sophia, também tem momentos que fica emudecida.

A angústia da equipe se expressou novamente. Falavam que não sabiam mais como agir e o que fazer. Levantaram a hipótese de que a paciente precisava de uma avaliação da psiquiatria e questionam se ela estava com depressão. Uma das médicas relata que acompanha Sophia desde a primeira consulta. De acordo com ela, Sophia quando mais nova, interagiu com a equipe, abraçava todos, fazia desenhos e respondia as perguntas. Com o passar dos anos, percebeu que ela foi ficando cada vez mais calada e antes mesmo da internação já cogitaram encaminhar para psiquiatria.

A equipe da DIP foi incisiva em diversos momentos de que a melhor solução era iniciar uma medicação antidepressiva para Sophia. Dito isso, alguns questionamentos surgiram: melhor solução para quem? Existe algum remédio que faça uma pessoa falar? O que de fato pretendiam com a psiquiatria? Seria uma avaliação para aliviar o sofrimento da própria equipe diante da paciente?

O manejo com a equipe começou a ser um desafio, pois esta se compadecia da paciente. Silva (2001) aponta que os profissionais do hospital exercem o sentimento de compaixão e do bem querer do paciente ao exercer a clínica do cuidar. Assim, o analista deve reconhecer quais os limites de sua clínica dentro do hospital:

A psicanálise ao orientar-se pela ética do bem dizer, isto é, pela ética do desejo, encontra muitas barreiras para exercer sua clínica no hospital, pois esta instituição faz um apelo para a prática de um certo bem querer do paciente. O bem dizer, ao contrário do bem querer exige do sujeito trabalho psíquico e não promete a felicidade nem a resolução rápida dos conflitos, tão bem vindos no hospital. (p.26)

Podemos destacar que foi necessário permanecer bem próxima das médicas da DIP que acompanham Sophia, regularmente, a fim de construir um diálogo e estabelecer uma troca sobre as necessidades da paciente.

Sophia ficou três atendimentos seguidos sem falar comigo. Em um deles, vestiu um casaco com capuz e levantou o zíper de modo que apenas seus olhos ficassem expostos. Após essas três semanas, chegou para o atendimento vestindo uma camisa com uma frase em inglês, cuja tradução significava “Fale menos e faça mais”.

Nesse mesmo atendimento, Sophia começou a observar a sala de atendimento, pegando com a mão um inseto que estava morto. Ao perceber minha reação enojada, Sophia chutou o inseto na minha direção, como se estivesse me colocando em teste. Uma adolescente que, bastante frágil, por conta de dois diagnósticos bem graves, abraçou essa oportunidade para apontar que naquele momento, ela era “a forte” e a fragilidade estava com a psicóloga. Sophia que sempre demonstrava ser bem séria nos atendimentos, se permitiu brincar e rir da situação.

Vale destacar que a partir desse atendimento, surgiram alguns desdobramentos importantes para o caso. Em um determinado momento, achou um inseto que se mexia lentamente. Sophia falou que este lhe dava nervoso e deu umjeito de jogá-lo na lata de lixo, sem tocar com suas mãos. Pontuei que ela preferia os bichos mortos em relação aos vivos. Sophia confirmou e disse que não sabia o motivo para isso, mas que de fato para ela era mais fácil lidar com os mortos do que com os vivos. Uma vez Sophia me mostrou uma formiga grávida e separou a “mãe” do “bebê” e logo depois, matou a formiga.

Sophia juntava os insetos mortos e começava a colocá-los pertos de mim. O que Sophia queria ao endereçá-los para mim? Em um primeiro momento apenas podia aceitar em recebê-los.

Na semana seguinte, Sophia veio para o atendimento após passar pela consulta na DIP. Perguntei como tinha sido e falou que não lembrava, pois havia dormido durante todo atendimento. Falou novamente o quanto é chato vir ao hospital e que vem desde o dia 20 de junho de 2013, data em que ela sinalizou como a do falecimento de sua mãe. Conta que perdeu sua mãe quando era muito nova e tinha apenas sete anos. Sophia relembra como eram os tempos em que morava com a mãe e fala que sente sua falta.

Pela primeira vez, ao falar sobre a morte da mãe, indica que sabe o próprio diagnóstico. “Ela morreu da mesma doença que eu tenho, a diferença é que eu faço o tratamento e ela não fez”. Mesmo assim, Sophia não nomeia a palavra HIV. Pensou que também fosse morrer quando esteve internada na UTIP e que por um breve momento, naquela época, desejou que isso tivesse ocorrido.

Considerações finais

Sophia segue em acompanhamento no ambulatório de Psicanálise e Saúde Mental do NESA. O trabalho com essa paciente possibilitou uma reflexão da presença do psicólogo diante do sujeito com um adoecimento orgânico crônico no hospital.

A psicanálise inserida no hospital geral se apoia em resgatar o sujeito que o discurso médico prima por excluir: o sujeito do inconsciente. O surgimento desse sujeito se dá a partir do momento em que ele fala e conseqüentemente abre-se espaço para conhecermos a sua história, suas particularidades e termos acesso a sua subjetividade. O acesso ao sujeito no contexto hospitalar apresenta dificuldades, uma vez que, nos deparamos com o paciente em condições de internação e diante de um adoecimento orgânico.

Questionava o que fazer diante daquele sujeito que não falava nos atendimentos. Mesmo diante dessas perguntas, foi importante não recuar. A aposta da psicanálise é sempre escutar o sujeito independente de qualquer circunstância.

Vale ressaltar que um tratamento só é possível com a presença da transferência. Freud (2006) pontua que “a transferência no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece desde o início como a arma mais forte da resistência e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência”

Sophia ao longo dos atendimentos encontrou um espaço no qual o seu silêncio pôde ser acolhido e conseqüentemente buscou sua própria maneira de falar. Dessa forma, Sophia começou a engajar-se no seu tratamento.

Referências Bibliográficas

- Alberti, S; Silva, S. C; Cruz, J. R; Silva, H.R. & Medeiros, M. (1994) *et al.* “A demanda do Sujeito no Hospital”. *Cadernos de Psicologia UERJ*, (1), pp. 22-25.
- Freud, S. (2006). A dinâmica da transferência. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol XII. Rio de Janeiro, Imago. (Obra original publicada em 1912)
- Silva, S.C. (2001). *O sofrimento de adolescentes internados: a escuta psicanalítica na clínica do cuidar*. (Dissertação de mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Escuta analítica no hospital: desdobramentos de um caso clínico

Andressa Diniz*

Sonia Alberti**

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo pensar alguns efeitos da escuta analítica na clínica com adolescentes com doenças crônicas, realizada no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA)¹ que está inserido no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Evidencia-se a necessidade de escutar o sujeito para além dos ditos sobre ele; deixá-lo falar sobre suas questões e, também, sobre o que é possível de ser construído e produzido a partir da escuta do seu desejo.

Palavras-chave: Psicanálise; escuta analítica; adolescentes.

Diante da escuta analítica em meio a laços institucionais, nos interrogamos sobre a inserção do psicanalista no hospital. Quais intervenções ele poderá/conseguirá realizar? De que formas conduzir um trabalho de escuta sendo integrante de uma equipe multidisciplinar? Como manejar esses diferentes saberes? Que efeitos sua prática poderá vir a produzir?

Por se tratar de um hospital, os pacientes que ali se encontram estão internados para tratar uma questão orgânica. Por isso, a demanda que se estabelece para a saúde mental vem de modo indireto. De todo modo, a intervenção realizada pelo psicanalista, *a priori*, deve levar em conta a escuta desse sujeito e a questão da transferência (Alberti, 2000). Em *Dinâmica da Transferência*, Freud (1912) reconhece que a transferência deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso para o tratamento analítico. Para termos de fato uma clínica no hospital, é preciso transformar essa queixa em demanda de tratamento, isto é, fazer com que o sujeito se implique em seu sintoma, sem culpar a um outro por isso (Alberti, 2000).

O caso de Fernando, quinze anos de idade, internado na enfermaria do NESA, nos faz pensar que antes que o sujeito possa ali advir, muitas questões podem atravessá-lo. Frente a uma dor orgânica, como realizar grandes elaborações psíquicas? Como poderá

* Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

falar sobre seu desejo? Será que há algo ali que, de certa forma, vela a estrutura que constitui esse sujeito? Podemos falar de adolescência neste caso?

1º tempo numa enfermaria: família

Fernando chega ao NESA acompanhado da mãe Flora, cinquenta anos, órfã de pai aos seis anos, tendo que trabalhar desde cedo. Diz que escolheu fazer enfermagem porque gosta de ajudar, em seguida frisa “*gosto de CUIDAR*”. Conta que sua mãe era rígida e não lhe dava muita liberdade. Casou-se aos dezenove anos e logo teve duas filhas. Conta que saiu da autoridade da mãe, para a autoridade do marido. Flora diz que não costumava sair à noite e se denomina “*medrosa*”. Após nove anos de casamento, ela se separa, pois seu marido não a ajudava financeiramente. Flora diz que se aproximou do pai de Fernando, porém, por temer pela sua segurança e a de seu filho, quando Fernando tinha dois anos, ela também se separa. Relata episódios em que ele passa cheques sem fundo e aplica outros golpes, inclusive em vizinhos. Desde a separação, Luís, pai de Fernando, mantém pouco contato com o filho, marcando encontros aos quais não comparece, sem justificativa. Flora não aceita a presença desse pai de forma nenhuma na enfermaria, apesar das tentativas frustradas da equipe de trazê-lo.

2º tempo: “*Ele é TDAH*”

Segundo Flora, Fernando teve dificuldade no processo de alfabetização. Conta que seu filho não sabe ler, nem escrever. Fora diagnosticado por neurologista com hiperatividade e déficit de atenção aos três anos de idade. Dos cinco aos treze anos, fez uso de três medicamentos: Ritalina, Carbamazepina, Depakene. Hoje, faz uso apenas da Carbamazepina.

Durante seis anos frequentou um Centro Educacional, o qual foi fechado, há três anos, por falta de verba da Prefeitura. Desde então está sem acompanhamento pela saúde mental. Quando Fernando chega à enfermaria do NESA, Flora o apresenta para a equipe e diz enfaticamente: “*ele é TDAH*”. Significante que irá acompanhá-lo durante a internação. No decorrer do tempo, era comum Flora ficar irritada com a equipe quando alguém se dirigia a Fernando, seja para questionar quanto aos sintomas ou para verificar suas necessidades fisiológicas. Era comum que Fernando endereçasse todas as perguntas para que a mãe respondesse. Muitas vezes era difícil estabelecer contato visual com ele. Sua mãe relatava que Fernando não entendia as perguntas porque “*ele é TDAH*” e por isso as respondia de maneira errada. Deste modo, ela passa a responder e a concentrar nela todas as respostas referentes a Fernando.

Percebemos que cada vez mais a equipe interagia com Flora e deixava Fernando de lado, que passava apenas a escutar os ditos sobre ele. Em reunião multiprofissional, tal questão é abordada. A equipe de saúde passa a interrogar acerca de qual diagnóstico de saúde mental Fernando teria. A analista pontua que é cedo para um diagnóstico, advertindo sobre a importância de incluí-lo nos assuntos referentes a ele e o que seria construído ali para além do diagnóstico. A partir dessa intervenção, há um cuidado maior em envolver o paciente em seu tratamento, escutando-o, dando voz a ele. Aos poucos ele foi criando vínculo com as enfermeiras e passa a participar de forma sutil, respondendo a algumas perguntas. No entanto, o papel preponderante continua sendo de sua mãe.

3º tempo: diagnóstico clínico

Fernando foi transferido de outro hospital para a enfermaria do NESA. Paciente chega com diagnóstico de Lúpus eritematoso sistêmico² como doença de base, mas é internado para tratar uma anemia hemolítica. Inicia a pulsoterapia³. Esta terapêutica possui como efeito colateral sua imunossupressão, o que o deixa mais suscetível a infecções secundárias. Ao longo da internação, apresentou uma endocardite adquirida através de acesso venoso, o que agravou seu quadro clínico. Após evolução da doença, os médicos investigaram a possibilidade de Fernando ter o diagnóstico de Granulomatose com poliangiite⁴. Isso porque, analisando todos os dados sintomatológicos e laboratoriais, Fernando possui marcadores para o Lúpus (FAN), concomitantemente a sintomatologia para a Granulomatose, condição que, segundo os médicos, é extremamente rara. Todavia, mesmo que o diagnóstico não tenha sido fechado, tanto Lúpus quanto Granulomatose com poliangiite são doenças autoimunes e possuem o mesmo tratamento. No decorrer de toda internação, o tratamento de Fernando oscilou entre a realização da pulsoterapia, ficar imunossuprimido e adquirir alguma infecção. Quando isso ocorre, a indicação médica é suspender o uso dos corticoides e iniciar o uso de antibióticos. Ao curar a infecção, inicia-se novamente a pulsoterapia.

4º tempo: equipe multidisciplinar

As dificuldades no tratamento e no diagnóstico mobilizaram os afetos de toda equipe de saúde, gerando desconforto e frustração. A equipe mostrava-se cada vez mais impotente. Nada conseguia estabilizar o quadro. Aliado a esse contexto, Flora estava exaurida e bastante angustiada. Conflitos entre ela e a equipe de saúde passaram a ser frequentes, sendo relatados nas reuniões de equipe que acontecem na enfermaria do NESA todas as segundas-feiras. A mãe, que trouxe seu filho para tratar uma anemia hemolítica,

deparou-se com sucessivas infecções das mais inesperadas e agressivas que o avassalavam. Diante da situação, Flora passa a associar tais acometimentos a supostos erros médicos. Mostrava-se cada vez mais resistente, passando a questionar todas as condutas médicas e pedidos de exames. A equipe é categórica quando diz que, por causa da imunossupressão, ele teria mais facilidade para adquirir infecção hospitalar, não correlacionando nenhum erro na conduta médica com a piora do quadro clínico do paciente. Como seu quadro não se estabilizava, não havia previsão de alta para que o tratamento pudesse ser feito ambulatorialmente. Flora ficava cada vez mais insatisfeita.

É válido ressaltar que, mesmo exaurida e após três meses ao lado de seu filho, a mãe se recusa a revezar os cuidados dele. Quando a equipe a interroga sobre a possibilidade de suas filhas irem ajudá-la ou de chamarmos o pai de Fernando, ela rejeita e diz que não tinha ninguém para ajudá-la. Flora diz que não consegue sair de perto do filho por mais de 10 minutos. Ela diz *“fico meio neurótica. Mas vai que eu dou uma saída e demoro e eles fazem alguma coisa com meu filho. Ele chama por mim. Quando eu chego ele reclama que eu o deixei sozinho”*.

5º tempo: o adolescente

A analista, então, investe no estabelecimento de vínculo com a mãe para conseguir construir também com Fernando, e assim poder escutá-lo. Atendimentos individuais com Flora foram realizados. Após mais de um mês de atendimentos no leito, Fernando aceita ir para outra sala para atendimentos individuais. Levo lápis de cor, papéis em branco e papéis para colorir. Nossa interação geralmente se inicia através do desenhar. Após ler algumas histórias em quadrinhos com a analista, ela pede para que ele leia uma fala da personagem Mônica da Turma da Mônica. Ele, em seu próprio ritmo, lê. Logo após, a analista estranha o ocorrido e propõe uma brincadeira. Ela desenha dois cachorros em duas cenas diferentes, como se fosse uma história em quadrinhos. Em seguida pede para que ele crie um diálogo entre os cachorros. Ele então cria um diálogo e não comete erros ortográficos. Porém não utiliza pontuação para terminar uma frase e iniciar a outra. Fato curioso que nos faz pensar sobre sua relação com sua mãe, que também não possui pausa ou pontuação. A partir desse dia, os atendimentos passam a ser realizados em um consultório na enfermaria do NESA. Durante as três semanas seguintes, ao realizar os atendimentos, a analista percebe que Fernando se comporta de forma diferente de quando está perto da mãe ou de quando está no leito. Ele agora consegue dizer como tem sido a internação, sobre sua mãe, sobre seu pai e sobre seus amigos. A partir desse momento, estabelece-se um vínculo que antes não existia.

Fernando não mais endereça as perguntas para que sua mãe responda, olhando diretamente para a analista ao respondê-la. Quando não sabe a resposta, diz que não sabe.

Quando questionado acerca do motivo pelo qual ele está internado, Fernando diz não saber e atribui a sua mãe tal saber. Ao dizer do seu não saber, demonstra um não querer saber. Fernando conta que as pessoas irão perguntá-lo sobre o que ele tem e, conseqüentemente, ele não saberá responder.

Em um dos atendimentos, a analista pergunta como é para ele quando as pessoas vão ao seu leito e fazem perguntas sobre ele para sua mãe. Fernando diz que não sabe responder, pois quem sabe sobre ele é sua mãe. Eu o interrogo sobre o que ele havia acabado de me relatar sobre um exame *“igual ao raio X, mas não era raio X”* que ele havia feito. Então Fernando relata que ficou internado em outro hospital, mas diz que esqueceu. Em seguida conta que ficou internado duas vezes perto de sua casa e uma terceira vez agora no HUPE. Desta forma, conta que tem internação que ele não sabe e tem internação que ele sabe.

Considerações finais

Frente a tais desdobramentos, percebemos alguns efeitos de intervenções realizadas no contexto de uma enfermaria. A partir do momento em que se abre uma possibilidade de escuta e de fala, encontramos um campo fértil para trabalhar. Somente partindo do falar que poderemos vislumbrar a emergência de um sujeito. Sujeito este que, no caso apresentado, pôde falar sobre seu desejo, mesmo que de forma sutil, num primeiro momento.

No que tange à emergência do sujeito do inconsciente, é necessário haver o estabelecimento de um laço transferencial. Só assim haverá condições para que se produzam as formações do inconsciente, quais sejam: atos falhos, lapsos, sintomas, sonhos e chistes (Lacan, 1999). Importante pontuarmos que diante de uma doença orgânica que acomete o paciente, o analista deve saber os limites de sua clínica, para que desse modo não espere por grandes elaborações psíquicas de um sujeito que está atormentado por alguma dor orgânica (Silva, 2001).

A experiência psicanalítica nos fornece ensejos para que se conclua que é através da fala que o sujeito pode advir. É no tropeço que ele será forjado e será por meio da fala que ele poderá ser reconhecido enquanto tal. Quando o sujeito é convocado a falar, há uma produção que vai além da palavra. E assim ele poderá se dar conta de que aquela produção que ele não reconhece sobre ele, também faz parte dele (Elia, 2000).

Notas

¹ O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) é o serviço da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) responsável pela atenção integral à saúde de adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos de idade, funcionando como unidade docente-assistencial nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

² O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória causada quando o sistema imunológico ataca seus próprios tecidos. O LES pode afetar articulações, pele, rins, células sanguíneas, cérebro, coração e pulmões.

³ A pulsoterapia é um tratamento utilizado para reduzir a inflamação da fase de surto nas doenças autoimunes, como por exemplo o Lúpus. São administradas altas doses de corticoides

⁴ A Granulomatose com poliangiíte é uma condição que provoca a inflamação dos vasos sanguíneos. Ela pode afetar ouvidos, nariz, garganta, pulmões e rins.

Referências bibliográficas

Alberti, S. "Psicanálise: a última flor da medicina" in ALBERTI, S. e ELIA, L. Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 2000. pp. 37-56.

Elia, L. "Psicanálise; clínica & pesquisa" in: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs.). Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-35.

Freud, S. "Sobre a dinâmica da transferência (1912b)" in: Fundamentos da Clínica Psicanalítica, Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

Lacan, J. "O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente". Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

Silva, S. "O sofrimento de adolescentes internados: a escuta psicanalítica na clínica do cuidar". Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=9255.

**O caso de uma adolescente com epilepsia refratária:
há algo de refratário em todo sintoma?**

Luisa Moraes*

Sonia Alberti**

Resumo

O presente trabalho aborda o caso de uma adolescente que chegou ao serviço de psicologia do HUPE através do Plantão Geral, sendo posteriormente acompanhada na enfermaria e no ambulatório. Esses momentos distintos de seu tratamento são relatados de modo a dar notícias do que seja um trabalho clínico, sustentado pela transferência, em um hospital. Diante da complexidade do caso e do diagnóstico médico de epilepsia refratária, apostamos na possível relação entre a doença orgânica e o sintoma histérico. A partir de algumas reflexões teóricas, propomos uma articulação entre o conceito de *resistência* de Freud e o *refratário* que, além de nomear o diagnóstico da paciente, segundo a nossa hipótese, é próprio de todo sintoma. Pensamos ainda que essa formulação corrobora o estatuto do lugar da psicanálise na medicina, na medida em que a primeira resiste à tentativa sempre fracassada do saber científico de esquadrihar o corpo humano. Quanto ao sujeito, isso resta refratário.

Palavras-chave: psicanálise; hospital; sintoma; refratário.

A chegada de L. ao Plantão Geral

O Plantão Geral é um serviço de atendimento aos usuários do HUPE que já possuem prontuário, mas que chegam sem consulta marcada por alguma questão que se configura como uma emergência. O caso que apresentarei neste trabalho é de uma jovem de vinte anos, a quem chamarei de L. Ela foi a primeira paciente que atendi nesse serviço, sendo posteriormente acompanhada por mim em uma internação curta, e seguindo, após a sua alta, em atendimento ambulatorial no SPA, até os dias de hoje. Assim, não só pela riqueza do caso, mas também pelas diversas formas de inserção e de acompanhamento que o Plantão Geral possibilita para o residente de psicologia, através da sustentação da transferência, considero que a exposição do caso mereça ser feita.

O pedido para que a psicologia atendesse a paciente foi feito por uma médica plantonista que relatou estar na dúvida se se tratava de um caso de epilepsia, como constava

* Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

** Supervisora do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA).

em seu prontuário, ou se estávamos diante do que os médicos chamam de pseudocrises. A paciente estava em uma pequena sala, que era quase uma extensão do corredor. Havia ali um intenso fluxo de médicos, deixando bastante evidente, pelo próprio espaço físico, o que é um atendimento a urgências em um hospital.

Lá estava L., deitada no leito, com sua mãe ao lado. Ela tinha tido diversas crises epiléticas naquele dia, o que não era algo incomum no seu cotidiano. No entanto, o que havia feito sua mãe trazê-la ao hospital naquele dia era o fato inédito de que em uma dessas crises ela havia parado de enxergar. Chamou-me a atenção no relato de L. o fato de seu pai estar enxergando mal, devido a um acidente de trabalho recente, e de ele não ter querido dirigir à noite para levá-la ao hospital. Nessa última vez em que a paciente passara mal, ela havia caído e quebrado o dente.

L. diz que, quando está passando mal, ela ouve som de ambulância, e imagina como se as pessoas lhe perguntassem: “cadê sua mãe?”. Acho curioso porque a paciente havia dito que sua mãe estava sempre ao seu lado, por ser a única que sabia cuidar dela. A mãe de L. relata que a primeira vez que L. teve uma crise de epilepsia foi na escola, por volta dos oito anos de idade, quando nada aparentemente acontecia de diferente na vida de sua filha. Desde então, as crises nunca haviam cessado, variando apenas a frequência dessas.

Quanto ao acompanhamento no HUPE, pergunto pela razão de L. ser atendida pela neuropediatria, já que tinha, nesse momento, dezenove anos. A mãe de L. explica de forma confusa que sua filha estava na fila de espera de um aparelho caro, cujo pedido na justiça havia sido feito pela pediatria, e que, por isso, ela continuava sendo atendida lá. L. já era acompanhada há quatro anos nesse setor, mas nenhum medicamento conseguira estabilizar seu quadro. A variedade de crises também era um elemento que compunha a complexidade do caso: L. caía para frente, para trás, virava a cabeça e os olhos, tremia as mãos, debatia-se, parava de se mexer e ficava ausente. Além dessas crises, havia ocasiões em que ela também desmaiava, o que era apontado por sua mãe como algo distinto.

Pergunto se L. gostaria de conversar a sós comigo, e ela diz que sim. Levo-a para uma salinha reservada, onde então ela revela que suas crises pioravam durante o período de menstruação. Ela diz que é desconfortável e que não gosta, dirigindo-me a pergunta: “vou ter que menstruar para sempre?”. Eu então a questiono sobre o que ela sabe sobre isso e lhe explico um pouco sobre o que acontece nesse processo, que envolve a maturação sexual na passagem da criança à mulher. Pergunto pela sua primeira menstruação, que ela conta ter sido aos doze anos e revela que na época escondeu a menarca de sua mãe. Eu digo que crescer pode ser um processo difícil e interrogo se ela tinha vontade de continuar sendo criança. L. diz que não, mas relata diversas situações infantis. Percebo também que sua voz

se altera nos diferentes momentos de sua fala, ora sendo condizente com a sua idade, ora falando com voz de criança.

A internação de L.

Por volta de duas semanas mais tarde, L. chega ao hospital novamente através do Plantão, mas dessa vez fica internada por uma semana, para investigar suas crises noturnas, nas quais virava a cabeça e os olhos para trás. Durante esse período em que essas se intensificaram, L. passara a dormir na cama de seus pais, entre eles. Quando questiono o porquê disso, ela diz que era para sua mãe conseguir ouvi-la quando passasse mal. E seu pai? – pergunto. L. diz que o mundo podia acabar que o pai não acordaria. Essa resposta me sugere uma paráfrase do apelo que um filho morto faz ao pai, em um sonho que Freud (1996a) trata em *Interpretação dos Sonhos* (1900), que seria: “Pai, não vês que estou passando mal?”.

Quando investigo melhor sobre as possíveis causas para a piora das crises nesse ano, descubro que no ano passado L. havia repetido pela terceira vez o ano letivo, e que seu irmão, de dezesseis anos, a havia ultrapassado nas séries escolares. Depois desse acontecimento, L. havia pedido para sair da escola. Além disso, também no final do ano passado seu irmão havia começado a namorar uma menina que tinha uma filha pequena. L. dizia que ele não brincava mais com ela como antes, e que não gostava dela, pois não havia vindo visitá-la.

Ao final desta internação, L. foi encaminhada não mais para a neuropediatria, mas para a neurologia do hospital, e também foi agendada para ela uma consulta na psiquiatria. Reforço para L. que achava muito importante que ela tivesse um espaço para falar das questões que vinha trazendo, e, a partir da minha oferta de atendimento, e conforme seu desejo verbalizado, marcamos que ela retornasse para o SPA da UERJ.

Atendimento continuado no SPA

Inicialmente a mãe de L. era quem a trazia aos atendimentos. Um dia, contudo, pedi para que seu pai a trouxesse, e a partir dos efeitos dessa sessão, que descrevo a seguir, solicitei que ele passasse a trazê-la nas sessões seguintes. Nesta primeira sessão com o pai de L., ele relata alguns estranhamentos quanto às crises de sua filha, como o fato de ela passar mal quando lhe pedem para ajudar nas tarefas de casa, bem como o fato de ela dormir o dia todo, mas não ter sono na hora de sua novela. Ele afirma ainda que ela tem muito mais crises quando está com a mãe, ao que L. rebate dizendo que não é verdade, que o pai que não vê todas as vezes que ela passa mal.

L. começa a dizer que não gosta de vir com o pai, porque ele só a deixa comprar duas coisas de comer na rua, diferentemente de sua mãe, que compra tudo o que pede. L. então revela, de forma muito excitada, que tem 111 bonecas, e diz que quando resolve não comer frango, a mãe sai para comprar outro tipo de carne só para ela. A partir disso, também conta que não comia salsicha enlatada e nem fígado, porque tinha nojo. Quando questiono sobre isso, ela justifica dizendo que salsicha a faz lembrar quando o irmão era bebê e sua mãe dava banho nele pelado, e o fígado porque ela associa com a menstruação.

Esse momento em que o pai a traz à consulta foi importante para que, pela primeira vez, L. pudesse se queixar da mãe. Apesar de inicialmente a queixa se dirigir ao pai, que lhe diz não, ela acaba rindo dessa mãe que faz tudo o que ela quer. Após essa sessão peço para que o pai passasse a trazê-la toda semana, pois reconheci ser importante demarcar - e ajudá-lo a demarcar- o lugar dele, daquele que é “não-é-mamãe”. L. então, depois da vinda de seu pai, pede para convidar o irmão para o seu atendimento, o que acato com entusiasmo.

Quando seu irmão vem, comparecendo ao chamado de L., é ele quem parece mediar a relação entre sua irmã e o pai, impedindo que falassem ao mesmo tempo. A partir dessa sessão, pudemos desdobrar um pouco a queixa de L. sobre seu irmão não gostar dela, sobre sua demanda de abraçá-lo muito e querer deitar-se na cama dele.

Ao longo do período de atendimento, o neurologista de L. dobra a quantidade de alguns medicamentos, de forma que ela passa a tomar nove comprimidos de manhã e mais nove à noite. L. chega ao SPA com muito sono e diz que tem medo de ficar estragada devido aos remédios. Ela repete que tem medo de morrer durante uma crise, e também tem medo de que seus pais morressem, como trouxera em um sonho que tivera.

Após essa mudança na dosagem da medicação, L. e sua família relatam que as crises epiléticas cessaram, mas que ela continuava desmaiando e apresentando um sono permanente muito acentuado. Percebo que a rotina de L. havia se reduzido a ficar o dia todo em casa. Além da escola, ela também havia saído de alguns cursos que fazia. Com a melhora do quadro da epilepsia, incentivo que ela retorne a alguma atividade.

O ponto de vista médico sobre o caso

Quando procuro a neuropediatra que acompanhara L. durante anos, ela me explica que a epilepsia refratária se enquadra nos 30% dos casos de epilepsia que não obtém muitos avanços com medicamentos, sendo por isso chamada também de epilepsia de difícil controle. Diante dos resultados dos exames de eletroencefalograma, a neuropediatra afirmava não acreditar que L. apresentasse também pseudocrises. No caso de L., as crises

eram multifocais, de ausência, de queda, entre outras, configurando-se como generalizada, e não sendo, portanto, indicada para cirurgia cerebral. O tratamento para o seu caso era uma cirurgia de neuromodulação que consiste na estimulação do nervo vago (VNS), por meio de eletrodos. A implantação do aparelho ajudaria a modular a conexão entre o tálamo e o córtex cerebral, evitando a crise. L. está há quatro anos com o pedido na justiça para conseguir tal aparelho e, segundo a médica, está bem perto de receber.

Já a psiquiatra que atendeu L. acredita que os desmaios que ela estava tendo não tinham as características de uma crise epiléptica, e lhe pareciam mais crises conversivas. Ela justifica sua opinião dizendo que não havia perda de consciência nesses episódios, e que L. não fazia barulho ao cair, mas que emitia um som para que viessem socorrê-la. Além disso, a psiquiatra diz que investigou sobre algum possível déficit cognitivo e que, quando estava testando L., ela não conseguiu ler, mas que em outro momento leu um papel que estava de cabeça para baixo em sua mesa.

Discussão clínica e considerações teóricas

Levando em consideração toda a complexidade do caso, em supervisão, apostamos no diagnóstico diferencial de histeria. Pensando em uma estrutura velada por tantos atravessamentos fenomenológicos, aventamos a hipótese do quadro clínico de L. ser composto tanto por crises epilépticas, quanto por crises conversivas, que, pela própria estrutura da histeria, reproduz, modifica, e se apropria das primeiras.

Freud não foi indiferente ao estudo das epilepsias, talvez seguindo os rastros de Charcot, que as estudou profundamente. O pai da psicanálise afirma em *Dostoiévski e o parricídio* (Freud, 1996b) que os antigos médicos associavam o coito à epilepsia, pela similaridade quanto ao método de descarga de energia. Ainda segundo ele, cito:

A ‘reação epiléptica’ (...) está indubitavelmente à disposição da neurose, cuja essência reside em livrar-se, através de meios somáticos, de quantidades de excitação com as quais não pode lidar psiquicamente. Assim, a crise epiléptica se transforma num sintoma de histeria (...). É, portanto, inteiramente correto distinguir entre epilepsia orgânica e epilepsia ‘afetiva’. (Freud, 1996b, p. 187).

A primeira estaria relacionada a uma “moléstia do cérebro”, na qual a vida mental do sujeito sofre uma perturbação estranha, vinda de fora, ao passo que a segunda seria relativa à neurose e o distúrbio seria “expressão da própria vida mental” do sujeito.

Freud, analisando as crises que acometeram Dostoiévski em sua tenra infância, anteriores à incidência da ‘epilepsia’, afirma que essas tinham a “significação de morte”, uma vez que se apresentavam através do temor da morte e eram caracterizadas por estados de sonolência. O significado dessas crises se revelaria, portanto, por meio da identificação do sujeito com uma pessoa morta, ou que se desejasse morta. Dessa forma, a crise teria a função de uma punição. Punição esta que, nas neuroses graves, Freud associa à relação fundamental entre a satisfação auto-erótica e o temor ao pai.

São notáveis as diversas articulações que podemos traçar entre os casos, mas nos ateremos aqui à possível relação da epilepsia com a histeria, e aos aspectos sexuais e mortíferos, evidentes em ambos. Dito isso, proponho, a partir desses breves apontamentos, uma aproximação entre isso que é refratário, e nomeia o diagnóstico médico de L., e o conceito de resistência de Freud. A palavra “refratário” diz respeito àquilo que não obedece à lei, àquilo que é insubmisso, rebelde, e que, portanto, resiste. O sentido do sintoma, por estar submetido à lógica do inconsciente, resiste a tornar-se consciente, sendo, por essa perspectiva, refratário. Esse impasse faz com que o sujeito pague preços altíssimos, com sua própria “libra de carne”, por esta formação de compromisso. A resistência para Freud seria a face clínica do recalque. Isto é, não teríamos notícias do recalque se o conteúdo recalcado que retorna a todo o tempo, como refratário, não fosse sinalizado pela via da resistência, indicando os rastros do conflito desagradável. Assim, a resistência depõe a favor do real do corpo, como aquele impossível de se inscrever, e que, no entanto, não cessa de não se escrever.

O caso de L. nos revela duplamente esse aspecto refratário de todo sintoma. Primeiro porque o sintoma, tal qual Freud o concebe, é refratário no sentido de que não se dobra à lógica da razão, da anatomia e do saber médico, pois obedece a Outra lei, a do inconsciente. Segundo porque o sintoma de L., do ponto de vista da medicina, é também refratário, já que, mesmo incluído no diagnóstico de epilepsia, possuindo correspondência anatômica, ainda assim, há algo que fracassa no tratamento deste sintoma.

Dessa forma, esse caso me conduziu a levantar a hipótese de que há algo de refratário em todo sintoma. Penso ainda que essa formulação corrobora o estatuto do lugar da psicanálise na medicina (Lacan, 2001), na medida em que esta surge e sobrevive até hoje, resistindo à tentativa sempre fracassada do saber científico de esquadrihar o corpo humano em equações exatas. Quanto ao sujeito, isso resta refratário a esse esquadrihamento, que não é sem ligação àquele promovido pela mãe de L., que não a deixa só.

Referências bibliográficas

Freud, S.(1996a) A interpretação dos sonhos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vols I e II*. Rio de Janeiro: Imago(Obra original publicada em 1900)

Freud, S. (1996b) Dostoievski e o parricídio. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. XXI*. pp. 180-199. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1928 [1927]).

Lacan, J. (2001) O lugar da psicanálise na medicina. In *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.32. pp. 8-14. São Paulo: Eolia. (Obra original publicada em 1966).

A descoberta da psicose em um atendimento ambulatorial do NESA

Débora Monteiro da Silva*

Sonia Alberti**

Resumo

O trabalho a seguir discorre sobre o acompanhamento de um paciente de treze anos, encaminhado ao ambulatório de psicanálise e saúde mental do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), com a solicitação de uma avaliação psicológica e psiquiátrica que corroborasse com a suspeita diagnóstica de que Juliano tivesse transtorno bipolar, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e tratamento da obesidade. Através dos relatos do paciente e dos atendimentos realizados à mãe deste, percebe-se a importância de fazer o paciente falar e, a partir daí, para além dos fenômenos, realizar o diagnóstico estrutural entre neurose e psicose, estabelecendo a direção do tratamento.

Palavras-chave: psicose; adolescência; psicanálise.

Introdução

Em nosso trabalho, como analistas, somos advertidos sobre a importância das entrevistas preliminares a fim de realizar o diagnóstico diferencial das estruturas psíquicas de neurose e psicose e assim, delinear a direção do tratamento, que ocorrerá de maneiras diferentes dependendo de cada caso. Lacan (1988) sugere que apesar de não analisável, podemos secretariar o alienado proporcionando que algo possa ser construído por esse sujeito. Como veremos no caso clínico que se segue, nem sempre será possível evitar um surto. No caso do adolescente, a quem chamaremos de Juliano, o surto pode ter ocorrido devido aos diversos atravessamentos que impossibilitaram a sustentação de um trabalho por parte da mãe do paciente.

Juliano, um adolescente de treze anos, chega ao setor de Psicanálise e Saúde Mental do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), com a solicitação de uma avaliação psicológica que corrobore ou não com a hipótese diagnóstica levantada pelo neurologista de outra instituição, de transtorno bipolar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Além da solicitação de avaliação, o adolescente também foi encaminhado para tratamento de obesidade com a clínica médica, o que possibilitou que ele fosse

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019)

** Supervisora do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA).

acompanhado em nosso serviço, já que o setor de saúde mental não funciona como porta de entrada. Ana, mãe do adolescente, falava que era necessário “fechar o laudo” de Juliano, já que as escolas por onde o adolescente passa e as pessoas com quem a família convivia “não entendiam que ele tinha alguma coisa”. Ana relata que Juliano sofria ameaças dos colegas no bairro onde moravam e foi aconselhada pelos vizinhos a se mudar:

Ele fica falando pra todo mundo que é gay. Aí os vizinhos falavam pra gente se mudar porque lá onde a gente morava, os moleques iam acabar fazendo uma maldade com ele. Eu não sei, tem horas que ele diz que gosta de meninos, tem horas que ele diz que gosta de meninas. Teve um dia que ele chegou em casa dizendo que tava grávido e que ia ter filhos. O neurologista já conversou com ele, falou que isso é uma coisa dele, que ele não precisa ficar falando isso pras pessoas.

Na semana seguinte, Ana chega preocupada e pede para falar a sós comigo. Conta que a pediatra que acompanha Juliano em outro hospital, disse que ele não poderia afirmar que gosta de rapazes sem nunca ter tido relações sexuais com uma mulher:

Débora, eu não sei o que fazer. Eu disse pra pediatra (do outro hospital) que ele sofre bullying por que diz que é gay e ela disse que ele só pode afirmar que não gosta de mulher, depois que experimentar. Ela me deu o prazo até novembro pra eu arrumar uma mulher pra ele transar. Eu não sei o que eu faço. Ele disse que não quer, eu tenho medo de que isso piore a situação dele.

Apesar de assustada com a fala da mãe, pergunto o que ela pensa sobre isso: “Ele é muito novo, não tem idade pra isso”. Após ouvi-la, peço que Juliano entre novamente na sala e Ana menciona que ele tem algo a me contar. Pergunto o que seria e Ana diz que foi chamada na escola e terá que ir até lá pra saber o que aconteceu. A sós, Juliano me conta que tomou uma suspensão por ter discutido com a professora. Segundo ele, houve uma festa na escola e os alunos que tivessem autorização dos responsáveis por escrito, poderiam sair mais cedo. Juliano se queixa:

Ela [a professora] quer ser minha mãe, fica querendo mandar em mim e isso me irrita. Eu não sabia que precisava levar autorização da minha mãe por escrito pra eu sair mais cedo no dia da festa. Aí eu pedi pra ligar pra minha mãe e a professora não deixou. O conselho tutelar tava lá na escola, acho que conversando com a diretora. Aí a professora foi lá falar com eles e eles mandaram chamar a minha mãe. Eu disse pra ela que se eu ficasse de castigo, eu ia atrás dela.

Por que você iria atrás dela? Pergunto. *“Eu ia bater nela”*, responde. No atendimento seguinte, Ana relata que Juliano fora expulso da escola por ter ameaçado a professora e que ele seria transferido para outra instituição de ensino. Após esse atendimento, os atendimentos que mal tinham se iniciado, começaram a acontecer de forma irregular. Ou Juliano não vinha ou quando vinha, chegava atrasado ou comparecia em dias que não correspondiam aos dos seus atendimentos. A conduta acordada nas supervisões era de atendê-lo, independente do dia e do horário em que ele viesse ao ambulatório. Quando os atendimentos aconteciam, Juliano falava sobre sua predileção por fadas, que gostava de desenhá-las e de brincar disso com seu irmão mais novo. Também contava sobre as restrições a que era submetido por sua irmã mais velha, com quem morava. De acordo com Ana, Juliana, a irmã, era a única pessoa a quem ele obedecia. Questionado por que só obedecia a Juliana, Juliano responde: *“porque ela me bota de castigo”*. Ana, dizia *“não ter coração pra isso, isso me irrita”*, se referindo aos choros e gritos do adolescente quando é contrariado. Segundo Ana: *“Ele tá lá [com Juliana] mas nem ela tá aguentando, tá querendo devolver ele. Outro dia ele fugiu da casa dela e veio atrás de mim”*. Juliano me explica: *“É porque eu queria ficar com a minha mãe e a minha irmã me põe muito de castigo”*. Certa vez, Juliano chegou à sessão dizendo que estava com vergonha. De que? Pergunto. *“Não sei. Eu fiz uma coisa e fiquei de castigo”*. O que você fez? *“Eu comi um pacote de biscoito quase todo, de uma vez. Aí tô de castigo desde o início do mês”*. Acima do peso, dizia sentir muita fome por conta dos remédios dos quais fazia uso. Ao final do atendimento, Ana me conta que Juliano já está indo para a nova escola, *“mas continua agressivo em casa, além de não querer obedecer a irmã”*. Diz que ele *“não mudou nada”* e me pergunta pelo *“diagnóstico”*, já que precisa do laudo do neurologista para dar entrada no *“benefício”*. Pergunto como ele poderia mudar sem vir aos atendimentos. Digo que é importante que Juliano venha as sessões e que sem isso, não é possível fazer qualquer tipo de trabalho ou avaliação. Os pedidos que dirijo a Ana parecem ter algum efeito, já que na semana seguinte, ela o traz ao atendimento. Ao entrar, Juliano conta que assistiu um vídeo onde havia um lagarto rodeado de serpentes: *“Eu pensei que o vídeo fosse de luta ou de terror, mas aí apareceu uma frase: você pode, você consegue. Aí eu fui pra debaixo da cobertura e falei isso. Aí eu consegui”*. Conseguiu o que? Pergunto. *“Sair do castigo”*, ele responde. Em seguida, aproveita que está com um celular e me mostra uma personagem de um desenho animado. Ele comenta: *“ela tem poderes pra tudo, só que ela não sabe controlar porque descobriu isso aos 12 anos”*. Pergunto o que ele faria se tivesse os poderes dessa personagem. Ele responde: *“Ajudaria todos. Curaria os buracos de tiros e facadas das pessoas”*. Ele continua seu raciocínio dizendo que a ciência poderia ajudá-lo

com isso, mas *“ela está preocupada em fazer robôs. Eles poderiam fazer uma máquina do tempo que é muito famosa, mas eles não sabem fazer. Acho que quando eles conseguirem eu não vou estar mais aqui”*. E onde você vai estar? Pergunto. *“Na casa da minha mãe”*. Pergunto a Juliano como é morar com sua mãe e como é morar com sua irmã:

Uma me estressa e a outra me estressa mais ainda. Uma xinga muito, fica mandando eu fazer as coisas, a outra não me deixa comer. Eu não janto, às vezes ela me dá um biscoito. Eu acho que ela devia me dar um pouco de comida no almoço, no lanche e na janta.

Após o atendimento, Ana relata que irá a nova escola saber em qual turma ele irá estudar e comenta: *“É só ele não ficar falando das coisas dele, porque é aí que começa a confusão. Ele fala, as pessoas começam a implicar e ele fica agressivo”*. Após esse atendimento, Juliano novamente não é mais trazido às sessões. Um mês e meio depois, Ana liga para o ambulatório me procurando: *“Ele tá surtado, tá quebrando tudo dentro de casa, tentando me bater. O irmão dele puxou uma faca pra me defender. Ele denunciou a irmã para o conselho tutelar, disse que ela batia nele e não dava comida pra ele”*. Ana relata que não sabia que seu filho estava sem comer e sem tomar remédios. Comenta que ele evacuava sem parar, sujava tudo, estava com medo de ir para escola e que ela iria até lá saber o que estava acontecendo. Peço para que ela o leve ao Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) e lhe forneço o endereço. Ela diz que não pode levá-lo pois está sem dinheiro. Ao final, me pergunta: *“Como ele vai poder ir pro jovem aprendiz desse jeito?”* Peço para falar com Juliano, que chorando me conta: *“eles estão me batendo”*. A partir daí, continuo acompanhando Ana e Juliano pelo telefone, já que eles não vêm ao ambulatório. A cada profissional ou instituição em que Ana solicita atendimento psiquiátrico para o adolescente, ela me liga para dizer o que está acontecendo. As orientações que lhe passo parecem não fazer sentido. Se peço para que ela procure o CAPSi próximo à sua residência, ela procura o de outro bairro. Apesar disso, Ana me liga diversas vezes para me perguntar o que fazer. Em uma dessas ligações, ela comenta que Juliano iria perder a oportunidade de participar do programa jovem aprendiz. Digo a ela que nesse momento, Juliano não está em condições de participar do programa ou de assistir às aulas. Somente um mês e meio depois da ligação informando sobre o surto, Ana consegue vir com Juliano e a tia deste, ao ambulatório do NESAs. A aparência de Juliano é de alguém que de fato não está nada bem. Nervosa, a tia de Juliano diz que ele está acabando com a vida da mãe e que a aconselhou a entregá-lo para o conselho tutelar. O comportamento de Juliano é falado como de alguém que propositalmente escolhesse prejudicar a mãe e arrumar problemas. Conta que Juliana batia nele porque ele não tinha limites, que na casa

dela chegou a comer uma massa de pizza crua e tomou um engradado de refrigerante de uma só vez. Justifica que Juliana batia nele porque ele a ameaçava. *“Eu já disse pra ele que se a mãe dele morrer, ele vai ficar sozinho, porque ninguém quer ficar com ele”*. A tia de Juliano demandava por alguém que pusesse um basta no comportamento do adolescente. De fato, era nítido que Ana precisava de cuidados, mas também era nítido que havia algo que as impossibilitava compreender que em seus atos, o adolescente pedia ajuda. A tia questionava: *“por que ele só bate na mãe? Por que ele não bate nos meninos que batem nele?”*. Peço para ficar sozinha com Juliano. Transtornado, chora e diz ter medo de ser levado para longe da mãe. Conta que não quer ir pra escola, porque cinco meninos o levaram para o banheiro e fizeram cortes em seus braços, depois de o ouvirem falar que é gay. Diz estar cansado de tomar tantos remédios e por isso, trinca os dentes e os esconde, enganando sua mãe. Logo após, me pergunta por que não liberei “o benefício”. Diz que sua mãe está recebendo pouco dinheiro e que eu preciso ajudá-los. Em seguida, me pergunta por que não o deixei participar do jovem aprendiz. Digo a ele que não sou eu a responsável por conceder benefícios do governo. Sobre o jovem aprendiz, pergunto como ele poderia participar se ele não está bem. Digo que primeiro temos que cuidar dele, para que ele melhore e que existirão outras oportunidades para que ele possa participar do programa. Após esse momento, uma das *staffs* do serviço social atende Juliano, sua mãe e sua tia, a fim de esclarecer as dúvidas sobre a possibilidade de receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e também sobre a dificuldade enfrentada por Ana em conseguir um atendimento psiquiátrico para Juliano.

De acordo com Alberti (2010), o sujeito pode escolher adotar ou não, já que a adolescência se trata de um trabalho de elaboração do desligamento dos pais idealizados durante a infância, constatando que eles também são sujeitos faltosos, castrados. Esse processo só será possível se o sujeito, incluído na linguagem, puder lançar mão do significante Nome- do- Pai como sustentação simbólica que o possibilitará elaborar essa falta. Quinet (2011) comenta que a forclusão é um mecanismo específico da psicose e se refere a um tipo de negação, negação da castração. Ao contrário do recalque do neurótico e do desmentido da perversão, na psicose, o inconsciente repudia a castração do Outro, como se ela nunca tivesse ocorrido e busca construir uma nova realidade. Isso significa dizer que, o registro desse significante nunca ocorreu, o que o impede de simbolizar e isso que não é simbolizado, retorna no Real, em forma de delírios e alucinações. Com a forclusão do Nome- do- Pai, Juliano se encontra sem recursos diante de um Outro que para ele é como um invasor. Talvez seja por isso que, ao receber uma ordem que o irrite, ameace agredir a mãe e a professora (que segundo ele quer ser como sua mãe) numa tentativa de dar um

basta nessa invasão. Outro exemplo da forclusão do Nome-do-Pai, nesse caso, aparece quando este diz à sua mãe que gosta de meninos e meninas, afirmando estar grávido e que terá filhos, assim como em Schereber, demonstrando a abolição do Nome- do- Pai no simbólico, retornando no real como uma construção delirante (Quinet, 2011).

Após o último atendimento, assim como as fadas que aparecem e desaparecem, Juliano não mais retornou ao ambulatório de saúde mental. Por algum motivo, o telefone de Ana, único contato que nos foi disponibilizado, deixa de funcionar. Por meio do serviço social, fico sabendo que Juliano tem vindo com a tia ao atendimento do Programa de Obesidade na Adolescência (PROA) e finalmente conseguiu atendimento psiquiátrico infanto-juvenil próximo à sua residência.

Ao contrário dos contatos que tive anteriormente com pacientes psicóticos, pude acompanhar o processo de um paciente pré- psicótico até a eclosão da psicose, muito comum na adolescência. Me pergunto se o surto poderia ter sido evitado se não tivessem ocorridos tantos atravessamentos. Com Juliano, aprendi que assim como o sujeito escolhe desligar- se dos pais idealizados, nós como analistas também podemos, e na verdade devemos, nos desligar dos atendimentos idealizados.

Referências bibliográficas

Alberti, S.(2010) *O adolescente e o Outro*. (3ªed.). Rio de Janeiro: ZAHAR.

Quinet, A. (2011) *Teoria e clínica da psicose*. (5ªed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Obra original publicada em 1951).

Lacan, J. (1988). *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: ZAHAR. (Seminário original proferido em 1955-1956)

Adolescência e Psicose: uma questão para o ambulatório público?

Juliana Baghdadi*

Sonia Alberti **

Resumo

A partir da apresentação de um caso clínico atendido pela residente de segundo ano do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente -NESA/HUPE, em contexto ambulatorial, busca-se discutir o papel do ambulatório público no atendimento substitutivo proposto pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. O ambulatório público é visto como um elemento na política de território e as diretrizes de tal política de saúde mental são levantadas para que se avalie a pertinência e a capilaridade de um ambulatório público para atender satisfatoriamente casos de difícil condução, em que a equipe como um todo precisa ser solicitada.

Palavras-chave: saúde mental, ambulatório pública, política, psicose.

No contexto da Reforma Psiquiátrica iniciada no Brasil na década de 1970, a Política Nacional de Saúde Mental estabelece, a partir do ano de 2001, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na qual o atendimento ambulatorial tem um papel difuso na proposta de cuidados de saúde mental fora do hospital psiquiátrico. Concebida em substituição ao tratamento asilar, e com enfoque territorial, a RAPS(2001) apoia-se centralmente nos CAPS-Centros de Atenção Psicossocial, e atribui papel secundário aos ambulatórios, considerando somente aqueles capazes de garantir atendimento multiprofissional, tarefa cada vez mais difícil dada a precariedade enfrentada pelo SUS no que tange aos seus recursos humanos. Os ambulatórios públicos que hoje contam com médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro, são, infelizmente, raros.

À princípio, poderia se pensar que o ambulatório público teria sua importância na política de substituição de cuidados por seu direcionamento local, ou seja, como um cuidado de saúde que ocorre em nível regular de frequência e é atribuído para o território mais próximo à residência do paciente atendido, o ambulatório público seria, nessa ótica, uma modalidade importante de substituição da instituição psiquiátrica pela lógica de atendimento dita *de território*. Essa é, sem dúvida, uma importante justificativa para a

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar-IP/UERJ (2018).

** Professora Titular de Psicologia e Psicanálise IP/UERJ. Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional -Modalidade Residência Hospitalar - IP/UERJ.

manutenção do ambulatório na RAPS, mas há outra, que julgo muito importante discutir hoje com vocês, que diz respeito ao papel do ambulatório público na manutenção da importância da clínica como dispositivo de cuidado de saúde mental.

Examinemos primeiro o papel do ambulatório na clínica da psicose pós-reforma psiquiátrica: Às vezes demonizado como a manutenção da ótica da doença mental por manter a situação individualizada de atendimento, o ambulatório, no entanto, reitera a relação médico-paciente, o que permite que se trate ali, elementos que, ou não poderiam ser tratados ou seriam tratados de forma distinta em outras modalidades de cuidado tais como nas terapias ocupacionais, nas oficinas terapêuticas, ou nas atividades coletivas.

Examinemos o papel da clínica na psicanálise: nos idos de 1900 Freud não clamava ter fundado o inconsciente, e sim tê-lo descoberto, a partir de indícios observados na sua clínica, que era médica. O que Freud fundou, se podemos dizer em retrospectiva, foi a ética da psicanálise, ou seja, uma modalidade de tratamento na qual pode-se operar a partir do vínculo que se estabelece entre *um* médico e *um* paciente. Freud funda esse lugar de tratamento do psíquico, um lugar que não é material, não se constitui em nenhum setting, não se apoia em mesas, cadeiras, poltronas ou divãs e lhe dá o nome de transferência. Esse lugar de tratamento é dependente da clínica, ou seja, da visada singular de um médico ou analista sobre um paciente.

Não dizemos que é *apenas* num atendimento de ambulatório que a clínica pode se dar. A própria noção de clínica é a que precisa ser sustentada e o ambulatório como nível institucionalizado de atenção também precisa ser questionado se quisermos garantir que ele seja um *locus* de sobrevivência da clínica no contexto da substituição dos cuidados asilares. O que atestamos é que é possível sustentar a clínica psicanalítica num ambulatório *público* para o tratamento da psicose.

Vejamos o que podemos observar sobre a clínica em um ambulatório público no recorte da população adolescente, definida pelo Ministério da Saúde como a população da faixa etária que vai dos 12 anos aos 18 anos incompletos.

No Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ, abriga o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, criado como Unidade Docente Assistencial - i.e. unidade de formação de profissionais e de atendimento gratuito à população. Inaugurado em 1975 com a então inédita enfermaria exclusivamente dedicada à população adolescente o NESA compõe-se hoje dos níveis de atenção primária, com programas e projetos de prevenção e tratamento de saúde, atenção secundária, que corresponde ao atendimento ambulatorial das especialidades clínicas: pediátrica, reumatológica, endocrinológica, dentre outras, e as especialidades também clínicas da psicologia, da

nutrição, da enfermagem, além do atendimento de assistência social; e a atenção terciária que corresponde à enfermaria de clínica médica e cirúrgica de vinte leitos, que funciona no terceiro andar do prédio principal do HUPE e se mantém exclusiva da população da faixa etária entre 12 e 18 anos incompletos.

Infelizmente é importante mencionar que as sucessivas crises e abalos sofridos pelo sistema público de educação e saúde no Estado do Rio de Janeiro, fizeram várias perdas neste e em outros núcleos de atendimento do nosso Hospital Universitário da UERJ. O núcleo de atendimento à população adolescente que fora concebido como um amplo núcleo de atendimento integral à saúde do adolescente, hoje conta com periódicas limitações de leitos e o desaparecimento de algumas especialidades no nível ambulatorial, notadamente para o nosso caso, a ausência de psiquiatras infanto-juvenis após a aposentadoria dos últimos profissionais dessa especialidade no serviço, ocorrida nos últimos dois anos. Esse fato não é sem consequências: o desmonte da equipe, pode tornar os recursos para o atendimento ao adolescente, menos *integral*, se assim podemos dizer. Ou seja, na defasagem que se cria entre as demandas da clientela de atendimento público e o que o serviço comporta oferecer, o atendimento que resta representa uma modalidade de resistência dos profissionais, a maioria residentes, das diversas especialidades.

O setor de psicanálise e saúde mental do NESAs, atuante nos níveis de atenção secundária e terciária, mantém viva a presença da psicanálise, como modalidade de atendimento eminentemente clínica, variante sustentada pelas residentes desta especialização em psicologia clínica-institucional, que prestigiamos nesse fórum, nas quais me incluo. Examinemos então um caso que pode nos ajudar a observar oferta de atendimento clínico aos sujeitos psicóticos nesse ambulatório público.

Léa é uma menina de 13 anos que dá entrada no serviço ambulatorial do NESAs, via encaminhamento do sistema de regulação de vagas para os serviços públicos de saúde, o SISREG. Em sua primeira consulta ambulatorial em que é atendida pela clínica médica, Léa afirma que vê diariamente sua tia avó, já morta, sentada na cama de sua casa, e que vê também duas meninas, que foram assassinadas. Léa as descreve em detalhes com suas roupas ensanguentadas e como brincam juntas. Após dizer para a médica que se alimenta do sangue de sua própria menstruação, Léa se levanta e se põe de costas para a porta da sala de atendimento gritando que *"o diabo está na sala e ninguém deve sair"*. Estando evidente que Léa precisa de cuidados de saúde mental, a residente de pediatria se põe a buscar o auxílio necessário e a menina é conduzida com sua mãe ao setor de psiquiatria do HUPE, que fica relativamente distante do local do ambulatório de adolescentes. É um setor de atendimento à população adulta e nesse caso, a residente de pediatria do NESAs tem a sorte

de encontrar uma residente de psiquiatria disposta a cuidar de Léa naquele momento. Sem aguardar que o atendimento seja concluído, no entanto, Léa grita que não é louca, que não tomará o medicamento oferecido e que aquele lugar "*é onde as pessoas são internadas para morrer*". Léa pede a mãe para ir embora, o que a mãe acata.

Esse primeiro dia me foi relatado pela equipe que atendeu Léa, e uma decisão é tomada, já com a participação do setor de psicanálise e saúde mental: a de promover o conjunto de atendimentos necessários para Léa no âmbito do ambulatório de adolescentes, com uma autorização expressa do chefe de serviço do setor adulto de psiquiatria, para que uma residente sua pudesse acompanhar o caso. Essa decisão, que só foi possível a partir da integração e da assunção de responsabilidade pela equipe ambulatorial do NESA, visou estabelecer um cuidado possível e adequado para Léa, uma vez que havia sido identificada uma resistência ao serviço psiquiátrico. Esse é um caso que está em acompanhamento no serviço do NESA já há alguns meses e não cessa de impor dificuldades à equipe, que segue, no entanto, sem abandoná-lo. Léa conta hoje com um atendimento integral de uma equipe multidisciplinar composta por pediatra, psiquiatra, psicóloga, enfermeira, nutricionista e assistente social, que se reúne algumas vezes para discutir o caso, mas que mantém os atendimentos individuais à paciente.

O quê teria sido feito de Léa, se a partir do momento em que sua psicose patente fosse diagnosticada, o serviço de saúde ambulatorial, com todas as precariedades que vive, tivesse escolhido encaminhá-la a outro serviço? Teria a resistência de mãe e da filha vencido e mantido Léa fora do alcance de qualquer cuidado de saúde mental? Impossível responder, mas o que podemos dizer é que a equipe do ambulatório de adolescentes do HUPE, cumpre a um só tempo a vocação médica estabelecida no SUS, aquela de oferecer cuidado integral à saúde do adolescente; e também a vocação psicanalítica estabelecida por Lacan(1977),aquela de não recuar diante da psicose.

Referências bibliográficas

Lacan, J. (1977)*Abertura da Sessão Clínica* - Vincennes, 08 de janeiro de 1977. Disponível em:<<http://www.tracofreudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf>>, acesso em agosto, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2001)*Política Nacional de Saúde Mental*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>, acesso em agosto, 2018.

Reflexões sobre o terminal e o interminável

Leiliane Ribeiro Cardeal*

Sonia Alberti**

Resumo

O presente trabalho visa discorrer sobre a atuação da equipe de residentes de psicologia no Plantão Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto, enfatizando-se questões referentes ao incômodo e a angústia compartilhadas com as demais equipes de saúde frente as urgências e a iminência da morte. Objetiva-se com o texto abordar nossa aposta de trabalho, orientada pela psicanálise, apontando que mesmo em situações extremas, ainda que diante da terminalidade, é possível investir no sujeito e ajudá-lo a sustentar sua posição desejante. Utilizamos de um fragmento de caso clínico, como forma de ilustrar uma situação vivenciada neste setor e apresentamos uma breve discussão sobre algumas reflexões suscitadas em torno do caso.

Palavras-chave: hospital, psicanálise, plantão geral, urgência, terminalidade

Introdução

Em 1994 a residência em Psicologia Clínica Institucional passa a atuar na equipe multidisciplinar do Plantão Geral (PG) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). A participação que inicialmente se dava em plantões somente aos sábados precisou ser repensada conforme foi se percebendo uma maior necessidade de presença semanal da equipe.

A partir de 2006 a psicologia passa a estar disponível para os chamados diariamente, das 8h às 17h em seus setores de rotina, e das 17h às 20h na sala do PG, onde junto aos médicos e enfermeiros acolhem e discutem as urgências dos diversos setores do hospital.

A equipe de plantão acolhe variadas demandas, tais como: o monitoramento à pacientes internados no hospital; assistência nas intercorrências de pacientes ambulatoriais; atendimento pontual a familiares e acompanhantes dos pacientes; e aos próprios funcionários, que podem procurar o setor por alguma situação emergencial.

* Psicóloga. Residente de segundo ano do curso de especialização em Psicologia Clínica institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP- UERJ. (2019).

** Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora 1C do CNPq. Procientista da UERJ. Psicanalista Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Preceptora do Plantão Geral de Psicologia na Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ. Supervisora desta Residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Os casos atendidos pela psicologia são relatados por grupo de WhatsApp à supervisora (Profa. Sonia Alberti), que orienta os residentes nas condutas e direções. Mensalmente ocorre uma reunião presencial com a preceptora (idem) do serviço, onde são discutidos os desdobramentos dos casos e eventuais questões institucionais ou referentes ao trabalho em equipe multiprofissional.

Nos encontros são frequentes as discussões a respeito dos efeitos que as situações de urgência atendidas pelo plantão causam na equipe de saúde diante do real avassalador presente nos casos. O incômodo e a angústia que sentem frente à terminalidade e a iminência da morte, sem possibilidade de atuarem para impedi-la ou, pelo menos, retardá-la, sinalizam o mal-estar que por vezes insiste em se fazer presente.

Utilizo neste trabalho um fragmento de caso clínico, como forma de ilustrar uma situação vivenciada no Plantão Geral, e uma breve discussão sobre algumas reflexões suscitadas em torno do caso, tendo como referencial teórico a psicanálise.

Fragmento do caso clínico

A equipe médica do Plantão solicita atendimento para Simone (nome fictício), de quarenta e nove anos, que chega transferida de outro hospital, onde investigava dores abdominais, fraqueza muscular e sangramento vaginal. Em exame realizado no HUPE foi verificado que seus sintomas físicos eram provenientes de uma massa em seu útero, já em estágio avançado e sugestivo de câncer.

Abordo Simone ainda no corredor do hospital, enquanto ela aguardava por liberação de leito para internação. A paciente mostra-se apreensiva, mas diz estar se sentindo segura de que ali receberá tratamento e sairá "*curada*". Fala sobre o "*medo de deixar sozinha a filha Kátia (nome fictício), de doze anos*".

O atendimento é interrompido pelos médicos que neste momento avisam à paciente que ela irá para a enfermaria onde será internada. Simone me dirige o olhar e solicita que a visite. Aproveito a presença da equipe para informar que seguirei acompanhando o caso e digo à Simone que ela poderá acionar o Serviço de Psicologia através da equipe do PG, que possui nossos contatos telefônicos.

Em atendimento, Simone conta que sua mãe faleceu ainda cedo por câncer de mama. Não conheceu seu pai, não teve irmãos, e aos poucos foi "*se vendo sozinha no mundo*". Casou-se aos trinta e dois anos, e durante cinco anos tentou engravidar, "*seu maior desejo na vida*". Quando a filha nasceu, começou a ter problemas em seu relacionamento e chegou a desconfiar que o companheiro pudesse estar abusando da filha, porque Kátia chorava muito quando estava com ele. Os dois se separaram quando a menina tinha por

volta de quatro anos e tiveram poucos contatos. Sua única rede de suporte eram duas primas e as patroas das casas onde trabalhava como diarista.

Baroni e Kahhale (2011) ressaltam que podemos pensar a clínica psicanalítica na urgência como uma oportunidade de escutar o sujeito em seu encontro com o real. E nesse sentido, a urgência pode ser vista como propiciadora para que o sujeito se encontre com suas questões e "lide com elas de forma inédita e diferente do que a anterior, ou seja, a proximidade com a morte incita a ressignificar a vida" (Baroni e Kahhale, 2011, p.68).

Conforme avançavam na investigação clínica de Simone a equipe médica percebia que seu caso era de uma gravidade que, segundo eles, a *paciente "negava ou não compreendia o que a acometia"*. Solicitaram minha participação nas reuniões, que incluíam também o Serviço Social, para discutir como abordar questões urgentes, como por exemplo, quem seriam as pessoas que poderiam ser acionadas em ocasião de seu falecimento, para assumir a guarda de sua filha? Era sempre preciso reafirmar junto à equipe que o aparente mecanismo de defesa da paciente, não era apenas de "negação", mas talvez de um único recurso possível frente a necessidade de sustentar seu tratamento, justamente por compreender sua gravidade.

Durante os quatro meses que se seguiram, estive com a paciente acompanhando o processo do seu diagnóstico e tratamento. Foram necessárias muitas intervenções em seu corpo, e Simone falava nos atendimentos sobre como se sentia *"invadida"*. Aos poucos, começa a falar de sua infância e de episódios de abuso sexual sofridos por parte do padrasto; diz nunca ter conseguido falar sobre o assunto antes, e refere um "medo desesperador" de deixar a filha desprotegida.

Em determinado momento os médicos decidem por uma cirurgia de pan-histerectomia, que consiste na retirada total do útero e ovários, como tentativa de prevenir maior distensão da massa. Antes de ir para o centro cirúrgico, ela solicita minha presença e diz que tem sido muito importante estar falando sobre sua história. Conta que fez contato com o ex-marido e que ele irá visitá-la e ligar para a filha. Fala que apesar do medo de morrer na *cirurgia "sente que ainda não terminou o que tem pra fazer"* e voltará bem.

Posterior à cirurgia, foi realizada uma biópsia que concluiu o diagnóstico de Simone como leiomiossarcoma¹, um tipo de tumor raro e maligno, que acomete os tecidos moles e tende a espalhar-se rapidamente para outros órgãos. Simone recebeu alta e passou a ser acompanhada pelo ambulatório de oncologia onde realizava sessões quinzenais de quimioterapia.

Nos dias de sua vinda ao hospital nos encontrávamos para dar continuidade aos seus atendimentos e quando sua vinda não era possível as sessões ocorriam por telefone. Certo

dia relata ter sentido um profundo mal-estar ao fazer exame numa clínica onde escutou quando disseram: “*ela é paciente terminal*”. Fala sobre estar terminando a obra de sua casa, e dos encontros que a filha vem fazendo com o pai. Relata estar feliz apesar das dificuldades.

Na última internação, Simone chega ao hospital sem conseguir interagir verbalmente, inicia uso de morfina e passa a maior parte do tempo sedada. Quando entrava na enfermaria e informava que estava indo atendê-la, cheguei a ouvir de alguns membros da equipe: “*pode ir, mas não tem ninguém lá*”, indicando que já não era possível ver ali o corpo para além dos equipamentos, e nem de lidar com a angústia que aquela paciente provocava.

Mantive os atendimentos com o máximo de frequência possível, sempre me dirigindo à Simone que vez ou outra esboçava um sorriso ou piscava os olhos em sinal de comunicação. Cheguei a atender sua filha que agora estava morando com as primas da paciente. Alguns dias depois Simone veio à óbito e novamente o plantão me contactou para acolher a família.

No texto de Freud de 1937, *Análise terminável e interminável*, um dos últimos escritos psicanalíticos publicados em sua vida, Freud questiona os limites do tratamento psicanalítico, advertindo também da impossibilidade de garantias quanto à cura ou reaparecimento de novos sintomas àqueles que se submetem a uma experiência de análise.

A demanda de um paciente em estado terminal, “não é de análise propriamente dita, mas sim de um apaziguamento de sua angústia perante a morte” (Moretto, 2001, p. 103), o que colocaria aquele que se propõe a escutar este sujeito como um outro que possibilita a fala e o endereçamento dessa angústia, uma vez que falar da morte torna-se a própria questão para este sujeito.

Conforme propõe Moretto (2001), o trabalho no hospital com os pacientes graves por vezes é de manejo da angústia. É importante ressaltar que a clínica psicanalítica é a clínica que tem por ética o desejo e nesse sentido, mesmo diante da terminalidade, é função do analista auxiliar o paciente em sua posição desejante (Moura, 2000).

O trabalho junto a uma equipe que é convocada nas urgências de um hospital nos alerta da importância de manter um olhar de fora, para que seja possível “sustentar o tempo do sujeito, mesmo quando este não consegue mais dizer suas palavras, e está desacreditado enquanto sujeito do desejo pela equipe” (Americano, 2010, p.36).

Faz-se também fundamental em nossa prática um esforço no sentido de sensibilizar médicos e demais integrantes da equipe de saúde para a singularidade dos pacientes. Quando o médico solicita minha presença para que enfatize a gravidade da situação para a

paciente e faça com que ela "*deixe de negá-la*", é necessário colocar que não é disso que se trata o atendimento e situar que o espaço de escuta à paciente é para que ela fale sobre suas questões, sobre o que a angustia.

Do mesmo modo, quando informam em minha entrada na enfermaria que "*não tem ninguém*" com quem falar, uma vez que a paciente está sem acompanhantes e não se comunica por palavras, novamente se faz urgente localizar que ela ainda está viva, então, sim, ela está ali. E é com ela que quero falar!

Considerações

A escuta psicanalítica no hospital difere assim da do médico, pois não é dirigida, e não responde com significados ao sofrimento do sujeito, deixando que fique ao encargo dele falar sobre sua experiência, construindo um sentido para tal (Alberti & Americano, 2010).

Durante todo seu acompanhamento a paciente falava sobre o receio de morrer e deixar a filha sozinha. Foi voltando ao seu passado que Simone pôde falar sobre o que a angustiaava com relação a isso e sobre o temor da repetição de sua história através da filha. Supõe-se que antes de morrer, Simone terminou questões que a perturbavam muito e pode se assegurar de que a filha não ficaria só.

Enquanto o saber médico se atém ao corpo biológico e o que lhe afeta, a escuta psicanalítica privilegiará o saber que se decanta quando o sujeito fala ao outro numa posição de escuta sobre suas questões singulares. Nossa aposta de trabalho é que mesmo em situações extremas, ainda que diante da terminalidade, é possível investir no sujeito e ajudá-lo a sustentar sua posição desejante, visto que a ética da psicanálise é a ética do desejo.

Notas

¹Informações sobre definição, diagnóstico e tratamento disponíveis em: <https://www.tuasaude.com/leiomiiossarcoma/>

Referências bibliográficas

Alberti, S.; Americano, B. (2010, setembro). A psicanálise e a clínica nas urgências. *Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Curitiba, Paraná, Brasil, 4.

Americano, B. (2010). *Um estudo teórico- clínico acerca da psicanálise no hospital geral: os tempos do sujeito do inconsciente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Baroni, C. S. F; Kahhale, E. M. P. (2011). Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 53-74. Recuperado em 05 de novembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&tlng=pt.

Freud, S. (1980). Análise Terminável e Interminável. In: S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937)

Moretto, M. L. T. (2001). A psicanálise e o paciente terminal. In: Moretto, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moura, M. D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: Moura, M. D. *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.

A decisão pela cirurgia cardíaca: caminhando entre o medo da morte e a possibilidade de vida

Izadora Silva de Araujo *

Cristiane Ferreira Esch **

Resumo

O presente trabalho tem como proposta elucidar a prática clínica como residente de Psicologia Clínica Institucional no Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), assim como o processo de elaboração e escolha pela cirurgia cardíaca. Apresentar a dificuldade no manejo da insuficiência cardíaca e as restrições que a patologia desencadeia na vida do paciente. Trabalharemos sobre a angústia diante da necessidade de realização da cirurgia cardíaca, em especial, do processo de decisão entre se submeter ao processo cirúrgico em busca de uma melhor qualidade de vida ou permanecer com as impossibilidades que a doença acarreta.

Palavras-chave: Coração; escolha; cirurgia cardíaca; medo; morte.

Introdução

Quando o coração adoece e a única possibilidade de prosseguir a vida com relativa qualidade é submetendo-se a cirurgia cardíaca, o sujeito vivencia uma crise, um período de ambivalência, afinal, se por um lado a cirurgia pode proporcionar a vida, por outro ela pode acarretar a morte. É de grande importância salientar que o coração, além de ser considerado um órgão vital, também apresenta um simbolismo sociocultural, tanto no sentido que a palavra “coração” indica, como sendo abrigo dos sentimentos do ser humano, como por respostas fisiológicas direcionadas a diferentes eventos do dia-a-dia (Angerami-Camon, 2004). A seguir trabalharemos os impasses na tomada de decisão pela cirurgia cardíaca e sua relação com processo de escolha frente à liberdade que ao homem foi imposta, como diz Sartre.

A insuficiência cardíaca é considerada uma síndrome de difícil manejo, definida pela falência do coração em promover suprimento adequado de sangue às necessidades metabólicas tissulares, ou fazendo, de forma a elevar as pressões de enchimento. Geralmente, ocorre devido a algum problema da estrutura ou da funcionalidade do coração

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

** Psicóloga do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Graduação em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2002). Mestre em Psicologia Pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2012).

que compromete a sua capacidade de comportar o volume de enchimento de sangue ou de realizar sua ejeção. Na insuficiência cardíaca o paciente sente-se cansado frente aos pequenos esforços, apresenta retenção de líquido e redução na expectativa de vida. (Bocchi, Braga & Ferreira, 2009).

As valvas do coração controlam o fluxo de sangue no órgão para dentro da artéria pulmonar e aorta, abrindo-se e fechando-se, em resposta às alterações na pressão arterial, durante a contração e relaxamento do ciclo cardíaco. Quando ocorre algum problema ao abrir e fechar, o fluxo sanguíneo também sofre alteração (Smeltzer & Bare, 2009).

O tratamento médico busca corrigir a insuficiência cardíaca com medicamentos, porém quando a IC progride e o paciente não apresenta melhora alguma, o procedimento cirúrgico apresenta-se como necessário. Segundo Oliveira et al, (1995) o procedimento cirúrgico para muitos pacientes é entendido como algo violento, que pode acarretar medo e angústia devido ao perigo da morte, frequentemente eles apresentam sentimentos de desconexão, ruptura e vivenciam um período de crise. Para melhor o que foi supracitado, estaremos apresentando a seguir um caso clínico atendido no CTI Cardíaco.

Caso clínico

Lembro-me que o meu primeiro contato com a paciente em questão foi no grupo pré-operatório de cirurgia cardíaca. Grupo multiprofissional, destinado aos pacientes que irão se submeter à cirurgia cardíaca, cujo objetivo é apresentar os diferentes momentos que envolvem a cirurgia cardíaca e como cada profissional poderá contribuir durante o período de internação. Durante o grupo, Lúcia apresentava-se bastante apreensiva e nervosa, olhos atentos, corpo reclinado para frente, pernas balançando constantemente, sugerindo certa inquietação. No momento em que a equipe abriu para as perguntas, Lúcia não hesitou em sanar as diversas dúvidas que tinha e de mencionar o medo que sentia de passar novamente por aquela cirurgia. Após o grupo iniciei o primeiro atendimento.

Lúcia era uma paciente de cinquenta anos, com insuficiência cardíaca por complicações valvares, decorrente de febre reumática. Conta que descobriu o problema valvar no ano 2000 e em 2005 realizou a primeira cirurgia de troca valvar. Naquela ocasião, a experiência foi muito difícil, pois no momento de ser extubada sentiu que fosse morrer. Então descreve o ocorrido:

Após a primeira cirurgia de troca valvar, estava no CTI monitorada por diversos aparelhos, com um tubo muito grosso na minha garganta que ao mesmo tempo em que ele me ajudava a respirar, também me causava uma sensação de sufocamento. Lembro que quando acordei comecei a piorar, pois sentia a necessidade de vomitar, mas o tubo

inviabilizava. Rapidamente, diferentes pessoas da equipe agilizaram a retirada do tubo e aos poucos fui melhorando, mas considero que esse momento foi traumático!

Após a alta foi retomando as atividades diárias e viveu bem durante alguns anos, até que em 2018 passou a perceber alguns sintomas parecidos com aqueles de 2005 e logo resolveu procurar um médico, e então tomou conhecimento que precisava fazer uma nova cirurgia de troca valvar. No decorrer dos atendimentos Lúcia falava sobre o processo de decisão pela cirurgia, conta que nos últimos anos a doença começou a apresentar sintomas, a ponto de impossibilitá-la de realizar atividades básicas como: varrer a casa, fazer caminhadas, trabalhar e lavar roupas, porém mesmo diante das impossibilidades a mesma dizia não querer operar, e que a decisão pela cirurgia tinha como único motivo o pedido da filha e do marido. Lúcia pede que a acompanhe no dia da cirurgia, pois acredita que não será fácil.

Os dias foram se passando e Lúcia começou a se perceber mais tranqüila e em paz quanto ao procedimento a qual seria submetida, até que chegou o dia da cirurgia. Como havia combinado, cheguei ao CTI e ela estava se preparando para ir para o Centro Cirúrgico. Dizia se sentir um pouco nervosa e com uma dor nas costas, que denominava como um “espeto”, um espeto que acreditava ter relação com o cateter que havia acabado de colocar. Ao se mexer, queixava-se do espeto. A equipe verificou e não encontrou nada que justificasse aquela dor, que depois ela nomeou como um “espeto no peito”. Descemos para o centro cirúrgico e ficamos um tempo a sós. Nesse momento, Lúcia voltou a falar que o único motivo que a levou a realizar a cirurgia foi o pedido da sua filha e do seu marido. Disse que naquele momento sentia como se existisse uma briga em sua mente, demônios e anjos, os demônios a aterrorizavam, como se algo pudesse dar errado, deixando-a mais apreensiva, já os anjos lutavam para que ela ficasse bem e mais tranqüila. Agradeceu pelo suporte, pois aquele momento era de muita solidão e a presença da psicologia estava sendo fundamental para ela. Após alguns minutos, a equipe chegou e começaram os preparativos para a cirurgia. Lúcia insistia em pontuar o incômodo no peito, que descreveu como um espeto próximo ao coração. Após alguns minutos de silêncio, Lúcia chama o cirurgião e diz que nunca mais eles irão vê-la ali. O cirurgião assustado, pergunta: *“o que você quer dizer com isso?”* *“Quero dizer que mesmo que eu tenha que operar novamente e essa escolha possa culminar em minha morte, escolherei não operar!”*, respondeu Lúcia. Em seguida, ela segurou minha mão e agradeceu por eu estar ali; pediu para que eu estivesse com a família, especialmente com a filha, pois era por ela que ela

estava aceitando se submeter aquele procedimento novamente. Logo em seguida a cirurgia teve início e eu voltei para o CTI.

Acolhi a família que estava no corredor aguardando o término da cirurgia, mas eles estavam bem tranqüilos e confiantes quanto ao procedimento. Lúcia voltou da cirurgia à noite e no dia seguinte acordou, conversou com a equipe, mas não estava se recuperando bem. No dia seguinte Lúcia precisou voltar para o Centro Cirúrgico às pressas para se submeter a um novo procedimento, mas infelizmente a mesma não resistiu e foi a óbito. No acolhimento aos familiares, todos estavam muito chocados. O marido chorava e permanecia calado; a filha chorava e dizia que era a culpada pela morte da mãe, pois ela que pediu para Lúcia operar. A irmã mais nova gritava pedindo que Lúcia a perdoasse por não ter sido presente durante todo esse tempo. Naquele momento, o real da morte estava se impondo.

O processo de escolha e o sujeito dividido

O presente caso nos remete a concepção de liberdade em Sartre. Para Sartre, não é possível recusar a escolha, pois fugir dessa opção já constitui uma escolha. É diante dessa concepção, que o homem está condenado a ser livre. Afinal, a escolha é possível num sentido, mas o que não é possível é não escolher (Sartre, 1970).

Sartre em sua teoria de ser-para-si, refere-se à teoria de liberdade, que pode ser definida como a ação, sendo a primeira condição da ação, a liberdade. Assim, coloca na base da existência do homem a livre escolha que cada um faz de si mesmo, além de sua própria maneira de ser. Acredita-se que a liberdade surge do nada e impõe ao homem o fazer-se no mundo, e não apenas ser. Portanto, o homem é responsável por aquilo que é tornando assim impossível transferir as próprias falhas para as influências de outras pessoas.

Mas afinal, o que significa estar condenado à liberdade? Estar condenado à liberdade significa que não podemos deixar de escolher, e mesmo não escolhendo é ainda assim se está escolhendo. No caso acima, quando Lúcia ressalta que sua decisão de fazer a cirurgia cardíaca naquele momento era apenas pela escolha da filha, ou seja, uma escolha influenciada por um terceiro, de alguma forma cercados de “determinações”, ainda assim, nesse caso Lúcia não era um sujeito passivo, condicionada a escolha do outro, pois a liberdade nos impõe as possibilidades de escolha, mesmo que seja simplesmente corresponder à expectativa dos outros.

É notório que a possibilidade de escolha para Lúcia parecia ser muito dolorosa. Lucia optou por conceber essa escolha como uma situação imposta, como de lidar com a situação, uma vez que a escolha que o sujeito faz compromete seu ser em um devir. Sartre

explica que estamos condenados porque, sem diretrizes absolutas, devemos sofrer a agonia de nossa tomada de decisão e a angústia de suas consequências, afinal o homem é totalmente livre e, conseqüentemente, responsável por tudo aquilo que escolhe e faz, ou seja, o resultado dos seus atos, o sucesso ou fracasso de seus atos é de sua responsabilidade; não sendo permitido culpar os outros ou as circunstâncias pelos seus atos, quaisquer que sejam eles. (Silva, 2013).

É angustiante o processo de escolha, uma vez que o homem está posto à vida, sendo responsável por aquilo que faz de sua existência. A angústia frente à liberdade representa algo diante de si mesmo, daquilo que representa a realidade do homem propriamente dita, pois quando o homem percebe que precisa escolher algo desconhecido, que pode modificar sua vida como um todo e seu ser, ele se sente angustiado.

No presente caso, vemos a angústia de Lúcia quanto à decisão que precisava tomar em relação à cirurgia, apresentando uma dualidade de pensamentos, quando descreve que sentia como se existisse uma briga em sua mente, entre demônios e anjos, os demônios a aterrorizando-a, como se algo pudesse dar errado, deixando-a mais apreensiva; já os anjos, por sua vez, lutavam para que ela ficasse bem e mais tranquila. A angústia dizia respeito, assim, à consciência da própria liberdade, bem como das possíveis consequências que tal decisão poderia trazer.

Conclusão

Lidar com a necessidade de realizar uma cirurgia em um órgão com tanta simbologia por parte da sociedade, considerado como sede da vida e das emoções, além das representações criadas pelo próprio sujeito, influencia significativamente no processo de escolha do paciente, que muitas vezes apresenta-se dividido. Se por um lado a cirurgia pode representar a esperança de melhoria na qualidade de vida, por outro ela envolve elevado risco de morte. Lidar com essa dualidade, optar por uma posição e sustentar essa decisão não é um processo fácil, como foi possível observar no caso supracitado. Diante do sujeito confrontado com a eminência da morte, a única coisa que podemos apostar é na fala, como aquilo que pode ajudar o paciente a situar algo da finitude ou como forma de expressar o seu desejo e as suas escolhas. Diante do processo de escolha/decisão, o trabalho do psicólogo é respeitar o desejo do paciente e sustentar o trabalho frente a sua decisão, mesmo não sabendo qual será o desfecho final.

Referências bibliográficas

- Angerami-camon, V. (2004)*Tendências em psicologia hospitalar*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Bocchi, E., Braga, F., Ferreira, S., Rohde, L., Oliveira, W., et al; (2009) *III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica*.In *Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. (pp. 3-70).
- Oliveira, M., Sharosvsky. & Ismael, S. (1995). *Aspectos emocionais no paciente coronariano*. In: Oliveira M.F.P, Ismael, S.M.C. *Rumosda psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas.
- Sartre, J.P. (1970) *O Existencialismo é um humanismo*. Trad. Vergílio Ferreira. (3a ed). Lisboa:Editorial Presença.
- Silva, A. M. (2013) *A concepção da liberdade em Sartre*. Revista eletrônica Filogênese
- Smeltzer, S.C., Bare, B. G. (2009) *Tratado de enfermagem médico- cirúrgica*. (pp.726-785) Rio de Janeiro.

Psicologia e cardiologia: o lugar dos afetos na experiência de pacientes cardíacos

Juliana Melo dos Santos*

Cristiane Esch**

Resumo

Este trabalho tem como objetivo compartilhar minha experiência como residente de Psicologia Clínico Institucional no Serviço de Cirurgia Cardíaca no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) no acompanhamento de pacientes pré e pós-operatórios da cirurgia cardíaca. Apresentarei algumas reflexões sobre a vivência do adoecimento cardíaco e do período de espera pela cirurgia cardíaca, e usarei fragmentos de casos clínicos para apontar alguns dos afetos vividos por pacientes durante este processo, que estão ligados tanto ao adoecimento cardíaco quanto às expectativas em relação ao procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: Psicologia; Cirurgia cardíaca; Afetos.

Introdução

O presente trabalho se constrói a partir de minha experiência enquanto residente de psicologia no serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Esse setor se destina, prioritariamente, a pacientes pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca, contando com o espaço da enfermagem, onde os pacientes passam o período pré-operatório, e o Centro de Terapia Intensiva (CTI), onde os pacientes passam o período pós-operatório, até que possam ter alta hospitalar e retornar as suas residências. A psicologia tem sua inserção nesse espaço fazendo o acompanhamento desses pacientes e de seus familiares desde o momento de sua internação, passando pelo período de espera pelo procedimento, pelo momento da cirurgia, e chegando até a alta no pós-operatório.

Do ponto de vista da medicina, o adoecimento acontece quando alguma função do organismo não desempenha corretamente seu papel. Em contrapartida, do ponto de vista psicológico o adoecimento vai aparecer como uma crise, uma situação inesperada, não desejada, para qual o sujeito não se vê preparado. Trata-se de um cenário que vai confrontar o sujeito com vulnerabilidades físicas e com sua condição de fragilidade e desamparo (Pfeifer, 2015; Pfeifer, 2019). Nesse trabalho trataremos do adoecimento cardíaco, e dessa forma cabe considerar ainda que essas são doenças que interferem no coração, órgão que culturalmente é associado às emoções, ao caráter do indivíduo e a manutenção da vida,

* Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

tendo conotações e implicações afetivas que vão ultrapassar sua função anatômica (Wottrich, Quintana, Camargo & Beck, 2015; Wottrich, Quintana, Crepaldi, Oliveira & Quadros, 2016a).

A simbologia atribuída pelo sujeito a cada órgão pode influenciar na maneira como este percebe e vivencia a indicação cirúrgica. Todo órgão é investido de sentimentos, significados e simbologias, o coração, especificamente, está culturalmente associado à vida e às emoções. Dessa forma, o diagnóstico de cardiopatia pode remeter o sujeito a ideias de passividade, perda de autonomia, bem como a finitude. A inevitabilidade da realização do procedimento cirúrgico remete o sujeito a sentimentos ambivalentes, ao mesmo tempo que se constrói a esperança de melhorar a qualidade de vida, está necessariamente envolvido um risco de morte (Pfeifer, 2019).

O paciente adoecido está propenso a ficar emocionalmente fragilizado, além de concretamente ou na fantasia ameaçado pela possibilidade da morte, além das perdas associadas ao adoecimento que podem também ser vividas simbolicamente como mortes. Nesse contexto, entende-se que dentro das funções do psicólogo no hospital (e nesse contexto especialmente na cirurgia cardíaca) está a de favorecer que esses sentimentos vivenciados na experiência do adoecimento sejam expressados e elaborados (D'Amato, 2008).

Desenvolvimento

A cirurgia cardíaca é considerada um procedimento invasivo, que vai afetar diversos aspectos dos sujeitos submetidos. Essa repercussão acontece não só nos aspectos fisiológicos do funcionamento do corpo, mas também no âmbito psicológico e social da vida desses indivíduos (Wottrich, 2016). A necessidade da realização de uma cirurgia vai mobilizar no indivíduo dúvidas e sentimentos variados, independentemente de sua idade, da complexidade do procedimento e até mesmo do fato de já ter vivenciado outro procedimento cirúrgico, ou não (Pfeifer, 2019).

A cirurgia vai ser caracterizar como um processo violento ao paciente, por se tratar de um procedimento invasivo que envolve a realização de incômodos exames, e que desperta mal-estares e sentimentos diversos (Pfeifer, 2015). Ela se apresenta como um acontecimento limítrofe, pois pode preservar a vida ao mesmo tempo em que pode extingui-la (Wottrich, Quintana, Moré, Oliveira, 2016b). Ela vai carregar em si uma ideia ambivalente de que para curar e recuperar a saúde é preciso passar por um processo dolorido e agressivo (Pfeifer, 2015).

Qualquer cirurgia se constitui como uma experiência carregada de afetos que vão desde a sensação de alívio ao receber o diagnóstico da doença até a de agressão, impotência, angústia e medo do desconhecido e da morte. Esse confronto com o desconhecido, aqui representado pelo procedimento cirúrgico, pode gerar medo, ansiedade e despertar diversas fantasias (Pfeifer, 2019).

Medo, angústia e fantasias sobre a cirurgia

Como discutido anteriormente, a cirurgia é um evento na vida do indivíduo que vai suscitar diversos afetos, dentre eles medo, angústia e também fantasias sobre como será o procedimento. Usarei nesse trabalho de alguns fragmentos de casos clínicos atendidos durante minha passagem pelo setor de cirurgia cardíaca que demonstram a expressão desses afetos durante o período de internação e à espera da cirurgia. Lançarei mão de dois casos, o do paciente S. homem de cinquenta e cinco anos internado para a realização de uma revascularização do miocárdio e da paciente M. mulher de sessenta e dois anos internada para a realização de uma troca valvar aórtica. Ambos foram acompanhados por mim durante toda a internação.

Nos atendimentos anteriores a cirurgia é habitual que os pacientes falem como se sentem em relação ao procedimento. O paciente S. sempre trazia nos atendimentos o medo que sentia do procedimento cirúrgico, e localizava esse medo como medo da morte, medo de morrer durante a cirurgia. Dizia que seu medo se apaziguava por saber que estava sendo acompanhado por uma equipe médica que confiava, mas que quando chegasse a hora de *“deitar lá no centro cirúrgico”* esse medo provavelmente iria aumentar. Ele dizia, *“Não vou mentir, estou com medo. Na hora que me chamarem o medo vai aumentar”* *“Falar da cirurgia, do corte, me dá um tremor, um arrepio”*.

A cirurgia cardíaca é um procedimento invasivo que afeta tantos os aspectos fisiológicos do funcionamento do corpo, quanto os aspectos psicológicos. É um acontecimento limítrofe, que se insere na vida de maneira abrupta, sendo muitas vezes tratado como única alternativa possível para preservar a vida e garantir uma melhora de qualidade de vida aos pacientes, mas que também pode levá-los a morte, sendo assim uma experiência assustadora (Wottrich *et al.*, 2016b).

O adoecimento se constrói como um momento de crise para o indivíduo, pois o confronto com a percepção de sua realidade mortal, e de suas fragilidades, incluindo as psíquicas. O procedimento cirúrgico aumenta essas angústias pois remete o sujeito também a sua falta de controle sobre seu próprio corpo (Pfeifer, 2019). Experimentar a cirurgia pode

trazer para os sujeitos notícias de que a vida é finita e implicar numa desconstrução de suas onipotências enquanto sujeitos autônomos e produtivos (Wottrich *et al.*, 2016a).

Paciente M. dizia de uma ambiguidade em relação a cirurgia, desejava muito passar pelo procedimento, mas ao mesmo tempo tinha muito medo. A paciente vinha tendo um aumento dos sintomas de insuficiência cardíaca nos últimos meses, sentia muito cansaço, o que já estava lhe impedindo de trabalhar e fazer os afazeres de casa. A cirurgia, nesse contexto, representava a possibilidade de viver mais anos e com uma maior qualidade de vida. Ela contava que quando estava em casa queria logo ser chamada para internação, para poder passar pela cirurgia, mas ao mesmo tempo tinha receio de não retornar para casa “...*é ruim ficar internada, longe de casa, e também tem o medo de não voltar*”.

A experiência de pacientes com doenças crônicas é marcada por perdas na qualidade de vida, que no caso da insuficiência cardíaca vão desde não conseguir trabalhar até não conseguir pentear os cabelos por conta da dispneia. Nesse contexto, a cirurgia cardíaca surge como uma esperança e um desejo de conquistar uma melhor qualidade de vida, mas pode ao mesmo tempo ser vivida como uma experiência causadora de sofrimento psíquico, por representar também um risco de morte (D’Amato, 2008). Desse modo, a necessidade de passar pela cirurgia cardíaca é um processo que vai envolver sentimentos ambivalentes para os sujeitos, justamente por representar, ao mesmo tempo, a possibilidade de melhora de qualidade de vida e alto risco de morte. Essa experiência carrega em si o paradoxo de que para se curar e recuperar a saúde o paciente precisa passar por este processo que o ataca e agride (Pfeifer, 2019).

Aceitar passar pela cirurgia é um processo que vai envolver sentimentos antagônicos, frente a esta realidade até então desconhecida surgem sentimentos de medo, apreensão, preocupação e ansiedade que podem ainda serem potencializados pela incerteza da data em que a cirurgia será de fato realizada. Por outro lado, observa-se também relatos de sentimentos positivos como, por exemplo, esperança em relação a possibilidade de cura e reabilitação. Os pacientes vislumbram a perspectiva de uma nova vida que vai envolver ausências dos sintomas e melhor qualidade de vida (Wottrich *et al.* 2016b).

As incertezas causadas pelo confronto com o desconhecido, aqui representado pela cirurgia, pode levar a sentimentos de medo, ansiedade e despertar várias fantasias. O paciente tem medo da dor, da anestesia, de morrer e etc. (Pfeifer, 2019). No caso da paciente M., ela relatava que tinha muito medo do espaço do CTI, que a princípio ela imaginava ser um lugar escuro onde ficaria sozinha durante a noite. Conta que desde criança tinha medo de dormir sozinha no escuro, e imaginava o CTI como “*uma salinha escura onde eu ficaria sozinha*”. Durante a internação consegue desconstruir essa ideia, e

“juntar na cabeça” o que era de fato aquele espaço. Já no CTI, depois de acordar da anestesia, pôde dizer que aquele espaço não era como estava pensando *“Não fico sozinha aqui, pensei que era um quartinho onde eu ficaria sozinha, igual na enfermaria”*.

Os pacientes têm ideias diversas sobre o processo cirúrgico carregadas de crenças e fantasias que vão causar medos e ansiedades. Sendo a cirurgia caracterizada como evento que suscita esses sentimentos, pode ser remetida a ordem do traumático (Pfeifer 2019).

O trauma é algo da ordem do real, não está articulado ao desejo, não pode ser significado e nem afastado pelo funcionamento, de acordo com o princípio do prazer. O trauma pode ser comparado à castração. A ideia de castração, para a psicanálise, implica na perda real ou imaginada de algo considerado muito importante pelo sujeito (Freud, 1996). Já o fantasiar é o oposto ao trauma, pois nele há um domínio do sujeito e do princípio do prazer (Câmara, 2011; Dahal, 2011). Através do fantasiar, o indivíduo busca, de uma maneira ativa, ocultar uma falta na tentativa de retornar a um estado inicial de completude e, assim, não apresenta a necessidade de ajustar seu desejo ao desejo do outro (Câmara, 2011) (Pfeifer, 2019 p. 192).

Desse modo, a fantasia, mesmo sendo uma defesa regressiva, se apresenta como estrutura protetora que vai auxiliar na sublimação, constituindo-se assim como defesa momentânea frente à castração real imposta pela cirurgia (Pfeifer, 2019).

Considerações Finais

O adoecimento se mostra como um momento de crise, que confronta o sujeito com vulnerabilidades físicas e com sua condição de fragilidade e desamparo. O progresso da doença cardíaca vai trazer diversas implicações para a vida dos pacientes, com o aumento progressivo dos sintomas e o aumento das limitações no cotidiano. Nesse contexto a cirurgia cardíaca surge para o paciente como possibilidade de melhoras dos sintomas e de melhor qualidade de vida, mas ao mesmo tempo pode se apresentar como evento traumático que vai trazer notícias da finitude, e sentimentos ambivalentes.

Desse modo, cabe aqui destacar a necessidade de que os aspectos relativos à experiência da cirurgia cardíaca, e as maneiras como esse processo é vivenciado, possam ser considerados pela equipe de saúde em sua atuação no cuidado desses pacientes. Nesse contexto, é de grande importância o papel do psicólogo nesse cenário de cuidado, como profissional que vai oferecer aos pacientes uma escuta qualificada, que vai ouvir para além dos sintomas físicos e valorizar a singularidade desses sujeitos. Nosso papel é de auxiliar esses pacientes a construir sua história com seu adoecimento e com o procedimento

cirúrgico, podendo dar espaço para que medos, angústias e demais afetos relacionados a esta experiência possam aparecer e serem elaborados.

Referências bibliográficas

D'Amato, C. V. S. (2008). Morte, perdas e luto em cardiologia. In Almeida, C. P., Ribeiro, A. L. A. (Org.) *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. Campinas: Editora Alínea.

Pfeifer, P. M. (2015). *O papel da fantasia em crianças face ao ato cirúrgico*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Rio Grande do Sul.

Pfeifer, P. M. (2019). Cirurgia cardíaca e psicologia: corporalidade, complexidade, simbologias e significados. In Rushel, P. P., Seelig, C. (Org.) *Psicologia e cardiologia: reflexão e prática*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Wottrich, S. H., Quintana A. M., Crepaldi, M. A., Oliveira, S. G., Quadros, C. O. P. (2016a) A cirurgia cardíaca, o corpo e suas (im)possibilidades: Significados atribuídos por pacientes pós-cirúrgicos. *Psicologia em Revista* v.22, n. 3, p. 654-671.

Wottrich, S. H., Quintana A. M., Camargo, V. P., Beck, C. L. (2015) “Manifestos do coração”: Significados atribuídos a doença por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* v.31, n. 2, p. 2013-2019.

Wottrich, S. H., Quintana A. M., Moré, C. L. O. O., Oliveira, S. G. (2016b) Significados da cirurgia cardíaca para pacientes submetidos a processo cirúrgico. *Interação em Psicol.*, v.20, n. 1, p. 20-29.

Da ética médica à ética do desejo: quando não se pode ouvir o sujeito

Leiliane Ribeiro*

Priscila Mählmann**

Cristiane Ferreira Esch***

Resumo

No trabalho apresentado abordamos o caso de Talita, uma jovem paciente atendida na Unidade Cardio-Intensiva, e refletimos sobre os impasses que se deram durante sua internação, assim como as questões éticas que o envolveram. Observamos que no contexto da cirurgia cardíaca é necessário que um pano esconda o corpo, delimitando apenas a área específica a ser operada, reduzindo o sujeito a um corpo, e depois, um corpo a um órgão, “estratégia” crucial para que eles consigam realizar suas condutas. Podemos pensar que tal medida desvela a posição ocupada pelo paciente no discurso médico, onde o sujeito não pode ser escutado em favor de uma tentativa de driblar o mal-estar manifestado pela iminência do real da morte para o médico. À luz do referencial teórico psicanalítico apontamos que mesmo no contexto de uma internação, frente à divergentes discursos, é possível apostar no desejo do sujeito e em suas vias para emergir diante de todas as impossibilidades de ser escutado.

Palavras-chave: ética, medicina, psicanálise, sujeito, desejo

A unidade cardio-intensiva (UCI) é um dos cenários de prática da Residência em Psicologia Clínica Institucional, juntamente com o serviço de cirurgia cardíaca, que abarca o CTI cardíaco, as enfermarias e os programas de reabilitação cardiovascular. No caso da UCI, esta destina-se a pacientes graves que necessitam de um monitoramento intensivo. A equipe de saúde é composta por médicos cardiologistas (*staffs* e residentes), enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Neste cenário atendemos pacientes que chegam ao serviço geralmente transferidos de outros setores em função de atravessamentos específicos da clínica cardiológica, diferentemente do CTI cardíaco, que recebe preferencialmente pacientes que dão entrada no setor para realização

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP- UERJ. (2019).

** Psicóloga. Residente de segundo ano do curso de especialização em Psicologia Clínica institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP- UERJ. (2019).

*** Psicóloga do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – modalidade Residência, no Serviço de Cirurgia Cardíaca e Unidade Cardio-Intensiva do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

de cirurgia. No trabalho apresentado abordaremos o caso de uma paciente atendida na UCI refletindo sobre os impasses que se deram durante sua internação e que nos fazem pensar nos diferentes atravessamentos que cada caso impõe à equipe, recortando em particular, seu viés ético.

Talita, paciente do HUPE, é uma paciente de 24 anos, acompanhada há dois anos pela pneumologia por conta de sintomas de gripes intensas, dificuldade respiratória e coceiras agressivas por todo corpo, sendo, posteriormente, verificada a presença de uma massa pulmonar que ocasionou a investigação de sua etiologia. Em decorrência de uma descompensação respiratória aguda deu entrada no hospital para internação e, após uma manobra de intubação, sofreu uma parada cardíaca que ocasionou a transferência da paciente para a unidade cardio-intensiva. Nos primeiros dias de sua internação no setor, a paciente encontra-se sedada, motivo pelo qual o atendimento da psicologia foi prestado apenas aos seus familiares, em especial à sua mãe – Maria, que permanecia, diariamente, no corredor do setor, uma vez que não era permitida a entrada de familiares dentro da unidade fora do horário de visita.

Maria contou que sua filha era testemunha de Jeová e que a mesma anexou ao seu prontuário um documento registrado em cartório que expressava a sua não autorização para procedimentos de transfusão sanguínea, no caso de encontrar-se inconsciente e não poder responder por si mesma em situação de agravamento de seu caso.

Os médicos acabam por identificar que a descompensação clínica de Talita foi provocada por uma mediastinite (inflamação no mediastino), sendo este uma região na cavidade torácica dividida em duas partes. Podemos pensar a condição de Talita como uma metáfora para a divisão que também se encontrava na equipe de saúde e na família de Talita. Os médicos dividiam-se entre alguns membros da equipe que compreendiam que o posicionamento da paciente deveria ser considerado e uma outra parte que defendia que era necessário fazer tudo o que estava ao alcance para “salvar sua vida”, sendo essas discussões feitas durante os *rounds* – reuniões da equipe multidisciplinar. Já na família, apenas a mãe ratificava o pedido da filha, estando os demais familiares em desacordo com tal decisão. Em atendimento, Maria contou que, assim como a filha, participava dos estudos da igreja e dedicava-se a se tornar um membro dessa comunidade, manifestando uma afinidade e compreensão com o pedido de Talita. Em contrapartida, o pai de Talita trazia em sua fala o desejo de que a equipe fizesse todos os investimentos possíveis no tratamento de sua filha, em desacordo com o pedido dela, e ameaçava mover uma ação contra o hospital e a equipe médica caso, apesar da indicação do procedimento, a transfusão não viesse a ser realizada.

No momento em que Talita apresentou uma melhora de seus parâmetros clínicos, sendo possível sua extubação, os atendimentos a ela tiveram início. Nesses momentos, Talita falou sobre sua história pessoal, sobre seus gostos, sobre a dificuldade de não poder frequentar a escola, assim como sobre a interrupção de seus estudos bíblicos na igreja onde se dedicava a sua formação como testemunha de Jeová. Talita trouxe a questão do sangue, informando que para ela esta é uma decisão muito importante neste momento, afirmando que fará todo um esforço para informar a equipe que ainda que sua vida esteja sob ameaça, não gostaria que tentassem os recursos de transfusão como solução.

Após breve melhora, Talita apresentou nova piora e voltou a ficar sedada, necessitando novamente da intubação. Conforme seu quadro de saúde avançava, ela manifestou uma grave anemia, fazendo com que os médicos se apressassem em convocar a família para discutir a conduta diante do caso, tendo esse contato um caráter informativo e não de consulta, foi então comunicada a decisão pela realização da transfusão sanguínea.

Instaura-se, portanto, uma questão ética, mas de que ética se trata? Etimologicamente, a palavra *ética* advém do adjetivo *ethike*, sendo este originado pelo substantivo *ethos* – transliteração de dois vocábulos: *éthos* e *êthos*. *Éthos* referindo-se à morada dos homens que origina a significação como costume, estilo de vida e ação. Já *êthos* refere-se a uma disposição para agir que decorre do exercício dos atos, significando o “caráter pessoal como um padrão relativamente constante de disposições morais, afetivas, comportamentais e intelectivas de um indivíduo” (DIAS, 2006, p.127). No mundo grego, a criação da ética como ciência do *ethos* passa a designar a disciplina que reflete criticamente sobre o saber encarnado nos costumes e modos de ser.

No código de ética que sustenta a prática da medicina, encontramos na resolução do Conselho Federal nº 1.021/80, em seus parágrafos primeiro e segundo, algumas considerações a respeito da conduta a ser adotada em casos que envolvem transfusão de sangue para pacientes que se recusam ao procedimento: 1º: “Se não houver eminente perigo de vida o médico deverá respeitar a vontade do paciente ou de seus responsáveis. 2º: Se houver eminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.”

Tendo em vista as considerações acima, especificamente no que diz respeito à ética médica, vale salientar que diferentes éticas permeiam e subsidiam o trabalho das diversas categorias profissionais que atuam no campo da saúde. Assim,

As diferentes ancoragens éticas e teóricas sustentadas por cada profissional implicará em posicionamentos distintos em relação ao paciente, a maneira de intervir e tratar dos mesmos. (...) Um médico tomará o caso a partir do desejo de

curar, de fazer o bem, já o psicanalista pelo desejo de saber a relação que o sujeito estabelece com o que fala e com o que não consegue falar, com o modo como se queixa do adoecimento, ao que ele atribui o saudável (Romamini & Roso, 2012)

Retomando o caso, a decisão médica foi tomada sendo realizada a primeira transfusão de sangue e os resultados clínicos começaram a sinalizar uma melhora da paciente, o que foi comemorado pela equipe e pelos familiares de Talita, exceto sua mãe que falava sobre estar sentindo-se desrespeitada e preocupava-se com a reação de Talita ao descobrir o que havia acontecido enquanto esteve sedada. Ao retornar da sedação Talita me diz palavras soltas e de difícil compreensão. Foi possível entender apenas "*sangue*" e "*fui violentada*". Após proferir tais palavras, Talita chorou e segurou em minha mão. Permaneci durante um tempo ao seu lado e ela voltou a fechar os olhos.

A ação que foi comemorada pela equipe médica, devido a melhora da paciente, durou poucos dias e ela teve uma nova queda drástica de seu quadro, necessitando de uma segunda transfusão. Nesta ocasião, a mãe de Talita já falava como se estivesse em luto, me contando sobre fatos do passado e falando sobre a filha como se esta já não estivesse mais ali. Talita recebeu a segunda transfusão e respondeu a esta com choque séptico. Rapidamente, seu corpo inteiro começou a infeccionar, além de ter feito uma trombose venosa, o que indicaria o início de gangrena em seus membros e a necessidade de amputação. A equipe não soube precisar o que exatamente ocorreu com Talita, e várias especialidades são acionadas para entrarem na investigação de seu caso.

A hematologia conclui que a paciente estava apresentando uma síndrome rara, denominada hemofagocítica, caracterizada por uma resposta inflamatória sistêmica, em que um aumento desordenado dos linfócitos levam-nos a fagocitar/ remover as células do próprio organismo, em um movimento de defesa. Talita começou a expelir sangue por todos os orifícios do corpo e veio a óbito pouco tempo depois.

O trágico fim do caso nos colocou ao trabalho de refletir a respeito dos caminhos percorridos durante essa internação que privilegiaram a dita ética médica e as condutas provenientes desta, o que nos convoca, com urgência a concordar com Alberti, em "a última flor da medicina", quando chama a atenção para a diferenciação da ética da psicanálise das outras éticas: a médica, a religiosa, a humanitária; onde localiza a ética da psicanálise como "a ética do desejo, mais precisamente, a ética do bem dizer a relação do sujeito com o desejo" (ALBERTI, 2000, p. 37-56).

No caso de Talita, a medicina demandou para a psicologia o seguinte: no momento em que a paciente acordasse fosse conversado com ela que a transfusão de sangue seria a

única possibilidade de cura, sendo nossa intervenção, no entendimento deles, uma possibilidade de discurso que viesse a convencê-la a respeito do melhor para ela. Compreendemos que essa demanda médica se justifica por conta da necessidade e tentativa da medicina reduzir o sujeito à sua sintomatologia, a fim de tornar possível tratá-lo.

No contexto da cirurgia cardíaca, é mesmo necessário que um pano esconda o corpo, delimitando apenas a área específica a ser operada, reduzindo o sujeito a um corpo, e depois, um corpo a um órgão. Como já escutamos inúmeras vezes da equipe médica, essa “estratégia” é crucial para que eles consigam realizar suas condutas. A exemplo, trazemos algumas falas escutadas pelos corredores dos setores: – “*Não posso abrir a pessoa pensando que tem uma família inteira esperando lá fora*”; – “*Escolhi não ser oftalmologista justamente porque seria impossível operar alguém “olhando” para mim*”; – “*Na nossa prática, a gente não aprende em um livro, a gente aprende através de um corpo de cadáver*”. Podemos pensar que essas falas desvelam a posição ocupada pela paciente no discurso médico, onde o sujeito não pode ser escutado em favor de uma tentativa de driblar o mal-estar manifestado pela iminência do real da morte para o médico.

Para finalizar, recorremos a Lacan, que em *O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise* (1968), após fazer menção aos pensadores que se debruçavam sobre o problema da ética, afirmou que estes, frequentemente, deparavam-se, em suas reflexões teóricas, com a experiência da moral. Localiza, nos rastros de Freud, um remanejamento da noção de ética ratificando que é o que mantém a coesão do que a comunidade analítica representa, o que levou Lacan a concluir o seu Seminário demarcando o campo de atuação do analista: o campo do desejo. Com Freud fomos guiados pela bússola da ética, que deixou um legado para que, mais adiante, Lacan pudesse demarcar o terreno do desejo, frente ao qual não devemos ceder.

O caso de Talita nos convoca a refletir sobre sua resposta frente ao que ela chamou de “violação”. Nunca saberemos se a defesa de seu corpo ao sangue transfundido fora uma última manifestação de seu desejo, mas podemos sim, tomar tal fato como uma metáfora para continuar a apostar no sujeito que a partir de seu desejo encontra suas vias e seus orifícios para emergir diante de todas as impossibilidades de ser escutado.

Referências bibliográficas

ALBERTI, Sonia. (2000). *Psicanálise: a última flor da medicina*. In: ALBERTI, Sonia e ELIA, Luciano (orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Marca d'Água (p. 37-56)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. (1980). Resolução nº 1021/80.

DIAS, Eduardo Gontijo. (2006). Os termos 'Ética' e 'Moral'. *Mental*, 4(7), 127-135. Recuperado em 28 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000200008&lng=pt&tlng=pt

LACAN, Jacques. (1968). *O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise*.

ROMANINI, M & ROSO, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP, São Paulo*, 23 (2): 1-23

O lugar da psicanálise em uma enfermaria Perinatal: a temporalidade da clínica de urgências subjetivas

Camila Cirino*

Luisa Moraes**

Ester Susan Guggenheim***

Resumo

A questão escolhida como tema deste trabalho surge a partir da atuação, enquanto residentes, no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), mais especificamente na enfermaria e UTI Neonatal. Propomo-nos a pensar em como uma prática orientada pela psicanálise pode se situar nesse contexto específico, atravessado pela gravidez e a gravidade dos casos, bem como pelo tempo delimitado por alta médica, que pode significar uma interrupção dos atendimentos. Através da apresentação de dois fragmentos de casos clínicos e do referencial teórico psicanalítico, levantamos a hipótese de que a temporalidade específica da enfermaria marca limites e possibilidades para a clínica. Palavras chave: psicanálise; temporalidade; clínica; enfermaria; urgências subjetivas.

Introdução

A partir do breve tempo de um semestre em que estivemos atuando na enfermaria perinatal, o que mais nos fez trabalhar, tendo sido não por acaso escolhido como tema do presente trabalho, foi a questão de saber como uma prática orientada pela psicanálise pode

*Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2019).

**Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2019).

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

se situar nesse contexto específico. O que nos conduz à pergunta: o que há de específico neste contexto? Quanto a isso, achamos importante ressaltar dois aspectos.

O primeiro é que o Núcleo Perinatal do HUPE é destinado a gestantes e puérperas de alto risco, de forma que, tanto a gravidez quanto a gravidade dos casos, opera um recorte temporal que está para além do período estimado de quarenta semanas de uma gestação, pois faz incidir muitas vezes para as pacientes, pela intensidade desse momento, o tempo de uma urgência subjetiva. Se a gravidez já exige da gestante uma série de transformações corporais, sociais e psíquicas, o risco de saúde que pode afetar a vida dela própria e/ou do bebê, parece deflagrar a fragilidade dos ideais narcísicos que, levada às últimas consequências, confronta com o real da morte.

O segundo ponto que destacamos é que a enfermaria é um espaço concebido para o tratamento, como o próprio nome diz, da enfermidade, de modo que, ainda que seja um local de encontro entre equipes interdisciplinares, há a primazia do saber médico, que tem autonomia para dar alta aos pacientes sem que necessariamente isso seja uma decisão coletiva. Essa questão nos convoca, tanto porque diz respeito ao lugar que o psicanalista ocupa na instituição, na medida em que é ele que deve escutar o sujeito, e não só tratar o paciente, fazendo operar a diferença que há nisso, mas também porque a questão da alta médica na enfermaria coloca de saída outra temporalidade para o tratamento.

Nossa inquietação surge então dessa experiência clínica que trouxe de inédito para nós esse enquadre, que tem desde o início seu fim anunciado. Ainda que haja a possibilidade de retorno para o ambulatório após a alta, pensamos que o tratamento na enfermaria engendra uma temporalidade que nos faz questionar se a abordagem e também os efeitos clínicos são os mesmos do dispositivo clássico do consultório.

Se o tratamento psicanalítico clássico, inaugurado por Freud, também não é capaz de prever a duração de um tratamento, aposta-se, contudo, que na continuidade das sessões e na descontinuidade do sujeito possa se estabelecer a transferência, a partir da qual as repetições, que marcam a insistência do inconsciente, possam ser trabalhadas. Apesar do tempo cronológico não corresponder ao tempo lógico, que Lacan (1945) introduz referindo-se à escansão da própria estrutura da linguagem, ainda assim, eles não são sem relação, já que no caso da enfermaria muitas vezes o tempo cronológico da alta promove uma interrupção do tratamento.

Moretto (2001) afirma que se dividíssemos a direção da cura analítica em três tempos, sendo eles, as entrevistas preliminares, a análise propriamente dita e o final de análise, poderíamos afirmar que o trabalho na enfermaria de um hospital raramente ultrapassa o primeiro tempo, posto que *“o período de internação não coincide com o tempo*

de o paciente entrar em análise” (p.102). Contudo, ainda segundo a autora, esse primeiro tempo é fundamental, podendo produzir efeitos analíticos de transformação da relação do sujeito com o real, a partir de uma implicação e de uma *retificação subjetiva*, como nomeou Lacan.

Entretanto, podemos até mesmo questionar o limite de tal implicação durante uma internação duplamente grave, se assim podemos chamar, visto que muitas vezes a doença ameaça não só a vida do sujeito, mas muitas vezes o projeto de vida que é tornar-se mãe. Além dessa configuração de desamparo psíquico, temos também as condições físicas de isolamento e desconforto, não só do corpo, mas do ambiente hospitalar - desconhecido e *infamiliar*. Sendo assim, muitas vezes o trabalho se dá mais na vertente de uma presença que possa acolher tamanha angústia, proporcionando condições de possibilidade para que se crie um endereçamento para uma fala, que talvez nunca tenha sido escutada antes, e que não se sabia podendo ter um espaço, muito menos um destinatário. Assim, compreendendo esse momento extremamente frágil e delicado, é preciso acolher, para *a posteriori*, quiçá, poder recolher algum deslocamento ou abertura da enunciação da fala.

Caso 1

Quanto a essa dobradiça, entre acolher a fala e recolher da fala, temos o fragmento de um caso como ilustração, em que, após vinte dias na enfermaria, a paciente retornou para duas sessões ambulatoriais. Gostaríamos de marcar o primeiro tempo como fundamental para este segundo momento. Inicialmente, a paciente, a quem chamarei de Laura havia sido internada na Maternidade Escola, após sentir uma dor de cabeça forte e descobrir que estava com hipertensão arterial. Ela havia permanecido duas semanas lá, até ser transferida para o HUPE, para a investigação de pré-eclâmpsia e nefrite lúpica. A equipe da enfermaria em que trabalhamos chegou a pedir uma avaliação psiquiátrica para ela, já que a paciente tomava remédios para depressão, sofria de ansiedade e não conseguia dormir à noite, durante a internação. A paciente contava que se soubesse que iria ficar sozinha na internação, longe do marido, não teria nem aceitado ficar internada, pois havia saído de casa em um dia normal e não havia mais voltado para casa. Laura dizia repetitivamente que precisava ir para casa, e chegou a sair do hospital de alta à revelia, contrariando os médicos. Ela afirmou que depois de dormir uma noite em casa, retornaria pela manhã mais calma para prosseguir com os exames. Assim ela disse, e assim ela fez.

Quando eu lhe questionava sobre a história de sua depressão, ela dizia que não gostava de falar dessa época, e que não queria falar sobre isso naquele momento. Quanto à sua insônia, ela repetia que ficava muito ansiosa à noite, pensando em muitas coisas, e que

não gostava de hospital, por não ser a casa dela, e por fazê-la sentir presa e sozinha. Ela contava também sobre seu medo de morrer e medo de que o filho morresse e chorava bastante. Não era possível ir muito além disso nos atendimentos. Ela foi acompanhada durante todo o período de sua internação, inclusive quando seu filho veio a falecer, o que ocorreu depois de dezenove dias de internação da paciente no HUPE, e cinco dias de seu filho na UTI Neonatal, tendo ele nascido com vinte e seis semanas de gestação.

Após um pouco mais de uma semana de sua alta, depois de ter enterrado seu filho, ela retorna para o ambulatório e conta a sua história com muito mais detalhes dessa vez. Ela já havia me dito que quando soube que estava grávida não tinha aceitado muito bem, mas não tinha me contado que quando recebeu a notícia, vinha em sua cabeça que iria morrer. Tentei novamente investigar sobre sua história e foi possível recolher momentos importantes que pareciam estar associados a esse sintoma.

Sua mãe havia vindo para o Rio de Janeiro e a deixado no Ceará, menos de um ano depois dela ter nascido. Quem a registrou e criou fora sua avó materna, de modo que, no papel, ela era irmã de sua mãe. Sua avó, a quem a paciente chama de mãe, adoeceu e ficou internada durante muito tempo no hospital, por conta de doença de chagas e enfisema. Laura era quem cuidava dela, sendo a acompanhante da avó no hospital com apenas dez anos. A paciente diz que, nessa época, adquiriu horror a hospital e que não sabia quem passava mais mal nesse tempo, se era ela ou sua mãe adotiva (sua avó biológica). Quanto a sua mãe biológica, Laura diz que não tinha contato com ela e que não a considerava. A partir de suas falas, pergunto se sua mãe havia morrido para Laura, e ela afirma que sim. Associando os elementos que ela trouxe nas sessões, questionei se ela achava que o medo que teve de morrer quando soube que estava grávida estava relacionado a esses fatos que ela relatara, isto é, à ausência de sua mãe biológica e ao falecimento de sua mãe de criação quando era ainda muito jovem. Pareceu que algo como “*mães morrem*” operava de forma inconsciente para a paciente em questão.

Apesar de não ter tido continuidade, pois ela avisa que não poderia mais retornar ao hospital, foi possível aí, no contexto do ambulatório, recolher sua história e apontar associações que não tiveram espaço para aparecer entre tanta angústia que se fazia presente na enfermaria. Contudo, por outro lado, não resta dúvida sobre a importância desse primeiro momento, para o desdobramento do segundo.

Caso 2

Outro fragmento de atendimento realizado na mesma enfermaria é o da paciente, a quem chamarei Eduarda, que esteve internada durante o período de um mês e meio. O

motivo da internação foi uma cesárea precoce, na trigésima segunda semana de gestação, por conta de seu quadro clínico: doença vascular hipertensiva crônica e pré-eclâmpsia sobreposta. O atendimento se iniciou na primeira semana de internação quando a paciente se encontrava no Alojamento Conjunto (espaço designado a puérperas e bebês) e se manteve após a alta da mesma na UTI Neonatal, onde o recém-nascido prematuro permaneceu até estar em condições para a alta. A paciente encontrava-se bastante fragilizada por conta dos riscos de seu quadro clínico e pelas intercorrências na gestação que culminaram em uma cesárea de emergência, experiência relatada como sendo muito diferente de sua primeira gestação, há nove anos, em que não houve complicações.

Eduarda relata, na primeira semana de atendimento, sua dificuldade em permanecer e se adaptar ao ambiente da UTI Neonatal, ambiente este que tem suas particularidades e envolve questões importantes como a eminência de morte dos bebês. Aos poucos consegue estar presente e aumentar seu tempo de permanência no espaço, ainda que por algumas vezes precisasse ser convocada pela equipe a estar ainda mais presente, já que isto influenciava diretamente no desenvolvimento do bebê, no estabelecimento do vínculo e no treinamento da amamentação.

Mesmo após atingir o limite mínimo de peso, o recém-nascido precisou permanecer internado por mais algum tempo, pois apresentava dificuldades em desenvolver as capacidades para sugar o leite, tanto no seio materno quanto na mamadeira. Permanecia dormindo na maior parte do tempo, mais do que o esperado em prematuros, e, segundo a equipe de fonoaudiologia, apresentava inapetência. A equipe fazia relatos de distanciamento da mãe, no sentido de que faltava algo na interação que pudesse possibilitar o desenvolvimento esperado do bebê e sinalizava que ele já havia atingido o tempo de estar mais acordado, de aprender a sugar e de ter alta. A mãe, ao contrário da equipe e para o estranhamento da mesma, não apresentava pressa ou grande expectativa pela alta do filho. A meu ver, a partir da escuta de Eduarda, não se tratava de uma falta de investimento e nem de vínculo – hipóteses que foram levantadas inicialmente e que estavam implícitas em algumas falas da equipe – mas de um distanciamento em relação às dificuldades que se apresentavam. A paciente sempre dizia estar tudo bem e que deveria “*esperar o tempo dele*” – o que repetia com frequência nos atendimentos. Quando houve uma complicação no quadro do bebê, só pôde citar o assunto quando ele já havia melhorado. Trazia alguns relatos diferentes dos da equipe em relação ao quadro do filho, no sentido de uma minimização das questões que se apresentavam.

Quando ofereço um espaço fora da UTI e o tempo dos atendimentos consequentemente é estendido, pela redução das interrupções e atravessamentos inerentes

ao ambiente, percebo que a paciente pode dizer mais do que quando se limitava a afirmar que tudo estava bem. Eduarda conseguiu falar sobre sua dificuldade de se posicionar para a equipe quando não concordava com algo e sobre um não querer saber de algumas coisas. Diz que prefere não fazer perguntas e que “*nunca foi de falar muito sobre o que a incomoda*”. O bebê recebeu alta alguns dias antes do previsto e não houve um segundo momento de trabalho no ambulatório. Neste caso, como em muitos outros, a alta impôs uma interrupção dos atendimentos.

Levando em consideração a temporalidade particular deste contexto, também neste segundo caso podemos pensar em quais seriam os limites de uma implicação do sujeito em um período onde estão em jogo tantas vulnerabilidades e urgências. No espaço de uma enfermaria, a clínica é atravessada pelas urgências impostas pela doença orgânica e o real do corpo e, nesta enfermaria específica, duplamente, pelas urgências do bebê. Não nos parece que seria o momento de assinalar os furos no discurso do sujeito, a fim de desestabilizar seu sentido. A partir disso, podemos pensar que esta temporalidade atravessa a condução da clínica e seus efeitos?

Em muitos momentos durante o acompanhamento deste caso questionava sobre o que seria possível nos atendimentos, além de garantir um espaço de escuta e acolhimento sustentado na presença e viabilizado pela transferência. No texto *Intervenção sobre a transferência*, Lacan (1951) nos diz que na psicanálise, a simples presença do analista introduz, antes de qualquer intervenção, a dimensão do diálogo. Em relação à transferência, Lacan afirma que essa teria o sentido de indicar os momentos de errância e ao mesmo tempo orientar o psicanalista.

No prefácio do livro de Maud Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise*, de 1923, no qual a autora tece considerações acerca de primeiras entrevistas realizadas, Françoise Dolto discorre sobre a especificidade da psicanálise. Dolto afirma que a especificidade do analista é a sua forma única de escuta e é a partir dela que algo no discurso do sujeito pode se modificar ou ser ressignificado. Pode-se dizer então, que a escuta psicanalítica, bem como o estabelecimento da transferência, possibilitaram uma direção na condução da clínica e dos seus limites e possibilidades, assim como a produção de alguma modificação no discurso da paciente.

Eduarda repetia sobre a necessidade de “*esperar o tempo dele*”, referindo-se ao tempo de seu filho. Pude escutar que o tempo ao qual esperava, muito possivelmente, era também o tempo dela mesma. Seu tempo de elaboração, seu tempo de entrar em contato com algumas questões e o tempo de estar em condições psíquicas de retornar para casa com o novo bebê.

Com os casos apresentados, buscamos ilustrar e ressaltar algumas questões que suscitaram a escrita do trabalho inicialmente. Ambos os fragmentos clínicos abordados aqui, apontam na mesma direção da hipótese de que a temporalidade da enfermaria do núcleo perinatal marca limites e possibilidades específicos para a clínica. Se por um lado, há um tempo de atendimento delimitado e urgências que atravessam esse espaço, por outro, a enfermaria mostra-se um terreno fértil para a transferência, onde se aposta que haja um trabalho a cada vez.

Referências bibliográficas

Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Obra original publicada em 1945.

_____. (1998). Intervenção sobre a transferência In Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Obra original publicada em 1951

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

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

A maternidade e instituição hospitalar: a vivência de mulheres em uma gestação de alto risco

Isabella Cristina Bezerra da Silva*

Ester Susan Guggenheim**

Resumo

Este trabalho tem como finalidade problematizar como as mulheres podem experienciar uma gestação de alto risco, tendo como elemento o não desejo pela maternidade, a partir da experiência do trabalho como residente no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). Pretende-se retratar como o discurso relacionado ao amor materno se estabeleceu na sociedade ocidental, corroborando para a ideia de que toda mulher precisa ser mãe e aquelas que optam por não ser, são encaradas com estranheza. A partir de uma vinheta clínica delineado sob a ótica da psicanálise, levantamos como hipótese de que a maternidade é um processo de construção e não está dado *a priori*.

Palavras-chave: mulher; maternidade; psicanálise; instituição.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo abordar a experiência da residência de Psicologia Clínico-Institucional em uma maternidade de alto risco. O Núcleo Perinatal é referência no Estado do Rio de Janeiro em gestações que necessitam de um cuidado mais especializado tanto para a mulher quanto para o bebê. Os casos que surgem no ambulatório de pré-natal podem ser de hipertensão, anemia falciforme, lúpus, diabetes, trombofilia, dentre outros.

Pode-se compreender a maternidade como um processo, na qual a mulher passa por diferentes transformações psíquicas, corporais e também de posição, onde ela passa a exercer o papel não somente de filha, mas também de mãe (Piccinini, 2007). E em uma gestação onde a mulher se vê diante de possíveis complicações para ela ou para o bebê, as sensações como angústia, incertezas e ambivalência frente ao desconhecido podem ficar mais intensas.

*Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

Ao atender os casos na enfermaria de gestantes e no ambulatório de pré-natal, alguns questionamentos surgem diante da atuação como psicóloga residente em uma maternidade de alto risco. Como a mulher vivencia a maternidade quando há um risco de saúde para ela? E qual o nosso papel diante de tantas interrogações e sentimentos experimentados por essas mulheres? Tendo como base a teoria psicanalítica e as supervisões clínicas, compreendemos que a nossa função na instituição é de tentar abrir espaço para interrogar aquilo que está instituído como discurso/ norma e possibilitar que o sujeito possa falar daquilo que o aflige.

A maternidade como uma constituição ou instinto?

Os discursos sobre o amor materno foram se construindo ao longo da história da humanidade e sofrendo modificações de acordo com os contextos sociais. Os deslocamentos das normas relacionadas à maternidade ocorreram de modo gradual, tendo como norteador as ordens instituídas nos âmbitos socioeconômicos, político e médico. Moura e Araújo (2004) ao fazerem uma revisão bibliográfica sobre a naturalização da maternidade e as práticas relacionadas a mesma, apontam o século XVIII como o início desse processo de tornar o amor materno como instintual, natural.

Assim, a posição da mulher circunscrita no ambiente doméstico passa a ser mais valorizada. É dever da mulher ofertar cuidados à criança, o papel da mãe se tornou essencial para o desenvolvimento e preservação do filho. Desse modo, o grau de responsabilização da mãe na formação familiar aumenta ao passo em que são instauradas as ordens médicas e sociais ligadas à sociedade. De acordo com Moura e Araújo (2004), a mulher que desviava desse padrão, era acometida por “enorme culpa, além de um novo sentimento de ‘anormalidade’, visto que contrariava a natureza, o que só podia ser explicado como desvio ou patologia” (p. 47).

Na contemporaneidade, percebemos que está havendo uma mudança gradativa referente ao discurso sobre o amor materno. Atualmente há um movimento das mulheres e mães escrevendo, dando seus depoimentos nas mídias sociais relacionados às suas escolhas, dificuldades, expectativas sobre a chamada maternidade real. Em uma entrevista intitulada *Quais os motivos que podem levar uma mulher a se arrepender de ter filhos?*, Malvine Zalcborg (2017) fala que a liberdade tanto sexual quanto pessoal da mulher contemporânea, transformou a maternidade uma opção. No entanto, fala que mesmo assim, algumas mulheres não incutiram essa questão de que pode escolher ter filhos ou não, “se assim o desejarem” (p. 1). E destaca que: “Muitas vezes, disso só se dão conta quando ouvem o

testemunho de mulheres que lembram a liberdade que conheceram por não terem tido filhos e terem podido se dedicar a realizações de acordo com seu verdadeiro desejo” (p. 1).

Na teoria psicanalítica, Freud (1972) ao escrever sobre a feminilidade, ressalta que não é o objetivo da psicanálise dizer o que é a mulher, mas de interrogar como é a formação e o desenvolvimento da mesma, isto é, o tornar-se mulher. E destaca que uma das saídas para o Édipo feminino é a maternidade. Então, se distanciando dos discursos do *senso comum* relacionados ao amor materno, a psicanálise aponta que os aspectos envolvidos na maternidade são mais complexos, como afirma Alberti (2015): “Ele [Freud] levanta o véu sobre o que ser mãe significa para um ser falante e sobre os riscos do desejo de ser mãe, dando a palavra às mulheres” (p. 17).

Alvarenga (2015) ressalta que embora a maternidade não esteja mais tão relacionada aos sacrifícios da mulher em prol dos filhos, o discurso do capital ainda promove a criança como uma “mais-valia” (p. 8), em que é vendido a ideia que para ser uma mulher, é preciso ser mãe. A mulher deve exercer a maternagem e ao mesmo tempo retornar rápido ao seu trabalho e a vida social com sentimentos de felicidade. Na psicanálise, compreende-se que o amor materno não ocorre de modo automático, “a maternidade é um campo aberto ao imprevisto e à contingência, que pode ir da falta de coragem à culpa, à angústia e ao desejo de morte” (p. 9).

Com a psicanálise, entendemos que o que está em jogo no campo da maternidade, é o desejo, um desejo que esteja inscrito em uma ordem simbólica. Não há, portanto, uma ligação de imediato da mãe com a criança, o laço que o *infans* constrói será com aquele que o adota, podendo não ser sua mãe biológica. Alberti (2015) questiona:

Como Freud concebia o ser mãe? É entre o temor e aspiração que ele aborda a subjetividade da maternidade. Temor, pois a angústia de engravidar circunscrevia inexoravelmente a sexualidade das mulheres, antes do controle de fecundação. Aspiração pois, apesar dos perigos, fatais em alguns aspectos, o desejo de maternidade era mais forte que tudo (p.17).

Portanto, percebemos que os discursos referentes ao amor materno ocorreram através de uma construção social. A psicanálise coloca esse conceito em discussão e afirma que diferentes fatores estão ligados a maternidade e que é necessário escutar como cada mulher constitui sua vivência, que será experimentada de modo singular.

Vinheta clínica: Desejo ou não desejo a maternidade?

Bruna, trinta e seis anos, nove semanas de gestação, solicitou atendimento no ambulatório do pré-natal pois, estava se sentindo muito angustiada com a gravidez. Revela

que nunca quis ter filhos, “*isso nunca passou pela minha cabeça, nem quando era jovem*”. Relata estar aterrorizada, porque faz tratamento para trombose e sente dores decorrentes de sua condição clínica. Por estar impossibilitada de tomar pílula anticoncepcional, ficou fazendo métodos alternativos de contracepção. Foi encaminhada para o Núcleo Perinatal devido ao risco de sua gestação, verbaliza seu desejo de interrupção da gravidez, mas tem medo devido a trombofilia, fala que pensa nisso todo os dias. Ao se referir a gravidez, não usa a palavra bebê ou filho, se refere ao feto como “*problema*”, “*tenho que arrumar um jeito de acabar com isso, o problema só cresce dentro de mim, sei que nenhum médico vai me dizer onde posso ir para resolver, mas queria que eles me dissessem o que posso fazer para correr menos risco*”. Ao ser perguntada como descobriu a gravidez, relata que sentiu um terror muito grande, fez o teste e deu positivo. Diz que tem medo de morrer, de sentir dores caso a barriga cresça, “*quero resolver esse problema antes que seja tarde, antes que a barriga comece a crescer*”. Fala que não consegue perguntar ou prestar atenção no que os médicos dizem porque só fica pensando em como pode interromper a gestação e perguntando a equipe médica sobre isso, diz que tem dúvidas, não pergunta sobre os verdadeiros riscos de levar uma gestação adiante.

Bruna verbaliza “*a médica teve filho recentemente, está vendo o mundo cor de rosa, não quer me ajudar*”. Falas da equipe como “*isso vai passar quando você ver o seu filho*”, “*não pensa nisso*”, “*você não pode fazer isso*” a deixavam irritada.

A paciente tem uma relação distanciada de seus familiares, principalmente de sua mãe, Bruna foi criada pela avó, mantinha pouco contato com a mãe, “*não sinto aquele amor de filha pela minha mãe, nem pela minha avó sinto também*”.

Em outro atendimento a paciente relata que tem conseguido se distrair mais ao longo do dia, conversar sobre outros assuntos com o esposo, embora ainda seja enfática ao dizer que não quer que o “*problema*” cresça dentro dela. Verbaliza que na próxima consulta com a obstetrícia tinha decidido esclarecer suas dúvidas sobre sua doença e a gestação. Neste dia, sou informada pela equipe que os riscos de Bruna eram iguais aos das outras gestantes de alto risco.

Falo com Bruna após alguns dias da consulta e pela primeira vez ela se refere ao feto como um “*bebê*”, “*ah doutora, estou bem, estou levando, o médico disse que comigo está tudo bem e com o bebê*”, repete isso algumas vezes e por fim retorna ao chamar o feto de “*problema*.” Apesar de todos os relatos, Bruna continua fazendo o pré-natal, seguindo todas as recomendações médicas e se permitindo colocar em palavras seus sentimentos e desejos em torno da gravidez.

Considerações finais

A partir da teoria psicanalítica e da vinheta clínica, percebemos que há diferentes aspectos psíquicos referentes a maternidade, não sendo possível descrevermos sobre o amor materno como puro instinto. Cada mulher terá a sua própria experiência, que será vivenciada a partir de sua história, das relações familiares construídas e em qual ordem se localiza seu desejo ou não pela maternidade.

Na contemporaneidade, vemos uma transformação gradual na sociedade sobre o tema, contudo, é observado ainda como o discurso ligado ao amor materno se faz presente nas instituições e as mulheres que verbalizam o não desejo pela maternidade ainda são vistas de modo depreciativo. Desse modo, nossa posição enquanto psicólogas residentes orientadas pela psicanálise é de proporcionar um espaço de escuta, onde seja possível para a mulher falar de seus desejos, angústias, medos, expectativas em torno da maternidade, isto é, proporcionar um ambiente em que a mulher possa começar a construir novos modos de viver sua experiência de modo singular.

Referências bibliográficas

- Alberti, C. (2015). Introdução. In Alberti, C. & Alvarenga, S. (Orgs.) *Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade* (Vol. 1, pp. 11-18). Belo Horizonte: Editora EBP.
- Alvarenga, S. (2015). Apresentação. In Alberti, C. & Alvarenga, S. (Orgs.) *Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade* (Vol. 1). Belo Horizonte: Editora EBP.
- Freud, S. (2006). A feminilidade. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1933).
- Moura, S. M. S. R.; Araújo, M. F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia ciência e profissão*. 1 (25), 44-55. Recuperado em 15/08/2019 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006>.
- Piccinini, C. A.; Lopes, R. S.; Gomes, A. G. De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo* 1 (13), 63-72. Recuperado em 15/08/2019 em : <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>.
- Zalberg, M. (2017). O que leva algumas mulheres a se arrependerem de ter filhos? *Opção lacaniana* 22 (8), 1-5. Recuperado em 15/08/2019 em:

<http://www.opcaolacianiana.com.br/pdf/numero_22/O_que_leva_algumas_mulheres_a_se_arreponderem_de_ter_filhos.pdf>.

Possíveis considerações sobre a morte e o luto na Clínica da Maternidade

Adriana da Costa*

Ursula Ponciano Possollo Goulart**

Ester Susan Guggenheim***

Resumo

Este trabalho surge em decorrência da atuação da residência dentro do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). A maternidade deste hospital por ser uma referência em gestações de alto risco testemunha, com certa frequência, óbitos fetais e de neonatos, de forma que a morte constantemente se apresenta como uma realidade dentro deste espaço. O trabalho então se propõe a discutir sobre o lugar da morte e do luto na modernidade ocidental e as possibilidades de atuação do psicólogo junto a mães enlutadas através de dois casos clínicos.

Palavras-Chave: Maternidade; Morte; Luto

Introdução

Esse trabalho teve como cenário de prática o Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde atualmente nos encontramos como residentes, de primeiro e segundo ano, do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Hospitalar. O Núcleo Perinatal, como assim também é conhecido, é uma Maternidade especialista em situações de alto-risco gestacional, o que implica na existência de uma unidade de tratamento intensivo para os neonatos, a UTI-NEO, que em conjunto a enfermagem, visa proporcionar cuidado para mãe e o bebê. Sendo as duas unidades, referências de tratamento em toda a região do Estado, da qual recebemos gestantes e RNs de municípios distantes como Petrópolis, Nova Friburgo, Angra dos Reis, entre outros. Esta também atua como receptora de outras maternidades de hospitais universitários do Rio de Janeiro, como a Maternidade Escola da UFRJ.

* Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

** Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

A vinda dessas gestantes para nossa unidade em geral visa à preservação e cuidado tanto para a gestante, como para seus bebês, e uma possível tentativa de garantir uma gestação mais prolongada e saudável, mesmo diante de tantas adversidades geradas pelas comorbidades ou doenças associadas, e principalmente a preservação da vida de ambos, mãe-bebê. Entretanto, por vezes, apesar de todo o esforço da equipe para preservar a vida, a morte se impõe. Diante de toda a expectativa da mãe, da equipe e dos amigos e familiares que tanto esperavam a chegada desta criança que tão cedo partiu, se faz necessário interrogar: Como é possível no momento da gestação/puerpério haver espaço para elaborar esta perda? Como é possível superar a perda de um objeto amado (FREUD, 1917 [1915]), rompimento de um desejo de mãe, de um desenvolvimento de uma relação para muitos custosa devido a gestação de alto-risco, mas não por isso sem investimento.

A morte de uma forma geral, nos constrange, nos traz estranhamento e dor, faz com que nos defrontemos com aquilo que não pode ser simbolizado. Mais estranhamento sentimos quando aquele que morre é considerado jovem, criança e para alguns, ainda mais se este for um bebê. Diante disso, nos interrogamos sobre como a nossa cultura vem corroborar na forma como consideramos a morte e a forma como reagimos diante dela? Muitas vezes é através do que não pode ser dito que o psicólogo se insere no trabalho dentro das enfermarias de um hospital, principalmente quando se trata de uma maternidade destinada ao alto-risco. É através da nossa experiência de trabalho com o impossível de dizer, que é a morte de um filho, que tivemos a possibilidade de apresentar estas questões.

Uma vez que as sociedades possuem características e organização próprias, o modo como cada uma irá lidar com a morte e com seus mortos pode diferir no tempo e no espaço, tanto em relação às demais, como em relação a si própria. Cada tipo de morte também será tratado de maneira diferente por cada sociedade.

Há várias maneiras de lidar com o fato de que todas as vidas, incluídas as das pessoas que amamos, têm um fim. Norbert Elias, em *A Solidão dos Moribundos* (1982/2001) apresenta duas formas de o homem ocidental encarar a morte. A primeira está relacionada à ideia de uma possível vida após morte, podendo ser mitologizado pela convicção de outra vida no Hades ou no Valhala, no Inferno ou no Paraíso. A segunda e mais contemporânea é sustentada na tentativa de um afastamento da própria noção de morte, afastando-a de nós o tanto quanto possível. Freud em *Nossa atitude para com a morte*, nos fala:

Há uma tendência nossa em pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. De fato é impossível imaginar nossa própria morte, (...) que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade. (Freud, 1915, p.327).

Existe uma imagem social da Maternidade relacionando nascimento, alegria, começo e vida. Um imaginário social que se contrapõe a situações que ocorrem no ciclo gravídico (Maushart, 2006, apud Musa et al, 2013). Entretanto a experiência de morte e ou luto que paradoxalmente se apresenta mais frequentemente na Maternidade do que gostaríamos de supor (Laconelli, 2007, apud Musa et al, 2013). Essa situação se torna ainda mais frequente se as gestações estiverem associadas a quadros clínicos de diagnósticos elevados a categoria de alto-risco que possibilitem a prematuridade fetal, gestações com menos de 37 semanas (36 -semanas e 6 dias), que elevam o risco de prematuridade e óbito fetal.

Caso Clínico 1

Marcela chegou ao Núcleo Perinatal com 23 semanas e com diagnóstico de Aminorex prematura ou bolsa rota. Casada, 37 anos de idade, 7 gestações dentre um histórico gestacional de 5 perdas, sendo 4 abortos e 1 natimorto, com 1 filha viva de 16 anos. A gestação atual não foi planejada. Há dois anos recebera, de um médico, a notícia que não poderia mais engravidar. Relata que foi um grande susto quando percebeu que estava grávida.

O prognóstico do estado clínico de Marcela não era favorável, sendo um quadro que colocaria ambos, mãe e bebê frente a uma possível infecção, na qual aumentaria a possibilidade de um parto prematuro. O choro e seu relato após ouvir o prognóstico médico atualizou as perdas anteriores gestacionais colocando o sujeito frente ao limite, à castração. O nome Maria, escolhido por ela, refletia a possibilidade de perda: era uma homenagem à santa de sua devoção, se o “*bebê sobrevivesse*”, relata Marcela.

Após o oitavo dia de internação, esta apresenta-se em trabalho de parto e Maria nasce prematuramente sem complicações iniciais e é encaminhada para a UTI NEO, sendo considerado um prematuro extremo. No entanto, com o passar dos dias o bebê não evoluiu favoravelmente. Frente à gravidade clínica do bebê e ao ouvir do médico: “*seu bebê é muito grave*”, esta decidiu que não gostaria mais de saber como o bebê estava evoluindo, transferindo ao marido essa posição. Em termos freudianos, podemos considerar que os mecanismos de defesa, como negação estavam presentes nesse contexto tentando impedir que a angústia tivesse acesso. Maria não resistiu e foi a óbito no fim de semana.

Após uma semana do ocorrido, recebo Marcela no ambulatório e esta relata de uma forma, quase que aliviada:

Ontem foi o primeiro dia que consegui ficar em casa sozinha. Meus amigos e família combinavam para que todo dia tivesse alguém conosco. Mas quando eu queria chorar, tinha

que ir para o banho. Eles diziam que sou nova e que poderei ter outro filho. Mas não quero outro. Ontem pedi para minha mãe que fosse embora, pois precisava ficar sozinha.

Segundo Laconelli (2007) citado por Musa et al, 2013, o luto de um bebê recém-nascido carrega em si um aspecto de inerente incomunicabilidade e atrai, por sua vez, olhares de incompreensão. A morte do filho inverte as expectativas das perdas pressupostas na vida-morte dos pais, dos mais velhos - deixando os pais sem referências temporais. Há algo do mais profundo desamparo nessa vivência. Não há como inscrever essa perda no psiquismo, pois ela é sistematicamente desautorizada pelo outro. Não há como compartilhar desse luto no senso comum da modernidade, ficando os pais duplamente desamparados: pelo bebê e pelos adultos.

Marcela fala sobre o dia em que Maria foi a óbito e como conseguiu vestir o bebê: *“não imaginei que conseguiria vestir alguém que tivesse morrido”*. No decorrer do atendimento Marcela pode dizer que Maria havia morrido. Em *Luto e Melancolia* (1915) Freud diz que no luto é necessário *“tempo para que o domínio do teste da realidade seja levado a efeito em detalhe, e que, uma vez realizado o trabalho, o ego consegue libertar sua libido do objeto perdido”* (p.285).

A paciente traz um relato extenso sobre sepultamento da Maria: *“Foi lindo”*, disse ela. *“Combinamos que todos levassem uma flor e todos levaram. No início eu e meu marido estávamos decididos a manter a caixa fechada, mas pensamos e achamos que seria bom que os que estavam ali pudessem conhecer a Maria”*. Após o relato da paciente e sua declaração sobre o sepultamento: *“Foi lindo!”* que a princípio, me causou estranhamento, fiquei a pensar se aquele momento, apesar de toda sua angústia, realmente não poderia ser traduzido também com beleza. A família estava ali, enfrentando sua dor, porém tentando dar um contorno possível a esse processo inicial de despedida. O interdito não mais se apresentava fortemente e o luto já dava indícios de estar se desenvolvendo. Freud (1915) em *Luto e Melancolia* considera o luto, de um modo geral, como uma reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido (...). Sendo assim, Freud não considera o luto como uma condição patológica, não sendo necessário submetê-lo a tratamento (p.249).

Marcela foi convidada a continuar a falar sobre o encontro com a perda, porém apesar de algumas tentativas, não deu seguimento aos atendimentos. No entanto recebo notícias recentes de Marcela e esta relata estar bem e que já voltou a trabalhar.

Caso clínico 2

O segundo caso a ser apresentado aqui vai na contramão das histórias de luto que costumamos a encontrar dentro da enfermaria da maternidade, nas quais o luto surge posteriormente a gestação. Neste caso, devido ao falecimento de um filho já nascido, o luto, trabalho o qual o Eu deve se dedicar exclusivamente, é atravessado, e por que não dizer atrapalhado, por uma gestação, que se caracteriza também por demandar um grande trabalho de investimento libidinal.

Luciana (todos os nomes deste caso são fictícios) é internada em seu quinto mês de gestação para fazer uso de Clexane, um medicamento indicado para pacientes gestantes que tem histórico de trombose, e por ser extremamente caro, é necessário que a paciente permaneça internada, até conseguir na justiça o direito de ter acesso a ele ambulatorialmente. A paciente tem em torno de 30 anos, solteira, e está em sua terceira gestação. Como dito anteriormente, Luciana havia passado recentemente pela perda de seu filho caçula, Carlos, de apenas quatro anos na época, que faleceu na sua frente durante um procedimento de intubação em decorrência a uma bronquite muito grave. A morte do filho havia ocorrido a pouco menos de dez meses antes do meu primeiro atendimento a Luciana.

Segundo o relato da paciente, apenas uma semana após a morte do filho, ela desenvolveu trombose, necessitando por isso interromper o uso da pílula anticoncepcional, o que por sua vez ocasionou, poucos meses depois, o início de sua gestação. Luciana falava sempre em uma grande dificuldade em aceitar estar grávida de uma nova criança. Durante quase todo período de sua gestação a questão que marcou Luciana foi: *“Por que Deus me deu este bebê novo e tirou meu filho de mim?”*. Em seus relatos, frequentemente se questionava se conseguiria amar a nova criança quando esta nascesse. Seu receio de não conseguir amá-la, para muitos pode parecer absurdo, pois como pode uma mãe não amar seu filho? Entretanto, não deixa de ter fundamento se considerarmos que segundo Freud (1917 [1915]) o luto traz consigo a incapacidade de eleger um novo objeto de amor, sendo necessário primeiro poder atravessá-lo, sendo inapropriado e potencialmente prejudicial atrapalhá-lo.

Luciana também relatava reviver constantemente a morte de Carlos, segundo ela, eram *“pensamentos ruins”* que vinham a sua cabeça todas as vezes em que se lembrava do filho, o que acabava por lhe causar insônia e pesadelos. Ela descreve um pesadelo em especial que se repete: Sonha que seu filho está enterrado no quintal de casa e encontra sua mãe, que havia desenterrado o caixão e estava cortando o corpo de Carlos e colocando-o em sacolas para jogar fora. Luciana diz para a mãe parar, que era ela quem deveria exumar o corpo do filho e que queria guardar os ossinhos dele e terminava o sonho ficando louca.

Terminando a narração de seu sonho, ela começa a falar da dificuldade que tem em se desfazer, doar, as coisas de seu filho. Diz que mantém tudo no lugar em que estava anteriormente, em especial sua cômoda que ainda está com todas as suas roupas, além de seu travesseiro e toalha, os quais Luciana levava com ela para as internações. Relata então que sua mãe havia se oferecido para, enquanto Luciana está internada, separar as coisas dele para adoção, no intuito de abrir espaço para a bebê. Luciana recusou a oferta com veemência, dizendo que ela mesma faria isso quando estivesse preparada e que, por enquanto, a nova cômoda ficaria ao lado da cômoda de Carlos.

A dificuldade de se separar materialmente de Carlos aparecia constantemente na fala de Luciana, como se ao doar as coisas dele, o estivesse abandonando. Segundo Freud (1917 [1915]) o trabalho de luto exige que toda a libido seja retirada de suas conexões com o objeto e cada uma dessas lembranças é enfocada e superinvestida antes que possa ocorrer o desligamento da libido. Por muitas vezes Luciana fala sobre o filho como se este ainda estivesse vivo e presente ali. Mais uma vez demonstrando sua forte oposição em desinvestir sua libido no objeto de amor perdido, levando-a a um certo grau de afastamento da realidade, efeito recorrente do trabalho de luto, ainda segundo Freud (1917 [1915])

Ao longo de sua internação recebeu algumas altas hospitalares temporárias devido à doação do medicamento, tendo que retornar ao hospital quando acabava o remédio. Apesar disto, Luciana nunca mostrou muito desejo de sair dali, ou de receber alta, apenas quando se aproximava o dia de morte de Carlos, pois a mesma ia todos os meses ao cemitério para visitá-lo, *“levar flores e ver se seu tumulo estava sendo bem cuidado*, ficando sempre muito nervosa com a possibilidade de não conseguir o medicamento necessário para sua alta na data.

No aniversário de morte de Carlos, Luciana não conseguiu a medicação e precisou continuar internada. Neste dia relata ter passado o dia inteiro na cama, não conseguindo comer e nem levantar para cuidar da higiene. Apesar do momento de muita angústia, Luciana consegue falar mais abertamente de coisas que antes não eram possíveis de serem ditas, como sua falta de vontade de viver e da revolta que ainda sentia com a gravidez. Trata novamente de sua falta de ligação com a bebê e diz que queria dá-la para adoção, mas que foi convencida do contrário por sua família. Também fala que tomou uma decisão e que esta nova bebê não terá nada a mais ou nada melhor do que Carlos teve: *“Será igual ou não será nada”*. Sinalizo sua fala e encerro aquele atendimento.

Em diversos momentos, o que Luciana apresenta é um grande medo de que o novo bebê venha a tomar o lugar de seu filho, possibilidade que ela não pode aceitar. Por diversas vezes relata seu alívio de estar gestando uma menina, *“o que mais pedi a Deus*

quando descobri a gravidez era que não fosse outro menino, acho que não conseguira suportar”.

Após este atendimento, Luciana consegue a doação de mais algumas doses do remédio e vai para casa, retornando alguns dias depois para a sua última internação enquanto grávida. Preparada para seu parto, Luciana apresenta um discurso diferente de quando saiu pela última vez. Relata estar se sentindo bem e muito ansiosa para a chegada de Isabela, sua bebê. Conta que está mais conectada com Isabela e que agora já consegue dividir o amor que era apenas de Carlos com ela. Relata também que não está mais tendo pesadelos com Carlos e que pela segunda vez desde que ele morreu, ela teve um sonho bom com ele, no qual Carlos aparecia sorrindo e brincando. Diz já não se sentir mais desesperada quando pensa no filho e sente apenas saudades. Traz em seu discurso a possibilidade de doar as coisas do filho, afinal *“vão acabar estragando e tem outras crianças que precisam”*. Após o nascimento de Isabela, Luciana passa a falar de sua ansiedade de ir para casa para resolver as coisas que precisa e cuidar de sua filha mais velha também (que durante todo tempo de internação raramente aparecia no discurso da mãe, surgindo apenas quando questionada sobre a filha). Demonstra bastante carinho por Isabela, diz estar feliz com a filha, e sem aguentar esperar o tempo necessário para o ajuste da medicação e com muita vontade de voltar a viver, Luciana vai embora à revelia levando sua filha, para que possam viver esta nova etapa, enfim juntas.

Apesar de não ter tido mais notícias da paciente e sua filha, acredito que a mudança no posicionamento de Luciana se deva por ter encontrado, em seus longos períodos de internação, o tempo e espaço necessários para viver seu luto, além de alguém que pudesse ouvir e suportar sua dor junto com ela. A possibilidade de viver o luto pela morte do filho, permitiu então que a sua libido pudesse ser transferida de um objeto de amor perdido para outro, abrindo assim espaço, aos poucos, para amar Isabela, sem com isso abandonar Carlos.

Segundo Melgaço (2011) essas perdas costumam rapidamente ser ocultadas sob um pretexto de ajuda, como uma tentativa falha de tornar suportável o insuportável da morte. Luciana narrava a fala de seus familiares e amigos: *“Ele está em um lugar melhor agora.”*, *“Ele finalmente parou de sofrer.”*, *“Está descansando.”*, *“Isso vai passar!”* e então ela insistia em responder *“Não sinto que vai melhorar, apenas uma mãe que perdeu seu filho sabe a dor que é”*. Diante destas falas, é importante considerar que:

Esta verdadeira negação do sofrimento dos pais funciona como o desmentido da perda e obstrui a possibilidade de representação. O traumático é entendido aqui

como algo da ordem de uma experiência, cuja dimensão requer intenso trabalho psíquico e que não encontra condições de ser operada (Iaconelli, 2007).

Dessa forma que é importante que possamos dar lugar a esta perda, para que a experiência da morte não retorne em outro lugar, correndo o risco de sobrecarregar este futuro filho. Afinal o desejo de imortalidade e da sobrevivência assegurada, que surge através do narcisismo dos pais, em conjunto com negação da morte podem impulsionar uma tentativa de um renomear, como uma tentativa de ocultar a dor de uma perda. (Melgaço, 2011)

No luto, principalmente, devemos sempre levar o tempo de elaboração do sujeito em consideração, tendo em vista que o psiquismo não acompanha a velocidade exigida pela modernidade. E através de uma escuta sensível abrir espaço para que alguma significação desta dor se torne possível, de forma a evitar um prolongamento deste sofrimento, tanto para os pais, quanto para as gerações posteriores (Iaconelli, 2007)

Entretanto sabemos que não é fácil suportar junto com o sujeito, a dor da morte, até porque, como coloca Kovács (1992), muitos dos profissionais que escolhem a área da saúde, o fazem com uma expectativa de poder lutar contra a morte, o que faz com que estes acabem se sentindo derrotados ao perderem um paciente. Esta tentativa incessante de vencer a morte constantemente resulta em intervenções médicas demasiadas e por vezes pode levar a um “abandono” do paciente, classificado como aquele em que “não há mais nada a se fazer por”. Diante da morte e da impotência da equipe de saúde, sofrem os profissionais, o paciente e sua família. A negação da morte, o terror que ela causa e a falta de espaço para tratar disto dentro do hospital, dificultam e até mesmo impedem a elaboração do luto, tanto pelo familiar que perdeu um ente amado, quanto pelo profissional que perdeu um paciente e com ele a imagem de completude que havia de si mesmo, como aquele capaz de salvar o outro.

Conclusão

A partir do século XX a morte se torna a representação do grande fracasso da humanidade, aquela que os avanços científicos não foram capazes de vencer. Assim, o luto passa a ser suprimido e a expressão da dor se torna sinal de fraqueza; pro sua vez, o domínio sobre si e o controle das emoções tornam-se qualidades almeçadas. Na sociedade capitalista, em que impera é a produção, de forma que a morte e o tempo de luto já não podem mais ser tolerados (KOVÁCS, 1992). Dentro das enfermarias é comum que após uma morte, o silêncio impere entre a equipe, que passa a se focar na saúde do próximo paciente, mesmo quando o paciente que morreu era adorado por toda a equipe, fenômeno

que não vem à margem do contexto exposto acima. Não há lugar para a morte dentro do hospital, assim como não há lugar para a morte dentro de nossa cultura.

Freud (1904) já falava da importância do paciente falar tudo o que lhe viesse à mente, mesmo que fosse doloroso ou vergonhoso. Esta colocação de Freud nos aponta que muitas vezes o trabalho do psicólogo é suportar a dor junto com o paciente, não apenas ouvindo, mas também fazendo falar. Desta forma, apostamos no tempo e na escuta para que aos poucos o paciente possa dar significado, através de suas palavras, ao que foi vivido por ele como insuportável, dando contorno ao real da perda. Nos casos clínicos citados acima, pudemos recolher os efeitos imediatos que nossos atendimentos tiveram para essas pacientes, possibilitando um atravessamento do luto ao abrir espaço para tratar da morte.

Referências bibliográficas

Elias, N. (2001). A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Freud, S. (1974). Nossa atitude para com a morte (1915). *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1974) Luto e melancolia (1915). *Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. V. XIV Rio de Janeiro: Imago.

_____. (2016) O método psicanalítico de Freud (1904). In: *Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (2010) Luto e melancolia (1917 [1915]). In: *Obras completas, volume 12: introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 10, n. 4, Dec, p. 614-623. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.

Kovács, M. J. (1992). Reflexões sobre a Psicanálise e a Morte, In: Melgaço, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. M. J. (1992). Morte, separação, perdas, o processo de luto., In: Melgaço, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Melgaço, R. G. (2011). Um berço vazio. In: Batista, G.; Moura, M. D.; Carvalho, S. B. (Org.). *Psicanálise e hospital 5: A responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak.

Musa, J. Et al. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Revista Psicologia e Prática*. São Paulo.

A função do residente de psicologia na enfermaria de psiquiatria

Quézia da Silva Oliveira*

Ingrid Vorsatz**

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo discutir a função do residente de psicologia na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE). A partir da prática nesta instituição, abordaremos nossa experiência enquanto residente no setor de psiquiatria. Trataremos do nosso trabalho junto aos pacientes, das atividades exercidas e da nossa inserção na equipe multiprofissional. Nossa escuta clínica tem como orientação a psicanálise.

Palavras-chave: Residência; psiquiatria; psicanálise; clínica.

Introdução

Através da nossa experiência como residente na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria, pertencente ao Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, abordaremos o trabalho realizado na enfermaria onde ficam internados os pacientes com grave sofrimento psíquico. Os pacientes que recebemos chegam via SISREG – Sistema Nacional de Regulação de Vagas, e alguns encaminhamentos são oriundos do próprio ambulatório de psiquiatria. Os leitos são destinados a pessoas que apresentam transtorno mental grave e para usuários de álcool e drogas que necessitam de uma desintoxicação. O prédio onde se situa a UDA de Psiquiatria é semelhante a uma vila. Esta possui quatro casas para internação de pacientes divididas entre masculino e feminino, uma casa onde se situa o posto de enfermagem e uma onde funciona o centro de convivência, além de um refeitório. Nas casas de internação existem três quartos sendo um deles com leito individual e os outros com dois leitos cada, totalizando uma capacidade para cinco pacientes em cada casa, e um banheiro. Dos vinte leitos que a vila comporta, no momento, apenas dois estão disponíveis em decorrência da obra de recuperação das casas.

As intervenções e as condutas são discutidas nas reuniões semanais de equipe multiprofissional onde todos podem falar e expor suas impressões sobre os pacientes

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

internados, que são acompanhados por todos os profissionais. Em relação a nossa prática específica de psicologia, também temos uma supervisão semanal para discussão e estudo dos casos com a supervisora responsável pelo setor, que integra o corpo docente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. A equipe multiprofissional da UDAPq-HUPE é composta por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos de enfermagem e psicólogos.

A função do residente

O trabalho do residente de Psicologia na enfermaria de psiquiatria é o de acolher os pacientes e suas famílias, e também participar das decisões junto à equipe na construção do projeto terapêutico singular de cada paciente que é admitido na enfermaria, pois o quadro clínico demanda uma internação. Os pacientes são acompanhados diariamente por todos os profissionais que atuam na enfermaria. De acordo com a Lei 10.216/01, também conhecida como a lei da reforma psiquiátrica, o parágrafo segundo diz: “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”.

Nossa inserção na rotina da enfermaria se dá através dos atendimentos individuais aos pacientes e aos seus familiares, na supervisão de equipe para discussão dos casos acompanhados, na participação da oficina Café e Poesia no espaço de convivência, e no acompanhamento aos pacientes em atividades externas. Nosso trabalho é multiprofissional, uma vez que, juntamente conosco existem não só os profissionais do setor, mas também residentes de outras especialidades – de medicina, de enfermagem e de serviço social.

A nossa função, enquanto residentes, é a de intervir e, quando necessário, interrogar as decisões que são tomadas em conjunto pela equipe já que atuamos em uma instituição hospitalar onde a maioria dos profissionais são médicos, e o que prevalece é o discurso e o diagnóstico médicos. No hospital, segundo Camon (2013), “O paciente é uma pessoa que perde sua condição de agente para se tornar meramente passivo num processo de total cerceamento de suas aspirações existenciais” (p.185). Por isso é importante lembrar que ali onde há um doente precisando de cuidados, há também um sujeito, dotado de vontades, desejos, e capacidade de expressar o que é bom e o que não é para seu tratamento.

Em relação aos pacientes, escutamos o sofrimento de cada sujeito, suas angústias, dificuldades, sua história pessoal, sua maneira de se colocar na vida, respeitando sempre a singularidade de cada um, já que a clínica é sempre singular, intervindo no que é possível a cada vez, em cada situação.

Nosso trabalho, podemos assim dizer, é fazer com que o paciente fale. Segundo Freud (1996):

O material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente – a história da vida do paciente ou a história de sua doença, ou suas lembranças da infância. Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará (p. 83).

Sendo assim, ao paciente é oferecido um espaço para que conte sua história partindo do que ele pensa ser mais importante naquele momento. Nossa escuta permite que o sujeito fale de seu sofrimento e sua doença, possibilitando uma ressignificação da experiência vivida em uma internação. Segundo Santos & Sebastiani (2013) “A doença, dependendo de sua gravidade, afasta o indivíduo doente do convívio familiar, social, do seu trabalho, isolando-o do seu meio ambiente” (p.152). A vivência de uma internação pode ser penosa para alguns pacientes, pois estar em um ambiente hospitalar implica em afastar-se da vida cotidiana. Por isso, disponibilizamos para escutar o paciente nesse ambiente onde o que prevalece é o discurso em torno do diagnóstico.

Diferentemente de outras enfermarias no HUPE, os pacientes da enfermaria de psiquiatria têm um espaço aberto onde podem circular livremente. É um ambiente com árvores, plantas e alguns bancos onde podem sentar e tomar sol. Atualmente, esse ambiente está passando por uma reforma para melhor acolher os pacientes. É nesse espaço onde geralmente abordamos ou somos abordados por aqueles que querem falar conosco.

Toda semana, no espaço de convivência que está inserido na enfermaria, participamos da Oficina Café e Poesia, onde os pacientes lêem um poema e ao final de cada leitura, cada um é convidado a falar sobre o poema escolhido, e os demais participantes também podem expressar sua opinião, fazendo surgir uma discussão e reflexão sobre o que todos leram. Ao final, os pacientes são convidados a produzirem algo referente ao que foi lido no dia, seja algo escrito ou ainda uma produção artística. Este também é o momento do café. Nesse espaço, os pacientes têm a possibilidade de expressarem e compartilharem com o grupo seus sentimentos, desejos, alegrias, tristezas, e tudo aquilo que surge a partir do que é lido e discutido em grupo.

Apesar do nosso suposto lugar de especialista, é preciso lembrar que, sobre o outro, nada sabemos. Não podemos nos deixar levar pelo pensamento: eu sei o que é certo e melhor para o paciente, ele não sabe. Temos que estar com o paciente, falar com ele, e não apenas sobre ele, para que possamos o acompanhar em sua caminhada durante a internação,

e que eles também tenham a oportunidade de se expressarem e intervirem na sua própria história.

Em psiquiatria, o que percebemos, é que se busca compreender e descrever os sinais apresentados pelos pacientes, e que resultam em alguma classificação diagnóstica com vistas à prescrição da medicação adequada ao caso, a partir dos sintomas que o paciente descreve ao chegar no hospital. Porém, não pautamos o nosso trabalho no diagnóstico do paciente. Atuamos de maneira a possibilitar o surgimento da fala no momento em que esses pacientes estão em sofrimento. No período de internação, procuramos compreender o que aconteceu com o paciente, e não o que há de errado com ele.

Sendo nossa escuta de orientação psicanalítica, o que fazemos é interrogar as demais especialidades e seus discursos. A subjetividade do paciente pode ser posta de lado pela equipe, uma vez que estamos falando de pacientes com transtornos mentais graves. Por isso, a presença do psicólogo numa equipe de enfermagem faz-se importante, para que o sujeito possa ter voz. Nosso trabalho é feito a partir do que escutamos, e não apenas pelos sinais e sintomas apresentados pelo paciente.

O trabalho em equipe multiprofissional

Na enfermagem, o trabalho em equipe promove a integração dos saberes, de maneira que se complementam, favorecendo a compreensão daquele que é portador de doença mental. A troca de conhecimento entre os profissionais permite a interação de diferentes especialidades na área da saúde. A visão que se tem desse agrupamento de conhecimentos é a de que o paciente é responsabilidade de todos, possibilitando um cuidado plural e integral, apesar de cada um ter sua área de atuação delimitada pelo seu saber específico.

Fazemos parte de uma equipe que trabalha sob a orientação da reforma psiquiátrica, visando sempre o bem-estar do paciente em todas as suas dimensões: orgânica, psíquica, social. Segundo Santos & Sebastiani (2013), “A melhor maneira de um paciente cooperar com a equipe de saúde depende da forma e do grau de respeito e confiabilidade que a mesma demonstra em relação ao paciente” (p. 171). Ouvir o que o paciente tem a dizer e respeitá-lo, sem dúvida, é o primeiro passo para o início do tratamento. É importante que haja um vínculo de confiança entre o paciente e a equipe.

O objetivo da internação é o restabelecimento da saúde, isto é, na melhora do quadro clínico, e nosso trabalho sustenta-se pelo discurso psicanalítico. Já o tratamento psiquiátrico se dá através da prescrição de medicamentos, que têm por base os sintomas do paciente e são prescritos de acordo com seu diagnóstico. Nós não escutamos de acordo com o diagnóstico, mas, sim, de acordo com a singularidade de cada um. O diagnóstico enquadra

a todos, nivelando o sujeito em um padrão preestabelecido. Porém, entendemos que cada sujeito vive sua doença e seus sintomas de forma única, de acordo com sua própria história.

Nosso trabalho na equipe multiprofissional é o de fazer circular a palavra do paciente, permitindo que o sujeito que está ali apareça e que sua fala seja levada em conta no seu tratamento para que se sinta valorizado e para que ele mesmo possa falar sobre sua doença, que é única, pois cada um vivencia de forma diferente seus sintomas. Acompanhamos os pacientes ao longo da semana e por isso temos a oportunidade de ouvi-los muitas vezes, em diferentes ocasiões.

Considerações Finais

O trabalho na enfermaria de psiquiatria tem sido enriquecedor e também implica em muitos desafios. De modo geral, nossa inserção numa instituição hospitalar é uma construção diária. Nosso saber difere dos demais na medida em que deixamos vir à tona a subjetividade dos pacientes em meio a dor e ao sofrimento.

Nosso trabalho não é o de classificar ou identificar a doença do paciente, mas, sim, escutar, através da única regra da psicanálise que é a associação livre, permitindo ao sujeito que fale o que vier à cabeça. Certamente é um desafio sustentar a especificidade dessa modalidade de intervenção clínica em ambiente tomado por diagnósticos e classificações, mas essa é a nossa função, se não estivermos dispostos a sustentá-la então não haverá um trabalho.

Referências bibliográficas

Angerami-Camon, V. A. (2013). O Imaginário e o adoecer. Um esboço de Pequenas Grandes Dúvidas. In Argerami – Camon, V. A. (Org.). *E a Psicologia entrou no Hospital*. (p.181- 210). São Paulo: Cengage Learning.

Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913).

Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

Santos, C. T; Sebastiani, R. W. (2013). Acompanhamento psicológico á pessoa portadora de doença crônica. In Argerami – Camon, V. A (Org.). *e a Psicologia entrou no Hospital*. (p.147 – 176). São Paulo: Cengage Learning.

Entre a infantilização e a invisibilidade – considerações sobre os efeitos de uma internação prolongada

Camila Cirino Bruno*

Ingrid Vorsatz**

Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousar esperar muito de meios completamente diferentes.

(Philippe Pinel, 1793)

Resumo

O presente trabalho apresenta algumas considerações que surgiram a partir da inserção como residente de psicologia na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE) e das discussões realizadas em supervisão de orientação psicanalítica. Através da experiência em que me encontro implicada, abordo a infantilização e a invisibilidade que se fazem presentes na clínica de uma paciente de longa internação como possíveis impasses e efeitos que atravessam a prática clínica e institucional. Apresento brevemente o caso clínico e cito alguns fragmentos da prática para contextualizar e discutir as questões apresentadas.

Palavras-chave: psiquiatria; infantilização; invisibilidade; psicanálise; sujeito

Introdução

Através de minha inserção como residente de Psicologia na Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE), mais especificamente na enfermaria, pude perceber o surgimento de alguns impasses na condução do tratamento dos pacientes internados, mais especificamente de uma paciente, a quem chamarei de Ana (nome fictício). Estes impasses foram tratados em supervisão semanal de orientação psicanalítica, onde pude identificar questões importantes em relação

* Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2019).

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

aos efeitos de uma internação prolongada, o funcionamento institucional e a clínica da psicose. Podemos pensar que a identificação desses impasses Foi possibilitada por estar no lugar de quem se encontrava chegando à enfermaria da UDAPq-HUPE, com um olhar não contaminado pela rotina da instituição.

Pude notar que as questões identificadas a partir do trabalho clínico e que pretendo abordar aqui estão presentes na prática de todos os profissionais, de diferentes especialidades, que se encontram em contato com os pacientes da enfermaria na instituição. É preciso levar em conta que tais questões aparecem de maneira diversa para cada profissional, já que estão inseridos e atuam a partir de diferentes lugares e discursos, por isso também as reuniões institucionais de equipe multiprofissional realizadas semanalmente do serviço são de grande importância para o trabalho clínico. É importante ressaltar que as questões levantadas neste trabalho têm como fundamento a noção de sujeito, conforme a teoria da clínica psicanalítica da psicose.

Um caso clínico institucional

Em um relevante artigo sobre a reforma psiquiátrica, Tenório (2002) refere que, atualmente, a noção de saúde mental está ligada ao afastamento da exclusividade da figura médica da doença e à ampliação do campo de práticas e saberes, para além da medicina e saberes psicológicos tradicionais. Podemos pensar que esta ampliação do campo de práticas está diretamente relacionada à ruptura da exclusividade do saber médico. Um fator possibilitaria o outro, pois a partir do momento em que o sujeito deixa de ser visto somente a partir de sua doença pelo campo da medicina/psiquiatria se faz necessária a introdução de outros discursos. Será que esta realidade se aproxima do cotidiano e das práticas em saúde mental ou ainda prevalece o discurso médico de uma forma geral? Apesar de levantar esta questão, não pretendo tratar deste ponto, mas, sim, das questões que atravessaram a minha prática e dos meus embaraços através da implicação com o trabalho clínico institucional.

Apresentarei de forma breve o caso clínico com o qual tive maior contato e que mais despertou questionamentos e dificuldades em relação a sua condução. As fontes dos dados a serem apresentados são o prontuário da paciente e um relatório realizado pelo Serviço Social endereçado ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. O longo tempo de duração da internação da paciente – três anos e meio – se deve à situação de abandono por parte da família.

Ana, paciente de quarenta e quatro anos, tem diagnóstico de retardo mental moderado e de lúpus eritematoso sistêmico, doença autoimune acompanhada pelo setor de Reumatologia do HUPE. Tem histórico de outras internações, no ano de 2012 na UDA de Psiquiatria do HUPE e anteriormente em outras instituições psiquiátricas, segundo relatos de familiares. Em março de 2016, a paciente é levada pela irmã à UDA de Psiquiatria e avaliada pela médica que a acompanhava em ambulatório, resultando em sua internação. Na época da internação, o pai da paciente, falecido em dezembro de 2018, era seu principal cuidador. No início desta internação, a equipe não consegue contato com a mãe da paciente e com três de suas irmãs para a realização de acompanhamento familiar. Porém, o pai e uma das irmãs foram contatados e atendidos pela equipe. Esta irmã, que tinha conhecimento das necessidades e da gravidade do quadro clínico da paciente, assumiu a responsabilidade pelo cuidado da mesma naquele período. Comparecia semanalmente para visitá-la, levando roupas e itens de higiene, entre outros cuidados. Durante a internação a frequência de sua presença diminuiu, até que não compareceu mais ao hospital. Quando a paciente recebeu alta hospitalar, no mês de maio de 2016, foram realizadas inúmeras tentativas de contato com a família, sem sucesso. A paciente permaneceu internada na UDA de Psiquiatria até o mês de setembro deste ano, quando foi transferida para outra instituição por ordem judicial.

Em julho de 2016, já de alta hospitalar há algum tempo, apresentou agravamento de sua condição clínica (lúpus eritematoso sistêmico) e precisou ser transferida para a enfermaria de clínica médica. Neste período, a irmã compareceu à enfermaria de psiquiatria para buscá-la e foi informada das condições de saúde e da transferência provisória da paciente para outro setor do hospital. Durante a internação no setor de clínica médica não houve visita familiar e objetos de uso pessoal foram doados pela equipe do hospital. No mesmo mês a paciente recebeu alta da clínica médica, mas retornou à enfermaria da psiquiatria, pois a família não compareceu ao hospital. Desde este momento, não foi possível estabelecer nenhum contato com a família. O Serviço Social da UDAPq-HUPE encaminhou um relatório para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) Professora Aldaíza Sposati, mas a equipe do CREAS também não obteve sucesso na busca aos familiares. Na época, foi encaminhado relatório ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, mas a equipe da UDAPq-HUPE só foi convocada a participar de audiência em agosto deste ano, quando recebeu intimação judicial oriunda de um processo de interdição iniciado pela irmã da paciente em 2016.

Invisibilidade e infantilização

Tratarei a seguir de alguns fragmentos clínicos oriundos de atendimentos realizados à paciente e de minha presença na enfermaria, com o objetivo de fundamentar as questões discutidas neste trabalho.

A paciente sempre solicita que façam algo em seu lugar, como por exemplo, pegar objetos para ela, ajeitar seu cabelo, perguntar algo a alguém. Ao não ocupar este lugar ela me diz: *“Você nunca faz nada que eu peço. O que você está fazendo aqui?”* (SIC). Considero que atender às mais variadas e infundáveis demandas e exigências da paciente pode ser uma das formas de reforçar a infantilização que já está presente no quadro clínico de Ana.

A equipe costuma se referir a ela pelo diminutivo de seu nome ou por outros apelidos carinhosos. Algo naturalizado, aparentemente sem grandes problemas, mas que vai ao encontro das suas importantes questões clínicas e pode reforçar a tendência infantilizadora presente na instituição no trato com esta paciente. É importante não perdermos de vista que se trata de uma mulher de quarenta e quatro anos e, para, além disso, de um sujeito.

Em determinado atendimento, ela me diz: *“No meu quarto tem um monte de coisas que não são minhas, coisas dos outros”*, ao se referir aos armários da equipe que se encontram no quarto onde está seu leito. Isso pode referir-se à perda das referências, consequência de uma internação com estas características – de longa permanência e de abandono familiar. Mesmo que a equipe já tenha dado presentes a ela em datas comemorativas, não há nada de seu, nada que reste de sua vida anterior a esta internação, nada de familiar.

Ana passa boa parte do tempo se queixando de dores articulares e com outras localizações corporais, que acabam sendo descuradas pela equipe em alguns momentos, por serem comuns de seu quadro clínico e, portanto, objeto de queixas frequentes, ou ainda por já terem sido administrados todos os medicamentos prescritos. Porém, essas dores nem sempre se referem a dores de etiologia orgânica. A paciente relata chorando: *“Estou com muita dor no joelho”*. Ao perguntar que dor seria esta, ela me responde: *“Está doendo, pois meu pai disse que não virá me buscar, que eu tenho que ficar aqui agora”*. Frequentemente, nos atendimentos e em outros momentos, ela relata que partes de seu corpo dizem coisas a ela, tais como: *“Meu joelho está dizendo que estou morrendo”*. Não fica claro se se tratam de alucinações.

Houve um episódio em que Ana, ao tossir, sujou as calças de fezes – naquela semana encontrava-se com episódios de diarreia. Ficou bastante angustiada quando percebeu estar suja e pediu que eu a acompanhasse até o posto de enfermagem e contasse o ocorrido para que ela pudesse se limpar. Disse que poderia acompanhá-la, mas que ela mesma poderia pedir isso à enfermagem. Ao chegar à enfermaria, que se encontrava com mais profissionais que o habitual, a paciente diz em tom de voz normal que havia se sujado e gostaria de tomar banho. Ao não ser ouvida, repetiu algumas vezes. Alguns profissionais passaram por ela, se dirigiram a ela e até fizeram brincadeiras, sem ouvir o que estava dizendo. Tentei sinalizar para a equipe que a paciente estava tentando falar, mas também não fui ouvida. Recebi a resposta de que ela se sujar é algo normal, que acontece sempre e não adiantaria que ela tomasse banho naquela hora, já que se sujaria novamente. Ana ficou bastante nervosa e começou a gritar: *“Vocês estão vendo o que aconteceu? Vocês estão vendo que eu estou suja?”*. Entrou no banheiro dos funcionários e disse que não sairia, apresentando um estado de agitação importante. Somente desta forma, ela foi ouvida.

Há situações em que a paciente é bastante infantilizada pela equipe, e outras em que beira à invisibilidade, como podemos perceber através destes sucintos elementos clínicos e institucionais trazidos à discussão. Me incluo como parte da equipe e percebo que há uma forte tendência a agirmos a partir de nossas boas intenções e nos apiedarmos de sua realidade que, de fato, é muito dura. Mas não há outra. Achar que se sabe o que é melhor para o outro - quando isso não é possível -, é desconsiderar a clínica, o sujeito. Penso que os impasses percebidos na condução e no manejo clínico em relação a esta paciente e abordados aqui, na verdade se tratam de uma mesma questão, pois a meu ver a infantilização não deixa de implicar na invisibilidade do sujeito.

As instituições e a servidão mental

Para o psicanalista Fernando Tenório (2002), a loucura é justamente aquilo que aparece no corpo social como não redutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, do que aparece como incomodamente dissonante. Faz um apontamento essencial acerca do grau de comprometimento da capacidade concreta de vida social acarretado pela psicose grave, sinalizando que o tratamento precisa ser para além de um manejo dos sintomas da doença, contemplando um suporte existencial eficaz.

Segundo Freud (1912), as formas de manifestação da transferência estão presentes também nas instituições e têm efeitos na forma como o paciente irá deixá-la – ou não. No que diz respeito ao seu restabelecimento, ressalta que o importante é que o paciente se livre

de suas inibições ou angústias principalmente na vida real e não somente no âmbito da instituição. Freud afirma que “Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental...” (p. 113). A partir destas considerações, fica ainda mais claro o grau de importância com que as questões abordadas neste trabalho precisam ser tratadas institucionalmente.

Quando pude identificar os impasses em minha prática em relação a esta paciente, inicialmente considerei serem resultado de uma internação de longa permanência e, portanto, consequências da institucionalização da paciente. É claro que uma internação prolongada tem impactos importantes para o sujeito, mas ao nos implicarmos e considerarmos que na clínica tudo o que dizemos e fazemos tem efeitos, podemos pensar que estas questões também podem estar relacionadas com as dificuldades com o manejo clínico dos efeitos de uma internação prolongada, tanto sobre a paciente como sobre a equipe multiprofissional. Ou seja, é preciso atuar sempre clinicamente, levando em conta o sujeito e o real implicado em cada situação clínica.

Considerações finais

Tenório (2002) afirma em seu artigo sobre a reforma psiquiátrica, que este movimento surge em um questionamento da clínica, mas não pôde se furtar às questões das práticas de cuidado dirigidas aos loucos. Seriam estas coisas distintas? Podemos pensar as questões do presente trabalho a partir disto. Haveria outro dispositivo senão a clínica? Pensando nas práticas de cuidado, seria possível pensá-las dissociadas das questões clínicas?

O referido autor faz alguns importantes apontamentos sobre a clínica da psicose, primeiramente sustentando que se encontra em jogo uma dificuldade específica de expressão subjetiva que não seria percebida por instituições sem recursos para captá-la e entrar em relação com o que há de singular em cada paciente. Também aponta que as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave não devem ser consideradas como um aspecto “extra-clínico”. Mais uma vez, podemos observar no trabalho deste autor apontamentos significativos que sustentam a ideia de que no campo da saúde mental nada se encontra “fora” da clínica.

Inicialmente, os impasses aqui tratados geravam muito incômodo e produziam a impressão de que tudo já estava dado, no sentido de não haver o que fazer, de forma a

comprometer minha atuação enquanto residente de Psicologia. No entanto, a partir do trabalho realizado em supervisão semanal, onde levamos nossos embarrasos e tratamos das questões clínicas em equipe, pude constatar que apesar da dificuldade inerente a uma prática com estas especificidades, o trabalho consiste em identificar as possibilidades de atuarem uma clínica que se encontra permanentemente atravessada pelas questões institucionais, sustentando a palavra do sujeito ali onde a condução da equipe já não o percebe enquanto tal.

A sensação de certa impotência, de que nada pode ser feito quando estes impasses estão em jogo, deu lugar à compreensão de que o mal-estar existe justamente por estar orientada pela clínica psicanalítica e de que o mínimo deslocamento causado pela minha atuação tem consideráveis efeitos – tanto em relação à paciente quanto à equipe multiprofissional. Estranhar, interrogar e colocar em questão práticas que estão naturalizadas, sempre apostando e pressupondo um sujeito, a cada vez: este é o trabalho.

Referências bibliográficas

Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XII*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1969)

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In *Hist. cienc. saúde -Manguinhos online*, 9 (1). Recuperado em 20/07/2019 em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010459702002000100003&script=sci_abstract&tln_g=pt>

A Sala de Acolhida multiprofissional em um dispositivo ambulatorial de psiquiatria

Vanessa Ferreira Dias*

Ingrid Vorsatz**

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo trazer para discussão o dispositivo clínico da Sala de Acolhida multiprofissional do Ambulatório da Unidade Docente Assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE). Pretendemos destacar a função da escuta clínica de orientação psicanalítica e seu papel para subjetivação da queixa e construção da demanda neste dispositivo, bem como suas consequências para a construção de uma assistência ambulatorial ampliada, otimizada e articulada à rede de saúde mental.

Palavras-chave: acolhimento; equipe multiprofissional; ambulatório; demanda; psicanálise.

Introdução

As dificuldades iniciais do residente de primeiro ano (R1) é a dese situar, primeiramente nos dois setores escolhidos, e, em segundo lugar, a de compreender cada atividade, que podem ser diversas, que irá realizar nesses setores. No caso em questão, o setor é o ambulatório da Unidade Docente Assistencial em Psiquiatria (UDAPq) e a atividade é o acolhimento multiprofissional na Sala de Acolhida orientado por duas supervisões, a multiprofissional do serviço, e a supervisão clínica de orientação psicanalítica da Residência em Psicologia Clínica Institucional. As primeiras e rudimentares interrogações que surgem são: O que se propõe um atendimento ambulatorial pela psicologia que não seja psicoterapia individual ou grupal? O que vem a ser Sala de Acolhida? Qual a sua função no dispositivo ambulatorial? E ainda: qual é a especificidade da atuação que cabe ao residente de psicologia neste dispositivo multiprofissional?

O presente trabalho tem por objetivo delinear a proposta de Sala de Acolhida, a escuta clínica de orientação psicanalítica por parte do residente de psicologia para a subjetivação da queixa nesse dispositivo, a relevância da acolhida para o tipo de assistência

* Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2019).

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

que se pretende multiprofissional no dispositivo ambulatorial, e seu impacto na articulação do ambulatório com a rede geral e especializada de saúde mental.

Conforme apontam Dimenstein e Severo (2011), o papel que o dispositivo ambulatorial de saúde mental desempenha é colocado em questão, pois este papel não ficou bem estabelecido após a reforma psiquiátrica, tanto para os profissionais, quanto para os usuários. Seu modelo, que durante muitos anos serviu de complementaridade às internações psiquiátricas, ainda mantém resquícios de tais épocas, não substituindo por completo o modelo asilar, centrado na figura do médico/psiquiatra, pelo paradigma da assistência psicossocial (Dimenstein & Severo, 2011). Diante de tal quadro, torna-se relevante a discussão sobre um dispositivo de recepção multiprofissional, a Sala de Acolhida, que se bem conduzido pelos profissionais residentes que a compõem, pode constituir um local de escuta diferenciado, além de um articulador interno do dispositivo ambulatorial e externo junto à rede de atenção psicossocial, portanto, espaço clínico institucional de mudança de paradigmas no âmbito da atenção em saúde mental.

A Sala de Acolhida e a escuta psicanalítica

Primeiramente convém estabelecer algumas definições, diferenciando acolhimento, Sala de Acolhida, escuta que se preconiza nos serviços de saúde mental e escuta psicanalítica.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) que reconhece e considera como legítimo e singular a queixa que o sujeito traz sobre sua condição de saúde. É feito através de uma escuta qualificada oferecida pelos profissionais aos usuários do serviço, garantindo com isso o acesso adequado às tecnologias de cuidado conforme as suas necessidades (Brasil, 2013). Por ser parte de uma política nacional, está colocada para todos os profissionais da área da saúde.

A Sala de Acolhida é a porta de entrada do serviço ambulatorial de Psiquiatria do HUPE, norteando a demanda externa que chega via SISREG (Sistema Nacional de Regulação de Vagas) em um espaço de acolhimento e reflexão, composta por uma equipe multiprofissional, podendo resultar em encaminhamentos para outros dispositivos da rede entendidos como mais apropriados para o atendimento do caso em questão, ou na absorção pelo próprio ambulatório para atendimento psiquiátrico e/ou psicológico, ou mesmo a resolutividade do caso na própria Sala de Acolhida (Villano, 2015).

Como Freud (1913) afirma, a psicanálise preconiza em sua escuta a valorização da palavra e de se aguardar o tempo necessário para que se apresentem questões singulares,

referidas ao sujeito, que é dividido devido à existência do inconsciente. Algo a ser considerado é a implicação do sujeito diante daquilo de que se queixa, e para tanto é necessário um endereçamento transferencial ao analista, construído durante as entrevistas preliminares (Freud, 1913). Outro postulado psicanalítico é a distinção entre demanda e desejo. Pois aquilo que um sujeito pede não é idêntico e não se confunde com aquilo que ele quer, e também com aquilo que ele deseja, uma vez que o desejo é inconsciente (Lacan, 1999). Logo, não se trata de dar respostas resolutivas às demandas do sujeito, mas acolhê-las em favor da emergência de algo que está para além da demanda e diz respeito ao desejo (Fidelis, 2013).

Portanto, depreende-se que a Sala de Acolhida não é um mero dispositivo de triagem, onde se identificaria o que a instituição é capaz ou não de atender; ao contrário, busca trazer à tona a dimensão terapêutica e de acolhimento em cada atendimento. Dimensão terapêutica porque se pretende um dispositivo clínico, e acolhimento, no sentido de construção da demanda pelo paciente junto a equipe, e, conseqüente, trabalho desta junto ao sujeito. O residente de psicologia orientado pela psicanálise pode colaborar muito com a escuta clínica e de construção da demanda, para que juntamente com a equipe possa “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” (Tenório, 2000, p.79). Como indica Fidelis (2013):

“Desmedicalizar” e “subjetivar” significa trazer à tona a dimensão subjetiva e a implicação da pessoa naquilo de que se queixa. Diante de um pedido de resposta e solução imediata, propicia-se um questionamento sobre o sintoma que o usuário apresenta, acreditando que ele tem um sentido ligado à sua experiência e apostamos que é possível modificar sua relação com o que lhe traz sofrimento (p. 19).

O novo papel do ambulatório especializado de psiquiatria/saúde mental

Os efeitos históricos da relação de continuidade do trabalho dos hospitais psiquiátricos nos ambulatórios de saúde mental, visto que os ambulatórios não conseguiram se tornar uma alternativa à hegemonia asilar, pois acabavam por reproduzir seu modelo, ainda hoje são questionados, como o foco excessivo nas especialidades, o exagero de encaminhamentos às consultas de psiquiatria e de psicologia sem uma demanda específica e um endereçamento por parte do paciente, a cronificação dos atendimentos, e principalmente, a baixa articulação com a rede de atenção em saúde (Brasil, 2007).

Apesar das críticas, Damous e Erlich (2017) sustentam o potencial do ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial por este prestar assistência em nível secundário, atuando como um ator intermediário entre a Estratégia de Saúde da Família

(ESF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com uma clientela determinada bem delimitada, como os casos que necessitam de atendimento especializado, contínuo e não intensivo. Podendo haver concomitância de atendimentos nos diferentes dispositivos, cada qual com sua especificidade.

A partir da reconfiguração de suas práticas, voltando-se para o modelo de assistência psicossocial e de clínica ampliada no qual o território e a integralidade da assistência dão o direcionamento da atuação profissional, o dispositivo ambulatorial torna-se relevante, enquanto um dos componentes da rede de saúde mental.

Considerações finais

Na prática, o paradigma do antigo modelo ambulatorial, que servia de respaldo às internações psiquiátricas sem criticar seus efeitos negativos, como a cronificação e a farmacodependência, se mantém, até os dias de hoje, resistente a uma nova forma de assistência ampliada. Tem-se diante disso, o trabalho realizado na Sala de Acolhida sendo interrogado por alguns profissionais da UDAPq, sendo ainda pouco conhecido, ou ainda considerado como uma antessala do atendimento psiquiátrico ou como uma simples triagem.

A Sala de Acolhida, para além de um dispositivo institucional, é um espaço clínico que tem uma perspectiva política, pois desperta para o novo modo de se pensar a atenção em saúde mental, mantendo-se como um lugar de divergências e de resistência entre o velho e novo paradigma de cuidados.

O aspecto político tem respaldo clínico, no qual a acolhida serve para decantar a demanda que é dirigida ao serviço, demanda essa que muitas vezes chega desqualificada e pouco específica. Através da escuta qualificada da equipe, inserida aí a escuta fundamentada na psicanálise pelo residente de psicologia, será possível construir o trabalho onde possa emergir o sujeito e sua implicação na demanda da qual se queixa, com os profissionais suportando o tempo de espera para que o trabalho aconteça, e conseqüentemente, chegar à “resolução” do caso na própria acolhida ou ainda com um encaminhamento para a rede, caso necessário.

Esse trabalho de construção da demanda tem sua relevância. Em um dos Fóruns de Saúde Mental da Área Programática 2.2 ocorrido em 26 de junho de 2019, na mesa-redonda intitulada “Rumos da atenção à saúde mental na UERJ”, foi levantado o quantitativo de absentismo nos ambulatorios, algo em torno de 40% (quarenta por cento) no caso dos atendimentos em psicoterapia. No ambulatório da UDAPq, nos atendimentos de primeira vez em 2018 foram cento e duas marcações e setenta e três faltas. Para o

paciente dar continuidade ao tratamento ou comparecer a uma consulta de primeira vez é necessário que ele tenha compreensão do porquê desse direcionamento.

O dispositivo clínico da acolhida, se bem conduzido pelos profissionais nele inserido, poderá proporcionar o engajamento do paciente no seu tratamento, chegando à resolução do caso no próprio dispositivo ou servindo de ponte para articulação com outros dispositivos de saúde, com isso gerando uma otimização dos recursos institucionais bem como dos recursos pessoais e subjetivos do paciente.

Para concluir, cabe ressaltar a função que a inserção na Sala de Acolhida teve na minha formação como residente de psicologia, qualificando minha escuta clínica para entender que a demanda não chega pronta e definida, mas deve ser trabalhada e construída, me proporcionou a experiência do trabalho multiprofissional e o entendimento do lugar do ambulatório de psiquiatria dentro da rede de atenção à saúde mental.

Referências bibliográficas

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Política Nacional de Humanização. 1.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Previdência Social. (2007). Diretrizes de conduta médico-pericial em transtornos mentais. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social.

Damous, I., Erlich, H. (2017). O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. *Revista de saúde coletiva*, 27(4), 911-932.

Dimenstein, M., Severo, A. K. (2011). Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. *Psicologia: ciência e profissão*, 31(3), 640-655.

Fidelis, R. O. (2013). A recepção de usuários em um ambulatório de saúde mental: a importância da escuta do sujeito. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Freud, S. (1996). Sobre o início do tratamento. In S. Freud (Ed.), *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol XII* (pp. 74-89). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913)

Lacan, J. (1999). *O seminário livro 5: As formações do inconsciente* [1957-1958],(pp.367-382). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 6(17), 79-91.

Villano, L. A. B. (2015). Projeto “Atendimento à demanda ambulatorial em psiquiatria”. Mimeo.

Consequências clínicas da restrição espacial na enfermaria de psiquiatria sobre pacientes de longa permanência

Aline dos Santos Lopes *

Izadora Silva de Araújo **

Ingrid Vorsatz ***

Resumo

Esse trabalho tem o objetivo de apresentar os efeitos que as mudanças no espaço físico de uma instituição psiquiátrica pode acarretar nos diferentes sujeitos. Serão apresentados dois casos clínicos da Unidade Docente-Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Será relatado o antes e o depois da mudança no espaço físico da enfermaria de psiquiatria.

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

Introdução

A Unidade Docente-Assistencial de Psiquiatria (UDA de Psiquiatria), criada na década de 60 do século passado, é uma das unidades do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) que desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa através de equipe multidisciplinar de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e alunos da pós-graduação em extensão, especialização e residência de psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social. A UDA de Psiquiatria conta com três espaços de atendimento: o Ambulatório, a Enfermaria e o Centro de Convivência onde atuam psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

A enfermaria é destinada a internação de curta permanência, normalmente em torno de quatro semanas. A internação é feita através de solicitação do Ambulatório ou de encaminhamento de outras especialidades, que são avaliados por uma equipe multiprofissional de internação composta por médico, enfermeiro e assistente social. Na

* Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2019).

** Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2019).

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

Enfermaria, o usuário participa de oficinas, festas comemorativas, atividade em grupos realizados no espaço de atividades e convivência, além de atividades externas de caráter terapêutico conforme a noção de clínica ampliada. A presença dos familiares também é imprescindível na recuperação dos seus entes e para isso são reservados os espaços de visita e de grupo para familiares. O paciente internado poderá ter licença médica para passar o fim de semana em casa, sendo essa possibilidade discutida entre os profissionais que o acompanham, o próprio paciente e os seus familiares.

Caso de dois pacientes psiquiátricos institucionalizados decorrentes de abandono familiar

A seguir estaremos apresentando casos de dois pacientes que recorreram à internação, mas que diante das peculiaridades da clínica de cada um, não tiveram o apoio da rede familiar no que tange esse retorno e no cuidado que deveria ser disponibilizado fora da instituição.

Maria (nome fictício), paciente de aproximadamente 40 anos, iniciou o acompanhamento pela UDA de Psiquiatria em 2012, sendo internada em 2016 devido à piora de seu quadro clínico, com diagnóstico de retardo mental e lúpus eritematoso sistêmico. Maria vivia com a sua família na cidade do Rio de Janeiro, sendo seu pai o principal cuidador até aquele momento, mas no mês de dezembro daquele ano, durante o período da internação ele falece e o cuidado passa a ser de responsabilidade da irmã. Em 2016, o quadro clínico de Maria piora consideravelmente e sua irmã vê como alternativa interná-la na UDAPq-HUPE, apresentando-se no início bastante presente nos cuidados com Maria, mas no decorrer do tempo as visitas passaram a ser esporádicas até o momento da ausência total, ou seja, o abandono da paciente na instituição em março de 2016.

Maria apresentou uma piora no quadro clínico reumatológico e precisou ser transferida para a enfermaria de clínica médica, a irmã de Maria retorna ao hospital para buscá-la, mas como a paciente precisava permanecer internada, ela foi embora e nunca mais voltou. Em Junho de 2016 A equipe da UDA de Psiquiatria entrou em contato com uma das irmãs e comunicou a alta hospitalar, porém nenhum membro da família compareceu ao hospital para buscá-la. Após esse momento a equipe tentou novos contatos com a rede familiar de Maria através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social Aldaíza Sposati, porém não foi possível localizá-la. Desde então, Maria permanece internada na UDA de Psiquiatria em uma internação prolongada, fato esse que causa alguns desdobramentos, que serão apresentados logo adiante.

João (nome fictício), outro paciente de 45 anos, foi internado na UDA de psiquiatria em 2015 quando veio transferido de outro hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. João é um paciente com diagnóstico de esquizofrenia, com história de institucionalização desde 2006 em Barbacena/MG. Em 2014 o tio de João recorreu ao Ministério Público do Rio de Janeiro para fazer a transferência para uma clínica no Rio de Janeiro, após esse momento ele foi encaminhado para a Clínica da Família e para o CAPS UERJ. João se sentia muito perseguido, por isso não comparecia nas consultas e atividades do CAPS. Em 2015, João foi internado no Hospital Municipal Phillippe Pinel e transferido para UDA de Psiquiatria, instituição na qual permanece até hoje.

Os familiares do paciente costumam visitá-lo e João expressa para eles o desejo de ir embora, porém os mesmos se negam levá-lo para casa de sua avó materna, uma senhora de idade com quem o paciente residia, recorrendo à situação financeira e aos desentendimentos entre as pessoas da família que vivem na mesma casa, para justificar tal impossibilidade. Hoje João aguarda a residência terapêutica, mas constantemente ressalta o desejo de voltar para a casa da avó paterna, pois a mesma parece ocupar um lugar importante em sua vida.

Mudanças no espaço físico e seus efeitos na clínica.

Ambos pacientes apresentam-se institucionalizados e vivenciaram diferentes momentos na internação. Faremos um recorte temporal do segundo semestre de 2018, quando iniciamos o trabalho no setor de psiquiatria decorrente do rodízio semestral das residentes, ressaltando algumas observações referentes ao processo da reforma no espaço físico da enfermaria de psiquiatria e aos efeitos nos diferentes sujeitos.

No segundo semestre de 2018, Maria apresentava-se muito comunicativa, quando percebia uma pessoa nova na enfermaria convidava para conversar e conhecer o seu quarto, o seu espaço. Dificilmente ocorria atrito com os outros pacientes ou com a equipe. Nos atendimentos era muito presente a questão da alimentação, solicitando constantemente a equipe e aos familiares dos outros pacientes que trouxessem alguma coisa gostosa para ela comer. Às tardes, Maria passeava pela vila da enfermaria de psiquiatria, conversava com os outros pacientes, assistia televisão no refeitório e em alguns momentos pedia para colocar uma música, cantava e fazia uma coreografia, apresentando-se leve e tranqüila e participativa frequentemente das diferentes atividades.

Com o início da obra o espaço físico ficou muito restrito, estando disponível apenas três leitos, o de Maria que fica no mesmo espaço do posto da enfermagem, o de João e o

leito de emergência que fica ao lado do posto de enfermagem. As mudanças no espaço físico acarretaram impactos muito peculiares nas clínicas dos pacientes em questão.

Após a mudança de espaço físico, Maria começou apresentar, alucinações visuais e auditivas e piora no quadro clínico em geral. Constantemente apresenta irritabilidade e agressividade em relação à equipe, por se sentir muitas vezes incompreendida ou contrariada pelos profissionais. Diz se sentir triste e com vontade de voltar pra casa, conta como era a sua vida e como o pai era uma figura fundamental, pois lhe dava muita atenção e carinho. Algumas vezes Maria sente a presença do pai, quando está em seu quarto, ouvindo a sua voz e conversando com ele, olhando para um ponto como se estivesse o vendo. Outra característica perceptível apresentada por Maria após a mudança no espaço físico da enfermaria é a perseveração, característica de sua clínica que é interpretada pela equipe como ‘desobediência’. Essa interpretação tem desdobramentos, visto que a paciente associa a internação como um castigo pela sua desobediência, e até mesmo como um castigo que ela precisa cumprir.

Frequentemente Maria porta consigo alguns papéis e os guarda embaixo do colchão, conduta que era vista por parte dos outros profissionais como mero “costume”, mas que quando indagada pela equipe de psicologia, foi possível entender o significado que aqueles papéis tinham para ela, diz que guarda os papéis porque em algum deles, pode ter o endereço ou alguma informação sobre o seu pai, ou seja, vive na busca constante pela presença dele.

Em 2018, João apresentava-se bastante reservado, dizendo que vários profissionais já passaram pela psiquiatria e que nunca ninguém resolveu o seu problema, ressaltava que não tinha mais nada para falar. Fechava-se no quarto e saía apenas quando era necessário e dificilmente conversava com os outros pacientes. Durante os atendimentos João falava sobre a internação em Minas Gerais e sobre a impossibilidade de fazer as coisas após uma cirurgia no testículo.

Na mudança do espaço físico, na limitação de pessoas e de espaço, ocorreram também mudanças na clínica de João. No decorrer da internação no novo espaço da enfermaria, o paciente começou a solicitar mais a equipe, a solicitar com mais frequência para acompanhá-lo até a lanchonete quando queria comprar alguma coisa, a buscar mais o atendimento e falar sobre alguns pontos que nunca havia dito antes, como a sua relação com a avó e com o pai quando ele ainda era criança, como aconteceu a cicatriz na mão que para ele é insuportável conviver e a necessidade de quebrar vidros.

Em um dos atendimentos, João conta que quebrou um vidro na noite anterior. Quando indaguei o motivo que o levou a fazer isso, o mesmo diz que isso o alivia e que faz

isso para tentar tirar uma cicatriz que tem na mão. Diz que quando tinha 18 anos foi trabalhar com o tio, nesse lugar tinha um elevador e ele precisava segurar a corda, mas de repente o elevador desceu e ocasionou um corte profundo em sua mão, que depois virou uma cicatriz. Cicatriz que para ele é insuportável, impossível conviver.

Há alguns anos, João relata ter sido submetido a uma cirurgia no testículo e precisou retirá-lo, cirurgia essa que, segundo ele, o impossibilita de realizar qualquer coisa na vida. É notório que foi retirado uma parte do corpo que está ligado ao viril, ao fálico, que designa o sujeito masculino. Para o paciente psicótico uma intervenção sobre o corpo pode ser mais invasiva, além de não ter a possibilidade de simbolizar. Para João não há como simbolizar a castração real no corpo, não há como se inscrever uma falta, uma falta se inscreve no registro simbólico, e quando foi retirado um dos testículos do paciente, não resta um corpo com a ausência de uma parte, é como se nada restasse. João caminha de forma desequilibrada, como se estivesse caindo para um lado. Ele diz ficar desequilibrado devido à ausência do testículo, ou seja, a ausência do testículo gera um desequilíbrio real.

Clínica da esquizofrenia e do retardo mental

Veremos agora a clínica da esquizofrenia e do retardo mental sob a teoria psicanalítica. E como funciona tanto a esquizofrenia como o retardo mental nas suas estruturas psíquicas, ou seja, a psicose.

Podemos ver nos textos do momento estruturalista de Lacan de 1954, 1955 e 1958, que as elaborações referentes à esquizofrenia privilegiaram a alteração na função do imaginário como não sendo consistente, como aquilo que não passou pelo simbólico. Podemos diferenciar a esquizofrenia da paranoia na sua relação com o eu. Na paranoia, cujo simbólico também não é operante, há um eu muito consistente, já na esquizofrenia não há a sustentação do eu, porque não houve a fixação de uma imagem unificadora, permanecendo aquém da alienação imaginária do eu. Sendo assim, a imagem não detém o corpo, não desempenhando sua função de estruturação do corpo ao fixar um contorno totalizante. Refere-se à fragmentação do imaginário e partes separadas do corpo que funcionam sozinhas, não articuladas pelo simbólico (Generoso, 2008).

O que permitiria certa consistência da linguagem na vertente imaginária seria essa libido. Essa inconsistência imaginária sugere uma relação direta da linguagem com o real que não foi separado pelo simbólico, no sentido de poder representá-lo simbolicamente. É nesse nível que se apresenta a dimensão da linguagem não articulada ao apelo, expressando-se na fala sem a intenção, sem entonação, pois não há o investimento da libido imaginária (Generoso, 2008). Podemos verificar em muitas falas de esquizofrênicos, essa

dimensão da linguagem que não foi investida libidinalmente, tal como a falta de interesse pelo mundo, como se mostrava João.

Já no retardo mental, a manifestação psíquica do sujeito revela uma relação com o Outro estabelecida de uma maneira tão submissa a tal ponto de o sujeito estar impedido de se orientar pelo próprio desejo. Trata-se, desse modo, de um sujeito que sempre responde às demandas alheias, um funcionamento que revela uma posição psíquica particular e diferenciada (Berlinck & Sanches, 2010).

O retardo mental é uma posição do sujeito frente à falta apreendida por ele na relação especular com o Outro primordial e pode ocorrer nas três estruturas, já que estas são determinadas pelo significante. Na neurose, a posição imaginária manteria a relação especular com a mãe. Na psicose e na perversão, seria a última máscara antes do desvelamento da estrutura (Berlinck & Sanches, 2010).

Considerações finais

Podemos verificar como a restrição de um espaço físico pode afetar diferentes pacientes. No caso de João foi verificada uma melhora do seu quadro clínico, se mostrando mais receptivo aos atendimentos. No entanto, no caso de Maria pode-se notar o surgimento de questões referentes ao seu quadro clínico, como alucinações.

Além disso, temos ainda a questão de, anos após a reforma psiquiátrica, existir dois pacientes internados em uma unidade psiquiátrica durante dois anos. Claro que encontramos questões familiares que contribuíram para que isso ocorresse, mas também nos faz pensar em que soluções poderiam ter sido criadas para retirar esses pacientes desse ambiente institucional, que pode estar comprometendo o quadro clínico de ambos.

Referências bibliográficas

Generoso, C. M. (2008.) O funcionamento da linguagem na esquizofrenia: um estudo lacaniano. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 267-281, jul./dez.

Berlinck, M. T. & Sanches, D. R. (2010) Debilidade mental: o patinho feio da clínica psicanalítica. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 259-274, jul./dez.

O residente de psicologia no NAI: transmissão e sustentação de um trabalho orientado pela psicanálise

Renata Martins*

Luiza Soares**

Renata Fidelis***

Resumo

O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) constitui-se por um serviço com proposta de assistência integral ao idoso, a partir de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Para sustentar esta proposta, o NAI prevê uma metodologia de trabalho que conta com diversos dispositivos institucionais, nos quais se pretende promover a circulação da palavra na equipe de saúde. No presente trabalho, destacamos um destes dispositivos: o Grupo Encontros com a Saúde (GES), um grupo de educação em saúde com idosos, que é uma das ramificações do Projeto de Promoção da Saúde (PPS). O presente trabalho tem como objetivo expor e discutir as dificuldades e embaraços com os quais nos deparamos enquanto psicólogas residentes inseridas nesse espaço multiprofissional e interdisciplinar, sobretudo quando éramos convocadas a fornecer uma resposta técnica. Partimos de um questionamento que nos acompanhou ao longo desta experiência: há lugar para o sofrimento em um espaço onde a saúde parece ser um imperativo? Orientadas pela psicanálise, entendemos que esta se coloca enquanto uma práxis e não como uma técnica - no sentido de uma perícia. Antes, um trabalho orientado pela psicanálise é pautado por uma ética, sustentada a cada vez. Por fim, destacamos o lugar fundamental da experiência em uma formação orientada pela psicanálise.

Palavras-chave: residência em psicologia; trabalho multidisciplinar; psicanálise; saúde do idoso

* Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

** Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

*** Preceptora do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

Introdução

Fundado em 1990 como ambulatório de geriatria do HUPE, o Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) é um serviço de saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), cuja proposta é oferecer atenção integral à saúde da pessoa idosa. Para tal, é proposta uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, que conta com a atuação de profissionais residentes de três programas distintos, quais sejam: Especialização em Psicologia Clínica Institucional na modalidade Residência Hospitalar, Residência Médica em Geriatria e Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Os dois primeiros tratam-se de programas uniprofissionais e o último, um programa multiprofissional, que conta com profissionais da enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social.

O NAI engloba diferentes cenários de atuação: o ambulatório de saúde do idoso e o ambiente hospitalar, mais especificamente, a inserção da equipe de geriatria no setor da cirurgia vascular. No entanto, neste trabalho trataremos da experiência de residentes de psicologia inseridas no ambulatório do NAI, entendendo-o como um lugar não apenas de atenção à saúde, mas de treinamento de profissionais e produção de conhecimento sobre o envelhecimento - vale destacar, sem nunca perder de vista o prisma do cuidado e da promoção de saúde.

Segundo Castilho (2016), o ambulatório, como um espaço “dentro-fora” da estrutura hospitalar, pode proporcionar, em alguns momentos, um ambiente mais passível de interlocução entre os diferentes membros da equipe multiprofissional e interdisciplinar. A partir de uma lógica de trabalho institucional que prevê diversos dispositivos os quais podem fazer a palavra circular entre a equipe, o NAI entende como metodologia de trabalho multiprofissional: reuniões de final de turno, grupos de estudos multidisciplinar e de cada área, reuniões multidisciplinares de ambulatórios específicos, projeto de promoção da saúde e grupos de educação em saúde. São diversos espaços nos quais se pretende promover o debate interdisciplinar acerca de casos ou situações-problema.

Os residentes de psicologia se inserem em todos estes espaços, sendo um momento privilegiado de formação - são neles que ocorrem os mais variados pedidos ao profissional da psicologia. Seja um pedido de atendimento, seja o pedido de uma resposta técnica, somos convocados a falar do lugar de especialistas.

O presente trabalho pretende problematizar a prática, sobretudo institucional, do residente de psicologia no ambulatório de saúde do idoso, ressaltando os embaraços com os quais nos deparamos, mas também os caminhos possíveis de sustentar um trabalho

orientado pela psicanálise num ambulatório multidisciplinar. Nossa reflexão partirá da participação das psicólogas residentes em um grupo de educação em saúde, a partir da pergunta: há lugar para o sofrimento em um espaço onde a saúde parece ser um imperativo?

Para tal, pretendemos sustentar a condição da psicanálise enquanto uma práxis, como formalizou Lacan (2008), como “o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico” (Lacan, 2008, p. 14). Trata-se, portanto, de abordar o real - encarnado no sintoma, nos tropeços, nos impasses - através do registro simbólico, vale dizer, o campo da palavra e da linguagem.

Pretendemos sustentar que é justamente por ser uma práxis, isto é, apenas sustentada numa prática, em ato, que a psicanálise não age segundo uma técnica - no sentido de uma perícia. Antes, um trabalho orientado pela psicanálise trata de uma ética, sustentada a cada vez.

Sustentar um trabalho orientado pela psicanálise num ambulatório de geriatria: a experiência num grupo de educação em saúde

Enquanto residentes de primeiro ano inseridas no NAI, participamos do Projeto de Promoção da Saúde (PPS), o qual tem uma vertente que se desdobra em um grupo de educação em saúde com pessoas idosas. O Grupo de Encontros com a Saúde (GES) caracteriza-se por um grupo fechado, atualmente com 14 idosos participantes, com os quais são realizados encontros semanais, onde são abordadas diversas temáticas acerca da saúde numa perspectiva ampliada.

O GES integra processo de formação da residência profissional em saúde (tanto a de saúde do idoso, quanto a da Psicologia clínica institucional), através do exercício multiprofissional e interdisciplinar na troca e compartilhamento de conhecimentos, planejamento de atividades e coordenação dos encontros. É composto por uma equipe multiprofissional de residentes e preceptores das áreas de nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço social.

As temáticas a serem abordadas são discutidas e decididas em reuniões semanais de planejamento com todos os membros da equipe. A cada encontro, há um coordenador e um co-coordenador, preferencialmente de categorias profissionais distintas, que são responsáveis pela condução do grupo. Os demais membros da equipe se distribuem nas seguintes funções: relatoria, fotografia, recepção, conferência de materiais e apoio. Ao término de cada encontro, há uma reunião em que se discute e avalia se os objetivos

definidos foram atingidos, se o planejamento foi executado conforme idealizado e o que surgiu no grupo a partir de nossa intervenção, com o objetivo de pensar a prática.

Como todas as categorias profissionais que participam do GES, as residentes de psicologia são convocadas em diversos momentos ou para tratar de uma situação difícil que ocorre no grupo, ou para abordar assuntos que os outros profissionais sentem-se desconfortáveis para tratar, em uma suposição de que a psicologia teria um saber de antemão para tratar de tais questões.

O atual grupo de idosos do GES diferencia-se de outros formados em anos anteriores. Isto porque foi a primeira vez em que a inscrição no grupo se deu através da UnATI, sendo reconhecido como uma oficina deste espaço. Em outros anos, a inscrição era feita no próprio ambulatório do NAI. Isto, por si só, já implicou numa grande diferença em relação ao público atingido pelo GES - antes, com a presença de idosos mais “frágeis”, marcados por muitas comorbidades de tratamento prolongado. O grupo com o qual atuamos no GES tinha, em sua maior parte idosos que não são inseridos no NAI, com a exceção alguns. Gostaríamos de nos atentar, mais especificamente, para a inserção de João^{*}.

João é um senhor de 75 anos de idade, inserido no NAI desde maio de 2018, atualmente sendo acompanhado pela medicina, psicologia e serviço social. A participação de João no GES foi sugerida por uma assistente social que o acompanha sob a injunção de que “*seria muito bom para sua auto estima*” e de que “*fará muito bem para ele*”.

Inicialmente, João apresentou-se de forma muito cômica e descontraída, tendo participado de boa parte do primeiro encontro do GES e saindo uma hora antes de seu término, dizendo que precisava voltar para casa, “*pois morava muito longe*”. A equipe logo demonstrou o incômodo com a saída precoce de João. Ele retornou no encontro seguinte e, assim como no primeiro, saiu uma hora antes do término, dizendo que precisava voltar porque “[*sua*] *esposa estava em casa e precisava ficar com ela*”. Mais uma vez, apareceu na fala de diversos membros da equipe o incômodo com a situação e, ainda, diversas suposições de qual seria “a real causa” por trás da saída precoce de A. Havia por parte da equipe uma excessiva preocupação com sua “depressão”, diagnóstico este trazido em sua fala e que culminou no encaminhamento à psicologia, onde faz acompanhamento há um ano.

Orientadas pela psicanálise, entendemos que cada sujeito tem uma forma singular de se posicionar no laço social. Nossas falas nestes momentos iam na direção de apostar em João, de que, talvez, quando chamado a falar, em algum momento pudesse ou não sustentar

* Nome fictício

participar do grupo. E que, quando participasse, seria de sua forma singular. Com relação à equipe, procuramos apontar que o incômodo com esta situação estava surgindo do nosso lado e que talvez para sustentar a presença de João no grupo, nós, enquanto equipe, tínhamos que suportar sua forma peculiar de participação.

No quarto encontro, João participou pela primeira vez até o final do grupo. Tratou-se de uma atividade em intitulamos “Os sentidos da vida”, na qual abordamos os cinco sentidos através de uma atividade em que os participantes testavam em si diversos estimulantes de cada um dos sentidos. Há uma foto emblemática registrada na qual João tenta escutar seu próprio coração com um estetoscópio. Num segundo momento, foi pedido que os participantes escolhessem um dos objetos que mais lhe chamaram atenção. João escolhe o estetoscópio para dizer “*não escutei bater meu coração. Será que estou morto?*”. O que foi considerado um gracejo pelo grupo, pôde ser ouvido pelas psicólogas residentes como algo que falava de João, que, constantemente falava de uma aridez em sua vida após a perda de seu emprego. Aliás, é após este episódio que situa o início de sua “depressão”.

João seguiu participando do grupo, sustentando ficar até o final dos encontros, mas atraindo os olhos apreensivos da equipe a cada vez que se levantava “*apenas para ir ao banheiro*”, como fazia questão de justificar. Semana após semana, João sempre aparecia na fala da equipe do GES como alguém “*para termos atenção*”, ou perguntando *se “ainda faz terapia”*. Nesses momentos, nos encontrávamos com a dificuldade do quê e como transmitir algo para equipe. Pois se por um lado apostávamos, a cada semana, a chamar João para a conversa, fazê-lo falar e, sobretudo, escutá-lo; por outro, a cada vez que João se posicionava e escancarava seu mal-estar, seu sofrimento, a equipe sentia-se paralisada. Um incômodo, é preciso destacar, que surgia do lado da equipe, já que os outros pacientes podiam acolher as falas de João. Cabe retornar à pergunta que norteou nosso trabalho: há lugar para o sofrimento num espaço de saúde?

É neste ponto em que um trabalho orientado pela psicanálise em um ambulatório de saúde do idoso apresenta-se sobremaneira distinto das demais terapêuticas oferecidas aos usuários do serviço. A especificidade do trabalho da psicanálise encontra-se na medida em que esta não concebe o idoso enquanto categoria social construída orientada a sanar os déficits. Isto é, não concebe o idoso como objeto de cuidados, que poderia levar a certo silenciamento da velhice e daquilo que ela revela (as perdas, os limites, a finitude). A proposta da psicanálise é justamente escutar este idoso enquanto sujeito dividido, do inconsciente e do desejo, dando lugar à sua dimensão subjetiva, para além de suas comorbidades (Castilho, 2016).

Considerações finais

Ao pensar caminhos possíveis para a psicanálise, Freud (1996) já previa que a inserção do discurso analítico num espaço público de saúde e de grande abrangência levaria a uma inevitável fusão entre o “ouro puro” da psicanálise com o “cobre da sugestão direta”. Isto é, o analista numa instituição pública de saúde atua a partir da especificidade desta clínica - nunca fora desta. Porém, já nos advertiu Freud (1996), sejam quais forem os elementos dos quais o tratamento analítico num espaço público possa se compor, os “ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa”. (Freud, 1996, p.181).

O presente trabalho pretendeu fazer ver os embaraços com os quais nos deparamos ao tentar sustentar uma prática orientada pela psicanálise num grupo de educação em saúde, que não se trata do que poderíamos chamar o dispositivo “clássico” da psicanálise. O que se pôde propor neste cenário?

De partida, é preciso reconhecer um limite em nossas intervenções, já que não se tratavam de pacientes em tratamento conosco, nem de um grupo terapêutico. Nossa atuação foi no sentido de tentar garantir que algo do singular de cada participante pudesse aparecer e de intervir junto à equipe quanto ao posicionamento que tomamos diante de algumas situações. Na visada de transmitir algo da psicanálise, o que não se esgotou em uma ou duas intervenções, mas que tentamos sustentar a cada vez, a cada reunião, a cada encontro com o grupo - com todos os embaraços que isto comporta.

O que nos pediam, muitas vezes, era da ordem de uma resposta técnica pré-concebida. No entanto, pudemos insistir com a pergunta, valorizando e introduzindo questões sobre o pedido em si. Com o objetivo não de responder e calar a questão, mas intervir de forma a abrir o discurso da equipe, nos incluindo nesta a partir deste lugar de estranhamento. Assim, um trabalho orientado pela psicanálise está na visada de uma práxis, no sentido de que é um campo que só existe quando sustentado a cada vez.

Freud (2011) ao tratar do caráter da psicanálise como ciência empírica nos coloca que:

A psicanálise não é como um sistema filosófico, que parte de conceitos fundamentais claramente definidos, procura com eles apreender o mundo como um todo e depois, quando completado, não tem mais lugar para novos achados e melhores percepções. Ela se atém aos fatos do seu âmbito de trabalho, busca solucionar os problemas imediatos trazidos pela observação, segue tateando com base na **experiência**, está sempre incompleta, sempre disposta a ajustar ou modificar suas teorias (Freud, 2011, p.301, grifo nosso).

Segundo Rotstein e Bastos (2011), o vocábulo alemão utilizado por Freud, *Erfahrung* e “experiência” nomeiam o ato de vivenciar, travar contato com algo pelos próprios sentidos, ou o saber obtido dessa maneira. Tanto o vocábulo alemão, quanto o português têm raízes comuns na língua grega e latina e remetem-se a termos cujo sentido se deixa vislumbrar principalmente no termo alemão. Desde sua aparição até os dias atuais, '*fahren*' conserva o sentido predominante de 'viajar', 'percorrer uma extensão', via de regra, 'em direção a um lugar e por meio de algum veículo'. '*Erfahren*', portanto, passou gradualmente a designar também o ato de deslocar-se para colher alguma informação sobre alguém ou algo, para, finalmente, ter seu significado restringido a vivenciar, informar-se sobre algo por meio da percepção sensível, sem que esse ato tenha de ser precedido por qualquer atividade do experienciador - um expor-se sem saber de antemão o que virá.

Por fim, gostaríamos de destacar o caráter formador da experiência, que inquieta e que promove esta “viagem” da qual, neste outro momento de trabalho, pudemos recolher alguns ditos que apresentamos hoje.

Referências bibliográficas

- Castilho, G. (2016). Por que a psicanálise em um ambulatório de geriatria/gerontologia? In Bernardo, M. H. J. & Motta, L. B. (Orgs). *Cuidado e interprofissionalidade –uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa* (Núcleo de Atenção ao Idoso/UnATI-HUPE-UERJ). (pp. 323-348). Curitiba: CRV.
- Freud, S. (1996). Linhas de progresso na terapia analítica. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (2011) Psicanálise e teoria da libido. In Freud, S. *Obras Completas de Sigmund Freud*, vol.15. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923)
- Lacan, J. (2008). *O Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rotstein, E.; Bastos, A. (2011). A concepção freudiana de experiência. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [online]. 2011, vol.27, n.3, pp.371-380.

A práxis do psicólogo no NAI: considerações sobre o luto e velhice

Breno Dourado Homsí *

Heloísa Leão dos Santos **

Renata de Oliveira Fidelis ***

Resumo

Este trabalho foi elaborado a partir da inserção como psicólogos no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI). Tem como objetivo discutir aspectos relevantes no atendimento psicológico na velhice que comumente chegam por uma demanda relacionada às perdas e ao trabalho de luto necessário diante destas. A partir do texto *Luto e Melancolia* (2010) Freud situa que a necessidade de luto se faz diante da perda de objetos importantes ao sujeito. Através de fragmentos de um caso situamos como a aposentadoria abriu questões próprias do trabalho de luto e como este sujeito pôde se apropriar do espaço psicoterápico oferecido pelo serviço.

Palavras-chave: psicanálise; velhice, luto.

O presente trabalho tem como objetivo discutir, através de fragmentos de um caso atendido no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), aspectos referentes à velhice e ao trabalho de luto.

Chama-nos a atenção, enquanto residentes de psicologia inseridos nesse serviço, a quantidade de encaminhamentos à psicologia realizados pela equipe com termos como “depressão a investigar”, “humor deprimido”, “tristeza” e similaridades. Esses “diagnósticos” realizados pela equipe do serviço, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais trazem notícia de um mal estar que muitas vezes acompanha a velhice.

Conceituar a velhice não é tarefa das mais simples. Simone de Beauvoir enfatiza que essa fase da vida compreende uma dimensão existencial, modificando a relação do

* Psicólogo. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Saúde do Idoso – Modalidade Multidisciplinar. IP-UERJ. (2019)

** UERJ. Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2019)

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

indivíduo com o mundo e sua própria história, e uma dimensão biológica por implicar em alterações no organismo.

A velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. Em que consiste esse processo? Em outras palavras, o que é envelhecer? Esta ideia está ligada à ideia de mudança. [...] Mudar é a lei da vida. É um certo tipo de mudança que caracteriza o envelhecimento: irreversível e desfavorável - um declínio (Beauvoir, 1990, p.17).

Se a velhice marcada por um declínio do corpo é inerente ao ciclo da vida, seu recorte como um período separado da vida, com características próprias, se insere num contexto histórico e social. Groisman (1999) apresenta três tecnologias de diferenciação que contribuíram para a segmentação do velho como categoria: a geriatria/gerontologia, a instituição asilar e a aposentadoria. A geriatria-gerontologia parte de um discurso médico que legitima um campo de saber específico concernente à velhice. A instituição asilar, que separou os velhos de outros como os mendigos, loucos, órfãos, conferindo-os assistência mas também um outro estatuto. E finalmente a aposentadoria, que, baseada na idade cronológica ou tempo de serviço, homogeneizou uma categoria, expondo a importância do fator idade na cultura moderna.

[...] o fato é que a aposentadoria causou uma profunda modificação nos significados da velhice. Associando a velhice à invalidez, tornou a idade um fator determinante para o afastamento do indivíduo do trabalho, independentemente das suas reais condições de saúde (Groisman, 1999, p.52).

Importante indicar que essas três tecnologias têm sua importância na medida em que reconhecem especificidades no processo de envelhecimento. O avanço da ciência, por exemplo, permitiu que o declínio cognitivo não fosse genericamente designado como “senilidade”, termo preconceituoso que encerrava, outrora, numa única adjetivação, uma complexa conjuntura de fatores diante dos quais não havia muito a se fazer. Por sua vez, as instituições asilares configuram um assunto que é verdadeiro tabu. Entretanto, diante de mudanças tão sérias no panorama da sociedade - sobretudo a expectativa de vida aumentada e a baixa natalidade - essa modalidade precisa ser pensada como uma medida salutar quando esgotadas outras alternativas. A velhice de um sujeito pode ser marcada por inúmeras perdas, corporais e sociais, colocando-o numa posição de muita dependência, o que torna imprescindível refletir sobre como acolher esses casos. E a aposentadoria - nome que costuma ser acompanhado, no âmbito das leis, de termos como “voluntária”,

“compulsória”, “por invalidez”, “por incapacidade” - pode ser, de fato, uma medida incontornável¹. De qualquer forma, essas tecnologias operam como significantes na cultura. No que são introduzidos no simbólico, podem ser fonte de angústia e mal-estar. Consultar-se com um médico “geriatra” pode fazer retornar, para alguém, a ideia de que ele agora está velho; as instituições asilares podem se afigurar como um destino cruel; e, a aposentadoria, como sinônimo de um não-lugar no laço social.

Carlos tem sessenta e sete anos e é encaminhado pela equipe por queixa de tristeza após aposentadoria. Na primeira entrevista, fala que tem esquecido coisas e que nunca imaginou que ficaria assim, se referindo à tristeza que sente. Essas queixas começaram há três anos, quando foi despedido do local que trabalhou por mais de vinte cinco anos. Conta que já era aposentado, mas continuou trabalhando e, na ocasião de sua demissão, devido a um desentendimento pessoal, ninguém que o conhecia há tanto tempo foi capaz de defendê-lo. Carlos fala pouco, e após vinte minutos, diz que já falou demais e pergunta se já pode ir embora.

Freud, em *Luto e Melancolia* (2010), descreve o luto como a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade ou um ideal. Ele ocorre pelas mais variadas razões: pela perda de um objeto amado ou de um laço social, pela queda dos ideais de si e do outro, pela imagem corporal que se modifica, pela própria análise. O luto é um trabalho que se impõe ao sujeito na medida em que seu objeto de investimento já não encontra correspondência na realidade; sendo assim, é preciso retirar a libido dessa ligação. Esse desinvestimento, no entanto, não ocorre sem hesitação por parte do sujeito, que, na tentativa de prolongar a existência psíquica do objeto, superinveste as lembranças e expectativas que concernem à pessoa amada (e às outras representações de objeto). O luto é um doloroso trabalho psíquico que se impõe e o sujeito é convocado a realizar. Dito de outra forma, o luto é um trabalho a partir da perda, e um dos fatores que o torna tão difícil de encarar é que ele atualiza uma perda que é de estrutura. Que o objeto seja desde sempre perdido e que o sujeito se lance à empreitada de reencontrá-lo, nisso consiste a mobilização do desejo. A cada perda, no entanto, o sujeito é relançado à falta que o funda. A dificuldade nessa tarefa, por outro lado, pode sinalizar a recusa do sujeito de deixar o objeto cair - já que, para alguns, isso pode equivaler a perder sua referência, seu lugar no campo do Outro.

Em o *Mal-estar da civilização* (2011) Freud enumera as três causas de infelicidade: a fragilidade corporal, a impotência frente às forças da natureza e as relações humanas. A velhice é frequentemente marcada por tais contingências, com perdas significativas e concomitantes, que lançam o sujeito em um encontro com algo do registro do Real,

demandando uma articulação simbólica. Diante disso, “A depressão é uma resposta possível ao trabalho inoperante do luto, mas não a única, e que deve ser tomada sempre como particular.” (Mucida, 2014, p. 155).

A diferenciação entre sentimento de luto e trabalho de luto (Lacan, 2005) é um operador clínico importante, pois a experiência nos ensina que um luto não-elaborado pode levar a estados depressivos ou produzir sintomas. Que o sentimento de luto possa se desdobrar em trabalho de luto, eis a direção do trabalho analítico.

O trabalho, na fala de Carlos, ocupava um lugar de investimento que lhe foi retirado “*por uma desavença com o novo síndico*”. É interessante sublinhar que o significante “aposentadoria” vem da equipe do serviço; o significante do sujeito nesse caso é “*tristeza após demissão*”. Não se esquece de que é aposentado, por isso não foi procurar um novo emprego tão logo demitido, mas se sente na posição de demitido, o que certamente não tem o mesmo efeito.

Após a primeira entrevista, Carlos volta durante algumas semanas, repetindo, de diversas maneiras, a história de sua demissão e seu percurso de trabalho. Trabalhou desde os quinze anos, mas antes já ajudava o pai na roça. Por vezes, fala sobre seus filhos, dos quais sente muito orgulho por estarem todos formados e bem criados. Diz que começou a tomar um remédio para a tristeza. A médica disse que com a melhora da tristeza o esquecimento pode passar, mas Carlos acha que não: “*o remédio é voltar a trabalhar*”. Repete que o desejo de voltar a trabalhar “*não é por causa do dinheiro*”. Assim como na primeira entrevista, após aproximadamente vinte e cinco minutos, Carlos olha para o relógio e diz que já falou demais.

Sobre o impacto da aposentadoria para certos sujeitos, Mucida (2014) indica:

[...] mesmo que a aposentadoria não se iguale a velhice, não podemos de nos esquecer de que aquela, como o fim de um determinado laço social, não deixa de ter efeitos importantes sobre alguns sujeitos, sendo comum a demanda de análise nesse momento (p.34).

Após um intervalo de quase três meses sem comparecer, Carlos telefona e pede desculpas por não ter conseguido vir na semana anterior. Pergunta se pode ir no dia seguinte no horário de seu atendimento. Comparece falando que está muito triste e preocupado. Não fala sobre isso em casa e questiona o que pode fazer para melhorar disso. Além de falar sobre o trabalho, que localiza como o início desse quadro que apresenta, traz histórias de sua infância e família. Em determinado momento diz: “*eu tenho um caderno e há algum tempo tenho pensado em escrever a minha história, aí eu fico pensando: começo*

como? escrevo local que nasci? Nome do meu pai e da minha mãe? Queria que a senhora me ajudasse”. Essa pergunta nos parece um marco da entrada de Carlos no dispositivo analítico, incluindo a psicóloga em um trabalho de escrita neste enquadre.

Fiquemos com a pergunta de Carlos: o que pode fazer para melhorar disso? Nossa aposta é o convite de vir falar e que o sujeito possa reescrever sua história e, através de significantes, contornar o vazio diante das perdas.

Notas

¹ Vale observar que a “aposentadoria” não está condicionada à velhice enquanto idade cronológica. Um desportista pode estar “velho demais” para a prática de seu ofício, quando sua idade pode ser de 30 ou 40 anos.

Referências bibliográficas

Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In Freud, S. *Obras completas - Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos*. (Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (obra original publicada em 1914-1916)

Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras. (obra original publicada em 1930)

Groisman, D. (1999). Velhice e história: perspectivas teóricas. In *Caderno do IPUB*, 10(2), 43-56.

Lacan, J. (2005). *O seminário livro 10: A Angústia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. (seminário original proferido em 1963-1963)

Mucida, A. (2014). *O sujeito não envelhece - Psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Psicanálise e Hospital: entre as urgências da medicina e o tempo do sujeito

Leiliane Ribeiro Cardeal*

Renata O. Fidelis**

Resumo

As reflexões deste trabalho iniciam-se com a pergunta sobre a viabilidade de articulação entre os discursos da psicanálise e da medicina no hospital. Diante da urgência para se preservar a vida e da pressa da medicina que corre contra o tempo, apresentamos como objetivo deste texto debater sobre a possibilidade de inserção de outra temporalidade que vise escutar o sujeito em seu sofrimento. A partir de uma vinheta de caso clínico atendido pela equipe clínica do Núcleo de Atenção ao Idoso e sob referencial teórico psicanalítico, busca-se abordar algo das questões que confrontam os pacientes nesse cenário de urgências, que remete à castração e a finitude, e conclui-se que desse processo pode fazer urgir o falar desde que o sujeito encontre para quem endereçar.

Palavras-chave: psicanálise; hospital; urgência; tempo.

Introdução

As reflexões deste trabalho iniciam-se com a pergunta sobre a possibilidade de articulação entre os discursos da psicanálise e da medicina no hospital. Diante da urgência para se preservar a vida e da pressa da medicina que corre contra o tempo, é possível a inserção de outra temporalidade que a escuta exige a partir do referencial psicanalítico?

O interesse por tais questões surge a partir da experiência como residente de Psicologia Clínica Institucional, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, onde a atuação se dá no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), Cirurgia cardíaca, e Plantão Geral, enquanto cenários de prática. No presente trabalho será apresentada uma vinheta do relato de caso acompanhado na enfermaria pelo NAI.

No hospital, a equipe multiprofissional do NAI atua no atendimento a solicitações de parecer pelos diversos setores da instituição, e se insere atendendo idosos com uma

*Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019)

**Psicóloga. Supervisora/Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. Integrante da equipe clínica do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI)/Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ). Supervisora/Preceptora da área de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso NAI/UnATI/UERJ.

clínica de alta complexidade, e seus familiares, na Enfermaria de Cirurgia Vascular, onde partilha do espaço com a equipe vinculada à cirurgia. No caso da Psicologia, as solicitações de atendimento chegam através de encaminhamentos da equipe de saúde, demanda espontânea do paciente, ou quando a própria equipe da psicologia percebe alguma questão que indique a entrada da escuta.

Há uma radicalidade significativa neste espaço, no que diz respeito à experiência vivida por aqueles que ali estão internados, em função da gravidade clínica em que muitos casos se desdobram. Não são raras as complicações que levam a amputações de membros, cronificação do estado geral de saúde e morte, sem que haja tempo para qualquer tipo de elaboração sobre isso, seja para os pacientes, familiares ou profissionais.

Nesse tempo de trabalho foi possível perceber as ocasiões em que somos convocados, de uma maneira geral direcionando o atendimento para aqueles pacientes vistos como "chorosos", "queixosos", para os que "falam demais, perguntam demais", "para os que negam cooperação durante exames e avaliações", ou ainda, para aquelas situações em que estão diante de um prognóstico difícil, quando as possibilidades de intervenções curativas se encerram.

Com relação a isso, Lacan (1998) dirá que o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial. Situando a psicanálise como uma espécie de ajuda exterior, acionada quando o saber médico se esgota. Moura (1996), em sua experiência com a inserção da psicanálise em hospitais, dirá que este trabalho exercido na instituição, é sustentado por um lugar que é ocupado enquanto uma "posição no discurso", que irá privilegiar o sujeito e será marcada pela possibilidade de pôr à prova a ética da psicanálise: "de não retroceder diante do desejo".

A escuta psicanalítica difere assim da do médico, pois não é dirigida, e não responde com significados ao sofrimento do sujeito, deixando que fique ao encargo dele falar sobre sua experiência, construindo um sentido para tal (Alberti e Americano, 2010).

Das urgências do tempo médico

Verificamos que na instituição hospitalar, principalmente nas unidades de cuidados intensivos e enfermarias, a dimensão do tempo cronológico é um imperativo ao qual estão submetidos médicos e pacientes, seja por questões referentes à clínica do doente ou por aquelas que escapam ao saber da medicina.

Seja no contexto das instituições públicas ou privadas, o médico estará diante da demanda de redução de custos e tempo de internação, da necessidade de liberação de leitos,

da disponibilidade de medicações e o tempo de espera por seus efeitos, dos recursos por vezes escassos ou inexistentes na rede, das ordens judiciais que impõe a urgência de atendimento a determinado caso, entre várias outras situações que atravessam sua atuação.

Em *A ciência e a verdade* Lacan (1998a), questiona o que teria se passado na constituição da ciência e qual seria a relação entre esta e a psicanálise, e interroga: o que se produziu de mudança na função do médico e como ele irá responder às suas determinações? Como o médico irá se ocupar daquilo que é inquantificável e não tem como ser demonstrado, quando a todo o tempo é solicitado a dar retorno de sua produtividade? Como a equipe poderá se ocupar do respeito ao sofrimento do homem, em detrimento das escalas de seu rendimento?

Sobre a função do médico, e o personagem constituído em cima deste, Lacan (2001) dirá que percebe uma modificação, que denuncia a queda de seu padrão, prestígio e autoridade, e quando o paciente o convoca trará também como questão o limite entre onde o médico deve agir e a que deve responder.

O tempo médico sofre a interferência de determinações externas, quando se assujeita a responder a demanda por produtividade, precocidade das altas em função de risco hospitalar ou liberação de leitos, fatores sociais, custos com a internação, entre outras questões que irão atravessar sua condução dos casos e possivelmente o prognóstico de muitos desses, o que se constitui também como um dilema ético para a medicina (Americano, 2010).

O tempo para o sujeito

Em um caso atendido na enfermaria de cirurgia vascular, Olga (nome fictício), paciente de sessenta e cinco anos, com histórico de um tratamento para câncer de mama, prolongadas internações e múltiplas comorbidades, chega acompanhada pela filha e interna com uma lesão no pé que implica necessidade de cirurgia de amputação. No decorrer da internação sofre queda dos parâmetros clínicos e passa a maior parte do tempo sonolenta, resistente às abordagens feitas pela equipe e pouco interativa. Apresento-me e digo que estou ali para saber como ela está. A paciente responde que não está "nada bem", diz que "não foi assim que planejou envelhecer". Pergunto sobre seus planos ao que ela fecha os olhos e se recusa a dar continuidade no atendimento.

Nos dias que se seguem o quadro agrava. Olga passa a recusar alimentos, sendo necessária introdução de sonda nasogástrica. Um tempo depois, ouve quando uma das médicas anuncia para sua filha que as possibilidades de intervenção em seu caso estão se esgotando e já não há muito o que investir. Consigo realizar um atendimento à Olga e ela

fala sobre "saber que está morrendo". Chora e diz sentir saudade dos netos, inclusive da mais nova que devido à idade não pode entrar na enfermaria. Depois diz ter muita vontade de tomar um sorvete de chocolate. Comunico seu pedido à equipe e esta se mostra sensibilizada. Providenciam um sorvete, e seus familiares que há muito tempo haviam se afastado dela por conflitos na relação, vêm visitá-la, com autorização para trazer sua neta. Olga me fala sobre estar se sentindo "importante". No atendimento seguinte pergunta se gosto de poesias e pede para lermos juntas.

Seguimos trabalhando com textos escritos por ela, em versos onde conta sobre seu desejo pela vida e se pergunta "*onde tudo se perdeu?*". Olga já não adormece diante da minha presença e fala agora de seus medos e das coisas que vem silenciando dentro de si. Ela me conta que sempre esteve à frente de todas as decisões da família e que hoje não decide nem a hora de fazer suas necessidades fisiológicas. Fala da perda de um grande amor e junto deste, de toda a poesia que era sua vida. Diz estar se dando conta de que não pode partir sem autorizar sua filha a viver e que esta será sua missão. Começa a apresentar melhora clínica e em alguns dias tem alta.

A partir do que Freud nos ensina em *Sobre a Transitoriedade*, onde ele dirá que: "O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo e que a limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição", podemos levantar a hipótese de que diante da notícia sobre o esgotamento de possibilidades de investimentos na vida, e na iminência da morte, algo se movimentou para a paciente situando a urgência de uma reconciliação com a família, o interesse por poesia ou pelo prazer de tomar um sorvete (Freud, 1996).

Para Moura (1996), a aposta no trabalho psíquico tem um objetivo: "transformar a urgência onde o sujeito não tem palavras" (p. 9). O confronto com a finitude que pode vir a paralisar e tensionar, também pode fazer urgir o falar, fazer situar algo para o sujeito desde que ele encontre para quem endereçar.

Quando escutamos os pacientes internados dizerem que estão sem chão, sem sentido pra vida, sem esperança ou desejo de viver, temos notícia do sentimento de "estar em colapso", tal como descrito por Freud, em *Nossa atitude perante a morte* (Freud, 2015). A morte se coloca como o limite para a vida, sendo assim, o momento do luto, é um tempo em que o sujeito se depara com o seu limite.

Em meio à pressa para atender às mais variadas demandas, médicos comunicam aos familiares e pacientes que passarão por cirurgias, amputações e procedimentos invasivos, que estes devem "*só assinar*" o termo de autorização para que as intervenções ocorram "*o mais rápido possível*". Muitas vezes é somente nesse momento que o paciente toma conhecimento da gravidade do que ocorre em seu corpo, horas antes de perder um pedaço

dele (Fidelis e Cardeal, 2019). Observam-se ainda as frustrações da equipe diante da perda de uma vaga no disputado centro cirúrgico do hospital quando um paciente se recusa a consentir os procedimentos e já não há mais tempo de preparar outro doente "*para ocupar o seu lugar*".

A confrontação com essas questões em um cenário que tanto remete à castração e a própria finitude insere o sujeito na divisão entre o compasso de um tempo cronológico que se passa diante de seus olhos - ainda que confinado em lugares onde muitas vezes nem sequer se sabe se é dia ou noite, se faz chuva ou sol - e de um tempo lógico, que se elabora num outro processo.

Em *O tempo lógico e asserção da certeza antecipada*, Lacan (1998b) localiza a constituição do sujeito numa dimensão temporal e nos fala sobre a importância de um tempo de escansão que se faz necessário entre o que ele chamou de instante de ver - primeira localização do sujeito; tempo para compreender - um tempo de hesitação, de confronto com o real; e o momento de concluir - que se dá a partir de um ato, de uma precipitação. Para Americano (2010), o que diferencia a pressa em psicanálise da pressa em medicina, seria o fato de que esta última urge em solicitar que livremos o paciente de seu sintoma, não vendo ali nenhum ato do sujeito e, portanto, não lhe supondo nenhuma função lógica.

Na rotina de atendimentos no cotidiano do hospital verifica-se que em meio às urgências o tempo para o sujeito compreender o que ali se passa, um (in)certo tempo de elaboração, muitas vezes não é possível frente à imposição do real que comparece no corpo, o que demarca ainda mais a radicalidade da experiência. Contudo, o tempo cronológico aponta para uma vida que é finita e que disso não podemos escapar (Americano, 2010).

Considerações Finais

No fragmento de caso apresentado vimos que Olga, com sua clínica crítica e desafiante para a equipe, interroga a ciência a partir de seu não-saber. Várias alternativas foram tentadas junto à paciente que se recusava a comer, que adormecia diante daqueles que tentavam abordá-la, levantando inúmeras hipóteses diagnósticas tomadas pelo seu quadro orgânico.

É importante destacar que o trabalho da psicologia junto à equipe multidisciplinar do NAI é construído no cotidiano do próprio trabalho, no caso a caso, nas reuniões de equipe, onde a cada vez há um esforço na tentativa de se transmitir algo de nossa clínica, amparada pelo estudo e pela supervisão. No acompanhamento da paciente citada,

entendemos que a possibilidade da nossa atuação só foi possível porque houve um acolhimento por parte da equipe para escutar nossas colocações nas discussões do caso.

Olga precisou percorrer um instante em que se viu diante de sua imobilidade, do horror das mutilações no corpo, das intervenções e do esgotamento de alternativas por parte da medicina. Precisou de um tempo para compreender que estava diante de uma retrospectiva de sua vida, que falava de suas escolhas, da forma como estava se relacionando com os seus, para finalmente concluir que precisava fazer diferente, e que não recuaria diante do seu desejo, por mais escasso que o tempo agora fosse.

Existe por parte daquele que mobilizado pelo seu sofrimento orgânico busca a medicina, uma suposição de saber dirigida ao médico, a quem o sujeito acredita que lhe dará respostas. Não há, portanto, muito com o que se surpreender, quando estes pacientes "adormecem" quando se deparam com alguém que os põe a falar de si mesmos. Todavia, o que de fato causa surpresa é que na maioria das vezes, estes sujeitos se dispõem a falar e acabam por encontrar o que ali procuravam: a si mesmos (Moretto, 2001). É diante da urgência de dizer, daquele sujeito que se faz emergir com sua fala e sua demanda de escuta, que o nosso trabalho encontra um lugar na corrida dinâmica da rotina de um hospital.

Referências bibliográficas

Alberti, S.; Americano, B. (2010, setembro). A psicanálise e a clínica nas urgências. *Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Curitiba, Paraná, Brasil, 4.

Americano, B. (2010). *Um estudo teórico-clínico acerca da psicanálise no hospital geral: os tempos do sujeito do inconsciente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Moura, M. D. De. (1996). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.

Fidelis, R.O; Cardeal, L.S.A.R. (2019, agosto) Urgências subjetivas em idosos numa enfermaria cirúrgica. *Congresso Científico do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 57.

Freud, S. (2015). Nossa atitude perante a morte. In: Freud, S. *Obras Completas* (Vol. XII). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1915).

Freud, S. (1996). Sobre a Transitoriedade. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das*

Obras Completas de Sigmund Freud. (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914-1916)

Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. In: Lacan, J. Opção Lacaniana - Revista Brasileira *Internacional de Psicanálise*, 32,8-14 (Obra original publicada em 1966)

Lacan, J. (1998a). A ciência e a verdade. In: Lacan, J. *Escritos* (pp. 869-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1965-1966)

Lacan, J. (1998b). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma (pp. 197-213) In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. (Obra original publicada em 1945)

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

Clínica e ensino: O lugar do residente no CAPS universitário

Juliana Melo dos Santos*

Ademir Pacelli Ferreira**

Resumo

Este trabalho tem como objetivo compartilhar minha experiência como residente no curso de Psicologia Clínica Institucional no Centro de Atenção Psicossocial CAPS-Uerj, trazendo algumas reflexões sobre o trabalho e o aprendizado possível durante a passagem pelo serviço. Enquanto residentes somos convocados a nos inserirmos na equipe, no trabalho e no cuidado dos usuários. Busco neste trabalho trazer uma discussão sobre o lugar do residente dentro deste dispositivo e o aprendizado construído nessa experiência de formação em serviço.

Palavras-chave: Residência em saúde; Saúde Mental; Clínica; Ensino.

Introdução

Tendo em vista uma nova configuração de atenção à saúde e de trabalho em equipe, o Sistema Único de Saúde (SUS), que é responsável pela qualificação dos profissionais de saúde, desenvolve juntamente ao Ministério da Saúde e o Ministério da Educação os programas de Residências Multiprofissionais e em área Profissional em Saúde. As residências têm como foco a formação de profissionais de saúde qualificados para a reorganização assistencial da saúde proposta pelo SUS. A implantação de financiamento regular, feito pelo Ministério da Saúde, para esse tipo de programa no Brasil e o investimento no seu potencial pedagógico e político objetiva privilegiar tanto a formação de profissionais quanto contribuir para a construção de um novo desenho tecnoassistencial do SUS (Alves, Devincenzi, Netto & Sousa, 2016; Brasil, 2006).

Os Programas de Residência em Saúde constituem uma pós-graduação *lato sensu* ofertada as categorias profissionais relacionadas à área da saúde, que se caracterizam principalmente pela formação em serviço. A residência compõe sua carga horária de

*Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ. (2019)

** Professor Associado do Instituto de Psicologia da UERJ. Coordenador do CAPS-UERJ. Supervisor do projeto no CAPS do Curso de Especializado em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ.

maneira a privilegiar a atuação do residente no campo, junto aos serviços de saúde, tendo sua carga horária distribuída de forma que oitenta por cento das horas são de prática em campo e vinte por cento de atividades teóricas ou teórico-práticas (Alves et al., 2016; Brasil, 2006).

Tratando mais especificamente do campo da saúde mental, o relatório desenvolvido pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, sustenta que a concretização dos princípios da reforma psiquiátrica vai passar também pela implementação de programas de desenvolvimento de recursos humanos na saúde. O relatório vai frisar a importância da formação de um novo trabalhador de saúde, mais sensível às diferentes dimensões do cuidado, e a residência em saúde aparece como modalidade de especialização que favorece a formação desses profissionais (Lima & Santos, 2012).

O Dispositivo CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário, um espaço de referência para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros que, em razão de sua severidade, justifiquem o tratamento num dispositivo de cuidados intensivos, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de seu território, realizar acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários, fortalecendo seus laços familiares e comunitários. Trata-se de um dispositivo extra-hospitalar, criado para ser substitutivo as internações psiquiátricas (Brasil, 2004).

O CAPS Uerj é um serviço universitário vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e por ter essa característica recebe estagiários, internos e residentes das diversas profissões de saúde. O serviço recebe o programa de residência multiprofissional em saúde mental, e residências uniprofissionais em saúde, como é o caso da residência em Psicologia Clínica Institucional. Estagiários, internos e residentes se juntam a equipe multiprofissional composta por profissionais de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, além deicineiras e cuidadores.

O trabalho multidisciplinar no CAPS

No campo da saúde mental o trabalho em equipe multiprofissional se mostra como elemento fundamental e desafiador dentro do serviço, sendo capaz de promover a interação entre os diversos profissionais e seus saberes. A lógica de organização do trabalho em

equipe de saúde mental busca romper com uma concepção de fragmentação da assistência, buscando desta maneira beneficiar o tratamento dos usuários. No dia a dia do trabalho somos convocados não apenas compor uma equipe formada por profissionais de diversos saberes, mas a buscar estabelecer uma troca entre esses saberes, usando a interdisciplinaridade enquanto estratégia no campo de trabalho, pois ela vai compreender um processo de troca de conhecimentos e uma integração mais profunda entre as disciplinas (Clementino, Miranda, Nascimento, Pessoa Júnior, & Santos, 2016).

[...] entende-se que as ações profissionais em saúde mental sofrem influência direta do processo de trabalho em equipe, seja ele multidisciplinar ou interdisciplinar. A inserção e a atuação profissional, tendo em vista sua especificidade, seja enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, entre outros, dentro da equipe de saúde, definem sobremaneira a condução e o desempenho de sua prática profissional cotidiana [...] (Clementino et al., 2016, p.5).

Trabalhar nesse espaço interdisciplinar vai exigir dos trabalhadores que integram a equipe lidar com pontos de vista diferentes e com orientações teóricas diversas, e é justamente essa característica que dá sentido a multiprofissionalidade, cada representante de seu campo profissional podendo sustentar as especificidades de sua profissão, mas ao mesmo tempo se reconhecendo como parte de um processo de trabalho coletivo (Lima & Santos, 2012).

Parte de meu aprendizado como residente de psicologia no CAPS foi de conseguir compartilhar um processo de trabalho multidisciplinar com a equipe, construir um trabalho comum com os profissionais de outras áreas, e simultaneamente manter algo de específico do fazer da psicologia, sustentando e aprimorando nesse espaço uma escuta clínica.

Dentro do trabalho multidisciplinar os residentes são convidados a contribuir nas diversas atividades desenvolvidas no CAPS, desde visitas domiciliares e atendimentos individuais, até atividades coletivas, oficinas e trabalhos no território. Um serviço universitário, como é o CAPS Uerj, vai ser enriquecido com as contribuições dos diversos residentes, internos e estagiários que passam pelo serviço. A oportunidade de transitar pelos serviços contribui positivamente para formação dos residentes, mas a entrada e saída de equipes de residentes a cada seis meses pode trazer também desvantagens para o campo, como romper o vínculo com usuários acompanhados pelos residentes, além de poder ocasionar uma descontinuidade nos projetos desenvolvidos pelas equipes de residentes.

Ser residente no CAPS

A experiência da residência se dá numa zona híbrida, onde o residente tem responsabilidades clínicas e compromissos com o trabalho, mas por outro lado, não responde formalmente da mesma maneira que os trabalhadores contratados. Se por um lado é necessário cuidar para que o residente não se torne apenas mais um trabalhador ou executor de tarefas, por outro, é necessário que este esteja inserido nos afazeres do serviço (Emerich, Onocko-Campos & Ricci, 2019). Há de se ter uma delicadeza para não se criar um trabalho esvaziado de formação, ou uma formação esvaziada de trabalho.

Nesta articulação entre o trabalho em campo e o ensino, os dispositivos de supervisão e preceptoria se mostram como ferramentas fundamentais, por se tratarem de espaços que auxiliam o residente a aproximar questões teóricas e práticas. No campo de trabalho o preceptor é a figura responsável pelas supervisões diretas das atividades realizadas pelo residente no trabalho, ele tem a função de interlocutor entre ensino e serviço, dando suporte pedagógico a formação através da disponibilidade de acolher as dúvidas e demandas do residente, auxiliando na construção de estratégias para lidar com as questões do cotidiano de trabalho (Emerich et al., 2019).

Não é esperado que preceptor tenha resposta para todas as questões dos residentes, nem que necessariamente partilhe dos mesmos pressupostos teóricos dos mesmos, mas sim que aceite a aventura de participar das descobertas, ora acolhendo, ora ofertando, ora formulando perguntas conjuntamente (Emerich et al., 2019, p. 23).

Estes espaços vão contribuir para que os residentes tenham instrumentos para enfrentar as dificuldades da vida institucional, e principalmente o desafio de atravessá-las neste momento em que se está em formação e que a confiança em sua competência técnica ainda está em construção (Emerich et al., 2019).

Considerações Finais

A experiência de trabalho no CAPS Uerj se mostra como oportunidade de contato com o campo da saúde mental, e com a diversidade de saberes presentes numa equipe multidisciplinar. A formação em serviço, a partir da organização em equipes multiprofissionais, se mostra como uma experiência que vai estimular a qualificação dos residentes no sentido de uma prática interdisciplinar. Particularmente para a nossa

residência, que não se trata de um programa com ênfase em saúde mental, esta experiência de trabalho se constrói como vivência rica e formadora, é a possibilidade de ter contato com a clínica da psicose e de ser aprendiz dela.

O processo de formação em serviço exige um comprometimento dos residentes, mas exige também da equipe de profissionais do serviço disponibilidade e implicação no sentido de se colocar no lugar de preceptoria. Esse investimento faz sentido quando pensamos que o CAPS Uerj é um serviço universitário, e o sendo só cumpre seu propósito se estiver voltado para a formação. Esse trabalho tem grande importância como formador de novos profissionais qualificados para o SUS, e traz frutos para o campo da saúde mental e para o próprio serviço, que tem hoje em sua equipe um ex-residente do serviço como profissional contratado.

Em conclusão, destaco mais uma vez a importância dos dispositivos de supervisão e preceptoria na experiência da residência, esses são espaços essenciais, que dão sustentação teórica ao trabalho prático feito por nós residentes no cotidiano do serviço. Apenas acompanhados deles podemos ter ferramentas para navegar as dificuldades da vida institucional e do fazer clínico.

Referências bibliográficas

Almeida Filho, N. (1997). Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1-2), 5-20.

Alves, C., Devincenzi, M., Netto, M. & Sousa, A. (2016). Relato de experiência da atuação do nutricionista em Residência Multiprofissional em Saúde. *Revista de Nutrição*, 29(4), 597-608.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde.

Clementino, F., Miranda, F., Nascimento, E., Pessoa Júnior, J. & Santos, R., (2016). Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3), e3020015. Epub October 03, 2016.

Emerich, B, Onocko-Campos, R., & Ricci, E. (2019). Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170813. EpubFebruary 18, 2019.

Lima, M., & Santos, L. (2012). Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 126-141.

“Espectro de mim mesmo...”: possibilidades e impossibilidades da clínica das psicoses

Keene Vasconcelos Pedreti*

Renata Dahwache Martins**

Ademir Pacelli Ferreira***

Resumo

A experiência enquanto residentes de psicologia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) promoveu alguns embaraços e desafios, os quais tornaram-se fundamentalmente formadores em nosso percurso. No presente trabalho apresentamos um caso clínico, no qual expomos a dificuldade com a qual nos deparamos na clínica com este sujeito psicótico. Através disto e orientadas pela psicanálise, pretendemos recolher o que pôde ser feito e o que retornou para nós enquanto reflexão sobre as possibilidades e impossibilidades na clínica das psicoses.

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

Introdução

O presente trabalho se propõe a tratar de um encontro com a psicose através de um determinado sujeito, a quem dedicamos nossas palavras. Pretendemos expor a nossa experiência enquanto residentes de psicologia no Centro de Atenção Psicossocial UERJ (CAPS-UERJ), através do relato de um caso, não no intuito de ilustrar a teoria psicanalítica sobre a clínica das psicoses. Antes, pretendemos retomar o que pôde ser feito na clínica com este sujeito e com o que nos encontramos a partir de então.

Relato do caso clínico

J. tinha trinta e nove anos quando foi encaminhado para o CAPS-UERJ em janeiro de dois mil e dezenove após internação psiquiátrica no Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP). Essa era a sua segunda internação e ocorreu logo após o desaparecimento abrupto

* Psicóloga. Mestre em Teoria e Clínica Psicanalítica pelo Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2014). Residente (R2) do Curso de Especialização Integrado em Saúde Mental na modalidade Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Mental

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

*** Preceptor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ

de sua mãe. De acordo com relatos no prontuário do IMPP, ele foi admitido no serviço sob o motivo de ter Transtorno Afetivo Bipolar e estar em fase maníaca. A internação durou cerca de duas semanas e a alta ocorreu mediante o entendimento da equipe do IMPP de que o quadro havia se estabilizado. J. foi recebido no CAPS-UERJ por uma assistente social, mas ele pareceu não demonstrar muito interesse em tratar-se lá. O paciente chegou a ir ao CAPS-UERJ duas vezes, mas precisou ser internado novamente em menos de duas semanas.

De acordo com os relatos que constam no prontuário de J. no IMPP, o mesmo foi levado para a emergência psiquiátrica pelo pastor da igreja que frequentava, pois havia agredido seu pai. Os psiquiatras registraram que o paciente estava em um estado de mania, que cantava muitos louvores, dizia ser William Bonner, fazia uma voz diferente e apresentava jornais televisivos. Em pouco tempo, porém, descrevem o quadro psiquiátrico de J. como estável e contatam o CAPS-UERJ. Houve uma reunião com uma tia paterna de J., a assistente social do CAPS-UERJ e com a residente de psicologia Renata. Este foi o primeiro contato que a residente teve com o caso.

Na conversa com a tia, são colhidas informações sobre a relação de J. com sua mãe. A tia conta que essa relação era muito estranha, pois além da mãe de J. parecer ter “o mesmo problema” que ele, dormiam no mesmo quarto e eram extremamente próximos, até o momento em que ela desapareceu sem se despedir. Após o sumiço da mãe, J. teve um acesso de agressividade e bateu em seu pai. A família providenciou uma casa de repouso para o pai de J., pois ele já estava idoso e demenciado. Com o desaparecimento da mãe e da ida do pai para a casa de repouso, J. perdeu também seu local de moradia. A assistente social do CAPS-UERJ sugeriu alugar uma pensão num bairro da zona norte do Rio de Janeiro, pois tinha um bom diálogo e parceria com o funcionário que administrava a pensão. J. estava em processo de alta, mas a assistente social entrou de férias e não pôde estar presente nesse momento. Renata, residente de psicologia, realizou uma visita institucional para conhecê-lo, informar sobre as férias da assistente social, que era sua única referência no CAPS até então.

J. mostrou-se aberto à presença da residente, perguntou pela alta, porém, afirmou que não queria morar na pensão, pois temia que homossexuais o assediassem à noite. Mas ele acabou aceitando morar lá, porque não foi possível encontrar outro local que recebesse paciente psiquiátrico. A alta de J. foi acompanhada pela tia e por dois residentes do CAPS-UERJ, dentre eles, Renata. O paciente parecia menos eufórico, estava mais calado e ao chegar à pensão, logo se trancou em seu quarto e permaneceu assim durante todo o tempo em que morou lá.

Após a alta, J. foi ao CAPS-UERJ e participou de oficinas nas primeiras duas semanas, falando pouco, porém remetendo-se aos residentes que lhe acompanharam na saída do IMPP. Falava de sua “nova rotina” e do estranhamento com o quarto onde morava. J. falava cada vez menos, porém, os residentes se mantinham presentes, suportavam o silêncio apostando que, em algum momento, ele pudesse se endereçar e dizer algo. Após um mês de sua alta, J. foi diminuindo suas idas ao CAPS-UERJ, de três vezes na semana, passou a ir apenas uma. Em determinado dia, estava com um olhar particularmente peculiar, que comportava uma distância, uma falta de vivacidade: um olhar que parecia atravessar. Uma presença foi ali sustentada até que ele pudesse tomar a palavra e dizer: *“eu não tenho mais nada”, “não tenho mais possibilidade de fazer nada”*.

Num ímpeto terapêutico, talvez incomodada com aquele olhar e imbuída das melhores intenções, Renata lhe diz que talvez ele pudesse encontrar algo novo, que pudesse se interessar por algo no CAPS-UERJ, como o paciente havia lhe dito em outro momento. Porém, a resposta é séria: *“você não está me escutando. Eu não posso fazer nada”, “perdi tudo, não tenho mais nenhuma referência”, “minha mãe sumiu, eu não tenho mais nada”, “Eu virei o espectro de mim mesmo”*. Depois desse dia, ele não foi mais ao CAPS e trancafiou-se em seu quarto. Uma semana depois, o CAPS-UERJ foi até ele, em uma visita domiciliar, através da residente de psicologia Keene e outra residente de serviço social.

J. aceitou recebê-las e afirmou para Keene que não estava bem, que não estava conseguindo sair, pois já estava começando a sentir uma paralisia chegar em suas pernas. Keene perguntou o que estava acontecendo com ele naquele momento e J. lhe diz que perdeu tudo: sua mãe havia sumido, foi expulso de casa pelo pai e havia perdido a sua casa. Por conta disso, fala que não tinha mais nada nessa vida e que passava o dia todo trancado no quarto, sentindo seu corpo virar ao avesso. A residente se colocou disponível para escutá-lo, sinalizando que ele estava passando por um momento muito difícil, mas J. afirmou que nunca havia conseguido conversar sobre o que se passava com ele. O olhar de J. estava fixo, opaco, um olhar petrificado, paralisado.

Percebendo a gravidade da situação, Keene reforçou o convite dele ir ao CAPS para que não ficasse tão sozinho naquele momento, ofereceu companhia no trajeto, se colocou à disposição para acompanhá-lo em seu tratamento e citou também os nomes das pessoas às quais ele teve contato no CAPS, talvez numa aposta de que pela via da construção do vínculo ele pudesse sair do isolamento. J. afirmou que estava se sentindo muito cansado naquele dia e que não seria possível sair, mas combinou que iria lá no dia seguinte, pois talvez pudesse lhe fazer bem conversar com alguém. As residentes retornaram ao CAPS e

Keene imediatamente solicitou aos colegas da equipe técnica uma reunião para tratarem do caso e tomarem uma decisão clínica.

A reunião aconteceu logo após o pedido e a equipe decidiu aguardar o dia seguinte, apostando no que foi pactuado com ele. Mas nesse mesmo dia tivemos notícia de que J. havia saído à noite da pensão e que não havia retornado. O CAPS-UERJ notificou a rede de saúde mental sobre o desaparecimento dele e as notícias chegam apenas uma semana depois, quando sabemos que ele foi encontrado morto - precipitou-se num valão no centro da cidade. Para nossa surpresa, posteriormente tivemos notícias através do prontuário dele no IMPP, de que um dia antes de seu falecimento ele havia tentado jogar-se em um valão, mas foi encontrado por um serviço de saúde da rede e encaminhado à emergência psiquiátrica. Ele foi avaliado e não ficou internado, por razões que desconhecemos. No dia seguinte, J. tentou novamente o suicídio e dessa vez conseguiu: o espectro da morte se concretizou.

Considerações finais

É sempre desafiador estar em contato com um psicótico e conseguir exercer um trabalho clínico orientado pela aposta no sujeito, respeitando sua singularidade, possibilidades e impossibilidades. Por conta disso, não é em vão que, dentre tantos casos que acompanhamos no CAPS, escolhemos tratar justamente deste, cujo desfecho foi o pior possível. Inevitavelmente tornou-se urgente e necessário nos debruçarmos sobre aquilo que falhou, pois acreditamos que é muito formador para nós, enquanto residentes, nos encontrarmos com os embaraços na lida com a clínica da psicose e colocá-los em trabalho, sem cair na via da culpabilização. Aprendemos, com Freud, que culpa e responsabilidade são coisas inteiramente diferentes e que se excluem mutuamente. Portanto, seguindo a direção que Freud nos legou, pretendemos com esse trabalho fazer valer nossos tropeços e extrair deles questões que nos façam avançar.

Freud (2010a) aponta que a relação do psicótico com as palavras é peculiar, não tanto quanto ao conteúdo em si, se é ou não "compreensível" ou "ordenado", mas com a própria relação que o psicótico estabelece com a linguagem. Segundo Freud (2010a), o psicótico toma as palavras como coisas. Com base na experiência que tivemos, a partir do contato com J., pudemos perceber que havia precariedade simbólica em sua fala, pois, quando enfim ele pôde dizer de si, algo parece já ter se delineado para ele de maneira concreta. Quando J. disse "*sou o espectro de mim mesmo*", somente agora, retroativamente, recolhemos que não havia nenhum sentido metafórico ou queixoso em sua fala.

Naquele momento, literalmente, ele já era esse espectro, a morte já pairava em seu olhar e talvez tenha sido exatamente por isso que ele precisou dizer à residente: *"você não está me escutando"*. A fala cortante de J. escancarou a surdez com a qual nos blindamos quando, na melhor das intenções, propomos algo fora da clínica, para o "bem" do paciente. Lacan (2003) nos adverte que o bem pode conduzir ao pior, portanto, é preciso escutar quando um sujeito aparece através de sua fala e anuncia algo. A fala de J. recolocou a residente no trabalho e a fez acolher o que foi dito. Em diversos momentos, Renata levou o caso para reuniões de equipe e tratou em supervisão, afinal, é preciso chamar a atenção quando um paciente começa a silenciar, não se dirigir mais a ninguém e sucumbir ao silêncio.

Sabemos que muitas vezes somos atropelados pelas urgências no serviço público de saúde mental e, inevitavelmente, prestamos muita atenção quando um paciente está agitado, gritando, quebrando coisas ou agredindo alguém. No entanto, casos como o de J. nos interpelam: o quanto os serviços de saúde mental estão instrumentalizados ou atentos o suficiente para lidar com crises como essas, que são mais "silenciosas"? Freud (2010a) nos orienta a não tratar a psicose pela exuberância dos sintomas, mas pela relação com a linguagem, ou seja, a loucura não pode ser reduzida aos fenômenos que tomamos como signos desta. Uma crise "silenciosa" pode ser potencialmente perigosa, pois, conforme Freud (2010b) nos alerta, o que diz respeito à vida é ruidoso, a morte é o silêncio.

Leader (2013) sinaliza que, no caso da psicose, existem momentos que são propícios para a irrupção de uma crise. Segundo o autor, quando o psicótico se encontra diante de uma perda importante, o simbólico não consegue fornecer a rede de significações necessárias para que o sujeito possa processar as mudanças. Assim, em vez de encontrar um sentido, pode haver a experiência aguda de um buraco. O silêncio de J. grita para nós, neste outro momento de trabalho, como a anunciação da morte, de sua precipitação no buraco da perda de todas as referências de sua vida, que não pôde ser contornado.

Se J. se precipita duas vezes da mesma maneira em um valão, é porque isso diz algo sobre ele e é preciso recorrer à psicanálise para tratarmos clinicamente dessa questão. Não pretendemos esgotar essa questão, mas é preciso ressaltar que a fala de que ele não pode mais nada sem a mãe, aponta para algo da própria estrutura da psicose. Para a psicanálise, um sujeito psicótico não pode contar com a instância paterna para mediar essa relação simbiótica com sua mãe. Isso indica que, para o psicótico, não há duas pessoas em causa, ou seja, J. e sua mãe eram apenas um. Podemos extrair alguns apontamentos disto: talvez tenha sido por isso que ele, tal como sua mãe, também desapareceu. O seu corpo tornou-se apenas o resto, um dejetivo a ser lançado no esgoto.

Há também uma questão que não pode passar despercebida: um dia antes do paciente falecer ele havia tentado jogar-se em um valão, mas foi encontrado por um serviço de saúde e levado à emergência psiquiátrica para avaliação. Diante disso, interrogamos: por que esse paciente não foi internado ou não ficou em observação por pelo menos vinte e quatro horas? Não pudemos entender o motivo clínico da não internação e da liberação, pois ele foi levado para um serviço de saúde mental por conta de uma tentativa de suicídio. Se isso não é considerado como uma emergência psiquiátrica, é o que então? Será que o que houve foi apenas a tentativa de evitar mais uma internação? Não sabemos. Mas se algo caminhou por aí, deixando a clínica de fora, isso representa uma grave distorção da política de saúde mental. E quem pagou o preço foi o paciente, com a vida.

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS foram criados na perspectiva de atuar na lógica da atenção psicossocial e devem ser serviços substitutivos ao manicômio. O mandato social do CAPS é atuar no território e acolher a crise. No caso de J., podemos dizer que tentamos seguir essa diretriz de manejar a crise no CAPS, mas é preciso reconhecer que talvez tenhamos apostado demais em um laço com os profissionais e com o serviço que ainda não havia se estabelecido e que nem sabemos se viria a se estabelecer. Talvez tenhamos falhado ao esperar demais das pernas que, quase paralisadas, não conseguiriam chegar sozinhas ao CAPS.

Ainda que não seja uma garantia, teria sido importante oferecer mais presença no território, pois conforme Oliveira (2009) indica, na saúde mental o projeto terapêutico precisa passar pelo afetivo. Isso reitera a ideia de que é estando no território que um trabalho pode se constituir, se fortalecer e se sustentar, a ponto de efetivamente conseguirmos manejar uma crise.

Porém, é digno de nota que estamos vivendo um momento histórico muito difícil na saúde mental, de grave retrocesso e ataque à reforma psiquiátrica. Tem sido quase impossível sustentar um trabalho no território com o desmonte das políticas públicas e também com as diversas distorções da política de saúde mental. Por conta disso, temos visto desenhar-se um verdadeiro colapso na assistência e na rede de cuidados. E os efeitos disso pudemos ver da pior forma: levam à morte.

Referências bibliográficas

Freud, S. (2010a). O inconsciente. In Freud, S. *Obras Completas (Vol. XII)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1915).

_____ (2010b). Além do princípio do prazer. In Freud, S. *Obras Completas (Vol. XIV)*. São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1920).

Lacan, J. (2003). Televisão. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Entrevista transmitida pela Radiodiffusion-Télévision Française (RTF) em 9 e 16/03/1974).

Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. (Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

Leader, D. (2013). *O que é loucura?: delírio e sanidade na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Zahar.

Oliveira, E. (2009). *Ouvindo vozes: histórias do hospício e lendas do Encantado*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.

Reflexões acerca do desafio da clínica em um CAPS universitário: sobre o trabalho interdisciplinar

Aline Cristine Baptista Costa*

Ademir Pacelli Ferreira**

Resumo

O presente trabalho constitui-se de uma breve síntese a respeito da minha trajetória e experiência em um CAPS universitário, onde situo os desafios inerentes principalmente à práxis do psicólogo neste dispositivo da Saúde Mental, bem como ao trabalho em equipe interdisciplinar. Pontuamos aqui a importância desta interdisciplinaridade que vem a enriquecer a atuação no CAPS, com sua diversidade de práticas e saberes.

Palavras-chave: CAPS universitário; saúde mental; trabalho em equipe; interdisciplinaridade; clínica

Reflexões iniciais

Bastam algumas horas na sala dos técnicos de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para se ter a dimensão da complexidade do trabalho inerente a este ofício: é o telefone que não pára de tocar, reuniões e escritas de prontuário que não cessam de serem interrompidas, pacientes em crise e a equipe buscando manejar, pacientes pedindo marcação de consulta médica e atendimento; são muitas as demandas simultâneas! Neste trabalho refiro-me a minha experiência de um ano enquanto residente de Psicologia do CAPS universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O CAPS UERJ fica localizado dentro da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) e atualmente conta com uma equipe multiprofissional composta por um médico psiquiatra, duas assistentes sociais, três enfermeiros, uma nutricionista, duasicineiras e quatro psicólogas.

* Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2018).

** Preceptor do Centro de Atenção Psicossocial universitário (CAPS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP – UERJ.

A equipe também conta com três assistentes administrativos, duas técnicas que coordenam o grupo de familiares dos usuários, duas técnicas que coordenam as Residências Terapêuticas (RT) as quais o CAPS é responsável, bem como duas copeiras que trabalham na cozinha do serviço, além de professores supervisores de psicologia, enfermagem, serviço social e medicina.

O CAPS recebe residentes, de duração semestral e anual, de quatro programas distintos, são eles: (1) Programa da Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Mental (UERJ) composto por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, (2) Programa da Residência em Psicologia Clínica- Institucional (UERJ), (3) Programa da Residência em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem da UERJ e mais recentemente, do (4) Programa de Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB). Também alunos de graduação da UERJ realizam seus estágios no CAPS; enfermagem, serviço social, psicologia, nutrição e internos de medicina, e mais recentemente foi feito convênio com o internato de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Pontuamos aqui a importância desta interdisciplinaridade que vem a enriquecer a prática do CAPS, com sua diversidade de práticas e saberes. É evidente que surgem conflitos, tanto pelas complicações do funcionamento do coletivo, quanto pelas divergências de posições técnicas.

Ao chegar no CAPS, no mês de setembro de 2018, o que mais me chamava a atenção e despertava interesse eram as reuniões semanais de equipe - espaço por excelência onde discutem-se a organização e direção do trabalho, e os casos clínicos mais complexos. Na época contávamos com um supervisor clínico-institucional, que se manteve no serviço até o começo deste ano de 2019.

Certo dia, resolvi observar com mais atenção e recolher algumas frases dos técnicos que despertaram minha curiosidade. No contexto da época, discutíamos nas reuniões de equipe a questão das oficinas terapêuticas; propunha-se através do coletivo definir o que se entendia por oficina, quais das existentes iriam continuar, quais seriam suspensas e propostas de novas oficinas.

A fala destacada a seguir foi apontada por um dos técnicos, no momento em que se falava de um paciente, que na oficina de culinária comeu dois pratos de feijoada e “ainda” perguntou se teria almoço. Cito a fala: “(...) não adianta, a gente pode fazer oficina de moto, oficina de carro, oficina de sei lá o que, mas nunca vai preencher, é o vazio, o desamparo, não preenche, não dá conta” (sic).

Acredito que não foi sem motivo que essa frase, anunciada em tom de desabafo e bastante curiosa ao meu ver, saltou aos meus ouvidos. Talvez estivesse eu mesma me deparando tão radicalmente com as dificuldades de operar com uma clínica tão complexa, em um dispositivo no qual questões políticas e sociais incidem e sobrepõem muitas vezes a clínica. Talvez estivesse eu mesma me deparando com os meus impossíveis e fortemente me questionando quanto ao meu posicionamento diante de uma realidade antes tão distante.

Contextualizando o CAPS UERJ

Segundo o Ministério da Saúde (2017) os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são serviços substitutivos ao modelo asilar e pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São serviços de saúde de caráter aberto, comunitário e de base territorial, constituído por equipe multiprofissional e que atua sob a ótica interdisciplinar. Realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial

Lembro-me do meu primeiro espanto e estranhamento no CAPS, quando a enfermeira *staff*, uma profissional extremamente atenciosa e competente, ao me apresentar os espaços do CAPS mostrou-me a sala de medicações e a senha da chave do armário de medicamentos. Lembro que perguntei a ela: “Como assim, eu? Medicação?”. Ela deu um sorriso singelo e disse para eu ficar tranquila, que seria necessário apenas em situação de urgência. Infelizmente essa enfermeira, por ter passado em um outro concurso, não mais compõe a equipe.

Neste período ainda de me acostumar com a agitação “capsiana”, dialeto utilizado por alguns, um ponto que me marcou bastante foi o encontro com os residentes do Programa da Residência em Saúde Mental da turma anterior, que já estavam indo para o sétimo mês de atuação no CAPS, enquanto aquele seria o meu primeiro mês. Esses residentes ficam no primeiro ano de residência no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) e o segundo ano passam no CAPS. Lembro de claramente perceber como eram “tempos” diferentes. Eles já tinham muito mais apropriação dos casos e ficavam uma quantidade muito maior de horas no serviço. Enquanto eu apenas estaria lá metade da carga horária total, já que em nossa residência nos dividimos entre dois setores distintos, e não necessariamente ligado ao campo da Saúde Mental.

Pude perceber que nessa época o CAPS passava por mudanças importantes na reorganização dos processos de trabalho, o que vem resultando, ao meu ver, em uma maior apropriação deste serviço pelos espaços institucionais de troca entre os técnicos. Refiro-me

ao fortalecimento dos espaços das reuniões de equipe e mini-equipe, semanais, e a reunião de início/meio e fim de turno, diárias.

Atualmente o CAPS UERJ se divide em duas mini-equipes, que levam em consideração a divisão dos casos a partir das clínicas da família que o CAPS dá cobertura no território. Cada mini-equipe é responsável por cobrir várias clínicas da família e a reunião para discussão de casos acontece toda quinta-feira depois da reunião geral. Já as reuniões de início e fim de turno devem acontecer todos os dias de segunda a sexta-feira, e quando necessário acontecem reuniões de meio de turno.

De maneira geral, me dividia entre um intenso sentimento de fascínio pela oportunidade de estar em um dispositivo de ponta da Saúde Mental, com tantos debates, questionamentos e provocações. E por outro lado, pelo embaraço de um campo que trabalha na constante lógica de ter sob risco inclusive a sua própria existência. Lembro de uma frase dita por uma técnica, em tom emocionado, ao se despedir do serviço pelo término de seu tempo de contrato. Ela dizia para que os que ficaram, que *“sejam fortes, esse é um campo de constante batalha”*.

Sobre o trabalho em equipe

No início desta minha trajetória no CAPS, me deparava com um cenário de prática bem diferente do que havia experimentado anteriormente: ambulatório e enfermaria de hospital geral. Nos ambulatórios públicos, de maneira geral, pode-se dizer que o psicólogo, *a priori*, encontra certa familiaridade dado que o formato de *setting* se assemelha ao modelo de clínica tradicional.

De acordo com Moreira, Romagnoli e Neves (2007), o contexto social passou a adentrar os consultórios de forma a convocar os psicólogos a saírem dele, ou seja, para responder às novas formas de subjetivação e de adoecimento psíquico, o psicólogo deveria entender a realidade local. A Psicologia “tradicional” foi “obrigada” a se redesenhar, tornando-se mais crítica e engajada socialmente.

Já no Hospital Geral, o psicólogo há de se deparar com uma nova configuração em termos de espaço geográfico, dado que sua intervenção se dá, geralmente, à beira do leito, e não mais entre “quatro paredes”.

E o que dizer do CAPS, que em relação as minhas experiências anteriores, é um dispositivo que quebra vários paradigmas, tendo em vista que nos deparamos com muitos casos de adoecimento mental grave e condições sociais precárias. Somado a isso, sua configuração espacial é bem diferente da atuação em ambulatório e enfermaria de hospital geral.

No CAPS as atividades são diversas. O primeiro contato com o usuário se dá a partir do que chamamos de “Recepção”, onde avaliamos se são preenchidos os critérios para absorção no serviço. A seguir, inicia-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). São realizadas tanto atividades internas como oficinas terapêuticas e atendimentos individuais quanto atividades externas no território, visitas domiciliares (VD) e visitas institucionais (VI).

Em termos espaciais, o CAPS UERJ conta com uma “sala para os técnicos”, uma sala para atendimento individual, uma “sala para os administrativos”, uma mini-recepção próxima a porta de entrada, uma cozinha onde se armazenam as refeições dos usuários, um banheiro para os usuários, um banheiro para os técnicos, um refeitório para os técnicos, “uma sala de medicação”, uma “sala de atividades” e um pátio. Coloco entre aspas algumas descrições, uma vez que não necessariamente estes espaços se destinam estritamente ao que sua denominação sugere, uma vez que os espaços são utilizados também para outros fins (recepções, atendimentos, etc.). Dessa forma, que clínica é possível para o psicólogo em um CAPS?

Jacó-Vilela e Santos (2009) situam o campo da Saúde Mental como um coletivo no qual circulam os mais diferentes saberes, e que traz, de forma mais nítida, dentre os outros coletivos o qual o psicólogo faz parte, uma proposição político-ideológica aliada a uma diversidade de abordagens teórico-práticas. Quanto a isso, Figueiredo (2004) complementa o raciocínio nos atentando para o perigo de se pretender a uma homogeneização do campo da saúde mental, sob pena de reduzir sua complexidade a uma visão simplista. E localiza ser por meio desse trabalho “coletivo”, que a discussão do caso deve ir na direção do “aprendiz da clínica”, ou seja, colher das produções do sujeito os indicadores para seu tratamento, e não, ao contrário, impor o modelo da reabilitação em sua dimensão pedagógica e moral.

Na atualidade, no entanto, o foco tem caminhado no sentido de ampliação das demandas que dizem respeito à Saúde Mental, mas ainda permanece superficial a discussão acerca das competências específicas de cada um dos diferentes agentes dentro desse vasto coletivo (JACÓ-VILELA, SANTOS, 2009).

Tomando o CAPS como um dispositivo em que os usuários podem circular livremente, com a possibilidade de participação em atividades terapêuticas diversificadas, fui percebendo, ao longo da experiência, que não se necessariamente de um *setting* específico e bem estabelecido para que possa o psicólogo operar, trata-se mais de *uma escuta*.

No entanto, entendendo as reuniões como forma de interface entre as diversas profissões (VASCONCELLOS, 2010), percebo, tomando como base unicamente e exclusivamente minha experiência no CAPS UERJ ao longo deste ano, que o fortalecimento dos espaços institucionais em que a equipe se insere (reuniões de equipe, mini-equipe e reunião de início/meio e fim de turno) são de suma importância para a sustentação de um trabalho que favoreça a circulação da palavra entre os técnicos e a construção/condução dos casos atendidos.

De acordo com Amarante (1995), no rastro da Reforma Psiquiátrica, a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas, transformaram-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica foram problematizadas.

Sendo assim, se de um lado temos um campo que se depara com inúmeras dificuldades, inerentes tanto ao desafio de sustentação e construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) quanto do pretencioso projeto de uma Reforma Psiquiátrica Brasileira, de outro temos o desejo infindável de inúmeros profissionais engajados nessa empreitada.

Inevitavelmente fui capturada pelo CAPS UERJ! Ou melhor, pelo CAPS e pela UERJ. Esse pequeno esboço, que provavelmente resultará de forma mais consistente em meu trabalho de conclusão de curso, foi uma tentativa de por em palavras os meus desafios no CAPS. E a minha gratidão por uma equipe e uma Universidade que me viraram do avesso. E que bom...

Referências bibliográficas

Amarante, P. (2018). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (9 ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz. (Obra original publicada em 1995)

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Recuperado em 22/09/2019 de: < <http://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>>

Figueiredo, A. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 1(7), 75-86. Recuperado em 22/09/2019 de: < <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n1/1415-4714-rlpf-7-1-0075.pdf>>

Moreira, J; Romagnoli, R; Neves, E. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos e promoção da saúde. *Psicologia: ciência e profissão*. 4(27), 608-621. Recuperado em 28/09/2019 de: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

Jacó-Vilela, A; Santos, F. (2009). O Psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paidéia*. (Ribeirão Preto), 43(19), 189-197. Recuperado em 22/09/2019 de: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200007 >

Idem...

Vasconcellos, V. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. 1(6), 1-16. Recuperado em 22/09/2019 de: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015 >

A residência hospitalar como um dispositivo na formação do psicólogo para a saúde pública

Juliane Almeida Chaves *

Resumo

O objetivo deste trabalho é apresentar, através de reflexões sobre uma experiência, possíveis implicações da formação, na modalidade residência hospitalar, de psicólogos para a saúde pública. Aproximamos este modo de formação em campo do conceito de dispositivo foucaultiano, a fim de mostrar como as suas dimensões de visibilidade, dizibilidade, força e subjetivação podem se apresentar, convocando as implicações do psicólogo em sua práxis. Para tanto, utilizamos como referencial teórico, a Análise Institucional, a Filosofia da Diferença e a Esquizoanálise e como metodologia, a cartografia. Espera-se, com este trabalho, disponibilizar aos profissionais de saúde em formação, referências para uma análise crítica do campo e de sua relação com este, marcando, com isso, a sua posição política obrigatória.

Palavras-chave: formação; dispositivo; saúde pública; residência; hospital.

O objetivo deste trabalho é apresentar, através de reflexões acerca de uma experiência de formação na modalidade residência hospitalar, como este modo de formar-se em campo pode se apresentar como um dispositivo com implicações importantes na formação do psicólogo para a saúde pública. Para tanto, utilizaremos a Filosofia da Diferença, a Análise Institucional e a Esquizoanálise como referencial teórico para a análise crítica deste processo e a cartografia como metodologia.

A residência inicialmente médica, como nos alerta Foucault (2009a), nasce com o hospital terapêutico e este se reorganiza no final século XVIII em função de uma nova tecnologia política, a disciplina.

A disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder da individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, [...] Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (p. 107).

* Psicóloga do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI/FIOCRUZ). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Ex-residente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ.

Esta “nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade” (Foucault, 2009a, p. 105) tinha como propósito inicial eliminar os efeitos negativos do hospital no espaço urbano, a desordem social que provocava através da disseminação de doenças. Para o filósofo, o projeto de reorganização do espaço hospitalar apresentou três características principais: a transformação de seu espaço interno e em relação ao espaço-urbano, o exercício do poder e a formação de um saber que se dá a partir do registro permanente sobre a doença e o doente.

É particularmente esta terceira característica da reorganização hospitalar que aponta para o surgimento da residência com nascimento do hospital terapêutico. O médico então, substituindo o pessoal religioso que compunha a configuração do hospital caritativo, passa a ocupar o lugar central na hierarquia de poder no hospital terapêutico e, pela necessidade do aumento do tempo de visita, uma das características da tecnologia disciplinar, este passa a residir em seu espaço. De acordo Foucault (2009b), o pessoal médico com o nascimento do hospital terapêutico, passa a servir de estrutura de apoio ao enquadramento permanente da população.

Esta tecnologia então se aperfeiçoa, do homem-corpo ao homem-espécie, da disciplina à biopolítica. Com uma maior capilarização do controle, esta passa a abarcar não só os corpos em sua individualidade, mas a massa, a população, exercendo sobre esta não mais o poder do soberano de fazer morrer e deixar viver, mas o poder regulamentador de fazer viver e deixar morrer, o biopoder (Foucault, 1999). No interior do biopoder, segundo Pelbart (2009), a medicina se coloca como estratégia biopolítica e é no corpo que se inicia o controle nas sociedades capitalistas. Para este autor, o que passa a entrar nos cálculos explícitos do poder e do saber é a vida e seus mecanismos. E, neste jogo, o poder e o saber, se apropriando destes, se tornam eles próprios agentes de transformação da vida.

A genealogia foucaultiana sobre o nascimento do hospital terapêutico nos mostra que a reorganização deste espaço se dá com o surgimento de uma nova tecnologia política, a disciplina. Considerando este acontecimento e concebendo a residência hospitalar como dispositivo, visto que estes são “estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentado por eles” (Foucault, 2009c, p. 246), que neste trabalho objetivamos realizar uma análise crítica dos efeitos desta modalidade de ensino sobre a formação de psicólogos para a saúde pública.

A noção de dispositivo em Foucault e outras contribuições para análise do conceito

Para uma análise crítica sobre as implicações da formação de psicólogos para a saúde pública através da modalidade residência hospitalar, propomos uma discussão sobre o conceito foucaultiano de dispositivo. Para isso, utilizaremos como referencial teórico, a Esquizoanálise, a Filosofia da diferença e a Análise Institucional (AI).

Consideraremos, de acordo com a orientação conceitual da AI, o hospital como um estabelecimento da instituição saúde. As instituições, para os autores deste movimento, são lógicas com graus diversos de formalização que só tem realidade social através das organizações. Estas últimas, em sua diversidade e complexidade, são compostas de unidades menores, os estabelecimentos, que são formados por dispositivos técnicos como as instalações, registros, organograma, entre outros.

A análise institucional nos propõe a análise das instituições tomada, não como vem sendo tratada pelas diversos campos do conhecimento, como uma coisa observável, mas como algo que está em perpétuo movimento “... dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo.” (Lourau, 1993, p.11) formados por movimentos instituídos e instituintes. Segundo Baremblytt (1992), os movimentos instituintes são momentos de transformação institucional que tendem a transformar ou fundá-las. O instituído, por sua vez, é o resultado/efeito da atividade instituinte.

Os movimentos instituídos e instituintes dão o tom das contradições internas das instituições. Com objetivo de evitar uma visão maniqueísta e simplista a respeito deste processo, a AI propõe o conceito de institucionalização. A institucionalização “...é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução” (Lourau, 1993, P.12).

Acompanhamos anteriormente a reorganização do estabelecimento hospital no século XVIII e as implicações deste com o funcionamento de uma tecnologia política que tem por fim o controle dos corpos e, posteriormente, das massas. A formação de um saber-poder através do registro exaustivo se fez necessário a partir de então e, como vimos, a presença permanente de agentes¹ e práticas foi fundamental para a consolidação e disseminação deste controle.

Para Foucault (2009d), cada sociedade tem uma política geral de verdade e esses regimes, em relação a produção da verdade, acolhem: discursos; mecanismos e instâncias; técnicas e procedimentos; modos de sancionamento; e estatutos que designam quem tem direito a ela. “O importante, creio, é que a verdade não existe fora do poder ou sem o poder

(...). A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder” (Foucault, 2009d, p.12).

Seguindo Foucault, Machado (2009) esclarece: “não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente forças díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente”. O poder, então, mais do que uma força repressora, se constituiria como uma força produtiva que atravessa todo o corpo social.

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso (Foucault, 2009, p.8).

Os poderes, portanto, segundo Machado (2009), “funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras”.

Buscando ir além da análise de produções discursivas, Foucault (2009c) demarca o conceito de dispositivo primeiro como conjunto heterogêneo. Para ele, este é composto pelo dito e não dito como; discursos, enunciados científicos, proposições morais; e, também, por organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, medidas administrativas. Posteriormente, este considera que há uma relação, tipos de jogos, entre esta rede de elementos, que o modulam, promovem variação. Por fim, estabelece que há uma dupla gênese dos dispositivos: primeiro eles nascem em função de um objetivo estratégico - tal como acabar com os efeitos negativos do hospital caritativo - e, em um segundo momento, haveria uma sobredeterminação funcional, pois ele excede o seu primeiro objetivo e este imprevisível possibilita novos usos – tal como o controle de toda a população como efeito da formação de um saber-poder sobre o corpo - havendo, com isso, um preenchimento estratégico do dispositivo.

Deleuze (1996) divide a concepção foucaultiana de dispositivo em quatro dimensões: linhas de visibilidade e dizibilidade, linhas de força e linhas de subjetivação. Sendo que as primeiras e a segundas dizem respeito às máquinas de fazer ver e de fazer falar e as terceiras, por sua vez, compõe com o saber à dimensão do poder. As linhas de subjetivação, porque localizadas no limiar, seriam resultantes do entrecruzamento destas forças e, portanto, produtoras de subjetividades tanto uniformes, assujeitadas e submetidas, quanto singulares, livres e revolucionárias.

Guattari e Rolnik (1996) definem subjetividade como efeito de agenciamentos coletivos duplamente centrados. Estes são tanto de natureza extrapessoal como; econômicos, sociais, tecnológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não são mais

imediatamente antropológicos; quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica e infrapessoal, sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção de idéias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos.

Consideraremos aqui, portanto, a subjetividade, tal como proposta por Guattari, como de natureza industrial, maquínica, ou seja, essencialmente, fabricada, modelada, recebida, consumida, produzida. Podemos, então, definir o conceito de produção de subjetividade como “... um fluxo contínuo de sensações, modos de existir, amar e comunicar, de imagens, sons, afetos, valores e formas de consumo literalmente fabricadas no entrecruzamento de instâncias sociais, técnicas, institucionais, individuais, ...” (Soares & Miranda, 2009, p.415).

Assim, no limite, podemos considerar que todos – sujeitos e coletivos – são produtores de subjetividade. Com isso, considerando o lugar de saber-poder que ocupamos nesta rede, faz-se necessário a análise das implicações de nossa posição política sempre obrigatória, pois implicado sempre se está. A implicação é “um processo de materialidade múltipla, complexa, sobredeterminada, um processo econômico, político, psíquico etc., heterogêneo por natureza, que deve ser analisado em todas as suas dimensões” (Baremlitt, 1992, p.73).

A residência hospitalar como modalidade de formação nos apresenta, portanto, o diagrama de forças, tanto instituídas, quanto instituintes, do funcionamento do hospital e do próprio cuidado em saúde desde que estes passam a funcionar como dispositivo da tecnologia política, o biopoder disciplinar e biopolítico. Desta forma, a partir destas considerações, podemos realizar uma análise crítica das implicações deste modo de ensino para a formação de psicólogos para a saúde pública.

A cartografia como método de acompanhamento da experiência

O método cartográfico formulado por Deleuze e Guattari apresenta como objetivo: acompanhar percursos, processos de produção, conexões de rede ou rizomas. É justamente no conceito de rizoma definido por esses autores que este método encontrará a sua base teórica e sua direção ético-política. (Escóssia, Passos, Kastrup, 2015)

É preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre n-1 (é somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando

sempre subtraído dele). Subtrair o único da multiplicidade a ser constituída; escrever a n-1 (Deleuze & Guattari, 2011, p. 21).

O método cartográfico, segundo Escóssia *et al.* (2015), deflagra um novo modo de caminhar num percurso de conhecimento, uma reversão metodológica, de *metá-hodos à hodos-metá*.

Segundo Barros e Kastrup (2015), ao método cartográfico se impõe o desafio de desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades. Tomaremos aqui processos como processualidades, o que coloca o cartógrafo em posição de sempre começar pelo meio, pois processos de produção de subjetividade sempre estão em curso no território espesso de um campo.

Assim, a cartografia não visa desconectar os objetos de suas articulações históricas, de suas conexões com o mundo. Seu objetivo é desenhar as redes de forças, suas modulações e movimentos, implicadas no campo. Para tanto, o cartógrafo deve deixar-se levar por esse campo coletivo de forças.

Segundo Barros e Passos (2015), a partir da noção de implicação desenvolvida pela Análise Institucional, este método chama a atenção para a relação de inseparabilidade entre o conhecer e o fazer. Para os autores, a cartografia “(...) é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (...) do próprio percurso (...)” (p. 18).

O caminho metodológico define-se como o fazer-saber, a experiência do saber em contraposição ao saber-fazer e o saber na experiência. Com isso, acentua-se o primado da experiência e sua dimensão política, sinalizada primeiramente pelo movimento institucionalista quando afirma com a sua máxima que é preciso transformar para conhecer.

A cartografia se interessa pelos procedimentos concretos que se constituem como dispositivos. Embasadas na definição foucaultiana, Barros e Kastrup (2015) definem dispositivo como redes produzidas entre elementos – discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas etc.

De acordo com as autoras, Deleuze acrescenta em sua análise sobre a concepção foucaultiana de dispositivo, considerações a respeito da sua composição. Para o filósofo, este seria composto por quatro tipos de linhas: as de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação. As primeiras estariam ligadas conformação de regiões de visibilidade e campos de dizibilidade. As de força tratam da dimensão do saber-poder no que tange a luta incessante por afirmação das palavras e das coisas. As linhas de subjetivação, por sua vez, comportam como potencialidade, a possibilidade de criação de novos modos de existir,

possível liame entre os dispositivos, linhas de passagem que franqueiam limites variados de desterritorialização nos modos hegemônicos de dominação.

Entendemos, como aponta Barros e Passos (2015), que o conhecimento da realidade se dá no acompanhamento do processo em que esta se constitui e isto exige uma imersão no plano da experiência. É por considerar que “trabalhar com dispositivos implica-nos, portanto, com um processo de acompanhamento de seus efeitos, não bastando apenas pô-lo a funcionar” (Barros & Kastrup, 2015, p. 79), que a cartografia se coloca como escolha metodológica para esta análise crítica de uma experiência de formação.

Cartografando os efeitos de um dispositivo de formação do psicólogo para a saúde pública: a residência hospitalar

A residência como efeito-acontecimento, resultante da polifonia de vozes, mutações afetivas e sensibilidades, presentes neste processo produtivo formador, se coloca para cada um como uma experiência singular. Esta produz efeitos-subjetividade múltiplos que são resultantes dos encontros-agenciamentos com os diagramas de forças que compõem cada contexto.

O hospital de uma instituição pública de ensino, campo utilizado para as reflexões sobre essa experiência, na época, ainda com os seus múltiplos atravessamentos, interpenetrações conservadoras e de suas poucas transversalidades⁸, produções criativas, revolucionárias, acabou por provocar muitas inquietações sobre a formação e sobre as implicações com a práxis neste âmbito. A inserção em cada uma de suas enfermarias dava a dimensão da multiplicidade que compunha aquele estabelecimento.

As forças instituídas desde o nascimento do hospital terapêutico, tal como Foucault (2009) nos apresentou em sua genealogia, perduravam naquele campo. Desde a divisão interna de seu espaço até o exame exaustivo dos pacientes, produzindo um saber-poder sobre estes e sobre as doenças que os acometiam, transmitido entre os trabalhadores, docentes e discentes daquele campo de assistência, ensino e pesquisa. Havia, até então, a preponderância do saber médico que, desde o século XVIII, passa a compor o espaço hospitalar, no exercício de seu poder sobre a vida, ainda produzindo discurso e práticas pautadas na verticalização das relações: preceptor-aluno, profissional de saúde-paciente, gestor-trabalhador, etc, como se houvesse uma única verdade a ser considerada e uma única direção para a incidência do poder.

O hospital era setorizado, dividido por especialidades médicas, o que já apontava para uma fragmentação do saber. Os seus setores, compostos de enfermarias e ambulatórios

- de adolescentes, pediátrico, de cirurgia cardíaca, maternidade, psiquiatria, de idoso, entre outros – tinham a sua própria configuração e organização internas e em quase nenhuma delas havia abertura comunicacional entre as diversas especialidades, nem reuniões regulares nos moldes multidisciplinar², nem mesmo comunicação efetiva nos moldes de interconsulta ou atendimento em conjunto³. O poder neste campo estava centralizado na figura do médico e o saber-poder hegemônico era biomédico. Na hierarquia do saber-poder se colocavam, respectivamente: médicos, profissionais da área biomédica, profissionais das demais áreas, pacientes e rede social de apoio. A produção que se dava, a partir desta configuração verticalizada, era de controle e assujeitamento e este modo era reproduzido pelos atores em suas práticas.

Em sua multiplicidade, era também possível acompanhar modulações, movimentos potentes em produções singulares, produção de diferença. Estes movimentos eram minoritários⁴, mas davam o tom das mudanças que apontavam para possibilidades outras de cuidar e de se relacionar com a instituição saúde, entre eles: a transversalidade ou ampliação do grau de comunicação nas relações entre as diversas categorias profissionais e uma concepção ampliada do conceito de saúde que passa a ser considerada em seus múltiplos aspectos, além do orgânico, sociais, afetivos, etc. Estes movimentos estavam tanto delimitados em espaços como o de uma enfermaria ou de um ambulatório, como capilarizados pela sua rede interna, fazendo rizoma, através de encontros, de agenciamentos, produzindo novos modos de subjetivação, de organização do espaço e das relações.

Neste campo, havia raros, mas não inexistentes, espaços de discussão interdisciplinares⁵, além de trocas potentes entre os atores envolvidos com o cuidado que faziam acontecer, visitas domiciliares, construção de cuidado com a rede de saúde e, até mesmo, intersetoriais⁶. Também, podia-se experimentar o cuidado extramuros, no território, transdisciplinar⁷, reuniões regulares com importante abertura do grau de comunicação, ampliação da clínica e uma atenção a complexidade que está envolvida no cuidado em saúde. Nestes modos de cuidado, percebíamos um esforço de transformação das relações que visava mais hierarquias de potência (Baremblytt, 1992), na capacidade de cada um compor com a rede de cuidado, e menos hierarquias de poder, ou seja, de imposição de vontade. Com isso, a produção era de singularidades e de autonomia.

A experiência nesta modalidade de formação funcionou, sobretudo para nos dar a dimensão dos jogos de forças presentes no hospital, em particular, e no campo da saúde, em geral, o que nos colocava diante de uma escolha, uma postura, que não dizia respeito somente à formação, ao trabalho, mas à vida. Dali para frente às implicações ficariam cada

vez mais demarcadas, porque nos regimes de visibilidade e dizibilidade e nas relações de força o lugar que se ocupava modulava, variava. Que mundo construir a partir dali? Seríamos um agente de manutenção ou de desconstrução deste mundo? Entre o cuidado e o controle a linha era tênue.

Após a residência, o campo passa a ser encarado sem a proteção que a formação nos dá, definitivamente como profissional, o que significa ainda neste mundo um passo à frente nas relações de saber-poder e, portanto, de força, aumento na potência política. Finda a formação-residência – porque a formação de fato nunca acaba - esta convocação se fez presente no concreto, dia-a-dia de trabalho no campo da saúde e nos coloca diariamente diante das forças demarcadas por Foucault e que, em nossa sociedade, se consolidaram. Resta-nos o enfrentamento e construção de uma nova saúde, de novos modos de subjetivação.

Considerações finais

Seguindo pelas linhas teórico-metodológicas indicadas neste trabalho, entendendo a subjetividade como efeitos de produção, que podemos encarar a experiência de produção de si e de mundo de um outro lugar, uma ética - que é a um só tempo, também, estética e política - se impõe.

Mergulhar na experiência da saúde pública nos coloca no limite entre a estética (o conhecimento como invenção, como criação e como sensibilidade e a ética (o conhecimento como atitude, como posicionamento no mundo), mas sem podermos esquecer ... interfaces com a política (o conhecimento como intervenção no mundo, na *polis*) e com a clínica (o conhecimento como cuidado de si e cuidado do outro) (Passos, 2013, p.107).

Neste processo, contudo, torna-se importante encontrar aliados e dispositivos em que as linhas de dizibilidade-visibilidade e poder/potência produzam efeitos-subjetividade outros. Dentro do que propomos neste trabalho, atualmente a Política Nacional de Humanização– PNH tem sido um suporte macropolítico fundamental para efetuação do processo micropolítico de produção de um SUS democrático (Paim, 2009) e de práticas clínico-políticas embasadas nos referencias apresentados. Esta difere de uma perspectiva que se atém às regularidades, a uma única norma de vida e que se implica com modos assujeitados de existência.

O HumanizaSUS se configura como um projeto de reencantamento do SUS, um resgate dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira que propõe, para tanto, novas

tecnologias e para o qual se impõe uma dupla tarefa: um novo modo de produzir saúde e subjetividade (Brasil, 2004). A partir deste marco lógico, o conceito de saúde se amplia e se politiza, se estendendo para além das práticas e conhecimentos médicos. A subjetividade, por sua vez, passa a ser compreendida “(...) como efeito emergente de uma complexa rede de forças biológicas, sociais, culturais e políticas (...)” (Hennington Pasche, Passos, 2011, p. 4545).

Através do conceito de transversalidade, esta política sustenta intervenções que buscam ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção de saúde (Brasil, 2004). Além disso, são propostas algumas diretrizes metodológicas, como a clínica ampliada, que embasam abordagens clínicas do adoecimento e do sofrimento, que consideram a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Sobretudo, esta política estabelece como seu paradigma a afirmação da diferença através de uma atitude comprometida de seus atores, da criação de estratégias inventivas e de problematização do *status quo* que possibilitem intervenções nos modos de produção hegemônicos e que permitam a produção de novos de viver, de se relacionar e de cuidar.

Assim, uma análise crítica da formação de psicólogos para a saúde pública através da modalidade residência hospitalar e que a toma como um dispositivo, na medida em que nos apresenta o diagrama de forças - linhas de visibilidade-dizibilidade, de poder e de subjetivação - presentes no campo que sustenta a instituição saúde, nos interpela sobre as nossas implicações. Isto nos coloca em posição de nos reconhecer como atores políticos, produtores de subjetividade o que, em especial atualmente, diante dos tempos difíceis em que vivemos, se impõe como uma urgência subjetiva.

Notas

¹ Agentes são os protagonistas das práticas – discursivas ou não, verbais, não-verbais, teóricas e técnicas - que dão suporte a todo o aparato que faz funcionar as instituições. (Baremlitt, 1992)

² A multidisciplinaridade diz respeito “ao movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares” (Benevides & Passos, 2000, p. 74). O efeito é de manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes.

³ A interconsulta diz respeito a troca entre profissionais sobre um determinado caso clínico. O atendimento em conjunto, por sua vez, são consultas realizadas em conjunto com outros profissionais.

⁴ Nos referimos aqui aos movimentos não hegemônicos.

⁵ A interdisciplinaridade se trata de movimento de criação de uma zona de interseção entre as disciplinas. (Benevides & Passos, 2000). Na interdisciplinaridade, a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual se pode definir um objeto próprio (Benevides & Passos, 2000). O efeito ainda é – em relação à multidisciplinaridade - de manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes.

⁶ O cuidado intersetorial inclui a rede de educação e de assistência, o judiciário, a cultura etc.

⁷ Na transdisciplinaridade a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual,

artístico, sócio-político, etc.) sobre outro. Na interdisciplinaridade temos a gênese de uma nova identidade, enquanto na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade. (Benevides & Passos, 2000, p. 77).

⁸ O conceito de transversalidade proposto por Guattari, segundo Baremlitt (1992), se define como uma dimensão da vida social e organizacional que não se reduz à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade. Trata-se da interpenetração - em âmbito instituinte - do produtivo, do revolucionário, do criativo.

Referências bibliográficas

Baremlitt, G.(1992) *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Barros, L., Kastrup, V. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In: Escóssia, L., Kastrup, V. & Passos, E. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 52 – 75). Porto Alegre: Sulina.

Brasil. (2004). Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2004. 30p. Recuperado em 01/12/2019 em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Deleuze, Gilles. (1996) *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega - Passagens.

Deleuze, G., Guattari, F (2011). Introdução: Rizoma. In: *Mil platôs: capitalismo esquizofrenia 2*. São Paulo: Editora 34, pp.17 - 49.

Foucault, M. (1999) Aula de 17 de março de 1976. In: Foucault, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)* (pp.285-315). São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2009 a). O nascimento do hospital. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp. 99-111. (Obra original publicada em 1979)

Foucault, M. (2009b). Políticas da saúde no século XVIII. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp. 193-207. (Obra original publicada em 1979)

Foucault, M. (2009c). Sobre a história da sexualidade. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp.243 - 276. (Obra original publicada em 1979)

Foucault, M. (2009d). Verdade e Poder. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp.1-14. (Obra original publicada em 1979)

Guattari, F., Rolnik, S. (1996). *Subjetividade e história: em micropolíticas: cartografias do desejo*. Petrópolis; RJ: vozes.

Barros, V., Kastrup, V. (2015). Movimentos-funções do dispositivo na prática cartográfica. In: Escóssia, L, Kastrup, V. & Passos, E. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 76 -91) Porto Alegre: Sulina.

Lourau, R. (1993). *René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.

Machado, R. (2009). Introdução: Por uma genealogia do poder. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, pp.XVII-XXIII.

Hennington, E., Pasche, D. & Passos, E. (2011). Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, pp. 4541-4548. Recuperado em 01/12/2019 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027

Paim, J. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p

Passos, E. (2013). Pistas do método da cartografia na pesquisa em saúde: o problema do método e a aposta do comum. In: Carvalho, Y., Fraga, A. & Gomes, I. (pp. 101 – 116). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec.

Escóssia, L., Kastrup, V. & Passos, E. (2015). Apresentação. In: Escóssia, L., Kastrup, V. & Passos, E. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 7 – 16). Porto Alegre: Sulina.

Barros, R., Passos, E. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Escóssia, L., Kastrup, V. & Passos, E. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17 – 31). Porto Alegre: Sulina.

Benevides, R., Passos, E. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online], vol.16, n.1, pp.71-79. Recuperado em 02/12/2019 em : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722000000100010&script=sci_abstract&tlng=pt

Pelbart, P. (2009) *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.

Miranda, L, Soares, L.. (2009). Produzir subjetividades: o que significa? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 9, nº 2. pp. 408-424. Recuperado em 01/12/2019 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200010

Entre a urgência e o diagnóstico: a prática da psicologia em um ambulatório de pediatria

Isabella Cristina B. da Silva *

Michelle Wendling **

Andrea Albuquerque ***

Quem sou eu e quem fui para julgar o excesso vital de uma criança? que contas devo eu a uma sabedoria culpada que me fez tornar adulto? Damos crédito para que a criança use a abuse de sua vitalidade. Quem somos nós para normalizar assim nossas nostalgias infantis? (Lacot apud Jerusalinsky, 2014).

Resumo

O objetivo deste trabalho é problematizar as diferentes demandas que aparecem para atendimento e/ou avaliação psicológica para crianças no ambulatório de pediatria situado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). O trabalho desenvolvido neste setor ocorre via interconsulta e é a partir deste instrumento que os possíveis direcionamentos para o caso são tomados. De acordo com as supervisões clínicas sob a ótica da teoria psicanalítica e dos conceitos referentes a urgência médica e subjetiva, pretende-se a partir de alguns fragmentos clínicos, discutir qual a implicação de ser fazer um diagnóstico de saúde mental para a criança. Sustentamos a ideia de que é necessário escutar de uma outra posição, ofertando um espaço de escuta das urgências que chegam até o serviço de psicologia.

Palavras-chave: criança; urgência subjetiva; diagnóstico; psicanálise.

Introdução

Este trabalho tem como finalidade discutir as urgências médicas e subjetivas que surgem no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) a partir da experiência do trabalho da residente em psicologia neste espaço.

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. (2018).

** Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Docente e Supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

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

O ambulatório é constituído por uma equipe multiprofissional formada por médicos, residentes de pediatria, internos de medicina, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e brinquedista. São feitos atendimentos de crianças tanto nas consultas de pediatria geral quanto nos ambulatórios específicos como: neuropediatria, genética, DIP (doenças infecto-parasitárias), follow-up, dentre outras especialidades médicas.

O trabalho da equipe de psicologia ocorre por meio de interconsultas com a equipe médica; para isso, ficamos presentes na sala dos médicos para ouvir e discutir os casos clínicos. Geralmente, a equipe identifica alguma questão de ordem psíquica na criança e chama a psicologia para intervir junto ao médico no atendimento. Em geral, somos chamados em casos em que a criança apresenta agitação, dificuldade de aprendizagem escolar, alterações comportamentais, pouca interação, agressividade, dentre outros.

A partir da observação médica e do relato dos pais, uma **urgência** se instala e a psicologia é convocada para uma “avaliação” da criança. Muitas vezes o relato da equipe é de que o quanto antes se tenha algum diagnóstico de saúde mental e se inicie um acompanhamento, melhor será o desempenho e as relações da criança em seu meio social.

Com as interconsultas, as discussões dos casos, algumas questões começaram a surgir como: quais as implicações de um diagnóstico de saúde mental para uma criança? qual o nosso papel enquanto residentes de psicologia em um espaço onde há também formações de outros profissionais na área da saúde?

Então, com as supervisões clínicas sob a ótica da teoria psicanalítica e a partir destes questionamentos que aparecem na prática no ambulatório de pediatria, sustentamos de que é preciso um manejo delicado entre o tempo da urgência que chega e o trabalho do analista nestas situações.

O diagnóstico e a contemporaneidade

“Ah doutora! Ele é muito agitado, acha que precisava de um remédio para acalmar” (relato de uma mãe em uma interconsulta).

“Isabella, meu marido pesquisou e me mandou uma matéria sobre TOD (transtorno opositor desafiador), você já ouviu falar? Minha filha se encaixa em todos os sintomas (relato de uma mãe de uma criança atendida por mim).

Meu filho é muito agitado, fico preocupada, a irmã dele não é assim, fico pensando se ele é hiperativo. (relato de uma mãe em uma interconsulta).

Segundo Calazans & Bastos (2008), a urgência subjetiva pode ser compreendida em três momentos: “o momento de precipitação que leva o sujeito à instituição; o momento

da recepção do caso na instituição; e o momento do encaminhamento para a condução do tratamento” (p.643). Atualmente, a urgência é compreendida a partir dos conceitos que temos na sociedade de produção e de saúde, algo que foge à regra, pode ser entendido como uma urgência que necessita ser contida e na maioria dos casos, os recursos utilizados para resolver o problema é via medicalização. Nesse sentido, é compreendido que qualquer sofrimento é um transtorno e é nesse ponto em que encontramos a “urgência generalizada”, onde se tem um padrão dos transtornos, não havendo espaço para que o sujeito possa emergir (Calazans; Bastos, 2008).

Inicialmente, a urgência se apresenta como generalizada e a partir do trabalho analítico se torna subjetiva. A urgência subjetiva pode ser entendida como uma demanda do paciente que se encontra em crise, entendendo esta como uma ruptura, “uma irrupção de algo que podemos chamar de traumático” (Calazans & Bastos, 2008, p. 644). A finalidade de trabalho dentro dessa perspectiva não é o de responder às urgências que surgem no meio médico ou social, contudo é o de permitir que o sujeito em um outro tempo possa através do discurso conseguir interrogar a causa de sua crise. Portanto: “A questão em jogo é abrir um espaço de criação para o sujeito, onde ele será convidado a inventar um modo de se haver com o insuportável [...] que se apresenta” (p.642).

Os médicos, em sua formação, são capacitados para resolver os problemas apresentados de modo rápido, na psiquiatria a urgência surge quando o sujeito apresenta-se em experiências desintegradoras de pensamento, ação, dentre outros e é buscado amenizar a gravidade do transtorno daquele paciente. Nesse sentido, a urgência é experimentada de modo cronológico, “marcado pela pressa” (Azevedo, 2018).

Freud em seu texto *Psicanálise e Psiquiatria* (1917 [1916]/1996) relata que a psiquiatria se “contenta” com um diagnóstico, prognóstico para a enfermidade e a possível evolução desta. E que ao descrever um fenômeno aponta para uma base geral sem levar em consideração “as causas mais especiais e próximas” (idem, p. 303). Já a psicanálise não utiliza os mesmos métodos da psiquiatria para o tratamento dos sujeitos. Entretanto, afirma que a psicanálise não faz oposição à psiquiatria, mas sim aos psiquiatras. E declara: “é de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental” (p.303).

Na contemporaneidade, prevalece uma psiquiatria baseada em evidência, classificatória, descritiva. Os manuais de psiquiatria, tais como o DSM V (2014), agrupam os fenômenos psíquicos em categorias para cada transtorno mental. Assistimos a um conjunto de fatores em que estão presentes: os manuais psiquiátricos, a indústria

farmacêutica e a sociedade que demanda medicações que produzem analgesia para suas dores. Vivemos o que Jerusalinsky (2014) denominou de a “era da palmatória química”. Assim, “o foco deixou de ser os sujeitos singulares e passou a ser os transtornos universais” (Almeida et. al. 2016, p. 309).

Para ilustrar o que foi dito acima, trago a vinheta de um caso clínico acompanhado no ambulatório de pediatria de um menino a quem vou chamar de Bernardo.

Bernardo é um menino de quatro anos atendido regularmente no ambulatório geral da pediatria. Foi encaminhado à Psicologia pela médica que o acompanha devido à agressividade, pouca interação social e dificuldade na fala. Havia uma hipótese de autismo por parte da equipe, da sua escola e também de sua mãe, a quem vou chamar de Carla. Os relatos da mãe de que a criança estava agressiva e agitada sustentaram o pedido de urgência de atendimento psicológico para o paciente como também de um encaminhamento à neuropediatria. No acolhimento, Carla relata que Bernardo bate a cabeça na parede ou puxa os próprios cabelos quando é contrariado. Não tolera muito barulho, pede para as pessoas falarem baixo perto dele, se isola quando tem muita gente em sua casa. Sobre isso conta que em sua festa de aniversário do ano passado pediu para a mãe cortar um pedaço de bolo para ele, depois de comer foi para o seu quarto, não ficou na festa com as outras crianças.

Carla relata que faz muitas pesquisas sobre autismo, participa de grupos nas redes sociais e esses comportamentos do filho a deixam muito preocupada e levanta a hipótese de autismo, a despeito da discordância do pai e da avó da criança em relação a sua suposição. Em conversa com o pai, o mesmo relata não acreditar que o filho tenha autismo e sim falta de limites, “*a avó faz tudo que ele quer, não sabe dizer não*”, “*o Bernardo tem tudo o que quer*”. Prossegue falando que o filho tinha esses comportamentos agressivos por causa de um desenho que via na internet e ao observar isso, passou a estabelecer limites ao acesso e uso de eletrônicos da criança. Afirma que a partir disso as agressões do filho diminuíram.

No atendimento com Bernardo, ele mostra-se calmo, explora a sala, interage e me chama para brincar com ele com blocos de montar. Ao fim do atendimento, o paciente fala que vai levar os brinquedos para ele e grita: “*é tudo meu*”. Explico que outras crianças também utilizam a sala e que ele voltaria na outra semana para continuarmos brincando. Os pais entram em cena para ajudar no manejo com o paciente. Nos atendimentos seguintes, Bernardo continua interagindo, criando brincadeiras e histórias e me chamando para brincar com ele, me atribui diferentes personagens em seu ato de brincar. Outras vezes, apenas fico testemunhando suas brincadeiras e relatando o que acontece em cena.

A mãe solicita uma conversa comigo, relata que os comportamentos agressivos do filho diminuíram. Bernardo tem chamado os pais para brincar e pediu que seu próximo aniversário fosse feito na escola. Carla fala que isso nunca havia acontecido anteriormente e percebe que o filho estava mais calmo. Verbaliza que entende que eu não poderia dar um diagnóstico sozinha para o paciente, que era preciso um parecer também de um neuropediatra.

Recentemente, os pais conseguiram atendimento com um médico especialista em neuroreabilitação. Relatam que a equipe informou que o caso de Bernardo não poderia ser acompanhado na instituição e o paciente retornou para a fila do SISREG. Ao fim dos atendimentos, Bernardo tem guardado os brinquedos e algumas vezes abre a porta da sala e diz aos pais: “*vamos, está na hora de ir para casa*”.

Almeida et. al. (2016) afirma que é necessário problematizar qual o motivo atual de ser necessário medicalizar e patologizar determinados comportamentos das crianças que podem sofrer com as faltas ou excessos. Na clínica psicanalítica, ao oferecermos às crianças um espaço de fala, brincadeira, criação, torna-se possível para as mesmas construir outros modos de viver e possibilita-se, também, que os sujeitos envolvidos na rede de cuidados da criança construam novos laços e discursos. Logo, é permitido ao sujeito dar lugar aos processos subjetivos e seus sintomas que “no contemporâneo, sem espaço para aquilo que dói, o cala. Contudo, a dor pulsa e é nesse pulsar que habita nossa aposta” (idem, p. 316).

Winnicott em *O brincar e a realidade* (1971), afirma que o tratamento psicoterápico se efetua sobre o campo do brincar tanto do paciente quanto do terapeuta. O analista se interessa pelos processos envolvidos na criança e pela retirada dos “nós” que impedem o desenvolvimento da mesma. O ato de brincar em si pode ser considerado uma terapia, possibilitar que a criança brinque pode ser considerado uma “atitude social positiva” (p.75), segundo o autor Winnicott (1971) enfatiza que a psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas:

[...] onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado que não é capaz de brincar para o estado em que o é (p.59).

Contudo, deve-se considerar que o brincar pode se transformar em algo assustador. Desse modo, as brincadeiras e sua organização tem o objetivo de prevenir esse aspecto assustador que o brincar pode assumir. Assim, é necessário estar disponível quando as crianças estão brincando, embora isso não justifique de que é sempre necessário se inserir

na brincadeira da criança e o trabalho do analista ocorre com o conteúdo do ato de brincar do paciente, que é vivido como experiência real (Winnicott, 1971).

Sendo assim, a brincadeira é universal e faz parte da saúde, isto é, facilita o crescimento, pode ser um modo de criar vínculos com grupos, como também de ser um modo de comunicação na análise. Logo, o brincar se refere a “uma experiência criativa, uma experiência na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver” (Winnicott, 1971).

Considerações finais

A prática no ambulatório de pediatria suscita muitos questionamentos sobre diferentes aspectos ligados não somente ao desenvolvimento infantil, mas a nossa formação enquanto profissionais neste espaço em que há outros profissionais de diferentes especialidades compartilhando saberes. O tempo entre a urgência que chega, o nosso trabalho e as discussões do caso com outros profissionais requer um manejo delicado por parte de nosso trabalho.

Nos tempos em que a pressa pelo diagnóstico e intervenção exige uma resposta rápida do saber *psi*, tentar estabelecer um tempo entre a demanda e a clínica é necessário para compreendermos e questionarmos aquilo que nos é pedido. Assim, ao oferecermos uma pausa na urgência e um espaço de escuta para a angústia do sujeito, pode ser possível que o sujeito (re) invente outros modos de lidar com seu sofrimento.

Em tempos de medicalização, fundamental a criação (Almeida et. al. 2016)

Referências bibliográficas

Almeida, M. L. et. al. (2016). O sintoma da criança na história da psicanálise e na contemporaneidade: contribuições para uma prática despatologizante. *Estilos da clínica*. 2 (21), 302-320. Recuperado em 28/08/2019 em:<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v21n2/a03v21n2.pdf>>.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Azevedo, E. (2018). Da pressa à urgência do sujeito – Psicanálise e urgência subjetiva. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 13(7)208-217. Recuperado em 29/08/2019 em:<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/3343>>.

Calazans, R.;Bastos,A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 4(11), 640-652. Recuperado em :<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000400010&script=sci_abstract&tlng=pt>.

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

Jerusalinsky, J. (2014). A era da palmatória química – responsabilidade social e medicalização da infância. *O Estadão*, Recuperado em 28/08/2019 em:<<https://emails.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/a-era-da-palmatoria-quimica-responsabilidade-social-e-medicalizacao-da-infancia/>>.

Winnicott, D. W. (1975). O brincar: Uma exposição teórica. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

Considerações sobre a inserção da Psicologia no ambulatório de Síndrome de Down

Andressa Diniz*

Michelle Wendling**

Resumo

O presente trabalho visa fomentar a discussão sobre a inserção da Psicologia com orientação psicanalítica no ambulatório de pediatria específico para crianças, na faixa etária de zero a três anos, com Síndrome de Down, o AmbDown, que funciona no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). A partir de tal inserção, pensar os desdobramentos e impasses que emergem do encontro da escuta analítica com o trabalho multiprofissional e a construção de uma direção de trabalho.

Palavras-chave: Psicanálise; inserção; multiprofissional; síndrome de Down

Introdução

A Síndrome de Down (SD) ou trissomia do cromossomo vinte e um é uma condição genética determinada por características físicas específicas e atraso no desenvolvimento. O diagnóstico clínico de SD se baseia no reconhecimento de características físicas, já o laboratorial é feito por meio do cariótipo (Brasil, 2013). Importante salientar que é bastante comum que o diagnóstico seja feito após o nascimento do bebê. Isso ocorre porque os exames disponíveis na rede pública de saúde, para avaliar as condições clínicas do bebê ainda na gestação, conseguem apenas indicar uma maior probabilidade de se ter a SD, não fechando o diagnóstico em si. Essa probabilidade anunciada, mas não garantida, torna também esse momento da notícia do diagnóstico muito delicado. Muitas vezes pode ser gerador de angústia para os pais, como podemos vislumbrar por meio dos relatos que as mães fazem durante as interconsultas no AmbDown.

O AmbDown é um ambulatório inserido na Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Hospital Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), iniciado em 2015. Possui como objetivo proporcionar atendimento multidisciplinar às crianças com Síndrome de Down na faixa etária de zero a três anos de idade. O projeto inclui as seguintes especialidades: Genética médica, Pediatria, Cardiologia pediátrica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço social. A demanda para

*Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019).

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

criar esse serviço especializado surgiu da necessidade de unir os cuidados específicos que a criança com Síndrome de Down requer, em um ambulatório integralizado. Cuidados estes que surgem por conta de doenças ou questões físicas que podem estar associadas à síndrome, quais sejam: hipotonia, cardiopatias, hipertireoidismo, hérnia umbilical, entre outros.

A Psicologia foi convidada para fazer parte da equipe multiprofissional do AmbDown e começou a atuar no projeto há um ano e meio, o que denota uma inserção recente, um lugar de trabalho que ainda está em construção. Também nos faz refletir sobre o que a equipe espera de nossa atuação e o que nos propomos a construir nesse espaço.

Inserção da escuta psicanalítica

A partir da experiência como psicóloga do AmbDown, nos deparamos com questionamentos de como seria nossa prática enquanto integrante de uma equipe multiprofissional que atua em um serviço com demandas tão específicas. Demandas estas que abarcam a questão da maternidade, juntamente com a questão do diagnóstico de uma Síndrome.

Diante do que foi apresentado, as questões que surgiram como ponto de reflexão foram: como seria a construção de um lugar de trabalho orientado pela escuta psicanalítica? A partir dessa construção, como sustentar este lugar enquanto prática? É um desafio construir uma forma de trabalho que integre diferentes saberes e abordagens sustentando uma escuta psicanalítica. Isto é, sustentando a existência de um saber não-todo, a existência de algo que escapa aos protocolos, algo que não podemos resolver com uma prescrição de remédio ou com alguma intervenção cirúrgica. Como seria para a equipe multidisciplinar sustentar um lugar de escuta e de acolhimento de pais que podem trazer à tona questões referentes à rejeição, a não aceitação e à vergonha?

O discurso médico visa excluir a subjetividade tanto do cientista que enuncia o discurso, como a do sujeito que o escuta. A relação do médico com o paciente é fundada a partir desta pretensa objetividade. Diante desta exclusão, vela-se a impossibilidade inerente à prática médica, ou seja, sua impotência perante as contingências da doença e da morte. É neste furo que a psicanálise opera (Coutinho, 1983).

O ato médico forja um *modus operandi* de ordenamento. A prescrição médica existe enquanto lei no sentido de ditar o que o paciente deve fazer e como ele deve fazer: coma isto, não coma aquilo, pratique exercícios, não fume, descanse. É justamente neste ponto que a introdução de uma escuta psicanalítica radicaliza e põe em xeque tal lógica (Coutinho, 1983).

O elemento mais valioso para a psicanálise é a passagem de um discurso permeado pela prescrição para um discurso que possui como alicerce a escuta do sujeito, baseada no laço transferencial. Engendra-se uma nova forma de operar que promove um deslocamento da postura do sujeito que sabe (médico) para o sujeito do suposto saber (analista). Deixa-se em suspensão o

inquérito médico produzido por meio da anamnese e abre-se a possibilidade da escuta da verdade do sujeito. Por meio da associação livre e da escuta flutuante, busca-se não valorizar, *a priori*, os elementos do discurso. Isto possibilita que o analista ouça o sujeito sem ser orientado por seus pré-conceitos (Coutinho, 1983). É somente a partir da transferência e deste giro de discurso que a verdade do sujeito pode emergir e a psicanálise pode encontrar um campo fértil para trabalhar.

Portanto, como agregar a uma visão médica muito nutrida pelos protocolos, pela racionalidade e pela objetividade, uma abordagem psicanalítica que pensa sua conduta a partir da escuta da verdade do sujeito e não da introdução de comandos de como o sujeito deve agir, pensar ou sentir? Conduta esta que não lida com generalizações e sim com particularidades. Como acolher o sofrimento e as questões que surgem nos atendimentos sem esperar uma intervenção que suscite um efeito específico? Como sustentar uma escuta que não traz respostas nem soluções prontas, que não traça uma conduta objetiva que tenha como meta final a diminuição do sofrimento de pronto?

Outra questão que se coloca para a equipe técnica é a da maternidade. Ao longo da história, construiu-se a ideia de que a maternidade estaria intrinsecamente relacionada à identidade feminina. Fato este que não leva em conta que existe um abismo entre o ser mãe e o ser mulher, visto que a maternidade não pode responder ao enigma da feminilidade. Há a construção do mito do instinto materno ou do amor espontâneo que existe na relação entre mãe e filho. Podemos aventar expressões que estão na cultura: “instinto maternal”, “amor de mãe”, “mãezona” e “coração de mãe”. Isso nos leva a questionar sobre a maternidade como sendo algo natural ou da ordem de um instinto, bem como se existe algum parâmetro que dê conta do que seria ser uma boa mãe (Farias & Lima, 2004).

Torna-se difícil em certos casos enxergar a maternidade como uma construção, como algo que não está dado desde o princípio. Tal como disse Vieira e Barros (2015), “o desejo materno puro, hipotético, o desejo que não existe na realidade” (Vieira & Barros, p. 29). Não há desejo materno sem uma função que opere nele, sem que seja submetido a uma lei. E este funcionamento não está dado *a priori*, algo precisa operar para que esse desejo tome formas. A partir deste ponto, a criança ganhará um lugar na vida dessa mãe, seja por meio de um desejo de querer ou de um desejo de não querer esse bebê. Nada disso segue protocolos estabelecidos ou depende de uma adequação às regras sociais. Abrir um lugar de escuta é oferecer a oportunidade dessa história se expressar, pois é no próprio ato de contar uma história, que esta pode ser também construída.

Diante do que foi elucidado, ocorreu um acontecimento que gerou muitos questionamentos à analista, que, em determinado momento, foi convidada pela equipe do AmbDown para realizar um seminário para mães e pais de crianças com SD. A demanda foi para falar sobre o momento da notícia do diagnóstico de SD e de que forma a psicologia poderia contribuir. Consideramos um desafio tal tarefa, ainda mais para uma residente (R1) recém-chegada ao serviço, que ainda estava

se integrando à equipe e construindo sua prática nesse ambulatório. Como abordar a temática da maternidade sem reproduzir o ideal desta enquanto algo inerente à identidade da mulher? Como incluir as mães que rejeitam seus filhos por terem SD? Ou as mães que rejeitam a maternidade? Como lidar com os afetos que os casos provocam na equipe? Como dar lugar à angústia da mãe? Como lidar com julgamentos pré-concebidos? Como acolher uma mãe que não deseja seu filho? De que forma intervir? O que dizer? Ou será que devemos escutar?

Tais indagações permitem abrir a discussão sobre a escuta desse sujeito mãe. Será que o que ele tem a dizer diz respeito à maternidade? Será que existem questões para além da maternidade? A grande questão colocada à equipe é: como acolher essa angústia sem qualquer juízo de valor? Para fazer isso, de que forma a equipe poderá lidar com seus próprios impossíveis, com suas próprias angústias. Ao tentarmos montar qualquer tipo de intervenção, deparamo-nos com a impossibilidade de saber quais serão as questões que virão à tona nas consultas. Por isso, a importância de construir um espaço de confiança que faça a mãe se sentir à vontade para falar sobre o seu sofrer, quando há um. É somente por meio do laço transferencial que esse espaço poderá ser forjado, possibilitando que o trabalho ocorra. Em *Dinâmica da Transferência*, Freud (1912) reconhece que a transferência deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso para o tratamento analítico.

Após a inserção da escuta analítica, como sustentar este lugar enquanto prática?

Após inserção da residente na equipe, há um questionamento acerca de qual condução de trabalho seguir. Qual era o lugar do acolhimento? De que maneira promover um espaço de escuta para essas mães levando em conta as particularidades de cada caso? Bem como a viabilidade de introduzir um espaço de cuidado que demanda tempo em um contexto institucional que preza também pela urgência e pela resolutividade dos problemas.

Moretto (2019) nos adverte sobre o perigo do analista tirar conclusões tomando como base apenas o imaginário, passando, portanto, a ter sua atuação referenciada no seu desejo e não na demanda daquele que o contrata. Ressaltando a importância de interpretar a partir do que se escuta, em que somente por meio da palavra é que será possível existir uma interpretação analítica.

Assim como Moretto (2019, p. 22) se interroga, façamos o mesmo com a angústia como algo “que, de acordo com a teoria lacaniana, ocorre quando não se tem significantes que simbolizem o *buraco* do *Real*”. Fazer falar o sujeito seria então o instrumento que o analista lança mão para que este fale sobre sua angústia, seja ele integrante da equipe médica, seja ele paciente do hospital. Importante ressaltar que não se trata de responder à demanda médica ou à demanda do paciente, nem muito de recusá-las. A psicanálise vislumbra o resultado como consequência e não como objetivo. Sua ênfase está no sujeito e não no sintoma (Moretto, 2019). Portanto não há garantias nem falsas promessas de que o psicanalista irá “eliminar” a angústia.

Considerações finais

Advertidos de que só haverá trabalho possível se antes tiver sido construído laços transferenciais, cada profissional deverá construir este espaço à sua maneira, possuindo a sensibilidade de conduzir uma escuta atenta, interrogar certos ditames sociais, dar espaço para que a angústia seja falada, tanto por parte da família, como por parte da equipe multiprofissional. Estar atento ao que mobiliza os afetos da equipe. E como fazer isso? Não há protocolos, há o caso a caso.

A maternidade suscita muitos impossíveis, muitas perguntas sem respostas, muitas respostas que não respondem e um quê de ambivalência. Diante daquilo sobre o qual não sabemos, vem também a angústia. Frente a padrões sociais cada vez mais difíceis de alcançar, forjam-se a todo momento ideais. Ideias de como ser mulher, como ser esposa, como ser mãe, como cuidar do filho, como protegê-lo. No caso da Síndrome de Down, que como vimos, requer certos cuidados e estimulações específicas, como saber respeitar o limiar da estimulação a que são submetidos e também deixá-los se expressar como sujeitos desejantes?

Diante de um filho com SD que lidará com a questão do estigma social que carregam em sua face por meio do seu fenótipo específico, muitos pais se deparam com seus medos e seus impossíveis. Falas tais como estas são comumente proferidas por eles nas interconsultas: “*será que conseguirei lidar com tantas demandas?*”; “*Temo por seu futuro*”; “*E quando eu não mais estiver aqui?*”; “*Será que darei conta de seus cuidados específicos?*”

Nada é óbvio. Não existe acaso para a psicanálise. Cada pai e cada mãe falam de forma muito particular sobre seu sofrer. Cada um lida a seu modo com seus medos e suas angústias. As falas podem até se aproximar, mas nunca serão as mesmas. Podemos conjecturar milhões de possibilidades, dúvidas, medos e angústias, mas nunca saberemos *a priori*. Unicamente a partir da escuta de cada sujeito que teremos acesso a seu sofrimento e poderemos propor um espaço para que o sujeito possa colocar-se a trabalhar suas questões. E sem que se tenha estabelecido uma relação de confiança de um suposto saber, não haverá trabalho.

Referências bibliográficas

Alberti, S. (2000) Psicanálise: a última flor da medicina. In Alberti, S. & Elia, L. *Clinica e pesquisa em psicanálise*. (pp. pp. 37-56) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde.

Coutinho, A. (1983) Discurso médico e discurso psicanalítico. In Clavreul, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense.

Farias, C.N.F. & Lima, G. G. (2004) A relação mãe criança: esboço de um percurso na teoriapsicanalítica. *Estilos clin.*, v. 9, n. 16, p. 12-27, jun.

Freud, S. (2018) Sobre a dinâmica da transferência In: Fundamentos da Clínica Psicanalítica. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1912).

Moretto, L. (2019) *O que pode um analista no hospital?* Belo Horizonte: Artesã.

Vieira, M.A & Rêgo Barros, R. (2015) *Mães*. Rio de Janeiro: Subverso.

Impasses na Clínica: a menina que não come

Quézia Oliveira*

Michelle Wendling**

Andrea Albuquerque***

Resumo

O presente trabalho pauta-se em nossa experiência enquanto residente na Unidade Docente Assistencial de Pediatria – UDA, inserida no Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE. Nossa prática clínica é com crianças que são atendidas diariamente no ambulatório geral, onde participamos de interconsultas junto a outros profissionais. Abordaremos um caso clínico de uma criança que chegou até nós com a queixade recusa em se alimentar trazida pela mãe. A escuta clínica tem como orientação a psicanálise.

Palavras-chave: Pediatria; psicologia; alimentação.

Introdução

O trabalho que nos propusemos a escrever resulta de nossa prática clínica no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto durante o período de segundo ano da Residência. Nossa inserção no ambulatório se dá por meio de interconsultas com profissionais de outras especialidades. Nossa função é escutar primeiro o profissional que atendeu a criança, acompanhada de seu responsável. Em seguida, ouvimos a família juntamente com a criança para que possa expressar a queixa ou preocupação e entender se de fato há uma demanda para o atendimento com a psicologia.

Além de participar das interconsultas, existem alguns ambulatórios específicos onde nos inserimos, são eles: Endocrinologia pediátrica, Genética, Síndrome de Down, Followup. Também existe um grupo de psicologia no qual recebemos os pais e responsáveis por crianças com queixas comportamentais.

* Psicóloga. Residente de segundo do ano do Curso de Psicologia Clínica Institucional- Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019)

** Supervisora da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização de Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

*** Preceptora da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

A equipe do ambulatório é constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, profissionais de recreação e psicólogos. Entre todas as categorias profissionais temos staffs, residentes e também internos de medicina. O objetivo do nosso trabalho é acolher as crianças que chegam até nós juntamente com seus responsáveis. Ouvimos a queixa trazida por esses responsáveis o que está causando sofrimento, seja para a criança, seja para os pais quando não sabem como lidar com seus filhos.

Como tudo começou

Desde o princípio, quando a residente de nutrição bateu na porta da psicologia, fiquei intrigada com o caso. Como pode uma criança de quatro anos não se alimentar? Crianças podem rejeitar a comida porque preferem doces. Mas, nesse caso, em que nos propusemos a relatar, nem os doces são atrativos. A criança será chamada de M. Segundo relatos da mãe da criança, esta nunca aceitou alimentação alguma, sempre rejeitou. Até hoje, alimenta-se apenas de leite na mamadeira.

A gravidez não foi planejada. A mãe da criança já passava dos quarenta anos e não pretendia ter mais filhos. Quando soube, não acreditou. Descobriu através de exame quando foi ao médico, depois de um desmaio no trem quando ia para o trabalho. Quando a médica deu o resultado, foi difícil de aceitar. Pensou que era brincadeira. Para a mãe da criança, o tempo da gravidez foi como se não estivesse grávida. Não teve enjoos, a alimentação era a mesma. No início, culpava o marido pela gravidez. Para não engravidar, tomava injeção mensal e o marido não usava preservativo. Mesmo assim, engravidou. Diz que a filha não come porque pensa que a comida é suja e tem bicho. Relata que já tentou fazer vários tipos de comida, mas sem sucesso.

Diz sentir uma angústia imensa por não conseguir fazer com que a filha coma. Nos atendimentos sempre diz *“só dando umas porradas mesmo nessa garota, eu não sei mais o que fazer”*. Nos atendimentos, M. sempre brinca com uma casinha de bonecas. Nos momentos em que fala sobre comida, aproveito para indagá-la sobre o assunto. Ela não responde. Às vezes, brinca com massinha. Certa vez, pediu para eu fazer bolinhas. Perguntei o que eram essas bolinhas, ela respondeu dizendo que eram ovos de galinha (sic.). Perguntei se ela gostava, disse que sim. Quando perguntei se já havia comido, não respondeu. Nesses momentos, M. continua a brincar e muda de assunto.

Em um dos primeiros atendimentos, ela mesma disse que havia bicho na comida. Perguntei que bichos eram esses, mas ela não respondeu. Durante um atendimento, disse haver um bicho escondido na janela da casinha de bonecas. Quem é esse bicho? Perguntei. Ela disse que era um fantasma. Continuei indagando, mas ela apenas dizia que era um fantasma, e que ele ficava escondido. Pergunto se ela já viu, diz que não. Uma vez, pegou o pote de massinha e escondeu um

dinossauro dentro: *“ele quer ficar escondido”*, disse ela, sem dizer o porquê. Fica me perguntando se eu estou vendo o dinossauro escondido.

Percebo que no discurso e nas brincadeiras sempre aparece a palavra “esconder”. Penso que o motivo dela não comer de fato está escondido. M. é acompanhada pela nutrição, psicologia, pediatria, gastroenterologia, endocrinologia, neurologia e por aí vai. Foi encaminhada para o alergista também. Enfim, são inúmeras investigações de várias especialidades. A mãe relata que, desde que nasceu, a criança sempre apresentou diversos problemas, inclusive há a hipótese de microcefalia.

A gestação foi de alto risco. Muitas reclamações e também indagações é o que ouço nos atendimentos. *“não aguento mais essa garota”*; *“olha doutora, está muito difícil, o que eu faço com ela?”*; *“eu já falei para a médica que eu vou dar umas porradas nela, mas a médica diz que não posso fazer isso”*; *“eu estou muito cansada”*; *“só ficam investigando e ninguém descobre o que essa menina tem”*. *“O que eu faço doutora?”* É a pergunta que sempre ouço a cada semana. O que responder, ou, como manejar uma situação em que também ficamos inquietos e com muitas perguntas sem resposta?

É claro que nossa função, em qualquer caso, é escutar. Mas como, ou, o que escutar de uma criança de quatro anos que sempre pede para brincar de casinha? Sempre me questiono. Será mesmo que não é um problema orgânico? Até agora não apareceu nada nos exames médicos que possa dizer o motivo pelo qual M. não come. Porque ela não come? Como consegue não se alimentar? Como ela não sente fome? Parece ser impossível uma pessoa não sentir fome.

M. é muito falante e articulada, fala tudo, e muito bem. Tem uma voz forte e potente, que também me chama a atenção. Não é suave. Quando está no ambulatório, sua voz ressoa pelo corredor e salas. Seu relacionamento com a mãe parece ser de amor e ódio. Certa vez, num atendimento disse *“não chama minha mãe”*. Eu perguntei porque e ela respondeu *“ela não me ouve”*. Em outro atendimento, fala sobre carinho. Pergunto se ela gosta de carinho, ela diz que sim. Quando eu pergunto de quem ela recebe carinho, responde *“da mamãe”*.

A mãe de M. sempre fala sobre a filha expressando raiva, impaciência e um tom de voz cansado. *“Essa aí veio para me deixar de cabelo em pé”*; *“ela só me dá trabalho”*. Enquanto fala, olha para a filha, resmunga, briga com ela. Nunca ouvi uma frase ou algum gesto expressando carinho, amor, afeto. M. sempre entra na sala procurando os brinquedos, e sua mãe já entra reclamando ou se justificando porque chegou atrasada. Fico pensando como é a relação delas em casa. O que fazem, o que conversam.

Segundo a mãe de M., ela não gosta de brincar com outras crianças, e, quando isso acontece, ela pega os brinquedos das crianças para brincar sozinha. Não me pergunto apenas o porquê de ela não comer, mas também, até quando ela não vai comer? Ou, quando ela vai começar a comer? São

muitas perguntas. Será mesmo que pode ser psicológico? É difícil acreditar nessa hipótese. A criança rejeita a comida assim como foi rejeitada pela mãe antes mesmo de nascer.

O caso clínico

A criança cuja história relatamos aqui é acompanhada semanalmente no ambulatório. É um caso que mobiliza diversos profissionais na busca de tentar entender o motivo pelo qual M. não se alimenta. É notório que há uma dificuldade na relação entre mãe e filha. Por um lado, existe uma mãe que deseja que a filha corresponda a sua expectativa, que é se alimentar, por outro lado, temos uma criança que não expressa vontade de ingerir qualquer tipo de alimento.

É sabido que toda mãe tem um papel fundamental na vida da criança desde o nascimento. Segundo Dolto (1996):

A mãe inicia a criança não só no aplacamento das necessidades do corpo e das tensões do desejo, mas também, por seus afagos, pelas carícias e pelas palavras que lhe dirige, no reconhecimento do pai, dos parentes e de todas as pessoas com quem fala em presença da criança. Ela a inicia, por conseguinte, na vida social (p.242).

O papel da mãe, então, é muito maior que apenas suprir as necessidades corporais de um filho. É através dela que a criança é inserida na vida familiar e social. São os cuidados e a atenção materna que contribuem para o bom desenvolvimento físico, mental, social e emocional da criança. É essa relação mãe-filho que tentamos entender no caso em questão. Ainda de acordo com Dolto (1996): “As expressões do bebê, seu choro e seus sorrisos, dirigidos ao adulto maternalizante, recebem ou não resposta. Seu corpinho que sobrevive, movido pelas demandas de cuidados e de alimento, recebe, além disso, uma informação mímica, auditiva e comportamental” (p.214).

Pensando na citação acima, que respostas essa criança obteve desse adulto maternalizante? Como era a relação mãe-bebê? Nosso papel é também investigar, mas, em todo o caso, o que temos é o discurso que o paciente nos traz.

A angústia de ter uma criança que não come não é apenas da mãe, mas também da equipe que acompanha a criança. A princípio, ela não apresenta problemas orgânicos, o que faz com que alguns profissionais acreditem que seja algo comportamental. O caso suscita muitas perguntas, porém, ainda sem respostas. A literatura nos aponta que existem crianças que são seletivas em sua alimentação, ou seja, comem um número restrito de alimentos, mas não é o caso dessa criança. Segundo Kachani, Abreu, Lisboa, Fisberg (2004): “As razões desse comportamento são bastante complexas, devido às interações de características familiares e de contextos sociais, além do fato de que segundo a faixa etária, pode-se ter uma causa preponderante para o quadro” (p.53). De fato, o

comportamento de M. é complexo. A relação que ela tem, ou, que ela não tem com a comida, é um mistério.

Considerações finais

A criança cuja história relatamos aqui continua sendo acompanhada por nós toda semana. A cada atendimento ouvimos coisas que, aos poucos, nos fazem pensar num quebra-cabeça em que as peças precisam se encaixar. De tudo o que já ouvimos, acreditamos que M. e sua mãe possuem uma relação muito difícil e que precisa ser trabalhada. Sem dúvida, é um caso que intriga, e a busca por respostas continua. Até o presente momento, a criança é acompanhada por diversos profissionais.

Referências bibliográficas

Dolto, F. (1996). *No jogo do Desejo - Ensaios Clínicos*. São Paulo: Editora Ática.

Kachani, A. T.; Abreu, C. L. M.; Lisboa, S. B.H.; Fisberg, M. (2004). Seletividade Alimentar da Criança. *Pediatrics* (São Paulo) 2005;27(1):48–60. Recuperado em 11/09/2019 em: https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Kachani/publication/237487289_Seletividade_alimentar_da_crianca/links/02e7e538d21096fcde000000/Seletividade-alimentar-da-crianca.pdf

O discurso do Bem dentro de uma enfermaria pediátrica

Ursula Ponciano Possollo Goulart*

Vinicius Anciães Darriba**

Resumo

Este trabalho objetiva tratar as questões e impasses que surgem no trabalho dentro de uma enfermaria pediátrica, pensando o lugar do psicólogo neste espaço e sua posição diante do discurso do Bem vigente dentro de um hospital. Diante das demandas do paciente, familiares e da equipe se faz necessário pensar a posição que o psicólogo assume, se guiando pela ética da psicanálise mesmo em um lugar onde o imperativo é a cura, onde a falta e o sofrimento são constantemente calados. É importante ressaltar que as considerações são resultantes do trabalho realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) através do programa de residência do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional.

Palavras-chave: Pediatria; Psicanálise; Ética; Lugar; Demanda

Esse trabalho surgiu através da minha experiência como residente de primeiro ano dentro setor de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Logo no início da residência fui recebida na pediatria, onde pude trabalhar durante um semestre, passando tanto pela enfermaria quanto pela UTI. Apesar das especificidades e desafios que uma Unidade de Tratamento Intensivo, principalmente quando os pacientes internados em estado crítico são crianças, o verdadeiro desafio apareceu para mim dentro da enfermaria. Local onde o psicólogo é solicitado constantemente não apenas pelo paciente e por seu familiar, normalmente a mãe que incansavelmente permanece ao lado do leito durante toda a internação, como também pela a equipe, que com dificuldades em lidar com os pacientes e familiares “problema”, demandam da psicologia uma solução, algo que conserte o problema, apazigue os ânimos e permita o retorno ao bom funcionamento do serviço. A partir dessas constantes demandas, enquanto eu tentava me adaptar a residência e ao serviço, algumas questões se colocaram para mim: Qual o lugar do psicólogo dentro de um hospital? Como manter um viés psicanalítico diante a tantas demandas que tem como base o bem do paciente?

* Psicóloga. Residente de segundo do ano do Curso de Psicologia Clínica Institucional- Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019)

** Supervisor da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização de Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

Ao nos referirmos à especificidade do psicólogo, recorrentemente nos referimos a nossa escuta como uma “escuta clínica”. Segundo Elias (2008) a palavra clínica tem como seu significado de origem o atendimento à beira do leito, além de que Freud começou seu trabalho com as histéricas dentro de um hospital, o que já nos aponta que a escuta psicanalítica dentro de uma enfermaria não é apenas possível, como também está inserida em um ambiente fértil para aflorarem questões importantes para o paciente. Para além da doença que impõe uma série de perdas ao paciente, além do risco de morte que atinge não apenas a criança, mas também a mãe em seu narcisismo, a própria internação atualiza as perdas, ao afastá-los (mãe e criança) de seus familiares (muitas vezes existem irmãos menores ou pequenos envolvidos) e de sua rotina, inserindo eles em um ambiente estranho e desconhecido, no qual são coagidos a se submeterem a uma ordem médica que detém o saber sobre eles. Com frequência estas mães repetem *“Eles não estão me ouvindo”* *“Esse é o normal do meu filho”* ou *“Meu filho não é assim”*, encontramos assim mães que destituídas de seus lugares, daquelas que conhecem e cuidam do filho, se encontram muitas vezes sem referências, ocupando um não-lugar. Ao mesmo tempo em que são cobradas de permanecerem ao lado do leito, obedecendo ao que os profissionais dizem, afinal isto é o que “uma boa mãe faria”.

De maneira não surpreendente, muitas vezes a relação entre as mães e a equipe é abalada, momento em que o psicólogo é solicitado para resolver o conflito, muitas vezes com um pedido de que torne a mãe e o paciente mais dóceis, de forma que um tratamento médico seja possível. Em diversos momentos em minha rotina na enfermaria me senti em um não-lugar também, ocupando um espaço dentre a equipe, mas ao mesmo tempo fora, de forma que fosse possível escutar o que estava sendo pedido pela equipe, acolher, mas manter uma distância que permita perceber o que está por trás daquele pedido. E ao mesmo tempo, em todos esses momentos me deparar com a pergunta: Como manter uma postura ética psicanalítica quando o que se está em jogo é a saúde e possivelmente a vida de uma criança? Afinal, o objetivo maior dos médicos que nos solicitam é a recuperação e o bem-estar daquele paciente.

Elias (2008) confirma isto ao afirmar que a demanda institucional exige uma resposta rápida e eficiente a situações nas quais o pedido já é marcado pela ordem do impossível, sendo uma demanda que nasce a partir da impotência da equipe em lidar com determinada situação. O psicólogo é chamado para convencer o paciente a aderir a uma conduta em nome de seu bem, ele é convocado a atuar na emergência, mas a pergunta que a autora coloca é: emergência para quem? Segundo a autora, atender ao pedido sem questionar, sendo impulsionado pela pressa de quem pede uma resposta, distancia o psicólogo de sua função e o leva a agir como um assistente de outra área. O profissional é indagado em sua função, espera-se que este tenha um saber o que fazer diante da dor, do sofrimento e da morte, como se fosse possível ter uma resposta que apaziguasse as perdas sofridas por um paciente e sua família.

A medicina moderna tem sua base na ciência, que por sua vez surge como aquela que detém o saber, partindo de uma linguagem universal e normativa, ela tenta instaurar um discurso que não deixa espaço para a inscrição do sujeito. O sujeito, por sua vez, cisma em surgir para a ciência como um furo em seu discurso, impossibilitando a concretização do projeto científico de um discurso integral (Vorsatz, 2015). A ciência e a medicina que se insere neste discurso, só pode permitir o sujeito como igual a si mesmo, aquele que sabe o que quer, que conhece verdadeiramente sua identidade, aquele que Melman (2008) define como sujeito da demanda ou sujeito da necessidade, pois este que não passa pela dimensão do desejo é capaz de ser atendido completamente em sua demanda, podendo ser preenchido, tamponado e, no caso de um paciente internado, curado.

Dentro do hospital, o médico diagnostica, dá um prognóstico e faz uma proposta terapêutica, através dos sinais clínicos e exames complementares. O paciente é assim reduzido aos seus sintomas de forma que possa ser inscrito no discurso médico, ao qual o doente não tem acesso por se tratar de um vocabulário que está muito distante do popular. O psicólogo é convocado, assim como o médico, a responder do lugar de quem tem um saber, entretanto, a psicanálise nos adverte que o lugar que devemos ocupar ali é o de suposto saber, de forma a permitir que o sujeito tome a palavra, podendo se inserir dentro da própria história e se implicar em relação a sua doença. O psicólogo deve se manter no lugar de não saber, que é diferente da ignorância, para que seja possível escutar o paciente, de forma a não objetificá-lo ainda mais, abrindo espaço para que algo do sujeito e de seu desejo possa emergir. A atuação deste profissional deve seguir uma vertente ética, indo além de um ideal de alívio em direção a construção de uma verdade singular do sujeito sobre sua doença (Elias, 2008).

Alberti (2008) nos chama a atenção para a importância de não recuarmos diante dos impasses e especificidades que o trabalho dentro de uma instituição hospitalar nos coloca, de forma que o hospital não pode ser pensado como um lugar de impossibilidade por conta dos atravessamentos. Segundo a autora, a dificuldade do trabalho do psicólogo dentro do hospital se dá devido à natureza de seu trabalho, que acaba gerando respostas pouco produtivas as demandas que chegam a ele. Segundo Albuquerque (2019) o psicanalista deve se inserir na enfermagem através de um trabalho integrado com os demais profissionais evitando que seu trabalho se configure de forma paralela ou complementar ao da equipe médica.

Dickstein (2017) nos chama a atenção para uma especificidade da pediatria, especialização que os médicos normalmente escolhem por gostarem de crianças e pela falta de interesse nos adultos. Entretanto o autor aponta como um erro pensar a pediatria resumida ao tratamento de crianças, pois a relação médico-paciente se dá em grande parte entre adultos, de forma que é o responsável que escolhe e autoriza o cuidado com a criança. Ainda segundo Dickstein, na formação dos pediatras, os pais aparecem como coadjuvantes no tratamento, o que é uma grande distorção.

Pois baseados no ideal que têm de como o bebê/criança deve ser cuidado, deixam a mãe no lugar de devedora, seja por não ter dado todas as vacinas, não ter feito todos os exames ou ter esquecido de dar a medicação no horário correto. A mãe que não consegue, ou não quer, seguir o que os médicos entendem como ideal muitas vezes acaba sendo considerada como relapsa ou problemática, o que como consequência acaba afetando, algumas vezes de maneira irreversível, a relação médico-paciente.

Nas palavras de Albuquerque:

A equipe tem um parâmetro pré-estabelecido e não explícito do que se espera em termos de reação emocional à doença e à internação. Trata-se de um conjunto de expectativas compartilhado pela maioria, mas não explicitado: espera-se algum grau de sofrimento emocional, alguma adesão ao tratamento, alguma submissão às prescrições médicas e alguma adaptação às normas de comportamento na enfermaria (2019).

Quando o paciente e sua família se encontram fora deste padrão esperado, se solicita a intervenção do psicólogo, para que este possa ajudá-los a se adequarem às normas da enfermaria, sua condição clínica e às exigências do tratamento. A demanda surge quando o saber médico é questionado e a equipe é convocada a lidar com a singularidade daqueles sujeitos que deveriam estar ali totalmente submetidos ao tratamento. Por vezes, o psicólogo é solicitado também quando a equipe de saúde avalia que o paciente e sua família estão com sentimentos considerados ruins, como ansiedade, tristeza, depressão, por exemplo. Solicitação que fala sobre a sensibilidade do profissional diante da forma como cada criança/familiar lida com a doença, fala novamente da angústia do profissional diante daquilo que ele não pode resolver. Assim, o pedido feito pela a equipe para a psicologia quase sempre é que a ordem seja reestabelecida (Albuquerque, 2019).

Advertidos por Lacan (1966) de que responder o que se demanda, é não responder absolutamente nada, o psicólogo que se direciona pelo viés da psicanálise, deve sempre manter uma escuta atenta para o que realmente está sendo pedido. Apesar disto, Albuquerque (2019) nos adverte que não é uma tarefa fácil resistir aos apelos da equipe de que colaboremos para um bom funcionamento de sua proposta terapêutica. A proposta de atender aos pedidos da equipe muitas vezes traz consigo a ideia de um reconhecimento e valorização do profissional dentro do setor, além da fantasia de que se está ajudando na cura daquela criança. Entre o risco de se colar a um ideário de saúde universal que não leva em conta o sujeito e o de não reconhecimento de seu trabalho, o psicanalista tenta sustentar segundo a autora “um lugar de impasse, de angústia, de frustração sem abrir mão de sua função” (Albuquerque, 2019).

Nas palavras de Elias:

Somos tentados pelos efeitos alienantes de uma instituição hospitalar a funcionar como se espera dentro de uma posição médica. Se em troca ao chamado médico produz-se algo a interrogar, não havendo reciprocidade entre o que se solicita e o que se oferece a partir disso, o discurso deixa de permanecer limitado ao corpo e poderá começar a circular. Diferente da medicina, nosso trabalho não objetiva a eliminação do sintoma, mas possibilita um saber sobre ele que se articula com a história do sujeito (2008).

O psicanalista deve então se ocupar de escutar o que no discurso do profissional que solicita sua ajuda diz respeito a algo que está além do paciente, que diz respeito à subjetividade do profissional e de sua capacidade, ou não, de lidar com as falhas no discurso do bem cuidar que aquele paciente aponta. Dentro da enfermaria, as questões do paciente e do profissional acabam se entrelaçando neste pedido. O acolhimento e o cuidado oferecido para os pacientes e suas famílias são pautados nas crenças e convicções dos profissionais de saúde do que é o bem para o doente, que se aplica a todos os que estão internados ali. Muitas vezes, através do imperativo do bem cuidar, não há espaço para que a equipe perceba que cada paciente lida de modo singular com sua doença (Albuquerque, 2019).

Freud (1930) revela que a ciência e a modernidade trazem uma (falsa) promessa ao homem, a de submeter a natureza à vontade humana. Segundo Franco Filho (2009), estamos submetidos a uma cultura que tem como objetivo abolir a dor e o mal-estar em todos os níveis que ele possa vir a se manifestar. A enfermaria de pediatria não foge a este moderno imperativo de felicidade, que se manifesta através de suas especificidades. A expectativa de tratamento/cura da doença vem acompanhada do desejo de que os pacientes e seus acompanhantes mostrem uma boa aderência ao projeto terapêutico, solicitando a ajuda dos profissionais sem questioná-los, pois existe um imaginário comum de que a vontade de ficar bom é o que guia a ação daqueles que estão internados.

A psicanálise, por sua vez, demonstra que as ações do homem sempre têm um sentido ao qual se dirigir, a do desejo, que surge através da falta. A ética da psicanálise está justamente em sustentar que o sujeito se coloque como desejante (Nascimento & Maurano, 2016). Dessa forma, estando inserido em um ambiente no qual o imperativo é a cura, o psicólogo que atua sobre o viés psicanalítico, se vê obrigado, contrariando Lacan (1966), a em certa medida ocupar um posicionamento extraterritorial, no sentido de não aderir à lógica vigente, ao mesmo tempo em que precisa se inserir na enfermaria de forma a conversar com os outros profissionais e se tornar parte da equipe. Incapaz de dar conta do mal-estar de existir, a psicanálise pode fazer sua contribuição modesta ao dar lugar a este sofrimento, apontando para os perigos do esmagamento da

singularidade dos sujeitos internados ali. O psicanalista deve então sustentar seu lugar de exceção ao mesmo tempo em que constrói sua inserção junto à equipe (Filho, 2011).

Para Moura (2011) quanto mais o sujeito é excluído, mais a psicanálise se faz necessária. A instituição, tomada pelo saber científico totalitário, que tenta preencher todas as lacunas, resiste a psicanálise, ao mesmo tempo em que a revela como fundamental. Acredito que os questionamentos que apresentei no início deste trabalho se mantêm e que só podem ser respondidos a cada vez a partir das situações e pedidos que se apresentam. Com a perspectiva de não se trabalhar a partir da urgência, evitando atropelamentos, do trabalho e do sujeito, tornando possível escutar o que realmente se pede e atuar a partir de uma ética que abra espaço para que o sujeito tome palavra sobre seu próprio sofrimento, podendo assim dar sentido a sua história.

Referências bibliográficas

Alberti, S. O hospital, o sujeito, a Psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista da SBPH*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 143-160, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 set. 2019

Albuquerque, A. B. de. Prática psicanalista em enfermagem de pediatria: possibilidades, desafios. *Revista da SBPH*. São Paulo, v. 22 (spe), p. 103-115, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 de setembro de 2019

Dickstein, P. O que a psicanálise tem a dizer ao pediatra?. *Revista de Pediatria SOPERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 4-5, 2017

Elias, V. de A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Revista da SBPH*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 87-100, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 set. 2019

Filho, R. A. P. A prática médica, a “hipermodernidade” e o paciente do SUS. In: Batista, G.; Moura, M. D.; Carvalho, S. B. (Org.). *Psicanálise e hospital 5: A responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak, 2011. p. 55-63

Franco Filho, O. de M. A civilização do mal-estar pela não felicidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 183-192, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2009000200016. Acesso em: 26 set. 2019

Freud, S. O mal-estar na civilização (1930). In: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obras Completas, v. 18).

Lacan, J. (1966) O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo, nº 32, dez. 2001.

Moura, M.D. O psicanalista à altura do seu tempo? Respostas da psicanálise ao chamado médico. In: Batista, G.; Moura, M. D.; Carvalho, S. B. (Org.). *Psicanálise e hospital 5: A responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak, 2011. p. 99-110

Nascimento, L. V.; Maurano, D. O belo desejo da psicanálise. *Psicanálise & Barroco em revista*. [S.l.], v. 13, n. 2, p. 137-164, dez. 2016. Disponível em:

<<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=cHNpY2FuYWxpc2VlYmFycm9jby5wcm8uYnJ8cHNpY2FuYWxpc2V8Z3g6NDc3OGI3NjQ2OGQ2NDc1Ng>>. Acesso em: 20 set. 2019.

O lugar da agressividade da criança na enfermaria: quando o herói não pode salvar

Luiza Soares*

Andrea Albuquerque**

Vinicius Darriba***

Resumo

O presente trabalho desenvolveu-se a partir da atuação da residente de Psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e busca trazer considerações acerca de um trabalho orientado pela Psicanálise na Enfermaria Pediátrica deste Hospital Geral. Dentre as questões percebidas neste contexto e trazidas à discussão, está a forma de a equipe lidar com a resposta agressiva das crianças frente não somente à sua própria condição de saúde, mas aos diversos procedimentos invasivos aos quais são submetidas diariamente. Orientados pelos postulados de Freud e por meio de dois fragmentos de casos clínicos, refletiremos acerca da importância do discurso analítico no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Psicanálise; hospital geral; pediatria; agressividade.

Introdução

O presente trabalho desenvolveu-se a partir da atuação da residente de Psicologia na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e busca trazer considerações acerca de um trabalho orientado pela Psicanálise no Hospital Geral. Por se tratar de um ambiente hospitalar, o saber médico impera, sendo o tempo da enfermaria caracterizado pelo tempo das urgências médicas, o que acarreta, por vezes, certo apagamento do sujeito adoentado, que é visto como objeto de intervenções. No entanto, a proposta da Psicanálise é tanto interrogar este saber de especialista bastante encontrado na prática hospitalar, quanto trabalhar exatamente no ponto em que este saber falha e não consegue responder às demandas das crianças gravemente adoecidas e suas famílias. A Enfermaria Pediátrica do HUPE, atualmente composta por dezesseis leitos, acolhe pacientes com idades entre zero e onze anos, com diferentes enfermidades. Além de receber os pacientes em situação de internação, tendo passado por processos cirúrgicos ou não, é

* Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ. (2019)

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

nas dependências da enfermaria onde diversos procedimentos invasivos são realizados, tais como punções venosas periféricas (para colocação do acesso venoso), punções para coleta de medula óssea, coletas diárias de sangue, administração de medicações fortes, ativação de cateteres, dentre outros, que fazem com que este espaço se configure como cenário para diversas expressões de uma das três fontes de mal estar que Freud (1996) já evidenciara em sua obra, a saber, as doenças no corpo.

Dentre as questões percebidas neste contexto, está a forma de a equipe lidar com a resposta agressiva das crianças frente não somente à sua própria condição de saúde, mas aos diversos procedimentos aos quais são submetidas diariamente. Apesar de a equipe também ser composta por nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e assistentes sociais, percebemos que os afetos negativos das crianças se direcionam, sobretudo, às figuras do médico, do enfermeiro e do psicólogo. No caso dos primeiros, principalmente por estes serem os atores das intervenções desagradáveis e dolorosas, e, no caso do psicólogo, como expressão possível do laço transferencial, como já assinalou Freud (1996).

Foi possível perceber, no cotidiano da enfermaria, uma forma particular de a equipe reagir a estes afetos negativos, que influencia diretamente em sua conduta para com os pacientes. Para auxiliar na reflexão acerca desse contexto, traremos os casos clínicos de Alice e Matheus – nomes fictícios para duas crianças com idades entre quatro e seis anos –, que receberam diagnósticos difíceis, representando um desafio para a equipe médica; passaram por um longo período de internação; e construíram um relacionamento mais próximo com a equipe.

Escolhemos estes dois casos por se tratarem de crianças “amadas” pela equipe, e mesmo se expressando de modos completamente distintos diante das situações em que se encontravam, em ambos os casos a limitação da equipe em lidar até mesmo com a mínima demonstração de agressividade por parte das crianças se mostrou presente.

Casos clínicos

Alice, portadora de uma Síndrome Nefrótica, precisou utilizar, por quarenta e cinco dias, um cateter peritoneal (que deixava uma haste de silicone de quinze centímetros para fora de sua barriga) – fato que foi vivenciado por ela com grande sofrimento –, tendo sido substituído por um cateter semi-implantado para realização de hemodiálise três vezes por semana, enquanto aguardava por um transplante de rim. Internada durante quatro meses, a paciente renal crônica grave, normalmente muito comunicativa, era uma criança cuja presença costumava não apenas ser notada,

***Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Docente e Supervisor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

mas divertir a equipe e demais funcionários, que lhe presenteavam de diversas formas e lhe concediam privilégios, como a livre circulação por todos os espaços da enfermaria, inclusive na sala dos médicos, e o acesso aos aparelhos celulares dos funcionários.

Alice, sempre risonha e carinhosa, tida como *“fofinha”* e *“xodó da enfermaria”*, mudava completamente seu comportamento com o profissional que realizaria a coleta de sangue naquele dia específico, se tornando ríspida e enraivecida pelo resto do dia. Raramente ignorava o médico ou o enfermeiro, preferia brigar e expulsá-los do ambiente no qual ela se encontrava. Era do conhecimento de todos quando Alice se aborrecia por causa dos procedimentos e medicamentos administrados. A situação chegou ao ponto de os residentes médicos não quererem examiná-la, e disputarem para não furá-la por receio de sua represália posterior, fato que era muito comentado por eles. Sempre se desculpavam muito com ela após os procedimentos, tendo uma residente, inclusive, se recusado a realizar procedimentos em Alice durante todo o seu mês de passagem pela enfermaria, alegando *“não conseguir”*.

Se era perceptível a todos quando Alice estava com raiva, o mesmo não se dava com Matheus. O paciente, que chegara à enfermaria após uma cirurgia para o fechamento de uma fistula em seu intestino grosso – que tinha apenas quinze centímetros –, usava, há alguns anos, uma bolsa de colostomia, que o limitava, pois, segundo ele, não podia correr na rua e nem jogar bola com os amigos. Seu maior sonho era, em suas palavras, *“retirar a bolsinha”*, pois além da limitação imposta às brincadeiras, alimentação e pela série de cirurgias, Matheus acordava todos os dias, pela manhã, com fezes espalhadas pela cama, pernas, tronco, braços e mãos. As chances para a retirada da bolsa, entretanto, eram muito pequenas, e seu caso era visto pelos médicos como desafiador e incerto, pois ninguém sabia como seu corpo responderia a este arriscado processo.

Matheus, no entanto, era uma criança demasiadamente tranquila. Apesar de comunicativo, sua fala era lenta e sua voz, baixinha. Era extremamente calmo, educado e gentil. Nunca reclamava de nenhum procedimento, ainda que vários lhe fossem realizados, e era querido por todos os enfermeiros e médicos por, segundo eles, *“não dar trabalho”*, já tendo, inclusive, relatado não querer ir ao banheiro para não deixar sua mãe mais cansada por ter que levá-lo.

Certa vez em seu box, junto a ele e sua mãe, observo o residente de medicina se emocionar ao ouvir Matheus falar sobre seu maior sonho. Em uma tentativa de responder àquela expressão de sofrimento e percebendo as capas de DVDs de filmes espalhados ao redor do leito, o residente lhe diz que ele também pode ser um herói quando crescer. Matheus, que estava restrito ao leito, lhe diz, confuso, que não tinha superpoderes, ao que o residente responde que ele poderia ter o poder de *“salvar as pessoas”*, sendo, talvez, *“um bombeiro, um salva-vidas ou um médico”*. Para isso, deveria crescer feliz, sem, no entanto, poder jogar *“aquele jogo”*, proibido, anteriormente, por ele. Eu pergunto qual o jogo em questão, e o residente explica que ele se referia ao jogo virtual de

“*tiros*”, do qual Matheus tanto gostava e fora proibido de jogar durante sua passagem pela enfermaria por incitar a violência.

Discussão

As reações dos médicos residentes tanto no caso de Alice quanto no de Matheus exemplificam certa recusa e tendência ao silenciamento, por parte da equipe, destes afetos negativos expressos pelas crianças gravemente adoecidas, sejam eles dirigidos diretamente à equipe ou não. Se por um lado era difícil sustentar receber toda a represália por parte de Alice, era também inaceitável que Matheus desse algum destino para seus impulsos agressivos, ainda que não envolvesse os profissionais neste processo.

A agressividade da criança na enfermaria parece desvelar a limitação do discurso médico nos casos de diagnósticos graves, nos quais os pacientes são normalmente submetidos a internações longas e a procedimentos complexos. Parece expor, também, certa quebra do ideal que os profissionais de saúde podem ter acerca de sua profissão, como o dever de “*salvar uma vida*” como exposto na fala do residente, ou, melhor, “*salvar uma criança*”.

Para estes profissionais, escutar o mal estar da criança é defrontar-se não apenas com o sofrimento dela, mas com o seu próprio. Algo da falha do ideal do residente foi exposto no caso de Matheus. O médico, o herói que não pôde salvar dada a complexidade de seu quadro clínico, além de já ter se mostrado anteriormente resistente em comunicar a Matheus algumas questões acerca de seu diagnóstico, precisou silenciar a mínima expressão de agressividade do paciente.

Lidar com os afetos agressivos da criança na enfermaria parece ser especialmente difícil não apenas porque são casos que sinalizam para a equipe a possibilidade de morte da criança, como no caso de Alice, em uma sociedade que adere à imagem da criança feliz, “*com a vida toda pela frente*”; mas parece resvalar em algo do seu próprio narcisismo, como demonstra Freud (2018):

As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, ela não deve estar sujeita às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança, tanto as leis da natureza como as da sociedade serão revogadas para ela, que novamente será centro e âmago da Criação. *His Majestythe Baby*, como um dia pensamos de nós mesmos (p.37).

É possível pensar, também, acerca de um ideal de “*futuro melhor*” depositado nas crianças, que é abalado frente o seu adoecimento grave, fazendo com que o profissional se depare com a angústia em relação à sua própria finitude. Sobre isso, Freud (2018) assinala que:

[A criança] deve concretizar os sonhos não realizados de seus pais, tornar-se um grande homem ou herói no lugar do pai, desposar um príncipe como tardia compensação para a

mãe. No ponto mais delicado do sistema narcísico, a imortalidade do Eu, tão duramente acossada pela realidade, a segurança é obtida refugiando-se na criança (p.37).

O mal estar da criança, então, não encontra lugar na enfermaria por ser demasiadamente angustiante para a equipe o fato de haver crianças tão doentes, denunciando, de forma contundente, o destino de todos os homens. Diante disso, orientados pela Psicanálise, somos convocados a trabalhar.

Considerações Finais

A especificidade do discurso analítico, a partir de um não saber *a priori*, tem em vista o surgimento do sujeito do inconsciente. Portanto, no ambiente hospitalar, é imprescindível sustentar a particularidade de nossa escuta, que respeita o tempo próprio a cada sujeito, bem como sua singularidade.

Escutar esse sujeito adoecido que se expressa de tantas maneiras neste momento de fragilidade, seja por demonstrações de afetos positivos ou negativos, desenhos, escritas e brincadeiras, oferece à criança a possibilidade de lidar com algo da ordem do impossível de simbolizar. Além disso, possibilita a nós a reflexão do lugar que a criança adoentada ocupa em seu próprio tratamento, pois não é incomum, por exemplo, crianças pequenas surpreenderem suas famílias e a equipe ao listarem os nomes dos remédios que tomam e seus efeitos.

A agressividade, traço constitutivo de todos os seres humanos (Freud,1996), não deve ser, portanto, ignorada ou reprimida, mas trabalhada, trazida à cena, assim como tudo o que o paciente desejar trazer. Estar presente para acompanhar e suportar as expressões de agressividade é importante por elas se configurarem como uma via possível de elaboração da condição do paciente. Alice, por exemplo, gostava de bater na boneca com o pequeno martelo de testar reflexos do *kit* de médico de brinquedo, bem como bater de forma contundente na mesa e na parede. Aos poucos, essas brincadeiras foram dando lugar à brincadeira de falar no telefone com a psicóloga, sendo possível colocar no discurso, e não apenas no ato, que estava “*muito nervosa*”, “*com muita raiva*” ou “*muito irritada*”, posteriormente, sendo possível que a paciente falasse acerca de outros motivos para sua insatisfação, como as questões familiares.

Em um ambiente tão restritivo pela rotina hospitalar, o jogo “tapa-certo” – brinquedo composto por duas hastes de plástico que formava mãos com ventosas nas extremidades para bater nas cartas a fim de pegá-las –, começou a se tornar o preferido das crianças, mesmo em meio a vários brinquedos maiores e mais coloridos, se tornando uma via possível para falar do que dói quando alguém, além das cartas, era – nada acidentalmente – acertado.

Estar disponível para realizar as mediações possíveis entre paciente e equipe, acolher os efeitos dos procedimentos invasivos realizados, tornar a comunicação do diagnóstico e prognóstico possível à criança, de forma que ela entenda e possa assumir um lugar em sua própria história, e estar disponível para escutar as famílias são algumas das outras intervenções possíveis ao psicólogo na enfermagem pediátrica. Entretanto, dentre todas elas, estar junto à criança gravemente adoecida para acompanhá-la neste momento de sofrimento tem se mostrado o trabalho mais importante a se realizar.

Referências bibliográficas

Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol.XII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912).

_____. (2018). Introdução ao Narcisismo. In Freud, S. *Obras Completas (Vol.XII)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).

_____. (1996). Mal-estar na Civilização. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1929).

Impasses da Clínica em UTI

Gabriela Guimarães*

Vinícius Darriba**

Andrea Albuquerque***

Resumo

A elucidação a seguir pretende ser uma reflexão sobre a prática do psicólogo no contexto da terapia intensiva em pediatria, bem como alguns impasses que surgem a partir dessa inserção. A construção se dará a partir de dois casos clínicos que receberão o nome de “impasses” e abordam problemáticas presentes nesse cenário de trabalho, tais como: O grau de investimento dos pais em contraste com o temor da morte da criança, o lugar ameaçador que a esperança pode ocupar na equipe, assim como o quanto o conceito de cuidados paliativos pode ser tão ou mais invasivo para os pais quanto a intervenção física em si e, por último, uma dificuldade de suportar a internação prolongada de crianças com doenças crônicas nesse setor, tanto da parte dos pais quanto da equipe de saúde.

Palavras-chave: Psicologia; Pediatria; Terapia intensiva; Cuidados Paliativos; Psicanálise.

Introdução

O título do presente trabalho foi sendo pensado a partir dos impasses da Clínica em UTI, mais especificamente em UTI pediátrica. Os acontecimentos e os casos que serão relatados a seguir trazem com profundidade os afetos, os vínculos e as relações que se estabelecem nesse tipo de ambiente, bem como algumas dificuldades pelas quais o próprio residente pode passar frente à morte e à maneira como esse ambiente afeta nosso trabalho, da mesma forma que atravessamentos pessoais podem surgir nesse contexto. As vinhetas clínicas a seguir que chamarei de primeiro e segundo impasse, com nomes fictícios para caracterizar o sujeitos envolvidos ilustrarão a complexidade da clínica de doentes crônicos no setor de terapia intensiva, assim como alguns questionamentos sobre o que consistiria os cuidados paliativos na perspectiva médica e o que diferenciaria esses mesmos cuidados paliativos a partir de uma perspectiva psicanalítica. O primeiro caso e impasse será relatado a seguir.

* Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

** Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

*** Doutora em teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos. Psicóloga do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Discussão

Margarida é mãe de Daniel e interna na unidade intensiva pediátrica em 24 de abril de 2018. Seu filho havia vindo transferido da UPA para o Hospital Getúlio Vargas e quando chega à unidade de referência do Pedro Ernesto a equipe presta todos os cuidados necessários para sua recuperação. Percebendo que Daniel não estava respondendo conforme o esperado, realiza-se um eletroencefalograma afim de avaliar a atividade cerebral da criança. O maior temor da equipe acaba se concretizando e após o exame percebe-se uma atividade cerebral mínima que diante de uma total ausência de resposta a estímulos vinda de Daniel caracterizaria um quadro de encefalopatia, devido a uma meningoencefalite.

Margarida confessa, tempos após os atendimentos, ter se sentido culpada pelo que ocorreu, como se tivesse sido responsável de alguma forma. Culpa esta que associava à sua impossibilidade de afastar-se do leito de Daniel, como se algo pudesse ocorrer a ele caso ela saísse da UTIP. Nesse sentido, é comum observar pelo comportamento de Margarida e de outros pais que eles se cobram a ter uma presença vigilante, às vezes sem dormir, sem se alimentar e quando não dentro do setor, angustiados à porta da UTIP.

Souza & Barros (1999) comentam sobre essa presença vigilante e sobre a experiência nesse tipo de setor em outro hospital:

Com isto, muitos pais não se davam o direito de ir para casa, causando muitos conflitos. O estabelecimento de horários para visitas possibilitou uma certa contenção a essa exigência constante de presença junto ao filho. Sabemos da importância da presença dos pais junto ao filho durante um tratamento, mas, muitas vezes, isto perde seu objetivo e impede até que eles tenham momentos para cuidar de si mesmos. (p.132).

No início dos atendimentos Margarida fala sobre uma possível culpa por seu filho ter ficado daquela maneira, questionamentos estes que vão cedendo lugar a outros ao longo dos atendimentos que se deram durante esse período de um ano. Freud (1996) faz menção a um sonho, extremamente angustiante, em que o sujeito vê surgir a imagem de seu filho queimando. Ao falar sobre esse pai o texto diz que ele estava cansado de passar as noites em claro velando seu filho e após a morte do menino, deixou o corpo da criança aos cuidados de um velho senhor que tinha a função de velá-lo. Entretanto este senhor adormece e não vê a vela cair e pegar fogo no berço onde estava o corpo do menino, e ele acaba sendo queimado. Conforme expõe Lacan acerca da voz do menino dirigida ao pai e presente no sonho “Pai, não vêes que estou queimando?” “mas... quem sabe, talvez que essas palavras perpetuem o remorso do pai, de que aquele que ele colocou perto da cama de seu filho a ser velado, o velhote, não estaria talvez à altura de bem desempenhar sua tarefa...” (Lacan, J. 1979, p.59). Nesse sentido, uma possível interpretação dada ao sonho é a de que o pai culpa o velho na

medida em que este personagem vai de encontro à essa falha que é do próprio pai ao sentir que não dá conta de velar o filho, e nem mesmo de evitar sua morte. (Souza & Barros, 1999, p. 136) No entanto, sua postura de velar o filho noite e dia movida por essa culpa, faz menção a um outro mecanismo, que seria uma tentativa previamente falha de controlar essa irrupção do Real. Falas como “Se eu sair, tenho receio de que algo aconteça” surgem nesse contexto com relativa frequência e vêm de encontro com essa ilusão de onipotência e, ao mesmo tempo, com essa experiência de perda de controle, esta última bastante presente no fenômeno da castração. Esses pais “com a experiência da castração passam a admitir com dor que os limites do corpo são mais estreitos que os limites do desejo.” (Souza & Barros, 1999, p. 134) Desejo este, no caso de Margarida, de ouvir a voz do filho, vê-lo jogar bola, brincar com colegas e em última instância, mesmo elaborando todas essas perdas já citadas e inimagináveis, ter de lidar com o próprio limite de levá-lo para a casa, conforme será explicado a seguir.

Um ambiente que deveria servir de passagem acaba se tornando moradia para mãe e filho. As consequências para a vida de Margarida ao longo desse ano também chegaram e não foram só da ordem da perda simbólica e física daquele filho. Mas também de uma negligência, instaurada pelo próprio cenário de perda, em relação ao seu auto-cuidado, saúde, lazer, trabalho dentre outros fatores que se presentificaram de maneira mais intensa à medida em que a data em que seu filho internou naquele local se aproximava. Fazendo surgir como conteúdo durante os atendimentos uma desesperança e sensação de prisão àquele lugar. A demora na saída do home care vinha a reforçar ainda mais essa ideia.

Ao se aproximar da data em que seu filho faria um ano de internação, Maria começou a trazer conteúdos importantes acerca da dificuldade de estar naquele local, o quanto cada vez mais via que era a única à frente do tratamento de seu filho e que havia perdido junto ao adoecimento de Daniel sua própria autonomia e relacionamento com outros. Processo de elaboração este que foi bastante interessante em seu caso por ter propiciado uma abertura maior de Margarida para que ela estivesse menos presente no ambiente de UTI e mais presente em outros espaços, chegando inclusive a aventar a possibilidade de um emprego.

No entanto, essa construção só foi possível a partir do momento em que a culpa que Margarida sentia em relação ao adoecimento do filho se fez menos presente e de alguma maneira, a presença física de Margarida menos reforçada pela equipe médica. Dito de outro modo, ao longo dos atendimentos, foi possível dar-se conta de que a culpa que Margarida sentia também estava muito atrelada a um posicionamento da equipe de que uma mãe exemplar seria uma mãe sempre presente e que tanto no caso de Margarida quanto de tantas outras mães levava a uma “presença vigilante” e conseqüente alimentação dessa mesma culpa.

Ainda que um quadro de morte não tenha sido declarado, Margarida estava às voltas com muitas perdas ao longo desse ano e talvez mesmo de uma impossibilidade de entrar em contato com elas de outra maneira que não fosse através da culpa, fosse ela dirigida a outros ou a si mesma. A morte em si, seja ela representada por uma perda de funções ou de presença, desperta o sujeito para uma realidade faltosa, o encontro com a castração, conforme dito anteriormente. No entanto, a culpa exerce uma função nesse contexto, “a culpa dá uma consistência ao que não tem consistência, isto é, a dor pura.” (Souza & Barros, 1999, p. 136) Dor esta, no caso de Margarida, que se fez ainda mais intensa ao dar-se conta do tempo que já havia se passado tanto para ela quanto para o filho nas condições em que se encontrava.

Nesse sentido, conforme aponta Souza & Barros (1999) acerca da culpa que encobre essa dor:

Não adianta, portanto, desculpabilizar, pois esse sentimento está relacionado à onipotência dos pais, que acreditam imaginariamente que algo poderia ter sido feito, [...] O analista não pode entrar nesse jogo imaginário nem para culpar, nem para desculpabilizar. Uma conhecida citação de Lacan nos adverte: “desangustie, mas não desculpabilize” (p.137).

O trabalho do psicanalista, portanto, seria o de acolher essa culpa, em primeiro lugar, e toda a angústia que a acompanha. Sem promover a desculpabilização, conforme orienta a passagem anterior, mas relativizando alguns posicionamentos em relação à postura da mãe sempre presente naquele local, reflexo de um posicionamento da própria equipe e da mãe que de certa maneira encarna essa figura. No caso de Margarida o estopim para seu afastamento foi o próprio adoecimento que a partir de determinado momento passou a impossibilitar sua presença no espaço da UTI. O trabalho, durante o processo analítico, fez surgir a importância de que Margarida também pudesse se cuidar e que parte desse processo de reconquista de autonomia também consistia nisso, para além da questão financeira. “A palavra orientadora será aquela que possibilita ao sujeito a retificação subjetiva, em que os pais poderão encontrar as suas respostas para a dor de existir, saindo da impotência para a possibilidade” (Souza & Barros, 1999, p.137). Possibilidade esta, conforme os atendimentos seguintes demonstraram que viabilizou um retorno de Margarida ao trabalho.

O próximo caso relatado a seguir inaugura um segundo impasse e apresenta o “pior dos males” presente na equipe de UTI em questão e que o poema de Alberto de Oliveira bem ilustra a partir da descrição do momento em que Pandora liberta os males presentes em seu cofre. Nesse momento e nesse contexto hospitalar pior que a própria morte, se torna a esperança. “Mas a Esperança, do maldito cofre deixara-se ficar presa no fundo, que é a última a ficar na angústia humana...” (Oliveira, 1906). A partir dessa passagem refletimos sobre o segundo caso.

Maria era mãe de Guilherme e devido a uma má formação da criança que a equipe acreditava ser devido à prematuridade, ele foi transferido para a UTI, setor este que teria mais condições de investigação do quadro e de assistência à criança. A mãe encontrava-se internada com o filho há aproximadamente um ano e não se sentia segura para ir para casa até então, porém após a transferência de setor passou a ter mais possibilidades de revezamento e segurança na equipe que estava cuidando dele. Um conteúdo importante surgiu em sua fala, com se no momento em que teve a possibilidade de sair do hospital para descansar, tivesse se dado conta do sentimento de exaustão por estar em ambiente hospitalar há tanto tempo e também da necessidade de sair da UTI mais vezes quando estivesse lá. A dificuldade de estar próxima de Guilherme, devido a complexidade do caso e ausência de respostas também surgiu em seu relato, assim como uma raiva dirigida a criança que não podia ser exposta na sala da UTI, mas que merecia um outro lugar de escuta.

A partir dessa demanda me ofereci para atender a mãe em uma sala, longe e ao mesmo tempo perto de Guilherme. Maria falava de uma necessidade de compreender o que estava acontecendo com o filho e de olhar constantemente o monitor de saturação a fim de saber quando Guilherme estava precisando de oxigênio e quando não. Em um determinado momento questiono esse saber e pergunto se todas as vezes em que a saturação caía era necessário que a equipe interviesse. Maria diz que não, que na maioria das vezes a própria criança retornava ao nível de saturação ideal. Nesse momento intervenho ao dizer que Guilherme suportava essa oscilação, mas e quanto a ela (Maria) ela suportava? Acompanhar essas oscilações do quadro de saúde do filho eram difíceis para Maria e a urgência que a mãe trazia para que a equipe fizesse algo nesses momentos, também gerava um sofrimento importante nos profissionais de saúde que o acompanhavam. Para a equipe era impossível em alguns momentos que a mãe pudesse ter esperança na recuperação do filho e que pensasse em um dia levá-lo para casa, especialmente após a descoberta de uma imunodeficiência primária da criança que a fazia entrar em critérios para transplante.

Considerações Finais

É possível pensar no espaço da UTIP como um lugar de mal-estar devido a proximidade com a morte. Se a criança está na enfermaria e apresenta uma piora vai para a UTIP, mas e se a criança tem uma piora na UTIP, para onde ela iria? No intuito de responder essa pergunta, para o caso de Guilherme, inúmeras reuniões com a equipe na presença dos pais ocorreram e a queixa da parte da equipe, dirigida a Psicologia, era sempre a mesma em relação a esses pais: “Eles não estão entendendo” (sic). Ao mesmo tempo, após inúmeras reuniões como essa, Maria diz: “Eu sei que o caso é grave, mas eles insistem em dizer isso o tempo todo, como se eu não soubesse” (sic). O incômodo em questão e que faz o caso ser intitulado como “segundo impasse” reside no fato de que a angústia era tão evidente por parte da equipe que qualquer sinal de esperança da parte dos pais era

visto por eles como um mal, quando na verdade de que outra maneira seria possível investir em uma criança tão grave em um cenário de cuidado tão hostil se não fosse tendo esperança? Era ela que sustentava a presença dos pais à beira do leito de Guilherme e sem a qual não estariam ali.

O desfecho do quadro de Guilherme, algum tempo depois foi a morte. Após algumas paradas cardíacas e sucessivas reanimações, a mãe pede para que coloquem a criança em seu colo. Neste momento Guilherme tem mais uma parada e a mãe pede para que não o retirem, vindo a falecer em seus braços. Nesses cuidados de fim de vida construídos com a equipe e o familiar de forma tão próxima vemos acontecer essa palição em um sentido mais psicanalítico do termo, diferente das inúmeras reuniões relatadas anteriormente que mais se estabeleciam de maneira protocolar do que em interação com a família. Ao pensar no que diz Lacan ao afirmar que não nos cabe desculpabilizar e sim desangustiar, também poderíamos transpor esse pensamento ao pensar que não caberia a nenhum profissional de saúde a tarefa de silenciar essa esperança. Esperança esta que pode estar dando algum contorno a ideia da morte e que é dirigida a nós, pela transferência, não como um pedido de cura do ente querido, mas como uma necessidade de escuta desse sofrimento, legitimando a existência da esperança como um modo de investir e de fazer existir através da palavra o que a morte anunciada no cenário da UTI insiste em interromper.

Referências Bibliográficas

Freud, S. (1996) A interpretação dos Sonhos. In *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vols. I e II). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).

Lacan, J. (1979) *O seminário – livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Oliveira, Alberto. O pior dos males. In: *Parnasianismo*. Seleção e prefácio de Sânzio de Azevedo. São Paulo: Global, 2006. p. 23.

Souza, E. M. C. D & Barros, M. L. G. A. (1999) O Mal-Estar da Culpa. In: Moura, M. D. (Org.) *Psicanálise e Hospital: A criança e sua Dor*. p. 129-138. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Entre o dito e o não dito: a comunicação do diagnóstico com as crianças na enfermaria

Vivian Jerusalmi Nigri*

Andrea Albuquerque**

Vinicius Anciães Darriba ***

Resumo

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da experiência como residente de psicologia na enfermaria de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Pretende-se discutir a questão da comunicação do diagnóstico com as crianças internadas na enfermaria. Vale observar como a palavra circula dentro do ambiente hospitalar e os possíveis desdobramentos que isso provoca no processo de adoecimento da criança. Para isso, faremos o recorte de um caso clínico de uma criança de sete anos internada com leucemia.

Palavras-chave: Pediatria, psicologia; crianças; diagnóstico

Introdução

A enfermaria de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) é composta por uma equipe multidisciplinar que tem a função de prestar os cuidados necessários às crianças que estão internadas nos dezesseis leitos. Atualmente a equipe é composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais.

A internação em um hospital já é por si só um processo doloroso e difícil de atravessar, no qual o sujeito se depara com o seu adoecimento e precisa passar por procedimentos médicos, exames clínicos, dentre outras coisas da qual não está habituado no seu cotidiano. As crianças internam na enfermaria para investigar um diagnóstico, realizar uma cirurgia e tratar diversas doenças clínicas tais como, pneumonia, bronquiolites, insuficiência renal crônica, leucemia, linfomas, dentre outras. Dessa forma, a pediatria é o cenário que qualquer adulto tem pavor: estar diante do sofrimento infantil.

* Psicóloga. Residente de segundo do ano do Curso de Psicologia Clínica Institucional- Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2019)

** Preceptora da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ Supervisora da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização de Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

***Supervisor da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização de Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ.

Apresentarei neste trabalho algumas preocupações e reflexões diante das dificuldades encontradas nos atendimentos dentro da enfermagem de pediatria. A partir da minha atuação como residente de psicologia nesse setor e trabalhando diretamente com as crianças, familiares e equipe, uma questão começou a se fazer presente: Como é feita a comunicação do diagnóstico para a criança?

De um modo geral, podemos perceber que há uma resistência por parte da equipe médica, em falar abertamente com as crianças a respeito da doença e tratamento. A maioria das conversas dos profissionais é voltada para os pais. Cabe então perguntar, afinal o que é dito para criança?

É importante destacar que não é uma tarefa fácil conversar com a criança a respeito de uma doença crônica e um prognóstico ruim. Além disso, não existe um manual que ensine os profissionais da área de saúde a melhor forma de conduzir esses assuntos. A abordagem vai depender de cada caso. Por outro lado, também é bastante angustiante fingir que nada está acontecendo.

A família também enfrenta como desafio contar ou não para os filhos o motivo da internação e do que está se passando. É comum escutar as seguintes falas: *“ele é muito pequeno para entender”*, *“se souber é capaz de piorar”*. Essas frases, inclusive, em alguns momentos são pronunciadas próximo das crianças, mas os pais acham que estão distraídas, brincando e, portanto, não prestam atenção no que está sendo dito. Rosa (2003) atenta para o fato de que:

Há componentes morais, de culpa, de frustração e de dívida, não trabalhados nos pais que alteram a sua relação e seu discurso com o filho. Evitam falar de sua história como forma de evitar enfrentar a ferida narcísica e angústia que tais temas desencadeiam neles mesmo, e que supõem, estão poupando aos filhos (p.5).

Os adultos apresentam uma dificuldade enorme de lidar com o sofrimento da criança e conseqüentemente adotam uma postura de proteção, achando que a melhor solução é esconder a verdade. Essa supressão de dados importantes da história da criança ocorre com frequência em casos de adoção, doenças e mortes.

Um fator a ser levado em consideração é que a criança percebe quando um adulto evita as suas perguntas e esconde alguma informação. Isso acaba gerando um sentimento de desconfiança. No ambiente hospitalar é fundamental que a criança encontre profissionais com os quais ela estabeleça um vínculo de confiança ao longo do seu tratamento.

Recordo-me de um caso de uma adolescente de 15 anos que tinha um câncer bastante avançado e em fase de metástase. Fernanda precisou internar para realizar um procedimento cirúrgico no pulmão, órgão já muito comprometido e equipe queria retirar um lobo. Conheci Fernanda na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no pré-operatório. Na véspera de sua cirurgia,

tanto a mãe como a adolescente estavam com muita expectativa no procedimento. Fernanda me contou de como descobriu o câncer, dois anos atrás, relatou que nessa época sua mãe tinha medo de contar para ela sobre a doença. Fernanda nesse momento *falou “detesto quando esconde algo de mim, eu prefiro saber a verdade”*.

Durante a cirurgia, a equipe observou que o pulmão de Fernanda estava muito danificado e não tinha mais a possibilidade de abordar cirurgicamente. Apenas drenaram o líquido que havia no pulmão, para dar mais conforto respiratório à paciente. O prognóstico era ruim. Assim que Fernanda acordou, a mãe disse que correu tudo bem na cirurgia. A mãe se encarregou de narrar os fatos antes de qualquer médico.

Nos atendimentos com a mãe, esta falava do quão difícil era saber que o procedimento em que tanto depositou fé, não foi possível de ser realizado. A mãe apontou que não gostaria de contar para a filha, pois achava que se soubesse a verdade ela iria ficar deprimida e se entregar à doença mais rápido. Por sua vez, a equipe da cirurgia também não se mobilizou a querer falar, alegando que era uma decisão da mãe. Fernanda foi transferida da UTIP para a enfermaria de cirurgia de adultos. Durante o final de semana, quando as enfermarias de um hospital já ficam mais esvaziadas, Fernanda por um momento ficou sozinha em seu leito. Nesse momento, a paciente ao seu lado avisou que Fernanda tinha pouco tempo de vida e que ouviu isso dos próprios profissionais.

É importante destacar que a palavra circula na enfermaria, por ser um ambiente fechado. Os profissionais conversam entre si e algo escapa nessa comunicação. Assim, aquilo que supostamente era para ser um segredo não cessa de se fazer presente a todo instante. Rosa (2003) aponta que “a situação é aparentemente absurda porque o que seria um segredo, o que a criança não sabe é, muitas vezes, ouvido e visto. Com outros tipos de história, com outros temas, várias outras vezes a questão reaparece na clínica” (p.2).

Sobre isso, Kluber- Ross (2008) pontua que “quanto mais gente envolvida com o paciente souber do diagnóstico do tumor maligno mais cedo ele perceberá o seu verdadeiro estado, pois são poucos os atores capazes de conservar no rosto por muito tempo uma máscara aceitável de animação” (p.40).

O medo constante da equipe e da família de nomear certas doenças produz efeitos, uma vez que, as crianças ficam no meio termo do que é dito e não dito. Corre o risco da criança começar a fantasiar sobre o que de fato está ocorrendo, colocar a culpa em si mesmo ou nos pais. Para ilustrar, farei o recorte de um caso que sigo acompanhando na enfermaria de pediatria.

Caso Clínico

Pedro, de seis anos, internou no hospital em estado bem grave, precisando ficar na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). De acordo com a equipe médica os rins não estavam funcionando de maneira adequada e precisavam investigar a doença de base.

Estive com Pedro desde o seu primeiro dia de internação. O contato inicial foi quando ouvi a criança chorando e gritando por sua mãe, que aparentemente não estava presente naquele momento. Perguntei o motivo pelo qual estava chorando e respondeu que não sabia onde sua mãe estava. Pedro falou que estava preocupado e que queria minha ajuda para achá-la. Comecei a procurar notícias pela mãe de Pedro e uma das residentes explicou que ela tinha ido fazer a internação e almoçar no refeitório para acompanhantes. Expliquei ao Pedro e combinei de ficar com ele até sua mãe retornar. Enquanto aguardávamos, Pedro falou que estava com medo.

Logo que sua mãe retornou, Pedro ficou mais calmo. A mãe demonstrou estar angustiada com a internação do filho, pois nunca tinha passado por isso antes. Conta que vieram transferidos de outro hospital e que suspeitava que fosse algo grave.

A equipe começou a levantar a hipótese de ser uma doença hematológica. A principal suspeita era Leucemia. Após realizarem um exame, foi confirmado esse diagnóstico. Por uma semana o paciente precisou passar por diálise para regular a situação dos rins.

Pedro foi transferido para a enfermaria e foi iniciado o tratamento para leucemia. Pedro na enfermaria ficava muito reservado e com uma expressão assustada. Afinal tudo era muito novo para uma criança tão pequena e que já estava passando por muitas intervenções.

Passava no leito de Pedro todos os dias. Ele fazia um sorriso tímido e só me respondia com a cabeça ou com a voz bem baixa. Pedro dizia sentir falta de casa e dos irmãos. Quando perguntei uma vez o que ele estava entendendo do fato de estar no hospital, Pedro respondeu que não sabia.

Pedro começou a ficar cada vez mais enclausurado no seu leito. Não queria falar com ninguém, apenas com os pais. Chorava durante todos os exames e dificilmente tinha vontade de brincar. A equipe começou a ficar preocupada com a criança e passaram a dar chocolates, balas e presentes para melhorar o ânimo da criança.

Pedro precisava colocar um cateter para fazer a quimioterapia. A medicação passaria a correr por essa via. A mãe me sinalizou que Pedro ficou muito assustado quando explicaram que ele precisava ir ao centro cirúrgico. Pedro estava muito quieto quando fui vê-lo após ter recebido essa notícia e não demonstrava interesse de conversar comigo. Perguntei se ele estava com medo da cirurgia e respondeu que sim. Quando o questionei se ele queria que eu chamasse alguém para explicar sobre o cateter, Pedro novamente fez que sim. Reportei a uma das residentes de medicina que foi até o leito conversar com ele.

Pedro continuava a preocupar a equipe, pois cada vez mais ficava restrito no leito e sem interagir. Ele parecia ignorar a presença de qualquer um que vinha visitá-lo e não respondia as perguntas. Nesse período sua mãe também estava muito angustiada. Falava que seu filho sempre foi mais quieto, mas achava que estava ficando excessivo e que queria que ele fosse como as outras crianças da enfermaria, que ficam correndo pelos corredores e brincando.

Optou-se por pedir uma avaliação da psiquiatria e iniciaram a medicação Sertralina. O que se medica quando a proposta é medicar o sofrimento da criança?

Pedro recebeu a alta com o cateter e fazendo uso da medicação Sertralina. A proposta era de permanecer internado para fazer as aplicações de quimioterapia. Uma vez retornou e equipe observou uma infecção no cateter, precisando ficar 20 dias internado na enfermaria.

Nessa internação, Pedro durante os meus atendimentos pedia meu celular para assistir vídeos. Inicialmente falava que queria assistir um desenho animado e assistíamos juntos. Ele assistia pouco o desenho e logo falava que queria assistir outra coisa. Usava um aplicativo com microfone e pronunciava o que desejava ver naquele momento. Suas buscas começaram a girar em torno do seu percurso no hospital. Falava em voz alta *“Hospital Pedro Ernesto”*, surgindo as imagens e apontava por onde já havia passado. Depois colocava UTIP, hematologia, enfermaria de pediatria, bomba de infusão, bomba de sangue e quimioterapia.

Uma vez colocou *“crianças com câncer”*, surgindo um vídeo de uma criança raspando a cabeça no hospital. Pedro pediu para assistirmos três vezes. Optei por trazer um livro que tem uma linguagem fácil e desenhos que explicam conceitos básicos sobre câncer. Usei esse livro tanto com Pedro como com sua mãe. Pedro ficou bastante curioso com o livro e pedia para ler. Assim que encerrava a leitura, começava novamente. Ao se deparar com a palavra leucemia disse *“olha mãe aqui fala sobre leucemia”*. No final do um atendimento ele virou para mim e perguntou *“Vivian, eu estou doente né?”*.

Pedro nomeou o livro como *“o livro dos tratamentos”*. Através dele começou contar a sua história *“Cheguei na UTIP com problemas nos rins, fiquei chorando, você me ajudou a procurar a minha mãe fiz diálise, tomei bomba de sangue, cheguei na enfermaria, botei cateter para quimioterapia e estou em tratamento”*. Ao relatar sua história, Pedro também falou sobre o momento que não queria falar com ninguém, disse que não sentia vontade de falar e brincar.

Nas brincadeiras também surgiam o tema da hospitalização e da leucemia, onde Pedro desempenhava o papel de médico e eu da paciente enferma. Pedro relatava que o meu diagnóstico é de leucemia e em alguns momentos falava que eu ia morrer ou viver.

Considerações finais

Pedro que em um momento foi poupado de conversas sobre a sua doença e seu tratamento, começou a buscar nos atendimentos, caminhos próprios para pesquisar o que gostaria de saber e também elaborar suas questões. Ele precisou desse tempo para processar psiquicamente toda essa experiência. Encontrou alguém com quem pudesse falar sobre o assunto. Mostrou que mesmo quando estava em silêncio e sem querer falar com a equipe, estava ali, observando e escutando o que era dito. Pedro foi ficando ativo em seu tratamento e começou a questionar mais os enfermeiros e médicos.

Logo, um dos fatores principais é a equipe reconhecer as suas próprias limitações diante do paciente e poder ouvir a criança com mais atenção para aprender quais são as necessidades de cada uma. Ratifico a importância de poder incluir as crianças no seu respectivo tratamento, acreditando que isso provoca efeitos e desdobramentos favoráveis à elaboração do processo de adoecimento.

Referências bibliográficas

Rosa, M. D. (2003). O não dito como operador da clínica com crianças e adolescentes. In: Pacheco Filho, Raul Albino et al. (org). *Novas contribuições metapsicológicas à clínica psicanalítica*. Taubaté: Cabral.

Kluber-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. 9 ed. São Paulo: Martins Fontes. (obra original publicada em 1969).

Atenção e escuta psicológicas no ambiente hospitalar: experiências com pacientes cardiopatas

Lucas de Souza Amorim*

Thays dos Santos Guaraciaba*

Victória Gomes de Menezes*

Carolina dos Santos de Oliveira*

Marília Albuquerque Nunes de Souza*

Kelly Camargo Jesus de Souza*

Narcisa de Paula**

Cristiane Ferreira Esch***

A atenção e escuta psicológicas oferecidas no Serviço de Cirurgia Cardíaca e na Unidade Cardio intensiva do HUPE permite a vivência em instituições de saúde a graduandos de psicologia, proporcionando-lhes treinamento e capacitação teórica e prática em Psicologia Hospitalar. A psicologia atua nesses espaços através das residentes do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional e de estagiários em Psicologia Hospitalar, sob a preceptoria e a supervisão de psicóloga responsável do Instituto de Psicologia da UERJ. Os atendimentos ocorrem nos leitos dos pacientes de pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca e de pacientes cardiopatas descompensados em geral. O processo de adoecimento costuma ser um momento delicado na vida do paciente: a necessidade de realizar uma cirurgia cardíaca vem acompanhada de medos, angústias, ansiedades e dúvidas. É comum o paciente se sentir vulnerável e a própria hospitalização colabora para o sentimento de ruptura com o modo habitual de vida, o que pode aumentar o sofrimento do paciente e também de seus familiares. Desta forma, o projeto busca ofertar um espaço de escuta e suporte psicológicos aos pacientes portadores de cardiopatia e aos seus familiares nas duas unidades de cuidados intensivos supracitadas, possibilitando a expressão dos aspectos emocionais presentes frente à vivência do trinômio doença-internação-tratamento. Após a alta hospitalar, o paciente pode continuar o acompanhamento psicológico em regime ambulatorial, participando de grupos psicoterápicos oferecidos no Programa de Reabilitação Cardiovascular. Os atendimentos psicológicos nesses serviços propiciam um cuidado que valoriza a subjetividade do paciente e um olhar para além do adoecimento do corpo físico. Considera-se que a promoção de um ambiente acolhedor e humanizado contribua para a melhora da qualidade de vida dos pacientes internados. No atendimento ambulatorial, observa-se que o programa contribui na ressignificação da vivência do adoecimento e, até mesmo, da internação e da instituição hospitalar, viabilizando uma abertura para novas perspectivas e modos de viver. Além disso, o trabalho do psicólogo junto a uma equipe

* Graduandos de Psicologia da UERJ.

** Psicóloga do Serviço de Cirurgia Cardíaca e na Unidade Cardio intensiva do HUPE.

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

multidisciplinar enriquece e amplia a discussão da própria equipe, trazendo um olhar diferenciado que considera os processos internos do paciente, contribuindo para a construção de um cuidado integral. O projeto é vinculado ao Cetreina e ao Depext da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Cardiologia; Reabilitação.

A transferência como norteadora dos atendimentos aos “Idosos” no SPA-UERJ

Thaís Duarte*

Tamiris Freitas**

Renata Fidelis***

A partir do estágio curricular Psicanálise com “Idosos”, localizamos experiências em comum que atravessam o fazer psicanalítico em uma instituição tal qual o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A clínica com "idosos" é marcada por perdas de diferentes naturezas, no entanto apesar desta especificidade, tomar o idoso enquanto categoria histórico-socialmente construída não corresponde a questões singulares de um "idoso". Transferência é um fenômeno presente em todas as relações sociais, mas a psicanálise a utiliza como campo de trabalho. No contexto clínico, são transferidas as imagos infantis do sujeito para o psicanalista. Na análise, a transferência aparece como motor e resistência ao tratamento; e é no manejo da transferência que residem as dificuldades realmente sérias a serem enfrentadas. A experiência do estágio no SPA-UERJ apresenta situações que constituem desafios à dinâmica e ao manejo da transferência na clínica com “Idosos”. Deve-se conceder privilégio a esta dimensão clínica, e não aos procedimentos burocráticos. Tais questões emergem a partir de relatos em comum no que tange à quantidade de faltas permitidas no SPA-UERJ, ao cancelamento de atendimentos por conta de imprevistos institucionais, à importância do pagamento para a clínica psicanalítica e à solicitação de laudos. Essas questões não devem ser consideradas fora da transferência. Ratificar a importância da transferência e seu manejo nos primeiros contatos com o paciente durante as Entrevistas Preliminares, momento crucial, no qual pode haver o estabelecimento da transferência como campo de trabalho. Reafirmar a aposta na transferência como principal via de convocação do “idoso” ao trabalho psíquico. Observar os manejos possíveis diante dos atravessamentos institucionais que por vezes destoam das premissas psicanalíticas. São realizadas sessões semanais com “idosos” no SPA-UERJ, conforme a regra fundamental da análise, a associação livre. Sob supervisão, ocorre discussão e acompanhamento de casos clínicos da literatura e em andamento na equipe composta por estagiários e residentes. Um efeito recolhido a partir da escuta de um caso foi a importância de um manejo diante de um pedido de laudo para fins previdenciários. A possibilidade de fornecimento do laudo gerou questões sobre um possível fechamento no momento

* Graduada de Psicologia da UERJ, 10º período.

** Graduada de Psicologia da UERJ, 10º período.

*** Possui graduação em Psicologia pela UFRJ, especialização em Psicologia Clínico-Institucional pela UERJ e mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pela UERJ. Atualmente é Psicóloga do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

da transferência em que se estava trabalhando a construção de uma demanda de tratamento. Foi decidido não atender a esta demanda, o que possibilitou que ele seguisse os atendimentos, sustentando a dimensão da consideração de suas questões subjetivas. Consideramos importante diferenciar este direcionamento de uma oferta de laudo pela instituição sem incluir a dinâmica da transferência. Conclusão: O cuidado com a transferência constitui uma maneira de favorecer um trabalho de construção e elaboração das perdas a que são submetidos os “idosos”. O manejo da transferência deve contornar questões institucionais muitas vezes não congruentes com o trabalho psicanalítico.

Palavras-chave: Transferência; psicanálise; instituição; idoso; clínica.

Referências bibliográficas

FREUD, S. A dinâmica da transferência (1912). In:_____. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII, p. 111-119.

FREUD, S. Observações sobre o amor transferencial (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise III) (1915 [1914]). In:_____. O caso de Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII, p. 177-188.

GROISMAN, D. Velhice e história: perspectivas teóricas. Cadernos IPUB – UERJ. Rio de Janeiro, n.10, 3.ed., p.43-56, 2001.

A transmissão pela palavra – o estágio na enfermaria de Psiquiatria do Hospital Universitário

Pedro Ernesto

Rodrigo Antas*

Ingrid Vorsatz**

Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência e a introdução do estagiário na Unidade Docente Assistencial (UDA) de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O estagiário, também bolsista do projeto de extensão universitária intitulado *Lugar de palavra: a enfermaria psiquiátrica como dispositivo de sustentação simbólica para os portadores de transtorno mental grave* (DEPEXT/SR3-UERJ), atua juntamente com residentes na enfermaria da UDA de Psiquiatria através dos dispositivos terapêuticos ofertados aos pacientes e seus familiares. A direção do trabalho é orientada pela psicanálise através das supervisões semanais conduzidas pela coordenadora do projeto, também docente e supervisora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ) e supervisora do estágio curricular, pressupõe a escuta clínica como a principal modalidade de intervenção junto ao paciente e seus familiares. No primeiro semestre de estágio o aluno entra em contato com a clínica da psicose e com o campo da saúde mental através de sua participação na supervisão semanal com os residentes de Psicologia conduzida pela supervisora e coordenadora do projeto de extensão mencionado acima. Nesse dispositivo são discutidos os casos dos pacientes internados na enfermaria da UDAPq-HUPE, bem como a orientação referente a prática multiprofissional no campo da saúde mental. A partir do segundo semestre de estágio o aluno de graduação se insere nos demais dispositivos terapêuticos da UDA de Psiquiatria, como a Oficina Café e Poesia e a Oficina de Cerâmica, além de rodas de conversas temáticas ou livres, os cineclubes mensais seguidos de debates, passeios, entre outras atividades. No presente caso, minha inserção no estágio ocorreu no semestre letivo 2019.1 e em 2019.2 iniciei a prática de estágio na UDAPq-HUPE. Nas supervisões semanais ocorrem discussões dos casos clínicos, sejam pacientes internados ou pacientes que frequentam o ambulatório, bem como a orientação referente a prática multiprofissional no campo da saúde mental. Também são discutidos artigos, ensaios e livros que tratam da teoria da clínica da psicose e do campo da saúde mental, como, por exemplo, artigos sobre a reforma psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental e o livro de Daniel-Paul Schreber (1903) intitulado *Memórias de um doente dos nervos*. Por ser orientado pela psicanálise e se basear nos conceitos postulados por

* Graduando em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 6º período.

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

Sigmund Freud, a teoria da clínica psicanalítica admite o delírio como tendo um caráter positivo, e não simplesmente um sintoma a ser eliminado. Para Freud (1911), o delírio tem a característica de ser uma reconstrução ou ainda uma tentativa de cura através de uma elaboração por parte do sujeito psicótico, que resulta no próprio delírio. Na clínica, essa relevante consideração a propósito do delírio proporciona ao paciente portador de transtorno mental grave a possibilidade de simbolização através da palavra. Assim, por intermédio da participação nas supervisões aos residentes, o aluno/estagiário é preparado para atuação na clínica da psicose durante um semestre letivo, e através dos relatos dos residentes em Psicologia possibilita sua inserção de modo que tome conhecimento das nuances, da especificidade e da complexidade deste tipo de clínica. Pretende-se ressaltar o aprendizado enriquecedor que pode ser obtido neste estágio curricular, como a escuta no dispositivo clínico institucional, a sustentação do lugar do sujeito psicótico e o trabalho em equipe multiprofissional em um dispositivo de atenção e cuidados terciários no âmbito hospitalar e de saúde mental. O estágio tem a qualidade de ser um processo formador para o estagiário no campo da saúde mental, tornando-se uma experiência relevante para os alunos de graduação em Psicologia, não familiarizados em relação a esta clínica e suas especificidades. Como na graduação em Psicologia da UERJ são poucas as oportunidades de estagiar no campo da saúde mental, o presente estágio oferece ao aluno uma introdução na clínica da psicose inserindo-o na formação em serviço no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: enfermagem psiquiátrica; psicose; psicanálise; saúde mental

Financiamento: Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ/ Departamento de Extensão e Cultura - DEPEXT/Sub-Reitoria de Extensão - SR3/Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

Referências bibliográficas

Freud, S. (1911). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [dementia paranoide] relatado em autobiografia. In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber")*. Artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913) [tradução Paulo César de Souza]. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

Schreber, D. P. (1903). Memórias de um doente dos nervos. Traduzido do original alemão e organizado por Marilene Carone. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

O real do corpo *nos limites* do sujeito do inconsciente

Fernanda Barbosa dos Santos*

Marina Leorne Cruz Mesquita**

Vinicius Anciãs Darriba***

Resumo

O acompanhamento psicológico de crianças e adolescentes no ambiente hospitalar, guiado pelo olhar e escuta clínica psicanalítica, permite a constatação da maneira como o sujeito é tratado pela medicina e pela psicanálise. Nosso objetivo, neste trabalho, é centrar no corpo do sujeito, que sofre intervenções médicas em razão do tratamento no hospital. Nesta direção, abordaremos dois casos clínicos acompanhados no contexto do hospitalar, a fim de mostrar como os sujeitos respondem ao tratamento médico.

Palavras-chave: Psicanálise, corpo, hospital.

Introdução

A presença da psicanálise no hospital geral impõe uma série de desafios àqueles que aspiram a praticá-la, tais como a relação com a equipe multiprofissional, o tempo de internação numa enfermaria, e os atravessamentos diversos que o paciente sofre durante o período que está em tratamento. Neste trabalho, especificamente, abordamos as questões que envolvem as respostas emitidas pelo sujeito diante das intervenções médicas que atravessam o real do corpo de modo inevitável, provocando efeitos e implicações nos limites do sujeito, este, do inconsciente. As intervenções, focadas no tratamento curativo, muitas vezes tendem a abordar o corpo infantojuvenil como objeto de ações, desconsiderando o sujeito e seus desejos.

Em contrapartida, a psicanálise preza pelo que há de subjetivo e singular em cada caso, visando que, a partir do espaço de escuta e acolhimento, as crianças e adolescentes, muitas vezes calados pela medicina, podem emergir como sujeitos de fala.

Caso L

L, um menino de quatro anos, descobriu câncer a partir de dores nas pernas. Por realizar tratamento de quimioterapia, precisou permanecer no hospital durante os primeiros meses de tratamento, afastando-se do convívio social. Por restrições médicas inerentes ao tratamento,

*Mestranda em Psicanálise (UERJ), especialista em Psicologia e Saúde Mental pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar / IP-UERJ.

** Mestranda em Psicanálise (UERJ), especialista em Psicologia em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer - (INCA).

*** Professor Associado do IP/UERJ, Preceptor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ. Procientista da UERJ

precisou isolar-se de outras crianças da pediatria, mantendo contato apenas com sua mãe. No decorrer da permanência no hospital, o humor de L tornou-se cada vez mais alterado e agressivo com todos aqueles que estavam mais próximos (médicos, enfermeiras e residentes em geral).

Com a psicologia não foi diferente, em diversos ocasiões, L recusou-se a ter atendimento, aceitando apenas a presença materna. Sofrendo intervenções diariamente, principalmente pelas necessárias coletas de sangue, L brincava sozinho com seus carrinhos no leito. As intervenções no corpo, nas picadas ou na prática de exames específicos, foram tornando-se tortura para L. O seu corpo frágil apresentava limites físicos e ele, que conseguia suportar tantos procedimentos passou a resistir às intervenções, sobretudo às agulhadas e exames invasivos que faziam parte de sua rotina.

Esses efeitos, no real do corpo provocavam apatia, irritação e sofrimento intenso, tanto do menino, quanto da mãe, que sofria ao ouvir o filho uivar de dor durante os procedimentos na enfermaria. Com trabalho gradativo, no tempo e a cada vez, L foi permitindo a presença da psicologia. Ao permitir proximidade, pode falar dos seus carros, personagens favoritos nos quadrinhos e de seu desejo de ser “*bombeiro*”.

Ainda que esclarecidos os motivos pelos quais era necessário tratamento com restrições, a construção de um espaço de escuta tornou-se um espaço de brincadeiras e produção de desenhos, além de ser também momento em que L falava dos seus *games* prediletos. Para lidar com os limites do sujeito no hospital, na clínica com crianças, sobretudo com imposições do tratamento médico, os objetos tornam-se muitas vezes importantes aliados para elaboração da realidade. Como disse Freud (1908:329), o ato de fantasiar, nas pessoas, não pode ser observado tão facilmente quanto o ato de brincar das crianças.

Passados alguns meses, L terminou o tratamento e teve que se readaptar à vida fora do hospital. Após a alta, passou a cumprir outras etapas do tratamento que implicaram consultas, exames e também algum coquetel periodicamente. A partir da alta da enfermaria, o acompanhamento de L passou a ser no ambulatório, início de uma outra etapa do tratamento, não sem efeitos. L, mesmo afastado da enfermaria, nas sessões, falou sobre ter medo da aproximação de crianças, por medo de “*pegar alguma doença*”. Assim, interrogamos sobre as intervenções médicas que atravessam os corpos da criança, nos limites do sujeito, que, muitas vezes, deixam consequências psíquicas advindas das invasões terapêuticas ainda que necessárias ao tratamento.

Caso B

Conheci B em um segundo momento de seu tratamento, quando ela internou para uma nova linha de quimioterapia. Logo chamou minha atenção o seu conhecimento sobre o que estava acontecendo: falou que estava no hospital para fazer uma quimioterapia “mais forte” e descreveu seus efeitos colaterais. Entender os procedimentos e os passos da proposta terapêutica foi o modo que ela desenvolveu, através do acompanhamento psicológico com outra profissional, para

conseguir prosseguir com seu tratamento após ter sido submetida a um procedimento de traqueostomia sem conversa prévia. Notei, ao longo dos atendimentos, que a cada exame e procedimento marcado, B perguntava para sua mãe "*como é este exame mesmo?*" ou "*esse é aquele que o médico vai fazer...?*" e sua mãe lhe explicava. Assim ela se preparava e permitia cada intervenção médica em seu corpo. Algo que também surgia como recurso para que ela se colocasse como sujeito ativo diante de seu tratamento era uma maleta com um *kit médico* que, em alguns atendimentos, brincando, B tornou-se a médica e, colocando-me no lugar de “paciente”, repetia em meu corpo os procedimentos que eram feitos no dela.

Após esta internação, atendi B no ambulatório e ela pôde falar sobre pesadelos recorrentes, em que algo acontecia e ela se perdia ou era tirada de seus pais. Algo aí começa a aparecer, B começa a temer uma separação e passa a desejar a presença constante dos pais a seu lado.

Na internação seguinte, o inchaço e o formato do seu rosto mostravam que o tumor estava em evolução. B, mais desanimada, fala sobre seu passarinho, o Pedro: relata que ele tinha um companheiro, mas que um dia ele ficou doente e morreu, deixando Pedro muito triste no canto de sua gaiola. B continua dizendo que hoje quem estava doente era o Pedro e que ele não estava conseguindo evacuar. Ressalta que seu pai estava dando o seu antibiótico para o passarinho e que se ele não melhorasse seu pai ou iria levá-lo ao veterinário ou iria soltá-lo para ir embora. Pergunto o que ela preferia que fosse feito e ela responde que preferia soltá-lo, "*porque ele precisava viver*". Aqui, ao falar sobre Pedro, por alusão, B falava de si, sobre sua preocupação com a morte e seu desejo de viver.

Pouco tempo depois, B começou a se recolher em si mesma, parou de brincar e disse à mãe que podia dar todos os seus brinquedos, pois não ia mais usá-los – isso por que, diferente do que se imagina sobre a percepção das crianças, B sabia muito bem o que estava acontecendo com ela. Nos nossos dois encontros seguintes, com uma feição entristecida e raivosa, ela não queria mais conversar, apenas chorava e eu permanecia ao seu lado. Sustentar o silêncio é um ato que convoca o sujeito e, mesmo sem falar – não tinha significantes para falar de sua morte, B conseguia colocar ali o que estava sentindo. O crescimento do tumor, que já havia obstruído suas vias nasais, gerava fortes dores de cabeça e na área do pescoço, de modo que B se fechava cada vez mais em si mesma.

Foi um final marcado por muitas perdas, limitações e invasões – B ficou cega, precisou recolocar a traqueostomia, e realizar uma gastrostomia - um final que, diferente do primeiro tratamento, não possibilitou a B novas invenções. Cinco dias após a realização da gastrostomia, B faleceu. Ao contrário do que ela preferia ter feito com seu passarinho, seus pais não a deixaram “livre para voar”, e ela foi colocada em um respirador, que a manteve viva durante três dias. Apesar de todo sofrimento, seus pais acreditavam que ela seria forte o bastante para se recuperar. A dor era tanta que eles negavam o que estava diante dos seus olhos. B foi acompanhada até o final e, mesmo

rejeitando todas as ofertas de interação, continuava me deixando voltar. Apesar de todo sofrimento, ela pôde ser escutada e acolhida em sua angústia, embora a liberdade oferecida a seu passarinho não lhe tenha sido concedida.

Discussão

Na instituição hospitalar o saber médico predomina, com suas técnicas, instrumentos e protocolos, e, como afirma Lacan (1966), o lugar da psicanálise é marginal, aceito pela medicina como uma “ajuda exterior”, assim como dos outros saberes que compõem a equipe, e extra-territorial, do modo como é conservado pelos psicanalistas.

Em *Ciência e verdade* (1964), Lacan nos mostra que, ao tentar promover uma sutura no saber, a ciência fracassa e produz como efeito, como resíduo dessa operação, o sujeito. Mais especificamente, no que diz respeito à medicina, ao promover uma sutura que tenta encobrir o corpo, deixa-se de fora o corpo em sua verdadeira natureza, em sua dimensão do gozo, do real (Lacan, 1966). Como encontramos em Lacan (1954:39), o corpo é “furo – zona erógena -, superfície e projeção de superfície”, ele é uma construção simbólica que vem produzir uma imagem, a partir da identificação com o Outro, que é projetada em um corpo real, tamponando seus furos. Portanto, real, simbólico e imaginário se enodam na constituição do Eu, do corpo e do sujeito. Se o *corpo é furo, zona erógena, superfície e projeção de superfície*, então estudar o corpo na referência à causa freudiana diz respeito a topologia (Alberti, 2000, p. 39). A partir da leitura lacaniana, a relação entre o imaginário e o corpo, é que o corpo entra na economia do gozo pela via do imaginário, como pontua Alberti (2000), isto é, na economia do gozo, o corpo é imagem do corpo.

No imaginário, o objeto *a* pode tomar muitas formas, indicando que praticamente que não tem nenhuma. Como dejetos reais, contudo, cai necessariamente nos orifícios corporais: “cagada ou olhar, voz ou mamilo”. O sujeito se divide então, minimamente, entre duas formas de gozar, separam-se o gozo do corpo, como forma de gozar da vida, e o gozo fálico, como forma de gozar com a significação (Pollo, 2000, p. 27)

O sujeito cobra a vida a partir do Outro, que atravessa seu corpo com a sexualidade, o significante, o olhar, a palavra. Alienando-se na linguagem e marcando-o com o gozo que, por via do Outro, lhe é estrangeiro. A densidade imaginária deste corpo, seu peso, sua consistência, o fascínio da imagem tem toda consequência clínica. (Ribeiro, 2000, p. 43)

Nesta insuficiência da sutura da ciência que entra a psicanálise, pois o analista se debruça sobre esse impossível, sobre o resto que o saber científico não se ocupa, colhendo os seus efeitos (Lacan, 1964), visto que a sobreposição do saber médico sobre o corpo não o silencia, mas faz cada vez mais com que a falha se mostre (Lacan, 1966). Como verificamos nos casos de L e B, as

intervenções no real do corpo se colocaram de modo singular, revelando o sujeito, mesmo sem poderes de interferir sob as intervenções da medicina.

Para Lacan (1955), no entanto, “o analista se distingue por fazer de uma função que é comum a todos os homens um uso que não está ao alcance de todo o mundo, quando ele *porta* a palavra falada” (p.352). O analista, em seu ato de não responder, no entanto, convoca os sujeitos a buscarem significantes para dizer de si, fazendo valer sua fala e abrindo espaço para o *inconsciente, fantasias e desejos*.

Conclusões

Na enfermaria pediátrica, há um trabalho a ser realizado diretamente com as crianças e adolescentes que enfrentam no real do corpo uma realidade que se impõe diante do tratamento, convocando o sujeito a encarar a existência de seu *pathos*. Como encontramos em Freud (1915/2017), tão ou mais fundamental do que o próprio conceito de inconsciente, a pulsão é um “conceito fronteiro”, situado entre o corpo e o aparelho psíquico. Quanto ao sujeito do inconsciente, ele *engrena sobre o corpo* (Lacan, 1974, 535, grifo nosso).

Através do conceito de pulsão, que ilumina a metapsicologia, é possível demarcar a especificidade da clínica psicanalítica. Aqui, verificamos que os destinos das pulsões dependem de fatores dos mais diversos, ligados às contingências dos encontros e dos desencontros da vida de um sujeito (Ianini e Tavares, 2017). Como salienta Lacan, em o *Seminário, livro XXIII: o sintoma*, “as pulsões são no corpo, o eco do fato de que há um dizer (Lacan, 2007/1975-76, p. 18)”. A partir da transferência estabelecida e do desejo e escuta do analista, busca-se que essas crianças falem de si e sobre a experiência singular de adoecimento. Assim, é possível construir um lugar onde elas consigam colocar em palavras o momento vivido, nossa aposta no trabalho com crianças no hospital. Se B não pode desfrutar da liberdade que desejava, sua fala, ouvida pela analista permitiu a expressão de seu desejo. L, no entanto, precisará elaborar sua aproximação com as crianças, (o outro), com o tempo, pelas vias das palavras que puder encontrar para exprimir a experiência vivida na internação.

Como Lacan destaca (1974: 511), de fato, o sujeito do inconsciente só toca na alma através do corpo, por nele introduzir o pensamento. Ele pensa porque uma estrutura de linguagem – *a palavra comporta isso*, porque uma estrutura recorta o corpo, e nada tem a ver com a anatomia.

Guiadas pelo discurso da psicanálise, que permite ouvir o sujeito e seus significantes, apostamos no sujeito para além da sua doença, que responderá de modo singular diante do que surgiu no tratamento, que, como sabemos, muitas vezes ultrapassa os limites do suportável, sobretudo, diante das intervenções médicas que perfuram o corpo real.

Referências bibliográficas

- Alberti, S. (2000) O corpo, uma superfície. In *Retorno do Exílio: o Corpo Entre a Psicanálise e a Ciência*, pp. 37-46. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Decat de Moura, M (1996). Psicanálise e urgência subjetiva. In M. Decat de Moura (Org.), *Psicanálise e Hospital*, pp. (3-19). Rio de Janeiro: Revinter.
- Figueiredo, A. C. (1997) *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Freud, S. (2017). As pulsões e seus destinos. In *Obras incompletas de Sigmund Freud*, pp. (8-10). Belo Horizonte: Autêntica.
- _____. (2015) O poeta e a fantasia. In *Obras Completas de Sigmund Freud*, v. 8. São Paulo: Companhia das letras. (Obra originalmente publicada em 1908).
- Lacan, J. (2009). A Tópica do Imaginário. In *O Seminário, Livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra originalmente publicada em 1954)
- _____. (1998). As variantes do tratamento padrão. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra originalmente publicada em 1955)
- _____. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. In *Opção Lacaniana*, n. 32, p. 08 – 14. (Obra originalmente publicada em 1966)
- _____. (2003) Televisão. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra originalmente publicada em 1974)
- Ribeiro, M. A. (2000) Sobre o narcisismo: algumas pontuações. In *Retorno do Exílio: o Corpo Entre a Psicanálise e a Ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa

Psicanálise e Saúde Mental: a construção de uma oficina de poesia

Fernanda Barbosa dos Santos*

Fernanda Nogueira Klumb**

Ademir Pacelli Ferreira***

Resumo

Este trabalho discute, a partir da experiência de residentes de Psicologia Clínica-Institucional do IP/UERJ, atuantes no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ (CAPS UERJ), a especificidade de uma oficina de poesia com usuários/frequentadores do CAPS. Nosso objetivo é expandir a discussão a respeito das articulações entre psicanálise e poesia, psicanálise e literatura, a partir da experiência em uma oficina terapêutica no campo da Saúde Mental.

Palavras-chave: Psicanálise, saúde mental, oficina, poesia.

Introdução

A partir da prática na residência em psicologia, no CAPS, desenvolveu-se proposta de construir uma oficina de poesia, a fim de realizar uma atividade para além das existentes no referido CAPS. Com cuidado e atenção as especificidades encontradas no espaço físico deste dispositivo clínico, atentou-se alavancar uma oficina que pudesse ser realizada em um espaço aberto, diferenciando-se das demais. Como enfatiza Ferreira (2005), a construção do psicanalista é feita através da experiência da qual é testemunho individual, desta forma, nossa aposta está na construção de um espaço terapêutico articulado à poesia.

Como disse Freud (1908), “O poeta faz algo semelhante à criança que brinca; ele cria um mundo de fantasia que leva a sério, isto é, um mundo formado por grande mobilização afetiva, na medida em que se distingue rigidamente da realidade” (p. 54). A oficina surgiu, então, com a proposta de oferecer uma outra possibilidade de mobilização dos usuários/frequentadores, compondo as propostas terapêuticas já existentes, tais como outras oficinas e outras propostas realizadas nos espaços coletivos.

O objetivo de nossa abordagem, neste trabalho, é centrar na exposição da criação de uma oficina de poesia, que coloca em debate uma proposta terapêutica a partir da herança deixada por

* Mestranda em Psicanálise (UERJ), especialista em Psicologia e Saúde Mental pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar / IP-UERJ.

** Especialista em Psicologia e Saúde Mental pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar / IP-UERJ.

*** Pós-doutor PUC-SP; Doutor em Psicologia Clínica pela PUC-RJ; Professor Associado do DPC/IP/UERJ; Preceptor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ. Supervisor do Projeto de Extensão Espaço de Atividades e Convivência Nise da Silveira da UDA de Psiquiatria HUPE/UERJ; Membro do Prociência.

Freud. Assim, encontramos na letra da poesia, intercâmbio entre psicanálise e poesia, bem como, psicanálise e literatura uma ferramenta essencial para construção e discussão clínica.

A oficina de poesia, realizada uma vez por semana, reúne usuários/frequentes do CAPS, que possuem interesse de ler poesia e/ou ouvir poesia, podendo compartilhar entre os demais integrantes do grupo presente. Os livros selecionados e a escolha da poesia, fica a critério do usuário participante, que junto aos outros, se inscreve para recitar o poema selecionado para leitura. A partir da escolha e leitura da poesia, cada participante têm a chance de se expressar livremente, podendo falar do que a poesia lhes suscitou, cabendo compartilhar ou não o que motivou a seleção da referida poesia. Para tal, os participantes contam com a coordenação de psicólogas residentes e estagiários, que em algumas ocasiões, os auxiliam na leitura do poema. É importante ressaltar, que alguns participantes presentes na oficina, não lêem a poesia, seja por inibição ou por serem analfabetos, no entanto, este elemento não os afastada proposta da atividade.

O material colhido no espaço de oficina (diários de campo feitos pelas psicólogas) possibilitou uma leitura acerca da experiência extraída da atividade, campo de prática. Os relatos da oficina, discutidos em espaço de supervisão semanal, propiciaram, desta forma, importantes considerações para aprimorar este instrumento, considerando as dificuldades que surgiram a cada encontro e as particularidades dos próprios participantes do dispositivo clínico. Ressaltamos, assim, a importância das discussões de novas propostas terapêuticas, alinhadas a realidade do campo prático, indispensável na formação do residente nas instituições de saúde.

Discussão

Na oficina, as falas dos participantes, colocaram em cena não apenas a poesia, mas o sujeito, ainda que em alguns momentos, as psicólogas mediassem suas falas no grupo, de modo que todos tivessem a chance de se expressar.

Tanto que fazer!
livros que não se leem, cartas que não se escrevem,
línguas que não se aprendem,
amor que não se dá,
tudo quanto se esquece.

Amigos entre adeuses,
crianças chorando na tempestade,
cidadãos assinando papéis, papéis, papéis...

até o fim do mundo assinando papéis.

E os pássaros detrás de grades de chuva.

E os mortos em redoma de cânfora.

(E uma canção tão bela!)

Tanto que fazer!

E fizemos apenas isto.

E nunca soubemos quem éramos,

nem para quê.

(Cecília Meireles)

Como disse um dos participantes, em seguida a recitar a poesia de Cecília Meireles: *“a poesia nos convida a fazer uma reflexão sobre a vida, sobre a nossa existência. Nos convida a pensar sobre as pequenas coisas”*.

Verificou-se com os encontros, no entanto, que a leitura da poesia remeteu a histórias dos próprios usuários – suas relações pessoais, seus interesses e situações que vivenciaram (algumas de alegria, outras traumáticas), além de provocar o interesse maior pela leitura em alguns, que inclusive não tinham acesso à leitura e/ou poesia. A oferta do espaço, também permitiu e instigou a produção dos usuários/frequentadores, que puderam trazer poesia composta por eles próprios, tornando a oficina um espaço também de produção, capaz de desenvolver e explorar potencialidades, como ocorreu em diferentes ocasiões durante a realização da atividade.

Conforme Silveira (1981:36) destaca, enquanto a semiologia psiquiátrica, no seu labor de fragmentar a vida psíquica para examiná-la aos pedaços, na preocupação de elaborar nomenclaturas difíceis, mostra-se insuficiente quando se pretende um conhecimento mais profundo do doente. O fundamental é a compreensão do paciente e dos motivos de sua conduta, expressos em linguagem simples, acessível, e com todo o colorido emocional de que os termos científicos não dispõem. Como Ferreira (2015:196) nos lembra, ao tentar isolar o louco e a loucura, a sociedade moderna favoreceu o eclipsamento das representações da diferença, o que empobrece as possibilidades de lidar com a dimensão humana.

Freud, 1908, ressalta, todavia, que se pudéssemos encontrar em nós ou em pessoas como nós uma atividade que fosse de algum modo aparentada à criação literária, poderíamos nos dar a esperança de chegar a uma explicação inicial do fazer poético (Freud, 2015/1908, p. 326). A poesia, num espaço coletivo, mostrou-se assim, um recurso rico na produção e apropriação dos usuários

sobre suas próprias histórias, pois, como destaca Freud, “muitas coisas que não poderiam causar gozo como reais podem fazê-lo no jogo da fantasia (Freud, 2015/1908, p. 54)”.

Como aponta Machado (2015), as linhas de fronteira imaginária da poesia e da psicanálise se encontram. Elas podem ser descritas como bons hormônios que fazem expandir as dimensões mais enriquecedoras da subjetividade e do psiquismo humanos. Possivelmente, mais lúcidas e mais simples, porque complexas (Machado, 2017, p. 220).

Durante o período de implementação da proposta da oficina de poesia, intitulada “*Oficina de Prosa e Poesia*”, identificamos, que a poesia pode ser uma ferramenta importante para explorar subjetividades no espaço da Saúde Mental, para além da clínica tradicional que perpassa o consultório (com *setting* analítico), sendo um espaço outro, diferentemente das demais ofertadas que compõem inclusive o cenário dinâmico no CAPS ou mesmo atendimentos individuais que se passam no espaço de convivência.

Como a poesia articula a ambiguidade da palavra e expressão em diversas compreensões, permite aos participantes da oficina, uma interpretação particular, seja por rememorar experiências anteriores, seja no ato de tocar a palavra ou na emoção que a leitura da poesia pode provoca em cada um. Naturalmente, a vivência poética e os poetas, como sublinhou Freud (1907) em *O delírio e os sonhos na Gradiva de Jensen*:

Os poetas são aliados muito valiosos, cujo testemunho deve ser levado em alta conta, pois costumam saber toda uma vasta gama de coisas entre o céu e a terra, sobre cuja existência nossa sabedoria acadêmica nem mesmo sonha. E na ciência da alma se adiantaram muito em relação a nós, homens comuns, pois se nutrem de fontes que ainda não tornamos acessíveis à ciência (p. 93).

Conclusões

No decorrer da realização da oficina, percebemos mobilização dos usuários/frequentedores com a proposta de uma oficina de poesia. Alguns, a princípio, se aproximavam para escutar (de longe, perto), curiosos em saber o que se passava num espaço destinado à poesia. No transcorrer da atividade, outros participantes, no entanto, faziam brincadeiras, especialmente com a fala do outro, no recitar da poesia ou no momento inicial, onde reservamos tempo para explorar os livros expostos.

Com o tempo, verificou-se que as brincadeiras cessaram, dando espaço para a leitura atenta do material compartilhado por cada um, nos fazendo perceber, deste modo, efeitos da atividade. Como disse Freud (1908), “depois que a criança cresce e abandona suas brincadeiras, quando passa a se preocupar psiquicamente durante décadas em compreender as realidades da vida com a

seriedade exigida, então ela pode, um dia sucumbir a uma disposição anímica, que mais uma vez suprime a oposição entre brincadeira e realidade (p. 55)”. Neste espaço de oficina, tentamos colocar em jogo todas as brincadeiras que surgiram, seja no zombar do outro, seja no riso provocado sem motivo a priori. Assim, retomo Freud, que ao estabelecer relação entre a fantasia e os desejos na obra dos poetas, nos diz:

A partir do conhecimento adquirido com as fantasias, deveríamos esperar o seguinte conteúdo: uma forte vivência atual deve despertar no poema a lembrança de uma vivência antiga, em geral uma vivência infantil, da qual então parte o desejo que será realizado na criação literária; a própria criação literária permite que se conheçam tanto elementos de acontecimentos recentes quanto também antigas lembranças (Freud, 2015/1908, p. 62).

A partir deste breve ensaio freudiano, salientamos, que ao perguntarmos aos participantes da oficina, o motivo pela escolha da poesia, muitas das falas compartilhadas remetiam a vivências e lembranças, memória de infância ou recordação de pessoas que se foram, que de algum modo foram importantes em suas vidas. Estabelecendo relação com a poesia, percorremos o texto *A transitoriedade (Vergänglichkeit)*, onde Freud versa sobre a beleza e sua inevitável extinção. O autor, ressalta que o valor de transitoriedade é valor de raridade no tempo, enfatizando que a limitação da possibilidade da fruição aumenta a sua preciosidade (Freud, 2010/1916, p. 249).

A psicanálise e a poesia, que permanecem vivas são essas que falam do humano, sem se desatualizar, uma vez que falam do nosso aniquilamento e da nossa finitude, auxiliando-nos a lidar com isso. A arte é a contramão em relação à morte e a inelutável marca da temporalidade (Machado, 2015, p. 13).

Assim, concluímos este trabalho, evocando o filme *Dead poets society* (1989), traduzido para *A sociedade dos poetas mortos*, onde o personagem interpretado por Robin Williams ensina uma importante lição aos seus alunos quanto às poesias. Cito: ‘lemos e escrevemos poesia porque fazemos parte da raça humana. E a raça humana está impregnada de paixão. A medicina, o direito, a engenharia tem sua importância, mas a poesia, a beleza, o romance, o amor, são as coisas pelas quais vale a pena viver (grifo nosso)’.

Referências bibliográficas

Besset, V; Veras, M. (2009) Sobre ato e poesia: a arte do artesão. In *Saber fazer com o Real: diálogos entre psicanálise e arte*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

Dead Poets Society: the movie. Direção: Peter Weir, Produção: Paul Junger Will e Tony Thomas. Buena Vista (DE): DisneyFilm, 1989, 1 DVD.

Ferreira, A. P. (2005). A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(2), 204-220. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142005002002>

_____. (2015) Migração, rupturas psíquicas e espaços terapêuticos. Endereço eletrônico: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00193.pdf>

Freud, S. (2010) A transitoriedade. In *Obras completas de Sigmund Freud*, v. 12. São Paulo: Companhia das letras. (Obra original publicada em 1907).

_____. (2015) O poeta e o fantasiar. In *Arte, literatura e os artistas – Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1908).

Kosovski, G. (2016) Psicanálise e arte: uma articulação a partir da não relação em Louise Borgeois: o retorno do desejo proibido. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. XIX.

Magritte, R. (1928) Os amantes. É uma das mais belas pinturas do surrealismo.

Machado, R. L. (2015) A psicanálise em diálogo com a poesia: dimensões de uma experiência. In *Miolo Revista SBPDEA*. Psicanálise, v. 17, no. 02, 2015, p. 213-229. Endereço eletrônico: <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/A-psican%C3%A1lise-em-di%C3%A1logo-com-a-poesia-dimens%C3%B5es-da-experi%C3%Aancia.pdf>

Silveira, N. (1981) *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 3ª edição.

Relato da Experiência de Estágio Externo no Instituto Hospitalar de Psicanálise de Sainte-Anne

Fernanda Klumb*

Juliana Baghdadi**

O estágio externo de trinta dias está previsto aos alunos do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional (Modalidade Residência Hospitalar) do Instituto de Psicologia da UERJ, sendo opcional. Neste texto, trazemos o relato de uma experiência de estágio de um mês num serviço ambulatorial de saúde mental em Paris: o Instituto Hospitalar de Psicanálise de Sainte-Anne - IHPSA, mmo Centro Hospitalar de Sainte-Anne - CHSA (Institut Hospitalier de Psychanalyse de Sainte Anne, no Centre Hospitalier de Sainte-Anne). O Instituto Hospitalar de Psicanálise de Sainte-Anne, como o próprio o nome indica, é um serviço que toma a psicanálise como direção em sua prática clínica com a neurose e a psicose. Durante os trinta dias de estágio, acompanhamos as consultas psiquiátricas de alguns pacientes do IHPSA: consultas de primeira vez e de pacientes já atendidos há anos na instituição. Através dessa experiência de estágio, pudemos traçar alguns termos comparativos, que nos permitiram compreender melhor as bases de sustentação do trabalho de saúde mental nos dois serviços: o que experimentamos no estágio externo e aquele de que já fazíamos parte no Brasil: o CAPS-UERJ como locus de formação no contexto da Especialização em Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da UERJ. Trazemos algumas diferenças entre a estrutura dos serviços ofertados, e trazemos um trecho de um caso clínico acompanhado a fim de ilustrarmos o trabalho aqui retratado. Em Paris, trata-se de um serviço ambulatorial, situado geograficamente dentro de um hospital, o qual, inclusive, alguns pacientes do IPHSA já ficaram internados algumas vezes. No Rio de Janeiro, nos referimos a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – nem hospital dia, nem ambulatório – que pelas próprias orientações do Ministério de Saúde, deve se localizar fora do complexo hospitalar, ou, ao menos, ter acesso e equipe privados. Serviços, portanto, com perfil e populações bem distintas.

* Especialista em Psicologia e Saúde Mental pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar / IP-UERJ.

** Especialista em Psicologia e Saúde Mental pelo Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar / IP-UERJ.